



REPÚBLICA DE CHILE  
 MINISTERIO DE SALUD  
 SUBSECRETARÍA DE REDES  
 ASISTENCIALES

WIGRI/ALIA/KLO/JUR/PTC/MCA/FLP/FGN  
 MINISTERIO DE SALUD

32  
 DIVISION  
 CONTROL  
 GASTOS

MINISTERIO DE HACIENDA  
 12 NOV 2020  
 OFICINA DE PARTES  
 RECIBIDO

FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2021  
 PARA PAGO DE BONIFICACIÓN POR DESEMPEÑO  
 COLECTIVO INSTITUCIONAL A LOS QUE SE REFIERE EL  
 ARTICULO 37 DE LA LEY N° 19664.

SANTIAGO, 30 SEP 2020

EXENTO N° 60

CONTRALORIA GENERAL  
 TOMA DE RAZON  
 RECEPCION

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.

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.	

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.

REFRENDACION

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


DECRETO

1°.- FIJANSE las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del periodo comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2021, por los Servicios de Salud:



OF DE PARTES DIPRES  
 12.11.2020 10:08

08297/2020



## **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 resolutive.
- 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 2021 se hayan definido como tal, 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

### I. Área Atención Médica a Usuarios.

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

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

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

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo				
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control				
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>		<b>DATOS DEL INDICADOR</b>		
	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>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>		Resultado intermedio	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
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					
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>						
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>	
Porcentual	90%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y C	SERVICIO DE SALUD	ALTA	
<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				$\left( \frac{\text{Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t}}{\text{Nº total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario}} \right) * 100$		



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

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>		<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>	<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
		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	A que establecimientos aplica
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>		<b>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>	Resultado Intermedio	Eficacia
		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		
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
Porcentual	≥68%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				$\frac{((\text{N}^\circ \text{ de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses}) / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes hipertensos de 15 años y más bajo control en el nivel primario}) * 100$	

4) Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		Utilizar de manera eficiente el recurso quirúrfano en los establecimientos hospitalarios.			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>		<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>	<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
		Número de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el período	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas suspendidas por cualquier causa en el establecimiento, durante el año t.	Tipo de indicador	A que establecimientos aplica
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>		<b>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>	Proceso	Eficacia
		Total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el período	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el establecimiento, durante el año t.		
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
Porcentual	≤ 7%	Anual	Datos extraídos desde REM 21, Sección F.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$(\text{N}^\circ \text{ de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el período} / \text{N}^\circ \text{ total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el período}) * 100$	



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

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		Aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas en modalidad ambulatoria con respecto al total de cirugías mayores.			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>		<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
	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
	<b>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>		Resultado	Eficacia
[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		A que establecimientos aplica		
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
Porcentual	≥ 65%	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con la fuente de Base de Datos GRD MINSAL.	SERVICIOS DE SALUD	ALTA
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>			<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left[ \frac{\text{Número de egresos de CMA en el periodo}}{\text{Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo}} \right] * 100$		

6) Variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		Disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas con indicación de resolución por esta vía, focalizando la resolución priorizada por antigüedad, mejorando la oportunidad de resolución de los problemas de Salud.			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>		<b>DATOS DEL INDICADOR</b>	
	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	A que establecimientos aplica
	<b>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>		Producto	Calidad
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)		Establecimientos que registren Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores.		
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
Días	Meta según desempeño establecido en Tabla de "Sensibilidad de Meta", según las precisiones establecidas en Orientaciones Técnicas.	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	Fórmula de Cálculo del indicador de variación porcentual (Ingresar en plataforma DIPRES): (Promedio de días del establecimiento del año T-1 – Promedio de días del establecimiento del año T)

Tabla de Sensibilidad de Metas en Intervenciones Quirúrgicas	
Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	Meta de reducción de línea base
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar en un 20%)
[-1%, 4%]	≥ 3%
[5%, 24%]	≥ 12%
[25%, 49%]	≥ 21%
[50%, 99%]	≥ 30%
≥ 100%	≥ 45%

7) Atención Secundaria de Consultas de Especialidades Odontológicas.

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		Aumentar el porcentaje de altas odontológicas de especialidad en establecimientos de alta y media complejidad.			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>	<b>DATOS DEL INDICADOR</b>		
	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	A que establecimientos aplica
	<b>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>	Resultado intermedio	Eficacia	Alta y mediana complejidad
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.				
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
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
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
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	



Tabla Nº 1: Meta año 2021 a cumplir por Establecimientos del Servicio de Salud

Establecimientos correspondientes a los Servicios de Salud	Meta por Establecimientos 2021
Arica	83%
Iquique	77%
Antofagasta	69%
Atacama	82%
Coquimbo	77%
Valparaíso	81%
Viña del mar	79%
Aconcagua	83%
M. Norte	84%
M. Occidente	76%
M. Central	76%
M. Oriente	83%
M. Sur	78%
M. Sur oriente	80%
O' Higgins	80%
Maule	76%
Ñuble	83%
Concepción	83%
Arauco	62%
Talcahuano	83%
Biobío	77%
A. Norte	64%
A. Sur	83%
Valdivia	68%
Osorno	83%
Del Reloncaví	83%
Chiloé	83%
Aysén	83%
Magallanes	66%

