



MINISTERIO DE HACIENDA

OFICINA DE PARTES

RECIBIDO

17 DIC 2018

CONTRALORIA GENERAL

TOMA DE RAZON

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....
Imputación.....
Anot. por.....
Imputación.....
Deduc.Dcto.....

--	--	--

FIJA AREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2019 PARA PAGO DE BONIFICACION POR DESEMPEÑO COLECTIVO INSTITUCIONAL A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 37 DE LA LEY N° 19.664

Santiago, 28 SEP 2018

EXENTO N° 127 /

VISTOS: Los artículos 28 d) y 37 de la Ley 19.664, y artículos 4, 5, 6 y 7 del Decreto Supremo 849/2000 del Ministerio de Salud, reglamento para el pago de la bonificación de desempeño colectivo institucional; artículo 32 N°6 del Decreto Supremo N°100 del 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República; Resolución N°10 de 2017 y N°1600 de 2008, de Contraloría General de la República.

Considerando:

1. Que los profesionales funcionarios tendrán derecho a percibir una bonificación por desempeño colectivo institucional que tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud.
2. Que las áreas prioritarias de mejoramiento de atención y los objetivos globales o compromisos que corresponden cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, sin perjuicio de los objetivos que, en particular, se establezcan para uno o más Servicios, deberán definirse mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministro de Hacienda.
3. Que, sobre la base del decreto del considerando anterior, en la forma y plazo legal, los Directores de Servicios de Salud deben celebrar uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, que a su vez deben ser consistentes con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo. Este convenio debe contener el programa anual de trabajo para el año siguiente, ya sea para cada unidad de trabajo o para el establecimiento en su conjunto.
4. Que, los convenios deben contemplar programas de trabajo constituidos por un conjunto de actividades formuladas de manera sistemática que deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales.

DECRETO

1° FIJÁNSE las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2019, por los Servicios de Salud:

Áreas prioritarias para los Servicios de Salud:

1. Área Atención Médica a Usuarios

Objetivo: Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención y garantizar una atención médica y no médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera:

- a. Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
- b. Contribuir a satisfacer las necesidades de atención de salud de la población y procurar una atención resolutive.
- c. Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.
- d. Mejorar la calidad de la atención, de las actividades asistenciales ambulatorias y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo clínico, haciendo uso eficiente de los recursos disponibles.

2. Área Coordinación de Red Asistencial

Objetivo: Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial a través de la acción de los profesionales de los Servicios de Salud y cumplir las garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.

3. Área Atención PreHospitalaria

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención, de la actividad asistencial de prehospitalización y en los Centros de Atención de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención, control y eficacia en el uso de los recursos.

El área prioritaria 3, del presente artículo aplica sólo para aquellos Centros de Atención Pre Hospitalaria de Alta Complejidad, que al 01 de enero 2019 se hayan definido por resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud, como es el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central.

COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Área Atención Médica a Usuarios.

1.1. Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.

1.1.1. Pacientes diabéticos compensados

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo			
NOMBRE DEL INDICADOR		Pacientes diabéticos compensados en el grupo de 15 años y más			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR	
		Numerador: Nº de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses	Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% más Nº de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8%, según último control vigente en los últimos 12 meses	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
		Denominador: Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Calidad
Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)					
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 45%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$\frac{(\text{Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7\% según último control vigente en los últimos 12 meses}) + (\text{Nº de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8\%, según último control vigente en los últimos 12 meses})}{\text{Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario}} \times 100$		

1.1.2. Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo			
NOMBRE DEL INDICADOR		Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR	
		Numerador: Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t	Nº de personas con DM2 que reciben una evaluación del estado de sus pies por profesional clínico en atención primaria para evitar lesiones	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
		Denominador: Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Calidad
Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)					

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentua l	≥ 90%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y C	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			(Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t / Nº total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario)*100		

1.1.3. Pacientes hipertensos compensados

OBJETIVO DEL PROCESO	Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo				
NOMBRE DEL INDICADOR	Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Numerador: Nº de personas con HTA con presión arterial compensada en los últimos 12 meses	Nº de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg más Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Denominador: Total de pacientes hipertensos de 15 años y más bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 68%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			(Nº de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses) + (Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses / Nº total de pacientes hipertensos de 15 años y más bajo control en el nivel primario)*100		

1.2. Proceso Quirúrgico

OBJETIVO DEL PROCESO	Utilizar de manera eficiente el recurso quirófano en los establecimientos hospitalarios.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas suspendidas por cualquier causa en el establecimiento, durante el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimien- tos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			

	Total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el establecimiento, durante el año t.	Proceso	Eficiencia	Establecimientos de Alta Complejidad y Mediana Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≤ 7%	Anual	Datos extraídos desde REM 21, Sección F.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{Nº de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo}}{\text{Nº total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo}} \right) * 100$		

