

2025

BSC EAR

Ministerio de Salud

**GES** | 20  
años  
GARANTÍAS EXPLÍCITAS  
EN SALUD

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED

Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Departamento de Control de Gestión

Ministerio de Salud



# Indicadores Balanced Scorecard 2025

Versión 1.0 junio 2025

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	4
CONTEXTO. ....	6
ANTECEDENTES. ....	7
REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.....	8
CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO. ....	10
4.1. Aspectos generales. ....	10
4.2. Mapa Estratégico. ....	10
4.3 Relación del BSC con los requisitos para obtener la calidad de EAR.....	16
4.4 Metodología BSC 2025 .....	19
4.4.1 Ponderación de Indicadores.....	20
4.4.2 Sistema de Cálculo de Puntaje y Resultados. ....	21
4.4.3 Metodología de Cálculo. ....	22
4.4.4 Consideraciones finales. ....	25
4.5 Indicadores BSC 2025.....	26
AUTORES .....	88
COLABORADORES .....	88

## INTRODUCCIÓN

La Ley N°19.937, sobre Autoridad Sanitaria creó la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red” (EAR), cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades a los directores de estos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

La misma Ley estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del director. Todo se reglamentó mediante el D.S. N°38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Un establecimiento autogestionado, es un órgano desconcentrado del Servicio de Salud correspondiente, con atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece a la red. No obstante, es importante señalar que la cartera de prestaciones (productos de salud) que entrega el establecimiento no es determinada por este, sino que es definida por el director del Servicio de Salud, de acuerdo con las necesidades de la población bajo su responsabilidad. En este sentido, el hospital no es un organismo autónomo, ya que su oferta de servicios es determinada externamente.

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos, establecidos en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005, cuyo cumplimiento debe certificarse anualmente según las instrucciones que defina de manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda.

Desde el año 2011, se cuenta con un **instrumento de evaluación basado en la metodología Balanced Scorecard (BSC)** o Cuadro de Mando Integral (CMI), herramienta que se destaca por estructurar y alinear los elementos estratégicos de la gestión hospitalaria. El BSC traduce la estrategia en términos operativos mediante un conjunto coherente de indicadores, que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables una visión clara de su desempeño en las áreas bajo su responsabilidad.

La versión 2025 del instrumento de evaluación contiene 29 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa. Dichos indicadores, dan cuenta de todas las estrategias que se desean impulsar

en estos hospitales: (1) sustentabilidad financiera, (2) eficiencia operacional, (3) gestión asistencial en red y (4) calidad de la atención.

Es importante mencionar, que su aplicación contempla monitoreos mensuales, trimestrales y/o mensuales, esto de acuerdo con lo establecido en las fichas de cada indicador; y una evaluación anual, a fin de favorecer la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores.

## CONTEXTO.

Basado en la misión institucional del MINSAL que es “*construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera*”, en la misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de “*regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento, la coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con énfasis en la entrega de prestaciones de calidad que generen satisfacción en nuestra población*”; y en las definiciones estratégicas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo 2022-2026, las que se resumen en:

- **Fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS)** como pilar fundamental de la estrategia nacional de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la población con todos los niveles del sistema de salud y el intersector.
- **Distribuir capacidades a la red asistencial**, avanzando hacia un modelo de cuidado integral con enfoque de derechos y perspectiva de género, que permita una gestión eficiente de los tiempos de espera para la resolución de problemas de salud.
- **Fortalecer la institucionalidad mediante la gestión por procesos**, promoviendo un uso eficiente de los recursos para aumentar la cobertura y equidad en salud, con especial énfasis en el acceso a medicamentos desde una perspectiva tanto financiera como logística.
- **Mejorar las condiciones laborales**, asegurando el fortalecimiento de los derechos de los funcionarios y su desarrollo profesional, a través de sistemas de capacitación y formación continua, incorporando siempre un enfoque de género e interculturalidad.
- **Potenciar la infraestructura de la red sanitaria**, mediante un plan nacional de inversiones en salud con enfoque de equidad territorial, articulado por macrozonas, que promueva el desarrollo ordenado y la integración funcional de la red, en el marco de un sistema universal de salud con perspectiva de género e intercultural.

Para el año 2025, el instrumento se mantiene en la priorización de indicadores de resultados, metas diferenciadas, según cartera de servicios y según cada realidad local (línea base). Desde el punto de vista metodológico se incorpora el concepto de “**Requisito**” para algunos indicadores y se estructura como elementos complementarios o relacionados, que fortalecen o impulsan el proceso que se busca evaluar.

En este contexto, los establecimientos de la red asistencial enfrentan el desafío de interrelacionar la gestión de sus procesos clínicos, logísticos, financieros y de personas, con el propósito de dar una respuesta más efectiva y oportuna a la demanda de salud de la población.

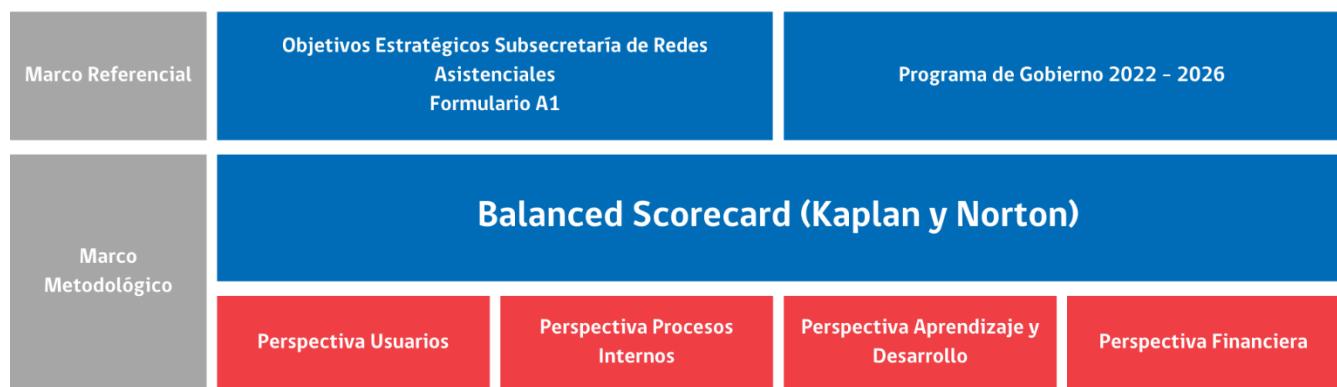
## ANTECEDENTES.

El presente “Instrumento técnico de evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red”, tal y como lo señala el art. N°17 del D.S. N°38 de 2005, ha sido elaborado de manera conjunta por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

Este cumple con la finalidad de:

- Evaluar anualmente a los EAR, determinando su nivel de cumplimiento.
- Evaluar la obtención de la calidad de autogestión en red a nuevos establecimientos de alta complejidad.
- Ser una herramienta de control estratégico de los procesos claves de un establecimiento de alta complejidad.

El marco de formulación del presente instrumento es:



## REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.

Los requisitos mínimos que los Establecimientos Autogestionados deberán cumplir para aprobar la evaluación anual son:

- Obtener un **porcentaje mayor o igual a 75% del puntaje total exigido** de los indicadores del Balanced Scorecard (BSC) hospitalario.
- **Cumplir con el 100% de los requisitos** establecidos en los artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N°38 de 2005.

A su vez, según los artículos 16 y 18 siguientes, del decreto N°38 de 2005, serán exigibles de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud, en el proceso de evaluación anual.

### Artículo N°16 del D.S. N°38 de 2005.

Los requisitos mínimos que se deben cumplir los Establecimientos Autogestionados son los siguientes:

- a) Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones que establece el artículo 18 de este Reglamento, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento al Director de Servicio correspondiente.
- b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento que Establece el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.
- c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual deberá considerar, algunas de las siguientes temáticas: Gestión clínica; Gestión administrativa; Gestión financiera-contable-presupuestaria; Gestión de las Personas; Auditoría; Satisfacción usuaria y Participación; y Sistemas de planificación y control de gestión.
- d) Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.
- e) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.
- f) Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.
- g) Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.

- h) Tener implementado, de acuerdo con su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N°18.469, procedimientos de cobro y recaudación de ingresos.
- i) Contar con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Los Comités mínimos con los que debe contar un EAR son: Capacitación; Ética clínica; Fármacos; Adquisiciones; Consejo Técnico y Comité Directivo.
- Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.
- j) Deberá existir en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlas y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

### **Artículo N°18 del D.S. N°38 de 2005.**

Los Establecimientos Autogestionados, como parte de la Red Asistencial, deberán:

- a) Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo con el marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.
- b) Atender beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparte el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio respectivo, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes.
- c) Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.
- d) Entregar la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo con sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.
- e) Contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.
- f) Dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.
- g) Efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparte el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO.

### 4.1. Aspectos generales.

Para establecer un sistema de control eficaz en una organización, hay que definir los requerimientos, características y madurez de la organización, lo que hará que un tipo de Sistema de Control de Gestión sea más adecuado o pertinente a la realidad que nos enfrentamos. Es así como Kaplan y Norton, diseñan “El Cuadro de Mando Integral”, como una herramienta de control de gestión que ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia en términos operativos. También es visto, como un sistema de gestión estratégica, puesto que implica establecer plazos a los objetivos, facilitando los procesos de gestión definidos tales como: aclarar y traducir o transformar la visión y estrategia; comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos; planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas; y aumentar el feedback y formación estratégica.

El cuadro de mando integral se funda en la relación causa-efecto que contribuye a poder plasmar la estrategia de la organización, lograr objetivos y establecer indicadores de gestión, facilitando el diseño de un marco normativo o estructura organizacional. Facilita la toma de decisiones, generando un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad. La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar la tarea, alineando a los equipos directivos, unidades, recursos y procesos, con las estrategias de la organización.

