REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
AS/KLO/AZ/JJA/VLCG/IRGR/VLC/CSR/FGM

V°B°

SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

JEFE DEPARTAMENTO DE HACIENDA
por
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO
2 DIC 2019

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 ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2020 PARA PAGO DE BONIFICACIÓN POR DESEMPEÑO COLECTIVO INSTITUCIONAL A LOS QUE SE REFIERE EL ARTICULO 37 DE LA LEY Nº 19664.

SANTIAGO, 27 SEP 2019

EXENTO N° 74 /

VISTOS: Los artículos 28 d) y 37 de la Ley 19.664 y artículos 4, 5, 6 y 7 del Decreto 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°7 de 2019 que Fija Normas Sobre Exención del Trámite de Toma de Razón, dicto el siguiente.

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°.- FIJANSE las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2020, por los Servicios de Salud:

DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS MINISTERIO DE HACIENDA UNIDAD JURIDICA

MINISTERIO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE GESTION DIRECCION DE PRESUPUESTOS

11214/2019

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, garantizando una atención médica y no médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera, para lo cual los Servicios de Salud deberán:

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 resolutiva.

c. Mejorar los procesos y la gestión de 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, a través 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 2020 se hayan definido como tal, por resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud, como es el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central.

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

I. Área Atención Médica a Usuarios.

1) Pacientes diabéticos compensados en el grupo de 15 años y más

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**	**A que establecimientos aplica**
	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					
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	((Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% según último control vigente en los últimos 12 meses) + (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))/ Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario)*100

2) Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control

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**		
	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**	**A que establecimientos aplica**
	B- VARIABLE 2	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 2**			
	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					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS**	**PRIORIDAD**
Porcentual	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

MINISTERIO DE HACIENDA - DEPARTAMENTO DE GESTION - DIRECCION DE PRESUPUESTOS

3) Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más

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		
	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			
	Total de pacientes hipertensos de 15 años y más bajo control en el nivel primario	Corresponde a la poblacion 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					
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 Subsecretaria 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

4) Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

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 establecimientos 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					
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	(Nº de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo / Nº total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo) * 100

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

5) Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.

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 en el periodo	Corresponde al número de egresos con intervenciones quirúrgicas mayores 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**	**A que establecimientos aplica**
	B- VARIABLE 2	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 2**			
	(Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo)	Egresos hospitalarios ambulatorizables, que cumplen con las siguientes características: ser Beneficiario de Fonasa Modalidad Institucional, que su Severidad sea Menor, que el Peso GRD sea ≤ a 1,000, de Tipo de Ingreso Programado y cuyo motivo o destino al Alta sea Domicilio	Resultado	Eficiencia	Establecimientos que cuentan con GRD

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS**	**PRIORIDAD**
Porcentual	≥ 55%	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con la fuente de Base de Datos GRD MINSAL.	SERVICIOS 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	[(Número de egresos de CMA en el periodo) / (Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo)] * 100

6) Variación porcentual del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.

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**	**A que establecimientos aplica**
	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					
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

MINISTERIO DE HACIENDA - DEPARTAMENTO DE GESTION - DIRECCION DE PRESUPUESTOS

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 el cálculo de mera de reducción, según tabla (No ingresar en la 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) / (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 nacional) *100 2. Para el 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	Meta en porcentaje
≤ -2%	0% (No subir en un 20% respecto a su LB) →	0%
[-1% , 4%]	1% →	-1%
[5% , 24%]	5% →	-5%
[25% , 49%]	8% →	-8%
[50% , 99%]	10% →	-10%
≥ 100%	15% →	-15%

7) 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**	**Dimisión del indicador**	**A que establecimientos aplica**	
	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	Alta y mediana complejidad	

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS**	**PRIORIDAD**
Porcentual	% cumplimiento de acuerdo a tabla	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	(Nº de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo / Nº de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo) *100

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENT DE GESTIÓN
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