1.3. Ambulatorización de Intervenciones Quirúrgicas

OBJETIVO DEL PROCESO		Aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas en modalidad ambulatoria con respecto al total de cirugías mayores.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR	
	Número de Egresos de CMA	Corresponde al número de egresos de intervenciones quirúrgicas realizadas en modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del establecimiento, en todos los pacientes beneficiarios de FONASA, excluyendo las cirugías mayores ambulatorias de urgencia		Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de Egresos totales no ambulatorios	Corresponde al número total de egresos de cirugías mayores no ambulatorias del establecimiento, en todos los pacientes beneficiarios de FONASA, excluyendo las cirugías mayores de urgencia.		Resultado	Eficiencia
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 42%	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con la fuente de Base de Datos GRD MINSAL.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				[Nº de Egresos de CMA /(Nº de Egresos de CMA + Número de Egresos totales no ambulatorios)]*100	

1.4. Gestión de Lista de Espera Quirúrgica

OBJETIVO DEL PROCESO		Disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas con indicación de resolución por esta vía y otorgar atención oportuna a las personas que requieren Intervenciones Quirúrgicas, focalizando la resolución priorizada por antigüedad.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Variación porcentual del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR	
	Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t	Corresponde al Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo de medición (año t)		Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo t-1	Corresponde al Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año anterior al periodo de medición (año t-1)		Proceso	Eficiencia
Establecimientos que registren Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas					
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	100% de cumplimiento de la meta de reducción asociada al Establecimiento, de acuerdo a la tabla	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con Información publicada en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				1. Para Cálculo de Meta de Reducción, según Tabla N° 1 (No ingresar en plataforma DIPRES): [(Promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 del establecimiento) – (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 nacional)/ (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 nacional)] * 100	
				2. Para Cálculo de Variación Porcentual (Ingresar en plataforma DIPRES): Concepto A: (Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 - Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t). Concepto B: Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1.	
Tabla N°1					
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento			Meta de reducción de línea base		
≤ -2%			0% (mantenerse bajo el promedio país)		
[-1% , 4%]			1%		
[5% , 24%]			5%		
[25% , 49%]			8%		
[50% , 99%]			10%		
≥ 100%			15%		

a. Atención Secundaria de Consultas de Especialidades Odontológicas.

OBJETIVO DEL PROCESO		Aumentar el porcentaje de altas odontológicas de especialidad en establecimientos de alta y media complejidad.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR	
		Número de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo.	Se consideran el total de altas de tratamiento odontológico de especialidades en el año t, obtenidas del REM 09.	Tipo de Indicador	Dimensión del indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
		Número de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo.	Se considera el total de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades en el año t, obtenidas del REM 09.	Eficacia	Resultado
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 60%	Anual	Informe de cumplimiento del indicador, según datos estadísticos obtenidos desde REM 09, Sección i.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left(\frac{\text{Nº de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo}}{\text{Nº de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo}} \right) * 100$	

b. Atención ambulatoria de consultas médicas de especialidad

OBJETIVO DEL PROCESO		Satisfacción de la demanda de atención de consultas de especialidades, optimizando el recurso de horas médicas a través de una metodología de programación y gestión de horas con mirada de Red.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
		Número de consultas especialista realizadas durante el periodo	Corresponde a la cantidad de consultas efectivamente atendidas por el médico especialista.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
		Total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo	Corresponde a la cantidad total de consultas de especialidad programadas para el periodo según oferta del establecimiento, cuya programación es validada por Minsal.	Resultado	Eficiencia
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Consolidada del Servicio de Salud que indique cumplimiento de consultas de profesionales médicos de Atención Secundaria, del periodo de evaluación enero a diciembre de 2019. Planillas Excel de Programación 2019 de totalidad de las horas contratadas, de todos los establecimientos de la Red de profesionales médicos, enviada por el Servicio de Salud y validada por MINSAL.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	

Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	(Nº de consultas especialista realizadas durante el periodo / Nº total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo)*100.
---	--

c. Atención Ambulatoria de Consultas Médicas de Especialidad en Modalidad de Telemedicina