### 4.2. Mapa Estratégico.

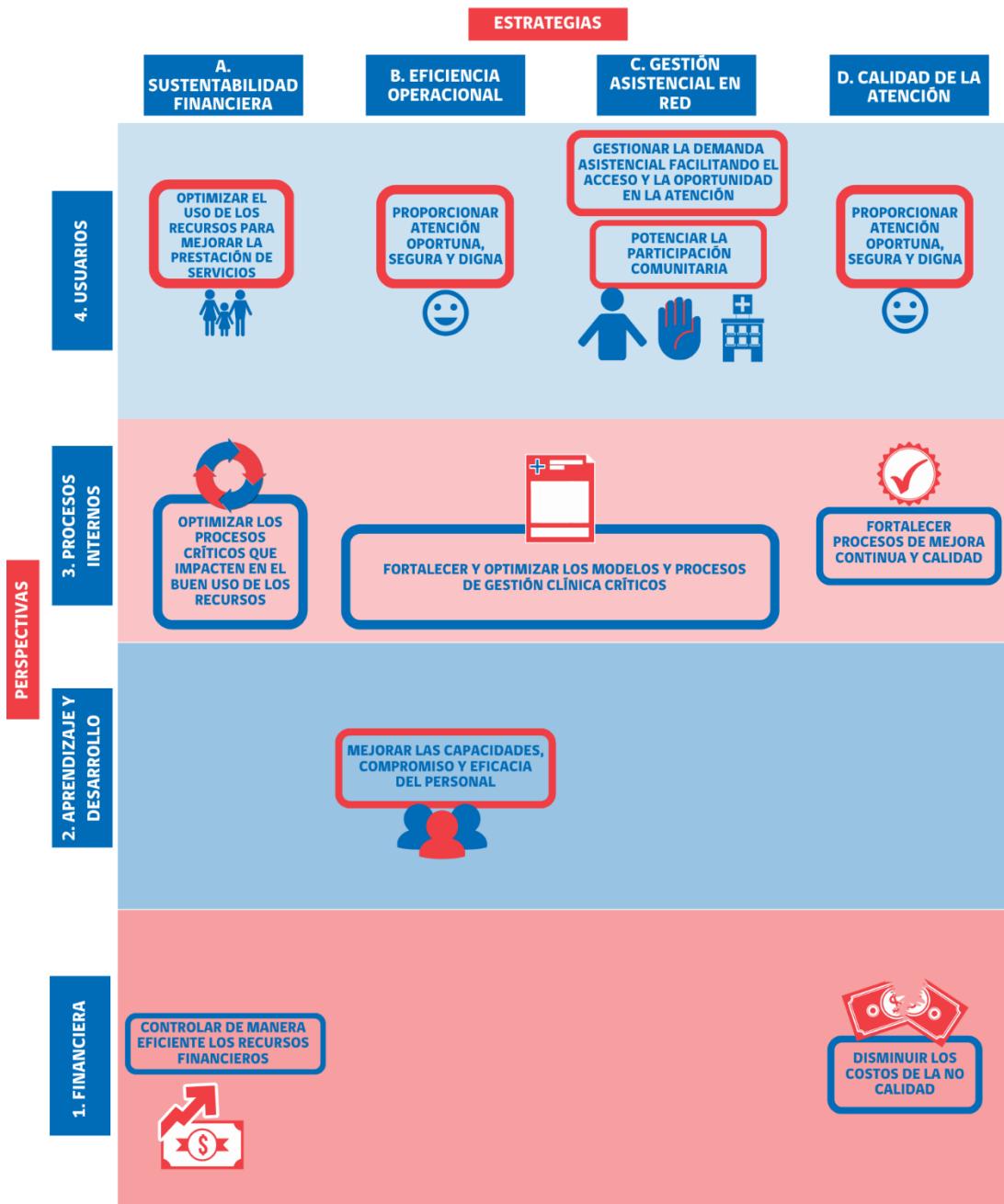
El presente instrumento de evaluación, construido sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, adecuada a una organización pública, se proyecta desde un mapa estratégico, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución (ver figura 1).

El mapa estratégico es una herramienta que ayuda a explicar visualmente la estrategia de la organización a través de la conexión de los distintos objetivos e indicadores en relaciones de causa-efecto y agrupados según la perspectiva que aborda cada objetivo. Las cuatro perspectivas abordadas y en las cuales se utilizó como marco para visualizar la estrategia son: Usuarios, Procesos Internos, Aprendizaje y Desarrollo, y Financiera.

La aplicación del mapa estratégico en el sector público exige únicamente introducir determinados cambios conceptuales en el modelo original (Kaplan y Norton, 2002; Niven 2003), manteniendo sus cuatro perspectivas, adaptando sus contenidos a la realidad de las

organizaciones públicas y alterando circunstancialmente las relaciones de causa y efecto entre dichas perspectivas.

**Figura 1.** Mapa estratégico<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Fuente: Elaboración equipo redactor.

Para efectos de facilitar su comprensión, cada indicador se numeró de acuerdo con el objetivo al cual

pertenece, el que se identifica según el tema estratégico y la perspectiva correspondiente. De ese modo, se obtiene una numeración de 3 niveles, de los cuales los dos primeros dígitos representan la ubicación en la matriz del objetivo. La numeración es la siguiente:

#### Numeración 1º. Nivel Tema Estratégico.

- A. Sustentabilidad Financiera.
- B. Eficiencia Operacional.
- C. Gestión Asistencial en Red.
- D. Calidad de la Atención.

#### Numeración 2º. Nivel Perspectiva.

- 1. Perspectiva Financiera.
- 2. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.
- 3. Perspectiva Procesos Internos.
- 4. Perspectiva Usuarios.

#### Numeración 3º. Nivel Objetivos Específicos y ubicación en Mapa Estratégico.

- A.4 Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios.
- B.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- C.4 Potenciar la participación comunitaria.
- C.4 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y oportunidad en la atención.
- D.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- A.3 Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.
- B.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.
- D.3 fortalecer procesos de mejora continua y calidad.
- B.2 Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.
- A.1 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.
- C.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.
- D.1 Disminuir los costos de la no calidad.

## Numeración 4. Nivel Numeración de Indicadores.

### Sustentabilidad Financiera.

- **A.1\_2.4** Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- **A.1\_2.5** Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.
- **A.1\_6** Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.
- **A.1\_7** Índice de cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.
- **A.3\_1.2** Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores.
- **A.3\_1.8** Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.
- **A.3\_1.9** Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.
- **A.3\_2** Compras vía trato directo.
- **A.4\_1.3** Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- **A.4\_1.4** Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.

### Eficiencia Operacional.

- **B.1\_1.1** Índice de Rotación de camas.
- **B.2\_3** Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- **B.3\_1.6** Índice de Ocupación Dental (IOD).
- **B.3\_1.7** Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.
- **B.3\_1.9** Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera
- **B.3\_2** Rendimiento de quirófanos
- **B.3\_2.1** Ocupación de quirófanos
- **B.4\_1.2** Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.
- **B.4\_1.4** Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- **B.4\_1.6** Personas categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.

## Gestión Asistencial en Red.

- **C.3\_3** Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.
- **C.4\_1.1** Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- **C.4\_1.5** Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.
- **C.4\_1.6** Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75
- **C.4\_1.7** Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.
- **C.4\_3.1** Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.

## Calidad de la Atención.

- **D.3\_2.2** Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.
- **D.3\_2.3** Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizado (IAAS)
- **D.4\_1.8** Medición de la satisfacción usuaria.

En total la matriz incorpora 29 indicadores, los cuales se organizan de acuerdo con lo representado en la tabla 1. En el Figura 2, se aprecia la distribución de indicadores.

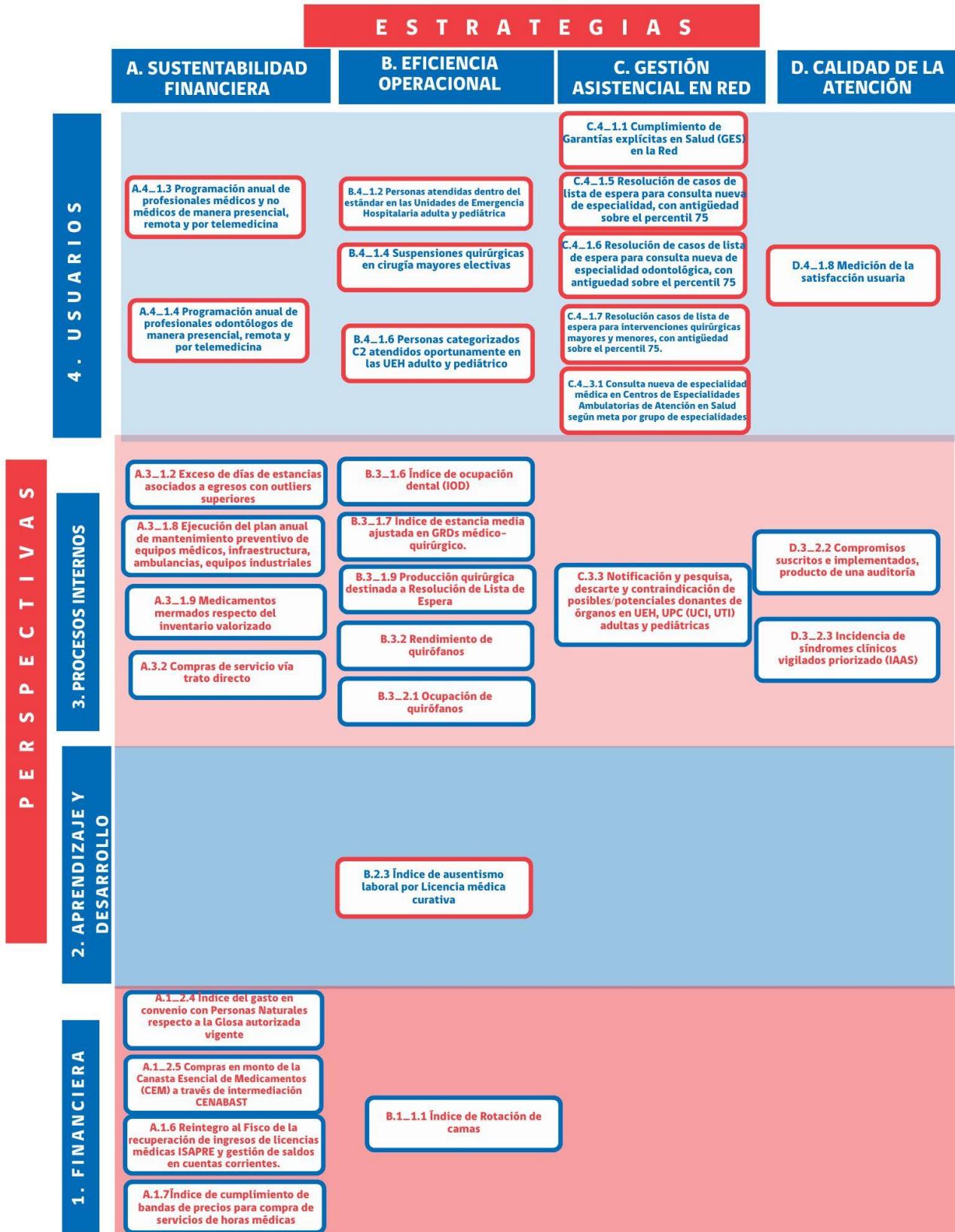
**Tabla 1.** Número total de indicadores por perspectivas<sup>2</sup>.