TABLA CUMPLIMIENTO AÑO 2020			
SERVICIOS DE SALUD	META 2020	SERVICIOS DE SALUD	META
ARICA	100,00%	MAULE	83,86%
IQUIQUE	82,71%	ÑUBLE	95,52%
ANTOFAGASTA	76,58%	CONCEPCIÓN	94,91%
ATACAMA	69,82%	ARAUCO	83,75%
COQUIMBO	75,50%	TALCAHUANO	85,09%
VALPARAÍSO	91,80%	BIO BIO	91,84%
VIÑA DEL MAR	76,49%	A. NORTE	66,59%
ACONCAGUA	74,33%	A. SUR	97,50%
M.NORTE	72,70%	VALDIVIA	69,49%
M. OCCIDENTE	86,51%	OSORNO	79,99%
M. CENTRAL	76,01%	DEL RELONCAVÍ	86,80%
M. ORIENTE	60,03%	CHILOÉ	77,39%
M. SUR	71,43%	AYSÉN	77,93%
M. SUR ORIENTE	74,00%	MAGALLANES	68,70%
O'HIGGINS	71,39%	Total, Nacional	78,24%

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE GESTION
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

8) 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**	**A que establecimientos aplica**
	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	Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, así como a CRS, que disponen de oferta de consultas médicas de especialidades. Para baja complejidad se incluye todo establecimiento que cuente con reporte de Producción de médico especialista en REM 07.

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
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 del periodo de evaluación enero a diciembre de 2020. Planillas Excel de Programación 2020 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

9) Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas

OBJETIVO DEL PROCESO	Fortalecer y optimizar procesos clínicos críticos				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas				
FÓRMULA DEL INDICADOR	**A- VARIABLE 1**	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 1**	**DATOS DEL INDICADOR**		
	N° Total de Pacientes con Indicación de Hospitalización que espera en UEH T'< 12 horas para acceder a cama de dotación en t	Todos los pacientes que con indicación de hospitalización que acceden a cama de hospitalización antes de 12 horas	**Tipo de Indicador**	**Dimensión del Indicador**	**A que Establecimientos aplica**
	B- VARIABLE 2	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 2**			
	N° total de pacientes con Indicación de Hospitalización en UEH en t	Total, de pacientes que tiene indicación de hospitalización. [Se excluyen del total: Pacientes derivados a otros establecimientos (C95) y/o que rechacen hospitalización(C94)]	Proceso	Eficacia	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y/o pediátricas (excluida obstétrica).

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS**	**PRIORIDAD**
Porcentual	80%	Anual	REM (2020) A08 Sección D. [Celdas C91/ (C91+C92+C93+C96)]*100	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	[(N° Total de Pacientes con Indicación de Hospitalización que espera en UEH T'< 12 horas para acceder a cama de dotación en t /N° total de pacientes con Indicación de Hospitalización en UEH en t) *100]

MINISTERIO DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE GESTION

10) 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 INIDICADOR**		
	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**	**A que establecimientos aplica**
	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 año t, validada por Minsal.	Eficiencia	**Proceso**	Alta complejidad

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
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 año t, 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 de consultas médicas (nuevas y controles) de especialidad realizadas a través de telemedicina, durante el periodo / Nº total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo) *100

11) Promedio de días de estada de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio

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					
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)

MINISTERIO DE HACIENDA · DEPARTAMENTO DE GESTION · DIRECCION DE PRESUPUESTOS

II. Área de Coordinación de Red Asistencial

12) Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.

OBJETIVO DEL PROCESO	Atender oportunamente los problemas de salud incluidos en el decreto AUGE 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 indicador**	**Dimensión del indicador**	**A que establecimientos 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					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS**	**PRIORIDAD**
Porcentual	Cumple meta del 100%, si obtiene un resultado del indicador ≥ 99,5%	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

III. 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).

13) Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo

OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar transportes secundarios cuya pertinencia en torno a necesidad, características, complejidad y seguridad fue evaluada 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					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS**	**PRIORIDAD**
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	MEDIA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	**FÓRMULA DE CÁLCULO**
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.	(Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t./Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.)*100

MINISTERIO DE HACIENDA - DEPARTAMENTO DE GESTION - DIRECCION DE PRESUPUESTOS

14) Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS o símil según guía nacional de reanimación).