OBJETIVO DEL PROCESO		Satisfacción de la demanda de atención de consultas de especialidades, optimizando el recurso de horas médicas a través de una metodología de programación y gestión de horas con mirada de Red.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas en modalidad de Telemedicina			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
		Número de consultas médicas (nuevas y controles) de especialidad realizadas a través de telemedicina, durante el periodo	Se considera el total de consultas médicas de especialidad realizadas mediante la modalidad de telemedicina	Tipo de Indicador	Dimensión del indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
		Total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo	Se considera el total de consultas de telemedicina de la Programación 2019, validada por Minsal.	Eficiencia	Proceso
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Excel de programación y/o reprogramación de Telemedicina 2017, donde aparezca identificado el Establecimiento Hospitalario y que se encuentre validada por referente Minsal. Informe de cumplimiento del total de consultas realizadas obtenido del REM 30 sección A.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			(Nº total de consultas médicas de especialidad realizadas a través de telemedicina, durante el periodo / Nº total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo)*100		

d. Hospitalización desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO		Realizar hospitalizaciones oportunas en pacientes que acuden a las UEH, cuya atención realizada por el médico indica su hospitalización dada su condición diagnóstica.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Variación porcentual de pacientes que esperan más de 12 horas en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) para acceder a una cama de dotación.			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
		Porcentaje de pacientes provenientes desde la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación, en periodo t	Porcentaje de pacientes que se hospitalizan después de 12 horas en el año de medición (o periodo del año t)	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		

			Porcentaje de pacientes provenientes desde la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t-2	Porcentaje de pacientes que se hospitalizaron después de 12 horas en el año base de comparación, siendo este el penúltimo año respecto al año de medición (o periodo del año t-2)	Proceso	Eficacia	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y/o pediátricas (excluida obstétrica)
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019							
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD		
Porcentual	≥ 5% de reducción	Anual	Planilla de cumplimiento de indicador en base a datos de Publicación DEIS, REM 2017 y REM 2019.	SERVICIO DE SALUD	ALTA		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO			
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				[[Porcentaje de pacientes provenientes desde la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación, en periodo t-2) - (Porcentaje de pacientes provenientes desde la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t)/ Porcentaje de pacientes provenientes desde la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t-2]*100			

e. Capacidad de Respuesta del Sistema Público a la Demanda por Cuidados Críticos

OBJETIVO DEL PROCESO		Disminuir la estancia media de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio.				
NOMBRE DEL INDICADOR		Promedio de días de estada de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio.				
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
		Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema	Corresponde al promedio de días de estada de los pacientes que fueron derivados a prestadores privados fuera de convenio vía UGCC	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
		Número total de pacientes derivados vía UGCC al extrasistema	Corresponde al número total de pacientes que fueron derivados a prestadores privados fuera de convenio vía UGCC	Resultado	Eficiencia	Establecimientos de Alta Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD	
Porcentual	≤ 10 días	Anual	Datos entregados por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD	MEDIA	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				(Nº de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema / Nº total de pacientes derivados vía UGCC al extrasistema)		

3. Área de Coordinación de Red Asistencial

a. Atención de Garantías Explícitas en Salud (GES) de acuerdo a normativa vigente.

OBJETIVO DEL PROCESO		Atender oportunamente los problemas de salud incluidos en el decreto AUGÉ vigente en el periodo a evaluar.					
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.					
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1		DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR		
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas		Corresponde al total de garantías de oportunidad activadas y cumplidas en el año t.		TIPO DE INDICA- DOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECI- MIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2		DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas No Atendidas + Garantías Retrasadas		Corresponden al total de garantías activadas en el año t		Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019							
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICI- DAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD	
Porcentual	100% (Dicotómica)	Anual	Minuta con datos y porcentaje de cumplimiento generada por el Servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGGES, Datamart, u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos.		SERVICIO DE SALUD	ALTA	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS					FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud					(Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas / Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas No Atendidas + Garantías Retrasadas)*100		

b. Atención de Garantías Explícitas en Salud (GES) en convenio PPV con FONASA de acuerdo a normativa vigente.

OBJETIVO DEL PROCESO		Atender oportunamente los problemas de salud incluidos en el decreto AUGE vigente en el periodo a evaluar, cumpliendo la programación PPV convenida entre los establecimientos hospitalarios y el FONASA.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de intervenciones sanitarias GES otorgadas según lo programado en contrato PPV para el año t.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1		DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
	Número intervenciones sanitarias GES de contrato PPV otorgadas dentro del año t.		Corresponde al número intervenciones sanitarias GES pertenecientes al contrato PPV que fueron otorgadas en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR
	B- VARIABLE 2		DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
	Total de intervenciones sanitarias GES programadas en el contrato PPV para el año t		Corresponde al número intervenciones sanitarias GES que fueron programadas a realizar en el contrato PPV con FONASA en el año t.	Resultado	Establecimientos hospitalarios con programación PPV en convenio con FONASA.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	100%	Anual	Informe de actividades programadas/cumplidas mensual por establecimiento emitido y derivado por FONASA a los Servicios de Salud en donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES.	SERVICIO DE SALUD	ALTA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	(Número intervenciones sanitarias GES de contrato PPV otorgadas dentro del año t / Total de intervenciones sanitarias GES programadas en el contrato PPV para el año t)*100

4. Área de Atención Pre Hospitalaria (Aplica sólo para los Centros de Atención Pre-hospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud respectivo al 01 de enero 2018).