Perspectiva	Balanced Scorecard Hospitalario				Total	
	Temas Estratégicos					
	Perspectiva Financiera	Perspectiva Procesos Internos	Perspectiva Usuarios	Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo		
<b>Sustentabilidad Financiera</b>	4	4	2	0	<b>10</b>	
<b>Eficiencia Operacional</b>	1	5	3	1	<b>10</b>	
<b>Gestión Asistencial en Red</b>	0	1	5	0	<b>6</b>	
<b>Calidad de la Atención</b>	0	2	1	0	<b>3</b>	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	

Cada uno de los indicadores fue descrito en una ficha técnica, en la cual se detallan los aspectos a considerar en la medición, como: descripción, responsable, fuente del dato, fórmula de cálculo, meta, requisito, entre otros.

<sup>2</sup> Fuente: Elaboración equipo redactor.

**Figura 2.** Mapa de los indicadores BSC 2025.



## 4.3 Relación del BSC con los requisitos para obtener la calidad de EAR.

La relación que existe entre el BSC hospitalario y los requisitos que la Ley y el Reglamento exigen para los Establecimientos Autogestionados en Red, se ilustran en la figura 2 y 3.

**Tabla 2. Relación del BSC con los requisitos de EAR – Art. 16.**

Artículo 16 D.S. N°38 de 2005	Relación con el BSC
Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumple con las obligaciones establecidas.	C.4_3.1 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
Art. 16b.- Está registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el Establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.	
Art. 16c.- Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual deberá considerar, a lo menos, las siguientes temáticas: Gestión clínica; Gestión administrativa; Gestión financiera-contable-presupuestaria; Gestión de las Personas; Auditoría; Satisfacción usuaria y Participación; y Sistemas de planificación y control de gestión.	
Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.	
Art. 16e.- Mantiene el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.	

Artículo 16 D.S. N°38	Relación con el BSC
<p>Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.</p>	<p><b>A.3_1.2</b> Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores. Cumplimiento de un mínimo del 95% en calidad y oportunidad del reporte cubo 9 correspondiente al sistema de costeo.</p> <p><b>D.4_1.8</b> Medición de la satisfacción usuaria.</p>
<p>Art. 16g.- Cumple con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.</p>	<p><b>C.4_1.1</b> Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.</p>
<p>Art. 16h.- Tiene implementado, de acuerdo con su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N°18.469, procedimientos de cobro.</p>	
<p>Art. 16i.- Cuenta con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.</p>	
<p>Art. 16j.- Existe en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.</p>	

**Tabla 3.** Relación del BSC con los Requisitos para obtener la Calidad de EAR - Art. 18.

Artículo 18 D.S. N°38 de 2005	Relación con el BSC
Art. 18a.- Desarrolla el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.	
Art. 18b.- Atiende beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°16.744, que hayan sido referidos por alguno de los Establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.	
Art. 18c.- Mantiene sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.	
Art. 18d.- Entrega la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo con sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los Establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.	
Art. 18e.- Cuenta con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumple con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.	<p><b>C.4_1.5</b> Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.</p> <p><b>C.4_1.6</b> Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.</p> <p><b>C.4_1.7</b> Resolución de casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.</p>
Art. 18f.- Da cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.	
Art. 18g.- Efectúa auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.	<p><b>D.3_2.2</b> Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.</p>

## 4.4 Metodología BSC 2025

Para el año 2025 se modifica la metodología de evaluación, instaurando el concepto de “Requisito” en algunos de los indicadores. Este se establece como: “*Elemento(s) complementario(s) a determinados indicadores, cuyo propósito es fortalecer y profundizar la evaluación de estos. Se vinculan a acciones, informes o condiciones específicas que los Establecimientos Autogestionados en Red deben cumplir, y que permiten contextualizar y enriquecer el análisis del cumplimiento de los indicadores*”. El cumplimiento de estos requisitos aporta un porcentaje en la evaluación global del indicador, el que representa un 40% del total, cuando aplica”.

Por lo anterior, para aquellos indicadores que tengan asociado un requisito, su puntaje final estará compuesto por el resultado del indicador (60%) y cumplimiento del requisito (40%).

A modo de resumen, se concluye lo siguiente:

- Si el indicador no cuenta con requisito, su resultado final representará el 100% de su cumplimiento.
- Si el indicador incluye requisitos, el resultado del indicador principal aportará un 60% y el requisito asociado un 40%.

### Esquema de evaluación para indicadores que cuentan con requisitos.



### Esquema de evaluación para indicadores que no cuentan con requisitos.



#### 4.4.1 Ponderación de Indicadores

Para el año 2025, los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se han estructurado en ocho (8) Compromisos de Gestión. Con el propósito de alinear los instrumentos de evaluación, los indicadores del Balanced Scorecard (BSC) han sido clasificados y seleccionados de acuerdo con su aplicabilidad a los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), resultando en la inclusión de seis (6) compromisos relevantes.

En relación con la ponderación de los indicadores, se asignó un peso relativo a cada uno, considerando su vínculo con las líneas estratégicas prioritarias de la Subsecretaría. De este modo, se otorgó mayor peso a aquellos compromisos asociados a procesos críticos para el funcionamiento de los establecimientos.

La distribución ponderada de los indicadores del BSC 2025 se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Ponderaciones de los indicadores del BSC 2025**

	BSC	Indicadores	Peso indicador	Estrategia
1.	Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales	14	3,5%	49,0%
2.	Optimizar la gestión de recursos humanos y financieros	8	3,0%	24,0%
3.	Mejora de los tiempos de espera	4	4,2%	16,8%
4.	Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento	1	3,5%	3,5%
5.	Fortalecer la Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial	1	3,2%	3,2%
6.	Mejorar la calidad y seguridad del paciente	1	3,5%	3,5%
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Resultados y puntaje total en el BSC:**

La suma de las ponderaciones correspondientes a los indicadores cumplidos determinará el resultado final de la evaluación del establecimiento.

- Por ejemplo, si un indicador del compromiso estratégico N.<sup>º</sup> 1 se cumple, aporta 0,035 (3,5%) al total del BSC.
- Si se cumple un indicador del compromiso N.<sup>º</sup> 3, su contribución será de 0,042 (4,2%), y así sucesivamente.

Se considerará **aprobado** el establecimiento que cumpla:

- Un **75% o más** del puntaje ponderado del BSC, y
- Cumpla con el **100%** de los requisitos establecidos en los artículos 16 y 18 del D.S. N.<sup>º</sup> 38 de 2005.

En aquellos casos en que uno o más indicadores no apliquen a un establecimiento, el umbral de aprobación se ajustará al **75% del puntaje máximo posible** correspondiente a los indicadores efectivamente aplicados.

#### 4.4.2 Sistema de Cálculo de Puntaje y Resultados.

El monitoreo de los indicadores contemplados en este instrumento se realizará de manera mensual, lo que permitirá informar oportunamente a los equipos directivos sobre el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa vigente para la Autogestión en Red.

#### 4.4.3 Metodología de Cálculo.

La metodología de cálculo será de acuerdo con lo establecido en cada ficha técnica de los indicadores, las principales formas de asignación de puntaje son:

**Cumplimiento según un estándar exigido:** indicadores con cumplimiento de la meta definida, se le otorgará una cierta cantidad de puntos que irá entre 0 y 4 (ver ejemplo).

**Ejemplo de tabla de sensibilidad del indicador: Cumplimiento según un estándar exigido.**

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento
4	X ≥ 100,00%
3	X ≥ 95,00%
2	X ≥ 90,00%
1	X ≥ 85,00%

**Ejemplo de tabla de sensibilidad del requisito\*:** Cumplimiento según un estándar exigido.

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento
4	X ≥ 100,00%

\*Cuando el cumplimiento no alcanza el mínimo exigido, se aplica un puntaje de 0 puntos.

\*Los rangos intermedios no detallados se consideran comprendidos entre los límites inferiores y superiores de las puntuaciones adyacentes.

**Cumplimiento según comparación con línea base:** Existen indicadores en que el cumplimiento está asociado a la línea base del año anterior (ver ejemplo), ya sea de aumento o reducción de esta.

**Ejemplo de tabla de sensibilidad: Cumplimiento según línea base.**

LB > 5%		LB <=5%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=5,0%	4 puntos	>=2,0%	4 puntos
>=4,0%	3 puntos	>=1,5%	3 puntos
>=3,0%	2 puntos	>=1,0%	2 puntos
>=2,0%	1 punto	>=0,5%	1 punto

**Cumplimiento de indicadores con trazadoras:** los indicadores que se componen de subindicadores en este instrumento se denominan Trazadoras, en algunos casos además pueden tener distintas metas que cumplir y/o distintas ponderaciones en la fórmula de cálculo.

- **Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas únicas:** Serán evaluadas por el puntaje obtenido por cada trazadora y se sumará el puntaje obtenido en cada trazadora para la asignación del puntaje final del indicador.