OBJETIVO DEL PROCESO	Mantener una actualización en competencias para la atención del paro cardiorrespiratorio. Se verifica con la realización de un curso teórico práctico, con evaluación, para reanimación y soporte vital avanzado para los médicos de los centros reguladores e intervención SAMU					
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS o símil según guía nacional de reanimación).					
FÓRMULA DEL INDICADOR	**A- VARIABLE 1**	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 1**	**DATOS DEL INDICADOR**			
	Número de médicos con capacitación actualizada Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS o símil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado en el año t.	**Tipo de Indicador**	**Dimensión del Indicador**	**A que establecimientos aplica**	
	B- VARIABLE 2	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 2**				
	Número total de médicos SAMU	Corresponde al número total de médicos que laboran en el SAMU en el respectivo servicio de salud, tanto en el área de regulación como de intervención, del año t.	Proceso	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.	

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
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 reanimación cardiopulmonar avanzada.	SERVICIOS DE SALUD	MEDIA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	**FÓRMULA DE CÁLCULO**
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.	(Número de médicos con capacitación Soporte Vital Cardiovascular Avanzada ACLS / Número total de médicos.) *100

15) 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	Propender a mejorar las intervenciones que los testigos de un colapso extra hospitalario puedan otorgar a la víctima. Esto tiene impacto directo con la efectividad de la atención Prehospitalaria. Se verifica con la entrega de instrucciones telefónicas o a distancia, para guiar a los testigos en las maniobras y técnicas de Soporte Vital Básico para víctimas de colapso extra hospitalario. Las instrucciones se entregan, según protocolo, por parte del personal del centro telefónico de emergencias 131 - SAMU al solicitante, en caso de pesquisa de un eventual paro cardio-respiratorio.					
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitante.					
FÓRMULA DEL INDICADOR	**A- VARIABLE 1**	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 1**	**DATOS DEL INDICADOR**			
	Número de indicaciones de BLS entregadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP.	Corresponde al número de llamados telefónicos al 131 que recibieron asistencia remota por parte del operador telefónico del Centro Regulador para aplicar técnicas de BLS, a solicitantes que requerían apoyo para realizar RCP / BLS, en el año. t.	**Tipo de Indicador**	**Dimensión del Indicador**	**A que establecimientos aplica**	
	B- VARIABLE 2	**DESCRIPCIÓN VARIABLE 2**				
	Total, de requerimientos telefónicos para asistencia en la atención de pacientes por RCP.	Corresponde al total llamados telefónicos al 131 que requirieron asistencia remota o apoyo para la aplicación de técnicas de RCP / BLS, en el año t.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.	

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	**META ANUAL**	**PERIODICIDAD**	**MEDIO DE VERIFICACIÓN**	**RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS**	**PRIORIDAD**
Porcentual	≥ 95%	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.	SERVICIOS DE SALUD	ALTA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	**FÓRMULA DE CÁLCULO**
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaria 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

MINISTERIO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE GESTION DIRECCION PRESUPUESTOS

2º 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 MEDIANA 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, de acuerdo a su nivel de complejidad y cartera de servicios**.

3º Aquellos Servicios de Salud que en 2019 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2020, 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 95%:
   Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM
b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 95%
   Porcentaje de Bonificación = % real obtenido 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% si se obtiene como resultado del indicador un porcentaje mayor o igual a 99,5% de la meta, si el establecimiento cumpliere 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, los referidos convenios deberán ser aprobados por Resolución Exenta, convenios que deberán ser consistentes con los que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.

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

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 LARRAIN BASCUÑAN
MINISTRO DE HACIENDA

REPUBLICA DE CHILE MINISTERIO DE SALUD MINISTRO

DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DIRECCION DE PRESUPUESTOS DIRECTOR Ministerio de Hacienda

MINISTERIO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE GESTION DIRECCION DE PRESUPUESTOS