- a. Regulación médica de solicitudes de transporte secundario según protocolo establecido en Centros Reguladores de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU)

OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar transporte secundario regulado por un médico del Centro Regulador de SAMU, según protocolo establecido.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador, según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario realizadas al Centro Regulador en el año t.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	100%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.		SERVICIO DE SALUD
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			(Nº de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t./ Nº total de solicitudes de transporte secundario en el año t.)*100		

- b. Actualización de conocimientos Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS a médicos de Centros Reguladores de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU)

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualizar en relación a la vigencia y avances en tecnología y técnicas del Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS a los médicos del Centro Regulador de SAMU.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos.	Corresponde al número total de médicos que requieren capacitación para actualizar sus conocimientos en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS avanzado del año t.	Proceso	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019					

UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 80%	Anual	Informe Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos capacitados en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				(Nº de médicos con capacitación Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS / Nº total de médicos)*100	

c. Entrega de indicaciones de Soporte Vital Básico de atención de pacientes por Reanimación Cardiopulmonar en Centros Reguladores de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU)

OBJETIVO DEL PROCESO		Velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria oportuna conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia.				
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR		
	Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP.	Corresponde al número de indicaciones de BLS que realizó el operador telefónico del Centro Regulador a solicitantes que requerían apoyo para realizar RCP en el año t.		TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
	Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP.	Corresponde al total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP realizadas al Centro Regulador en el año t.		Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR 2019						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 85%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.		SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS					FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales					(Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP / Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP.)*100	

2° Los compromisos son priorizados, clasificándolos en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores deberán ser priorizados de acuerdo a lo establecido en este decreto. Los indicadores con ALTA prioridad deben tener individualmente una ponderación mayor que un indicador de MEDIA prioridad. Por otra parte, ningún indicador deberá tener una ponderación inferior a 5%, debiendo en todo caso sumar 100% para el total de cada establecimiento o Servicio de Salud. Cada establecimiento **deberá suscribir el convenio con el Servicio de Salud contemplando todos los indicadores de desempeño que les sean aplicables.**

3° Aquellos Servicios de Salud que en 2018 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2019, deben comprometer a lo menos la mantención de dicha cifra. Para aquellos indicadores nuevos, deberán suscribirse las metas máximas fijadas en el presente decreto, a menos que el Servicio de Salud justifique fundadamente un compromiso menor a la meta nacional, sin que pueda basarse para este fin en problemas de gestión interna. El Ministerio de Salud en acuerdo con DIPRES, deberán resolver la pertinencia de una meta inferior a la meta nacional.

4º El cumplimiento de los compromisos suscritos en el convenio de desempeño de los Servicios de Salud, dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios del establecimiento de salud o unidad de trabajo que corresponda una bonificación por desempeño colectivo institucional de acuerdo a la siguiente indicación:

- a) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 90%:
Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM
- b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 90%
Porcentaje de Bonificación = 50% del PBM
- c) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%
Porcentaje de Bonificación = 0% del PBM

Nota: PBM = es el porcentaje de bonificación máximo que se establecerá en el decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año 2020.

5º El porcentaje de cumplimiento global del establecimiento se calculará multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sumándose luego cada uno de estos resultados parciales para todos los indicadores señalados en el convenio del establecimiento. **El Porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador se encuentra entre 75% a 94% se asignará el ponderador proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.**

Para el indicador "Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red" su cumplimiento será 100% de la meta, si el establecimiento cumple un menor valor a la meta establecida su cumplimiento será igual a 0%.

6º Los Directores de establecimientos deberán celebrar convenios con los Directores de Servicios de Salud para el cumplimiento de estos objetivos, dentro de las áreas prioritarias señaladas, fijándose las metas por cada establecimiento o unidad de trabajo, convenios que deberán ser consistentes con los que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.

7º Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales entregar las orientaciones técnicas y especificaciones necesarias para el correcto monitoreo y su cumplimiento de las referidas metas.

8º El Ministerio de Salud deberá certificar el porcentaje de cumplimiento de los compromisos fijados para los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

REPUBLICA DE CHILE
MINISTRO
MINISTERIO DE HACIENDA
FELIPE LARRAÍN BASCUÑAN
MINISTRO DE HACIENDA

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DRA. PAULA DAZA NARBONA
MINISTRA DE SALUD (S)

DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
DIRECTOR
Ministerio de Hacienda

DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
UNIDAD JURÍDICA
MINISTERIO DE HACIENDA

M.HACIENDA OF PARTES
13.12.2018 12:20