**Ejemplo: Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.**

**Fórmulas:**

- Trazadora 1: 20% del puntaje trazadora 1:  $((IEMA\ GRD\ médico\ periodo\ t - IEMA\ GRD\ médico\ periodo\ t-1) / (IEMA\ GRD\ médico\ periodo\ t-1))$
- Trazadora 2: 20% del puntaje trazadora 2:  $((IEMA\ GRD\ médico\ periodo\ t - IEMA\ GRD\ médico\ periodo\ t-1) / (IEMA\ GRD\ médico\ periodo\ t-1))$
- Trazadora 3: 20% del puntaje trazadora 3:  $((IEMA\ GRD\ quirúrgico\ periodo\ t - IEMA\ GRD\ quirúrgico\ periodo\ t-1) / (IEMA\ GRD\ quirúrgico\ periodo\ t-1))$
- Trazadora 4: 20% del puntaje trazadora 4:  $((IEMA\ GRD\ quirúrgico\ periodo\ t - IEMA\ GRD\ quirúrgico\ periodo\ t-1) / (IEMA\ GRD\ quirúrgico\ periodo\ t-1))$
- Trazadora 5: 20% del puntaje trazadora 5:  $((IEMA\ GRD\ electivo\ periodo\ t - IEMA\ GRD\ electivo\ periodo\ t-1) / (IEMA\ GRD\ electivo\ periodo\ t-1))$

Cumplimiento	Puntaje
≥ 10,0%	4 puntos
≥ 7,0%	3 puntos
≥ 5,0%	2 puntos
≥ 0,0%	1 punto

**Puntaje por obtener:** En la trazadora 1 obtiene 4 puntos, en la trazadora 2 obtiene 1 punto, en la trazadora 3 obtiene 4 puntos, en la trazadora 5 obtiene 1 punto. El cálculo final del puntaje seria de la siguiente manera:

- $20\% \times 4\text{ puntos} = 0,8\text{ puntos}$ .
- $20\% \times 1\text{ puntos} = 0,2\text{ punto}$ .
- $20\% \times 4\text{ puntos} = 0,8\text{ puntos}$ .
- $20\% \times 1\text{ puntos} = 0,2\text{ punto}$ .
- $20\% \times 4\text{ puntos} = 0,8\text{ puntos}$ .

La suma de los puntajes es igual a 2,8. En este caso, que cuenta con decimales, se aproxima al número entero más próximo, por lo que su puntaje final será 3 puntos.

- **Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas diferentes:** Serán evaluadas por el puntaje obtenido según su tabla de sensibilidad específica según corresponda a cada caso. El puntaje final de un indicador con trazadoras será la suma de los puntajes obtenidos en cada una de ellas (ver ejemplo).

**Ejemplo: Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.**

- 50% puntaje Trazadora 1: (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociado a la auditoría (s) internas en el periodo de enero a diciembre / Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) internas realizadas de enero a noviembre)
- 50% puntaje Trazadora 2: (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociados a auditoría (s) internas cumplidos en el año de evaluación) / (Número de compromisos suscritos por el área auditada asociados a auditoría (s) internas cuyo cumplimiento se encuentra el año de evaluación)

TRAZADORA 1		TRAZADORA 2					
		1 a 30 compromisos		31 a 70 compromisos		mayor a 70 compromisos	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=90%	4 puntos	>=90%	4 puntos	>=80%	4 puntos	>=70%	4 puntos
>=85%	3 puntos	>=85%	3 puntos	>=75%	3 puntos	>=65%	3 puntos
>=80%	2 puntos	>=80%	2 puntos	>=70%	2 puntos	>=60%	2 puntos
>=75%	1 punto	>=75%	1 punto	>=65%	1 punto	>=55%	1 punto

**Puntaje por obtener:** En la trazadora 1 (porcentaje de compromisos suscritos) obtiene 3 puntos y en la trazadora 2 (porcentaje de implementación de compromisos de 1 a 30) obtiene 4 puntos. El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

50% x 3 puntos = 1,5 puntos.

50% x 4 puntos= 2 puntos.

Suma de los puntajes es igual a 3,5 en este caso que cuenta con decimales se aproxima al número entero más próximo, por lo que su puntaje final será 4 puntos.

#### 4.4.4 Consideraciones finales.

- Cuando el cumplimiento no alcanza el mínimo exigido, se aplica un puntaje de 0 puntos.
- Los rangos intermedios no detallados se consideran comprendidos entre los límites inferiores y superiores de las puntuaciones adyacentes.
- Es importante considerar el **número de decimales** que se describen en cada ficha de indicador, ya que es lo que aplicará en el puntaje aplicado.
- Los establecimientos que no les aplica uno o varios indicadores, deben ingresar en SIS-Q no aplica anual.
- En aquellos indicadores en que no les aplique un mes, deben ingresar en SIS-Q no aplica mensual para que considere el resultado acumulado.
- Existen algunos indicadores que requieren el ingreso de valores acumulados en SIS-Q.
- Para efectos de monitoreo mensual, una vez que el SIS-Q esté activo, deben ingresar sus datos de manera mensual con corte los 30 de cada mes (en caso de día inhábil el cierre será el día hábil siguiente o en caso de alguna contingencia informada por MINSAL).
- En caso de excluir de la evaluación algún indicador debe ser autorizado por la SRA. Sin embargo, los indicadores deben seguir midiéndose para su monitoreo.
- Aquellos Establecimientos Autogestionados que no aprueben la evaluación anual deberán presentar un Plan de Ajuste y Contingencia de acuerdo con la metodología anual instruida por el equipo EAR MINSAL. La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño, por parte del Director del establecimiento Autogestionado en Red, el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el sólo ministerio de la Ley.

Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo con la normativa vigente al respecto.

## 4.5 Indicadores BSC 2025

### Sustentabilidad Financiera.

#### A.1\_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.

A.1_2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.				
	<b>DIGEDEP   Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria</b>				
Objetivo del Indicador	Ajustar el gasto en honorarios médicos y no médicos al marco presupuestario autorizado.				
Responsable de gestión	Subdirección de Gestión de Personas del Establecimiento				
Descripción del indicador	Este indicador cuantifica el ajuste del gasto en honorarios médicos y no médicos del periodo a la glosa vigente respectiva.				
Fórmula de Cálculo	(Gasto en convenio con personas naturales no médicos + Gasto en convenio con personas naturales médicos)/(Glosa en convenio con personas naturales no médicos + Glosa en convenio con personas naturales médicos)				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Número	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	<=1,00				
Requisito	Consistencia del registro entre SIGFE/SIRH				
Exclusiones	En el requisito de la Consistencia del registro entre SIRH y SIGFE, durante el primer semestre se excluyen los Establecimientos que no pagan remuneraciones a través de SIRH.				
Fuente datos Numerador	SIGFE		Fuente datos Denominador	SIGFE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤ 1,00	4 puntos
≤ 1,01	3 puntos
≤ 1,02	2 puntos
≤ 1,04	1 punto

## Definición de términos

**SIGFE**= Sistema de Información para la Gestión Financiera del estado

**SIRH**= Sistema de Información de Recursos Humanos

**RESOLUCIÓN EXENTA DEL SERVICIO DE SALUD**= Dictada por el Director de Servicio de Salud, en donde distribuye glosa de Honorarios Médicos y no Médicos a los establecimientos, al cierre del ejercicio presupuestario del año.

**SUBTITULO 21**= Comprende los gastos por concepto de remuneraciones, aportes del empleador y otros gastos relativos al personal.

**GLOSA**= Regulan o establece precisiones o limitaciones al alcance de los gastos contemplados en cada partida.

**GLOSA AUTORIZADA VIGENTE**= Esta glosa permite la contratación de personal a honorarios hasta el límite establecido por el presupuesto autorizado. Es una herramienta importante para la gestión de recursos humanos en el sector salud, asegurando que las contrataciones se realicen dentro de los parámetros financieros aprobados.

**CONSISTENCIA DEL REGISTRO ENTRE SIFGE Y SIRH**= Se refiere a la sincronización y precisión de los datos entre el Sistema de Información para la Gestión Financiera del estado (SIFGE) y el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Esta consistencia es esencial para asegurar que la información financiera y de Recursos humanos sea coherente y esté actualizada en ambos sistemas.

**INFORME CON PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN MODULO HONORARIOS SIRH**= Documento con detalle de pasos y procedimiento realizados o a realizar para operar con el módulo de Honorarios de SIRH (Como capacitación al personal, Cierre de periodos anteriores, entre otros. Etc.).

## Consideraciones técnicas

La glosa para honorarios médicos y no médicos de cada establecimiento será distribuida a través de resolución exenta del director del Servicio de Salud correspondiente.

El gasto total de honorarios asimilados a las leyes N°18.834, N°15.076 y/o N°19.664, está considerado en el subtítulo presupuestario 21-03-001.

Para efectos de la evaluación, se comparará mensualmente el gasto total de honorarios médicos y no médicos con la glosa vigente o en trámite, respectivamente.

Requisito: consistencia entre el gasto en SIRH vs SIFGE

1.- Para los Establecimientos que están utilizando el pago a través Modulo de Honorarios

- I.- Se entiende por consistencia, si el pago efectivo de honorarios Sub. 21 realizado a través del SIRH es consistente con el registro en SIGFE al menos en un 70%.
- II.- La consistencia se medirá a través de un informe trimestral por cada establecimiento, que debe contener:

Cuadro resumen de consistencias:

- Fuente de Información
- Mes 1 Mes 2 Mes 3 Total Trimestre
- Gasto SIRH
- Gasto SIGFE
- Consistencia (SIGFE/SIRH) \*100

Reporte de análisis de diferencias, donde debe indicar y explicar las diferencias nominales, es decir, que funcionarios y por qué motivo no son consistente entre los sistemas de registro, ya sea por oportunidad del procesamiento de la información declaración u otro de conocimiento del establecimiento.

2.- Para aquellos establecimientos que no utilizan el SIRH se les evaluará la consistencia de la siguiente forma durante el primer semestre:

- I.- Se entiende por consistencia, si el pago efectivo de honorarios Sub. 21 realizado en forma local es consistente con el registro en SIGFE al menos en un 95%.
- II.- La consistencia se medirá a través de un informe trimestral por cada establecimiento, que debe contener:

a) Cuadro resumen de consistencias:

- Fuente de Información
- Mes 1 Mes 2 Mes 3 Total Trimestre
- Gasto Nomina Local
- Gasto SIGFE
- Consistencia (SIGFE/Nomina Local) \* 100

b) Nómina de personal pagada mediante sistema local, de acuerdo con el formato, que será enviado por el Departamento de Sistemas de Información de personas en salud (SIRH).

Se solicita a cada referente enviar datos de contactabilidad al correo [uri.hidalgo@Minsal.cl](mailto:uri.hidalgo@Minsal.cl) para compartir el formato y el cuadro resumen de consistencias.

c) Reporte de análisis de diferencias, donde debe indicar y explicar las diferencias nominales, es decir, que funcionarios y por qué motivo no son consistente entre los sistemas de registro, ya sea por oportunidad del procesamiento de la información declaración u otro de conocimiento del establecimiento.

d) Programa de implementación del SIRH, que considere la puesta en operación a contar de julio 2025.

e) El plazo de entrega de los reportes trimestrales y las nóminas de pago (según corresponda), se deben enviar a más tardar los días 20 de cada mes terminado el trimestre. Por ejemplo, junio 2025, se debe entregar o enviar a más tardar el día 21 de Julio 2025.