8) Atención ambulatoria de consultas médicas de especialidad

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		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.			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>	<b>DATOS DEL INDICADOR</b>		
	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>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>	Proceso	Eficacia	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.
	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.			
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Consolidada del Servicio de Salud que indique cumplimiento de consultas de profesionales médicos del periodo de evaluación enero a diciembre.  Planillas Excel de Programación anual 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	$(\text{N}^\circ \text{ de consultas especialista realizadas durante el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo}) * 100$

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 con indicación de hospitalización que acceden a cama de hospitalización antes de 12 horas	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	A que Establecimientos aplica
	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)]	Producto	Calidad	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 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			$[(\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH T} < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en año t}) * 100]$		

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 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	A que establecimientos aplica
	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.	Proceso	Eficacia	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 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	$(N^{\circ} \text{ de consultas médicas (nuevas y controles) de especialidad realizadas a través de telemedicina, durante el periodo} / N^{\circ} \text{ total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo}) * 100$

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	Resultado	Eficacia	Establecimientos de Alta Complejidad	
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					
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 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			$(N^{\circ} \text{ de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema} / N^{\circ} \text{ total de pacientes derivados vía UGCC al extrasistema})$			

II. Área de Coordinación de Red Asistencial

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

OBJETIVO DEL PROCESO		Medir el porcentaje de cumplimiento GES, para los problemas de Salud incluidos en el decreto GES 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	Resultado	Eficacia	Alta, mediana y baja complejidad	
Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas No Atendidas + Garantías Retrasadas	Corresponden al total de garantías de oportunidad cumplidas, exceptuadas, incumplidas atendidas e incumplidas no atendidas con fecha límite en el año t. Además, total de garantías de oportunidad retrasadas acumuladas activadas en el año t.					
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 ESTRATEGICOS 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			$(\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} / \text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas}) * 100$			



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).

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

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		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.				
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo				
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>		<b>DATOS DEL INDICADOR</b>		
	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>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>				
	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.		Producto	Eficacia	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>						
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>	
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	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left( \frac{\text{Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.}}{\text{Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.}} \right) * 100$		

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

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		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				
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS o simil según guía nacional de reanimación).				
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>		<b>DATOS DEL INDICADOR</b>		
	Número de médicos con capacitación actualizada Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS o simil.	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>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>				
	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	Eficacia	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>						
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>	
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	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left( \frac{\text{Número de médicos con capacitación Soporte Vital Cardiovascular Avanzada ACLS o simil}}{\text{Número total de médicos.}} \right) * 100$		



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)

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		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.			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		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.			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>	<b>DATOS DEL INDICADOR</b>		
	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>B- VARIABLE 2</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 2</b>			
	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.	Producto	Eficacia	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>PRIORIDAD</b>
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
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>			<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left( \frac{\text{Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP}}{\text{Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP}} \right) * 100$		

2° Los compromisos son priorizados, clasificándolos en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores deberán ser priorizados de acuerdo con 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 con su nivel de complejidad y cartera de servicios.

3° Aquellos Servicios de Salud que en 2020 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2021, deben comprometer a lo menos la mantención de dicha meta. El Ministerio de Salud en acuerdo con DIPRES, deberán resolver la pertinencia de una meta inferior a la meta nacional.

4° 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 con 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 2022.



5° 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 cumpliera un menor valor a la meta establecida su cumplimiento será igual a 0%.**

**En el caso del indicador "Variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores", su cumplimiento será 100% si es mayor o igual al 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento se encuentra entre 75,0% a 94,9%, se asignará el 85% de la ponderación asignada.**

6° Los Servicios de Salud podrán justificar el incumplimiento de los indicadores comprometidos, por motivos de causa externa, aludiendo para ello, lo prescrito en el Art. 45 del código civil el que indica "Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc."

El análisis de causa externa que invoque un Servicio para justificar el incumplimiento de un objetivo de gestión se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo estar fundamentado el efecto que el factor externo tiene en dicho incumplimiento. Asimismo, deberá cuantificar la incidencia del factor externo, o efectuar una aproximación si aquello no fuere factible.

Sólo se considerará en el análisis del incumplimiento de un objetivo de gestión, la existencia de causas externas calificadas y no previstas que limiten seriamente el logro de los objetivos de gestión, tales como hechos fortuitos comprobables, pandemia, catástrofes y cambios de legislación, como también las reducciones presupuestarias externas al Ministerio de Salud, siempre que afectaren ítems relevantes para el cumplimiento

7° 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.

8° Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y sus referentes técnicos, entregar las, orientaciones, pronunciamientos 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



SR. IGNACIO BRIONES ROJAS  
MINISTRO DE HACIENDA



DR. ENRIQUE PARÍS MANCILLA  
MINISTRO DE SALUD



MINISTERIO DE HACIENDA  
UAC/OFICINA DE PARTES  
11 NOV 2020  
DIGITALIZADO

DIRECCION DE PRESUPUESTOS  
OFICINA DE PARTES  
12 NOV 2020  
DOCUMENTO DIGITALIZADO