**A.1\_2.5 Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.**

<b>A.1_2.5</b>	<b>Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.</b>				
<b>PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incrementar el monto de las compras a CENABAST de medicamentos por parte de los Establecimientos Autogestionados en Red, con el fin de reducir el gasto.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Administrativa del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide el monto de las compras de canasta esencial de medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST, realizadas por los establecimientos autogestionados en red, y otros invitados.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Monto de medicamentos comprados de Canasta Esencial de Medicamentos a través de CENABAST/Monto total de compras de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Truncado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	Igual o superior al 80% para el monto de las compras de la canasta esencial de medicamentos (CEM)				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>CENABAST</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>CENABAST</b>		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=80%	4 puntos
>=75%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=65%	1 punto

## Definición de términos

**CENABAST:** Central nacional de Abastecimiento.

**CEM:** Canasta esencial de medicamentos corresponde a un listado estructurado de productos establecidos por CENABAST en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales. CENABAST realiza la intermediación de estos productos, en donde a un mayor volumen se puede lograr disminuir el costo.

**SICEM:** Sistema de información Canasta esencial de medicamentos

**Participación en CEM en monto:** Corresponde a la fracción en monto en que los establecimientos autogestionados en red adquieren a través de CENABAST respecto al total de productos comprados que pertenecen a la CEM.

## Consideraciones técnicas

La medición será evaluada respecto a la información que la Central Nacional de Abastecimiento informa mensualmente en el observatorio de la página web de CENABAST (resultado SICEM).

Este sistema le permite, a cada establecimiento, revisar, ajustar y justificar compras asociadas a las cantidades programadas y recibidas, así como presentar las causales que les permitan justificar con argumentos, las razones para no intermediar algún producto. Esta plataforma tiene un calendario, con las fechas de carga de datos y plazos para solicitar justificaciones a los datos, con los respaldos respectivos, de acuerdo con el instructivo, fechas de apelación y resultados finales. Estas justificaciones serán revisadas por la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de acuerdo con las condiciones vigentes para este periodo.

La Unidad de Farmacia debe supervisar la trazabilidad del proceso de programación, adquisición, resguardo y dispensación de los fármacos, en coordinación con las otras áreas del establecimiento que intervienen en el proceso de compra, recepción y distribución interna.

La Unidad de Abastecimiento es responsable de apoyar el proceso logístico asociado a la adquisición de los productos farmacéuticos.

**A.1\_6 Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.**

<b>A.1_6</b>	<b>Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.</b>				
<b>PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Devolver al Fisco los montos que se encuentran en las cuentas corrientes de los establecimientos EAR, correspondientes a la recuperación de ingresos por concepto de licencias médicas ISAPRE.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Administrativa del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	El indicador calcula el porcentaje de reintegro al fisco correspondiente a los ingresos percibidos por concepto de pago de licencias médicas por parte de ISAPRE, devengadas durante el año en curso.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Trazadora 1:</b> (Recaudación de ingresos propios subtítulo 08-01-002-002 a diciembre 2024/ Devengo de ingresos propios subtítulo 08-01-002-002 a octubre 2024) <b>Trazadora 2:</b> (Monto devengado de reintegro al fisco, subtítulo 25-99-001 a diciembre 2024/Recaudación de ingresos propios subtítulo 08-01-002-002 a octubre 2024)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	Meta 1: 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación. Meta 2: 100% del devengo del subtítulo 25-99-001 a octubre.				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.				
<b>Exclusiones</b>	CRS Maipú y CRS Cordillera				
<b>Fuente datos Numerador</b>	SIGFE	<b>Fuente datos Denominador</b>	SIGFE		

Tabla de sensibilidad

TRAZADORA 1		TRAZADORA 2	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=85.0%	4 puntos	=100.0%	4 puntos
>=81.7%	3 puntos	>=93.4%	3 puntos
>=78.4%	2 puntos	>=86.8%	2 puntos
>=75.0%	1 punto	>=80.0%	1 punto

## Definición de términos

**SIGFE Ingreso:** Módulo del Sistema de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) destinado al registro de todos los ingresos percibidos durante un período determinado. Incluye, entre otros, los ingresos por concepto de pagos de licencias médicas efectuados por las ISAPRE.

**SIGFE Gasto:** Módulo del Sistema de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) donde se registran los hechos económicos asociados al gasto público, incluyendo el devengo de licencias médicas en los establecimientos asistenciales. Ambas bases de datos —SIGFE Ingreso y SIGFE Gasto— son utilizadas para analizar el comportamiento del ciclo completo de las licencias médicas: su devengo, el proceso de cobro a las ISAPRE y el correspondiente reintegro de dichos fondos al fisco.

## Consideraciones técnicas

Adicionalmente, se deberá remitir el reporte de los saldos de las cuentas corrientes del establecimiento. Dicho informe deberá ser elaborado conforme a las instrucciones contenidas en la Circular N°04/2025 de la Dirección de Presupuestos, titulada “Informe de origen y destino de saldos de cuentas corrientes”, y deberá considerar la información extraída de la cartola bancaria SIGFE correspondiente al día 15 de cada uno de los meses previamente señalados, salvo que dicha fecha sea modificada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) o por FONASA.

Los informes deberán ser enviados al jefe de Finanzas del Servicio de Salud, quien será el responsable de remitirlos a la División de Presupuesto de la SRA, al correo electrónico [gestionpresupuestaria@minsal.cl](mailto:gestionpresupuestaria@minsal.cl), a más tardar el día 30 de cada mes. La omisión en el envío de esta información implicará una penalización de un punto en el indicador correspondiente.

### Exclusiones:

- CRS Maipú
- CRS Cordillera

## A.1\_7 Índice de cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.

A.1_7	Índice de cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas				
<b>PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria</b>					
Objetivo del Indicador	Dar cumplimiento a la glosa presupuestaria N°2, letra f) de la partida 16 de la Ley 21.722 de Presupuesto 2025.				
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento				
Descripción del indicador	<p>Este indicador mide el promedio de los valores unitarios comprados de las horas médicas a través de la modalidad de compra de servicios. Esto para identificar que cumplen con la banda de precios formalizada mediante las resoluciones exenta N°1.044 a la N°1.049 del 31 de diciembre de 2024 por macro, a fin de dar cumplimiento a la glosa presupuestaria N°2, letra f) de la partida 16 de la Ley de Presupuesto 2025.</p> <p>Para la entrega de esta información el establecimiento debe informar de manera trimestral los montos de las compras realizadas, mediante una planilla que será remitida por la División de Presupuesto. Asimismo, se solicitarán que se realicen auditorías desde los Servicios de Salud para que los EAR den cumplimiento a esta banda ya que como menciona la glosa el no cumplimiento tiene sanciones administrativas.</p>				
Fórmula de Cálculo	$((\text{Promedio de los valores unitarios de médico general realizados}/\text{Valor máximo}) \times 0,333 + (\text{Promedio de los valores unitarios de los especialistas realizados}/\text{Valor máximo}) \times 0,333 + (\text{Promedio de los valores unitarios de los especialistas falentes y/o especialistas que se desempeñan en Unidades de paciente crítico y UEH}/\text{Valor máximo}) \times 0,333) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Índice	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	Menor o igual a 1				
Requisito	No tiene requisito definido.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente datos Numerador	LOCAL	Fuente datos Denominador	LOCAL		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
X <=1	4 pts.

## Definición de términos

**A:** Corresponde al índice que resulta de la división de Promedio de los valores unitarios de médico general realizados/ Valor máximo.

**B:** Corresponde al índice que resulta de la división de Promedio de los valores unitarios de los especialistas realizados/ Valor máximo.

**C:** Corresponde al índice que resulta de la división de Promedio de los valores unitarios de los especialistas falentes y/o especialistas que se desempeñan en Unidades de paciente crítico y UEH/ Valor máximo.

## Consideraciones técnicas

En base a las Resoluciones Exentas N°1.044, N°1.045, N°1.046, N°1.047, N°1.048 y N°1.049 del 31 de diciembre de 2024, donde se fijan las Bandas de Precios por Macrozona según corresponda, se realiza la medición del indicador. Esta medición corresponderá a la sumatoria de los índices a), b) y c), multiplicados por el ponderado de 33,3% cada uno.

Se asignará puntaje solo para aquellos índices que den como resultado igual o inferior a 1. De lo contrario, no se asignará puntaje para aquellos que no cumplan con este objetivo.

### A.3\_1.2 Exceso de días de estancias asociados a egresos con Outliers superiores.

<b>A.3_1.2</b>	<b>Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores.</b>				
	<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la eficiencia en el uso de recurso cama en los Establecimientos de la Red asistencial				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	<p>Este indicador evidencia el número de días de estada consumidos en exceso, sobre el punto de corte establecido en aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la establecida en la norma de estancias.</p> <p>La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días de estada para cada GRD en la norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.</p> <p>Incluye los egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización.</p>				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Exceso de estancias outliers superiores periodo año T-Exceso de estancias outliers superiores periodo T-1)/ Exceso de estancias outliers superiores periodo año T-1)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	disminución de 5% en el número de exceso de estancias asociados a outliers superiores, respecto a la línea de base				
<b>Requisito</b>	Valorización del VEEOS (definido por DIVPRE)				
<b>Exclusiones</b>	Pacientes cuya especialidad médica es psiquiatría, judicializados CIE10 Z65.3. problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia niño, procedimiento de amparo, juicio o litigio)				
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>GRD - ALCOR</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>GRD - ALCOR</b>		

Tabla de sensibilidad

LB > 5% Reducción 5%		LB <=5% Reducción 2%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=5,0%	4 puntos	>=2,0%	4 puntos
>=4,0%	3 puntos	>=1,5%	3 puntos
>=3,0%	2 puntos	>=1,0%	2 puntos
>=2,0%	1 punto	>=0,5%	1 punto

## Definición de términos

Gasto total (directos e indirectos) de los centros de costos pertenecientes al grupo de Hospitalización.

## Consideraciones técnicas

Se excluyen pacientes:

- Casos cuya especialidad médica es Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).
- Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).
- Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo a aquellos establecimientos que cuenten con  $\geq 95\%$  egresos hospitalarios con codificación GRD.
- Adicionalmente se solicita a los establecimientos monitorear en forma local el porcentaje de Outliers superiores de forma mensual.

**A.3\_1.8 Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.**

<b>A.3_1.8</b>	<b>Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.</b>				
<b>INVERSIONES   Departamento de Planificación y Coordinación</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Ejecutar el plan de mantenimiento apunta a mejorar los niveles de cumplimiento de los estándares de calidad, en lo referido a la gestión de dispositivos electro médicos, vehículos y equipos industriales, para conservar y asegurar el correcto funcionamiento, otorgando, además el uso eficiente de los recursos para la compra de servicio de mantenimiento.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$((A*0,2) + (B*0,2) + (C*0,2) + (D*0,2) + (E*0,2))$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	95%				
<b>Requisito</b>	Ejecución del gasto				
<b>Exclusiones</b>	Equipos que durante la ejecución del plan de mantenimiento sean dados de baja o se encuentren en reparación por un periodo de tiempo prolongado.				
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>LOCAL</b>		

Tabla de sensibilidad

<b>Cumplimiento</b>	<b>Puntaje</b>
>=95%	4 puntos
>=93%	3 puntos
>=91%	2 puntos
>=90%	1 punto

## Definición de términos

**A:** N° de mantenciones ejecutadas de equipos médicos/N° de mantenciones programadas de equipos médicos.

**B:** N° de mantenciones ejecutadas de equipos industriales/N° de mantenciones programadas de equipos industriales.

**C:** N° de mantenciones ejecutadas de ambulancias/N° de mantenciones programadas de ambulancias.

**D:** N° de mantenciones ejecutadas de infraestructura/N° de mantenciones programadas de infraestructura.

**E:** Ejecución en SIGFE del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias/programación presupuestaria de mantenimiento preventivo de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias.

## Consideraciones técnicas

El indicador se evalúa en 5 componentes

Estos componentes están de acuerdo con lo planificado por el establecimiento y según la normativa del Decreto N°290.

Se solicita la carga en la plataforma SIS-Q y en Carpetas COMGES del año en curso, los siguientes documentos:

Archivo con catastro actualizado y planificación de todo el equipamiento médico, equipos industriales y ambulancias. Para el caso de infraestructura, sólo la planificación de mantenimiento.

Resolución exenta del Servicio de Salud o del Establecimiento, que distribuye los recursos financieros para la ejecución plan de mantenimiento preventivo del año en curso para equipos médicos, infraestructura, equipos industriales y ambulancias, de cada uno de sus establecimientos.

Para validar la información, se solicita cargar trimestralmente en SIS-Q y las carpetas compartidas COMGES la planilla de planificación de equipos médicos, infraestructura, equipos industriales y ambulancias, con la ejecución actualizada al corte.

Los formatos a utilizar son los enviados desde la referencia técnica MINSAL. La División de Inversiones realizará durante el año visitas de manera presencial y aleatoria para revisar las tareas de mantenimiento y cumplimiento de las planificaciones; el establecimiento deberá disponer de respaldos medidos en este indicador.

### A.3\_1.9 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.

<b>A.3_1.9</b>		Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.							
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria									
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la gestión logística en la cadena de suministros de las unidades de abastecimiento y farmacia mediante la realización de inventarios semestrales, con la finalidad de reducir las pérdidas generadas por mermas en los procesos de almacenamiento.								
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento								
<b>Descripción del indicador</b>	El presente indicador busca evaluar y mejorar la gestión logística de los medicamentos mediante la realización de inventarios trimestral, con la finalidad de reducir las pérdidas generadas por mermas en los procesos de almacenamiento y distribución al interior de los establecimientos de la red asistencial.								
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Valorizado de medicamentos mermados al 31 de octubre/ Total inventario de medicamentos valorizados al 31 de octubre								
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral				
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos				
<b>Meta</b>	menor o igual a un 0.75%								
<b>Requisito</b>	Para el año 2025 los Establecimientos Autogestionados en Red deberán iniciar las gestiones para la integración de sus bodegas con CENABAST, de acuerdo a orientaciones emanadas desde la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.								
<b>Exclusiones</b>	Sera informado vía referencia MINSAL								
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>LOCAL</b>						

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
<=0,75 %	4
<= 1 %	3
<= 1,2 %	2
<= 1,5 %	1

## Definición de términos

**Medicamentos Mermados:** son aquellos productos farmacéuticos que han sufrido una perdida parcial o totalmente su valor terapéutico; cantidad o funcionalidad durante su almacenamiento, transporte, manipulación o dispensación. Esta merma puede deberse a factores como:

- Caducidad o vencimiento.
- Deterioro físico o químico (por exposición a luz, humedad, temperatura inadecuada).
- Daños en el empaque que comprometan su integridad.
- Pérdidas por errores de inventario o robo.
- Devoluciones de parte de los servicios clínicos que hacen el producto no apto para su reutilización.
- Sobre stock no utilizable dentro del período de validez.

Estos medicamentos, aunque alguna vez fueron aptos para su uso, ya no cumplen con los estándares de calidad, seguridad o eficacia requeridos para su administración a pacientes.

**Medicamentos Valorizados:** corresponde al conjunto de medicamentos almacenados en un establecimiento de salud, cuyo valor económico ha sido calculado en función de su cantidad y precio unitario. Este stock representa el valor monetario total de las existencias disponibles en un momento determinado.

## Consideraciones técnicas

Debido a que la medición de la gestión logística de medicamentos se basa en la pérdida de unidades sobre el inventario valorizado, se requiere el envío de un informe con el inventario valorizado de los medicamentos (productos farmacéuticos) al último día hábil del mes de monitoreo.

- **1er informe de monitoreo:** Debe contener la información considerando como corte el 30 de junio, y debe ser enviado a más tardar el 31 de julio.
- **2do informe de monitoreo:** Debe contener la información considerando como corte el 31 de octubre, y debe ser enviado a más tardar el 30 de noviembre.

Los reportes de monitoreo deberán efectuarse de acuerdo con el formato disponibilizado por la referencia técnica de farmacia MINSAL. Deberá reflejar el stock de los productos disponibles en todos los lugares donde éstos se almacenen, ya sea, bodega central (abastecimiento) o bodega de farmacia, y/o en otros puntos dentro del Establecimiento.

El reporte debe ser firmado por el director del Establecimiento en el caso de Establecimientos Autogestionados en Red y del Servicio de Salud respectivo para COMGES.

La referencia técnica de Farmacia de MINSAL enviará un listado de productos que no deberán ser considerados en la merma, debido a que los establecimientos de salud están obligados a tenerlos, pese a tener una nula rotación.

La División de Presupuesto enviará las directrices para el inicio de las gestiones de integración de bodegas con CENABAST y metodología de evaluación del cumplimiento de este requisito a más tardar el 30 de junio de 2025.

### A.3\_2 Compras vía trato directo.

A.3_2	Compras de servicio vía trato directo.				
<b>PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria</b>					
Objetivo del Indicador	El objetivo de este indicador es incentivar a los establecimientos de la red asistencial a aproximarse ya sea disminuyendo o manteniendo, según corresponda, a un porcentaje cercano a la mediana del año 2024 (18%), tomando como referencia los montos totales				
Responsable de gestión	Subdirección Administrativa del Establecimiento				
Descripción del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de los montos de compra de los tratos directos por sobre el total de órdenes de compra emitidas del establecimiento.</p> <p>Se requiere incentivar a los establecimientos de la red asistencial a aproximarse ya sea disminuyendo o manteniendo, según corresponda, a un porcentaje cercano a la mediana del año 2024 (18%), tomando como referencia los montos totales emitidos en órdenes de compra bajo esta modalidad.</p>				
Fórmula de Cálculo	Monto total vía trato directo/Monto total de órdenes de compras				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	100% de la meta establecida de acuerdo con LB LB ≥ 40% (Meta disminuir 15 p.p.) 40% > LB ≥ 25 % (Meta disminuir 10 p.p.) 25% > LB ≥ 18 % (Meta disminuir 5 p.p.) LB < 18 % (Meta disminuir o mantener)				
Requisito	No tiene requisito definido.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente datos Numerador	Datos Abiertos - Órdenes y Licitaciones	Fuente datos Denominador	Datos Abiertos - Órdenes y Licitaciones		

LB ≥ 40%		40% > LB ≥ 25%		25% > LB ≥ 18%		LB < 18 %	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=15 p.p	4 puntos	>=10 p.p	4 puntos	>=5 p.p.	4 puntos	>= LB	4 puntos
>=10 p.p	3 puntos	>=7 p.p	3 puntos	>=3 p.p.	3 puntos	>= 2 p.p.	2 puntos
>=6 p.p	2 puntos	>=4 p.p	2 puntos	>=1 p.p.	2 puntos		
>=1 p.p	1 punto	>=1 p.p	1 punto	>=0 p.p.	1 punto		

## Definición de términos

**Trato directo:** El trato directo es una modalidad de contratación excepcional que permite a los organismos del Estado adquirir bienes o servicios directamente de un proveedor, sin realizar una licitación pública ni privada. Es decir, se negocia directamente con un proveedor específico, sin competencia de otros oferentes.

**Órdenes de compra:** Es un documento formal emitido por un organismo público para solicitar oficialmente la adquisición de bienes o servicios a un proveedor.

**Línea base:** Línea Base corresponden a los resultados porcentuales obtenidos por el establecimiento asociado a los montos totales vía trato directo durante el año 2024.

**Órdenes de compra en estado aceptada:** Son aquellos documentos formales en el cual el proveedor ha confirmado que acepta las condiciones de la orden y se compromete a cumplir con la entrega del bien o servicio en los plazos y términos establecidos.

**Órdenes de compra con recepción conforme:** Son aquellos documentos formales en el cual se señala que el organismo público (comprador) ya recibió los bienes o servicios solicitados y verificó que están correctos y completos, según lo estipulado en la orden.

**Datos abiertos Dirección de compras públicas:** son un conjunto de información pública, sobre todas las compras y contrataciones que realiza el Estado de Chile a través del sistema de Mercado Público.

**Estudio de mercado:** es un análisis que permite conocer la oferta disponible de bienes o servicios en el mercado, sus características, precios, proveedores y condiciones comerciales, para así tomar decisiones de compra informadas.

**Licitación:** es mecanismo de contratación abierta mediante la cual los organismos del Estado invitan a todos los proveedores interesados a presentar ofertas para suministrar bienes, servicios u obras.

**Cotizaciones:** Una cotización es un documento o propuesta que un proveedor entrega a un comprador para ofrecer un producto o servicio con sus respectivos precios, condiciones de entrega, formas de pago, y otros detalles relevantes.

## Consideraciones técnicas

Todos los establecimientos deberán presentar un informe semestral el cual contemple un análisis de las causales específicas de acuerdo con lo que establece el Artículo 8 del Reglamento de Compras Públicas que justifica el Trato Directo, junto con una explicación del contexto a través de la descripción de la necesidad y las razones por las cuales no fue posible optar por un proceso de licitación u otra modalidad.

La elaboración del indicador de trato debe considerar las órdenes de compras en estado aceptada y órdenes de compra con recepción conforme.

Para cumplir con este indicador, los establecimientos de la red asistencial deberán reducir su porcentaje en relación con la línea base, correspondiente a los resultados del año 2024. La evaluación se realizará según cuatro metas de ponderación definidas.

**A.4\_1.3 Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.**

<b>A.4_1.3</b>	<b>Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimización del Capital Humano (Médicos, No Médicos) contratado en horas semanales de los establecimientos de atención de especialidad de la Red Asistencial.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento.				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas, no médicas de especialidad, en la modalidad presencial, remota y telemedicina, respecto a la totalidad de horas institucionales.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$((A * 0,5) +(B * 0,3) + (C * 0,2))$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	95%				
<b>Requisito</b>	Requisitos de calidad programación				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente datos Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente datos Denominador</b>	REM		

Numerador: entregada por DIGERA según validación de cada Servicio de Salud y DIGERA

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95,0%	4 puntos
≥ 90,0%	3 puntos
≥ 85,0%	2 puntos
≥ 80,0%	1 punto

## Definición de términos

### Componentes de la fórmula:

**A:** Total de consultas nuevas y controles médicos realizadas / Total de consultas nuevas y controles médicos programadas.

**B:** Total de consultas nuevas y controles no médicos realizadas / Total de consultas nuevas y controles no médico programadas.

**C:** Evaluación de Procesos: Hospitalización domiciliaria + Egresos hospitalarios + Intervenciones quirúrgicas + procedimientos.

### Conceptos

**Producción médica:** Producción de consultas nuevas y controles médicos.

**Programación médica:** Programación de consultas nuevas y controles médicos.

**Número de especialidades programadas:** Número de especialidades con programación realizada.

**Número de especialidades con producción:** Número de especialidades con producción en REM.

**Producción no médico:** Producción de consultas nuevas y controles de profesionales no médicos.

**Programación no médica:** Programación de consultas nuevas y controles de profesionales no médica.

**Número de profesionales programadas:** suma total de profesionales programadas.

**Número de profesionales con producción:** suma total de profesionales con producción en REM.

### Consideraciones técnicas

Este indicador se aplica a establecimientos con programación validada por MINSAL y el Comité de Programación del Servicio de Salud, realizada con anticipación al año de aplicación. Incluye ajustes en las reprogramaciones, que deben justificarse dentro de los plazos de DIGERA.

La evaluación de este indicador consta de dos períodos; correspondiente a cada semestre con peso de 50% cada semestre para la sumatoria anual de la medición del indicador.

No se consideran en la programación prestaciones por compra de servicios, horas médicas o no médicas de especialistas de programas transitorios, debiendo registrarse por separado.

En caso de pérdida de consultas por bloqueos de agenda debido a contingencias epidemiológicas o sanitarias, los establecimientos pueden presentar un informe de gestión con cifras detalladas del periodo afectado, alineado con las condiciones sanitarias y geográficas correspondientes.

Sin subvención entre especialidades ni entre establecimientos. Para la medición del porcentaje de cumplimiento de la programación, sólo se considera la producción hasta el cumplimiento del 100% de lo solicitado al corte, por especialidad.

Cálculo mensual, en función de los días hábiles, según SS. Se miden todas las estrategias de atención ambulatoria: Presencial + remota + telemedicina.

Se miden trazadoras en procesos de atención abierta, cerrada, quirúrgico, hospitalización domiciliaria, procedimientos, apoyo diagnóstico terapéutico y Urgencia. Establecimientos que no cuentan con alguno de los componentes, el o los que existen absorben el total de la ponderación.

Las especialidades o profesiones no programadas, pero que cuenten con producción, serán incorporadas para el cálculo del indicador. Para aquellas actividades administrativas que sobrepasen las definiciones de las orientaciones técnicas, podrán ser solicitadas las resoluciones respectivas.

Respecto de la programación de especialidades médicas y programación de profesionales no médicos:

- Se contarán las especialidades, procesos, profesiones y tipo en el denominador.
- El segundo componente podría incorporar profesionales no médicos en caso de que el procedimiento pueda ser realizado por ambos profesionales.
- Serán descontados en su totalidad los feriados legales, días administrativos y días de capacitación efectivos tomados.

**Para el cálculo del cumplimiento del requisito será considerada la siguiente fórmula:**

% cumplimiento requisito=  $(N^{\circ} \text{ de especialidades que cumplen entre } 95 \text{ y } 110\%) / (N^{\circ} \text{ de especialidad con producción}) *0.15 + (N^{\circ} \text{ de requerimientos (*) entregados por establecimiento en tiempo y forma}) / (N^{\circ} \text{ de requerimientos solicitados por establecimientos al corte}) *0.1 + (N^{\circ} \text{ actividades médicas y no medicas programadas}) / (N^{\circ} \text{ de actividades médicas y no medicas con producción}) *0.15$

(\*) Requerimiento: Pueden ser documentos como: Protocolos, bases de información, resoluciones, ordinarios, informes de implementaciones u otros.

Se sugiere revisar la siguiente bibliografía disponible en página web MINSAL:

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2024. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en Atenciones Ambulatorias de especialidad, 2020. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Conjunto mínimo de datos en el envío de Interconsultas SIDRA. Ministerio de Salud. Tecnologías de Información y Comunicaciones.

**A.4\_1.4 Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.**

<b>A.4_1.4</b>	<b>Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar los procesos de gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de la totalidad de las horas de los profesionales odontólogos contratados por el Servicio de Salud para satisfacer la demanda asistencial				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento.				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador busca optimizar la gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de horas de cirujanos(as) dentistas en la Red Asistencial. Se enfoca en fortalecer la coordinación entre niveles de atención, mejorar la oferta institucional en especialidades odontológicas e imagenología oral, aumentar la productividad con atención presencial y remota, y establecer mecanismos de control para el monitoreo, seguimiento y cumplimiento de la producción, garantizando acciones correctivas oportunas en el proceso programático.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$((A * 0,40) + (B * 0,45) + (C * 0,09) + (D * 0,06))$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	$\geq 95,0\%$				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito.				
<b>Exclusiones</b>	Establecimientos que no cuentan con oferta de especialidad odontológica				
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>LOCAL</b>		<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>REM</b>	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 95,0\%$	4 puntos
$\geq 90,0\%$	3 puntos
$\geq 85,0\%$	2 puntos
$\geq 80,0\%$	1 punto

## Definición de términos

**A:** Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas ejecutadas / Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas.

**B:** Total de altas de especialidades odontológicas ejecutadas / Total de altas de especialidades odontológicas programadas.

**C:** Total de procedimientos imagenológicos ejecutadas / Total de procedimientos imagenológicos programadas.

**D:** Total de consultas odontológicas de telemedicina ejecutadas / Total de consultas odontológicas de telemedicina programadas.

## Consideraciones técnicas

- La programación debe ser realizada en conjunto con el(la) profesional, validada por el(la) Coordinador Odontológico del Servicio de Salud y tener la revisión y validación correspondiente por el Comité de Programación del Servicio de Salud. Posteriormente la Unidad de Odontología valida el denominador a monitorear y evaluar.
- Se consideran dos periodos de reprogramación que serán informados previamente.
- El cumplimiento de la programación se basa en los coeficientes técnicos y tiempos de resolución integral por especialidad difundidos en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2025. RPE 10”.
- Considera programación y cumplimiento de consultas nuevas, altas de tratamientos, procedimientos de imagenología oral y consultas mediante atención a distancia.
- El universo de profesionales considera el 100% de la dotación de cirujanos(as) dentistas dependientes del Servicio de Salud, incluye aquellos que ejecutan actividad de especialidad en los establecimientos de APS.
- Considera transparentar el total de las horas contratadas, de acuerdo con las funciones que se ejecutan, sean estas clínicas y administrativas, sólo clínicas o sólo administrativas.
- La programación considera el cálculo de las actividades en función de horas y proyecta producción de acuerdo con los días hábiles del período a evaluar, según servicio de salud.
- La programación inicial no considera ausentismos legales. En la evaluación serán incorporados los ausentismos usados.
- En el numerador no se considera producción ejecutada mediante compra de servicios.
- El porcentaje de cumplimiento para las altas de tratamientos por especialidad está determinado por la producción 2024 REM A09, sección I.
- No existe subvención entre especialidades, ni entre establecimientos, ni entre trazadoras (excepto entre consultas nuevas y altas de tratamientos).
- Establecimiento que no cuenta con alguno de los componentes, los que existen absorben proporcionalmente el total de la ponderación.
- Para la medición del porcentaje de cumplimiento sólo se considera la producción hasta el cumplimiento del 100% de lo solicitado, por especialidad.
- La producción de actividades no programadas, no serán consideradas.

Eficiencia Operacional.

### B.1\_1.1 Índice de Rotación de camas.

<b>B.1_1.1</b>		Índice de Rotación de camas.			
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar el uso eficiente de las camas en los hospitales de la red.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide el número de pacientes que ocupan una cama hospitalaria durante un período de tiempo específico.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de unidades funcionales que cumplen con el índice de rotación de camas establecida / Total de unidades funcionales				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos	
<b>Meta</b>	85% de las unidades funcionales cumplan el índice de rotación de camas establecida.				
<b>Requisito</b>	Camas habilitadas				
<b>Exclusiones</b>	En consideración técnica se define el listado de unidades funcionales incluidas en la medición				
<b>Fuente datos Numerador</b>	REM 20	<b>Fuente datos Denominador</b>	REM 20		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=85%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=75%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de términos

**Índice de rotación o giro de camas:** mide el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado. Manual Censo Diario 2014.

## Consideraciones técnicas

**BSC:** medición de unidades funcionales del establecimiento (que están incluidas en el listado)

**Tipo de cama:** básico, medios, UTI, UCI. Segundo promedio de camas disponibles informadas (Esto puede diferir de la dotación por cambios según es necesario, ejemplo Campaña invierno).

**Complejidad:** alta, mediana (de acuerdo con DEIS)

**Tipo de usuario:** Adulto/ pediátrico

Unidades funcionales consideradas en medición:

- 401 - Área Médica Adulto Cuidados Básicos
- 402 - Área Médica Adulto Cuidados Medios
- 403 - Área Médico-Quirúrgico Cuidados Básicos
- 404 - Área Médico-Quirúrgico Cuidados Medios
- 405 - Área Cuidados Intensivos Adultos
- 406 - Área Cuidados Intermedios Adultos
- 410 - Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Medios
- 411 - Área Cuidados Intensivos Pediátricos
- 412 - Área Cuidados Intermedios Pediátricos
- 407 - Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos
- 408 - Área Médica Pediátrica Cuidados Medios
- 409 - Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Básicos

**Para calcular la rotación:** (Nº Egresos + Traslados) / promedio días camas disponibles

La tabla con el índice de rotación por tipo de cama y complejidad se comparte en anexo.

### Anexo: Índice de rotación de camas

Tipo Cama	Alta Complejidad		Mediana Complejidad	
	Adulto	Pediátrica	Adulto	Pediátrica
Básicos	4,80	5,24	4,87	3,42
Medios	4,24	5,15	4,00	5,99
UTI	5,24	4,36	5,05	4,82
UCI	3,60	3,43	3,34	1,28

## B.2\_3 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.

B.2_3	Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.				
<b>DIGEDEP   Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral</b>					
Objetivo del Indicador	Disminuir el índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa, considerando la implementación de acciones de prevención y abordaje del ausentismo en los Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados (EAR)				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Descripción del indicador	Este indicador mide la disminución y/o mantención del índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa, de acuerdo con las metas de reducción del ausentismo definido tanto para cada Servicio de Salud como para cada EAR.				
Fórmula de Cálculo	(Índice Ausentismo Laboral LMC en el periodo) - (Índice Ausentismo Laboral LMC en el mismo periodo año 2024)				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Índice	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	1. Con un IA de 23 o menos días, se debe disminuir o mantener el índice observado. 2. Con un IA mayor a 23 y menor o igual a 27 días, se debe disminuir 1 o más días promedio por funcionario. 3. Con un IA mayor a 27 días y menor o igual a 32 días, se debe disminuir 2 o más días promedio por funcionario. 4. Con un IA mayor a 32 días, se debe disminuir 3 o más días promedio por funcionario.				
Requisito	Sin requisito definido para BSC.				
Exclusiones	No tiene				
Fuente datos Numerador	QLIKVIEW	Fuente datos Denominador	QLIKVIEW		

Tabla de sensibilidad

Mantener		Disminuir 1 día		Disminuir 2 días		Disminuir 3 días	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=0,0 días	4 puntos	>=1 días	4 puntos	>=2 días	4 puntos	>=3 días	4 puntos
		>=0,7 días	3 puntos	>=1,7 días	3 puntos	>=2,5 días	3 puntos
		>=0,5 días	2 puntos	>=1,3 días	2 puntos	>=2,0 días	2 puntos
		>=0,0 días	1 punto	>=0,0 días	1 punto	>=0,0 días	1 punto

## Definición de términos

**Dotación efectiva:** Promedio trimestral de funcionarios titulares y a contrata, incluyendo funcionarios con calidad de suplentes en cargos titulares vacantes, funcionarios que se encuentran en comisión de servicio y funcionarios que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.

**Enfoque Biopsicosocial:** Modelo general que plantea que los factores biológicos, sociales y psicológicos (incluye pensamientos, emociones y conductas), juegan un papel importante en el funcionamiento humano, y, por tanto, en la comprensión del continuo salud-enfermedad.

**Índice de ausentismo laboral (IA):** Corresponde a la relación entre los días de ausencia por licencia médica curativa de los funcionarios (dotación efectiva, suplencias y remplazos) y la dotación de estos, según la fecha de corte.

**Licencia médica curativa:** Reposo por enfermedad o accidente común y prórroga de medicina preventiva (Licencias Tipo 1 y 2). Se abreviará LMC.

**Personal suplente:** Corresponde a aquel asignado a un cargo que, por cualquier circunstancia, no es desempeñado por su titular durante un lapso no inferior a 15 días, siempre y cuando: El cargo no se encuentre vacante. El suplente no posea la titularidad de otro cargo en la institución.

**Personal de reemplazo:** Personal contratado para reemplazar a funcionarias/os a contrata que se encuentran imposibilitados para desempeñar sus cargos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 10º de la Ley de Presupuesto vigente. El personal suplente y de reemplazo deberán ajustarse a las causales de suplencia y remplazos definidas por DIPRES.

**Perspectiva de género:** “Los derechos humanos y la igualdad de género son elementos fundamentales para el desarrollo económico y social de los países”. Por dicha razón, se hace cada vez más necesario fomentar la inclusión de estos enfoques en acciones transversales en todos los niveles y campos de actuación.

**El enfoque de género** “refiere a observar, analizar y promover transformaciones respecto de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad”. Con la incorporación de esta perspectiva surge la necesidad de considerar el contexto del trabajo desde la justicia y equidad, para diseñar, implementar y evaluar intervenciones sin discriminación por razón de género y, promover la igualdad de oportunidades, fortaleciendo las capacidades y competencias de las mujeres, hombres y diversidades sexo genéricas en su conjunto. En tanto, integrar la perspectiva de género (o mainstreaming) permitirá evaluar las diferentes implicancias que tiene para las mujeres, hombres y las personas con diversas identidades de género, las acciones planificadas en todos los ámbitos y a todos los niveles.

## Consideraciones técnicas

Las metas de reducción tanto para los Servicios de Salud como EAR, se basan en las siguientes definiciones:

La meta 2025 se construye en base al Índice de Ausentismo 2024:

1. Con un IA de 23 o menos días, se debe disminuir o mantener el índice observado.
2. Con un IA mayor a 23 y menor o igual a 27 días, se debe disminuir 1 o más días promedio por funcionario.
3. Con un IA mayor a 27 días y menor o igual a 32 días, se debe disminuir 2 o más días promedio por funcionario.
4. Con un IA mayor a 32 días, se debe disminuir 3 o más días promedio por funcionario.

Considerar los siguientes documentos técnicos para el abordaje del ausentismo:

Ord. N°78 del 13.01.25 "Guía Práctica para el abordaje del ausentismo laboral por LMC en los Servicios de Salud"

Ord. N°3353 del 31.12.24 "Envía orientaciones para la aplicación del Artículo 151 de la Ley 18.834"

**Requisito:** Plan de ausentismo con enfoque de género.

Implementación del Plan de abordaje del ausentismo focalizado en las principales causas identificadas con enfoque de género.

### B.3\_1.6 Índice de Ocupación Dental (IOD).

Índice de Ocupación Dental (IOD).				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la eficiencia en el uso de las unidades dentales de dotación en los establecimientos de salud.			
<b>Responsable de gestión</b>	Jefes de Servicios Clínicos del Establecimiento			
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador permite aumentar la eficiencia en el uso de las unidades dentales de dotación en los establecimientos de salud mediante el fortalecimiento y la optimización de los procesos clínicos y administrativos hospitalarios para aumentar productividad y producción clínica directa en la sala de procedimientos odontológicos.			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{[Total de horas ejecutadas en altas de especialidades odontológicas} + \text{Total de horas ejecutadas en altas de operatoria} + \text{Total de horas ejecutadas en consultas de urgencia GES y No GES}] / (\text{Total unidades dentales en dotación} \times 36,5^1 \times \text{Número de semanas a evaluar}))$			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Índice	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado			<b>Polaridad</b>
<b>Meta</b>	$\geq 1,00$			
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.			
<b>Exclusiones</b>	Unidades dentales de la dotación de la Unidad de Emergencia Hospitalaria y de la Unidad de Atención de funcionarios (sólo si la unidad dental no es parte de la dotación del servicio odontológico).			
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>REM</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>LOCAL</b>	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 1.00$	4 puntos
$\geq 0.70$	3 puntos
$\geq 0.50$	2 puntos
$\geq 0.35$	1 punto

## Definición de términos

**Índice de Ocupación Dental (IOD):** Corresponde al cociente entre las horas de ocupación y el total de horas disponibles en la unidad dental de los establecimientos.

**Número de unidades dentales en dotación:** Es la cantidad de unidades dentales asignados al establecimiento por la autoridad sanitaria competente, instalados y dispuestos para realizar una atención odontológica (informados por resolución) y que funcionan regularmente. El número de unidades dentales en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales.

**Total de horas semanales disponibles de unidades dentales habilitadas:** Cada unidad dental debe estar disponible al menos 36,5 horas semanales de lunes a viernes. Este número considera 44 horas de unidad dental habilitada menos el horario de colación, menos el 12% asociado a NSP.

**Número de semanas a evaluar:** Corresponde al total de días hábiles por período dividido en 5 días.

## Consideraciones técnicas

<sup>1</sup> Total de horas semanales disponibles por cada unidad dental.

- Total de horas semanales disponibles de unidades dentales habilitadas: Cada unidad dental debe estar disponible al menos 36,5 horas semanales de lunes a viernes. Este número considera 44 horas de unidad dental habilitada menos el horario de colación, menos el 12% asociado a NSP.

Los tiempos de altas de tratamientos por especialidad y operatoria se encuentran definidos en el RPE N°10 (OT Planificación y Programación en Red).

El establecimiento deberá reportar el número de unidades dentales en dotación, el número de unidades dentales habilitadas, causas de inhabilitación de las unidades dentales mediante ordinario a más tardar el día 15 del mes siguiente de terminado el semestre.

El Coordinador Odontológico del Servicio de Salud, deberá consolidar semestralmente la información de los establecimientos y remitirla al correo [odontologico.digera@minsal.cl](mailto:odontologico.digera@minsal.cl), a más tardar el día 15 del mes siguiente de terminado el semestre. El formato se enviará vía correo electrónico.

Considerará factor de ausentismo programable usado (FL, capacitación, administrativo) semestralmente.

### B.3\_1.7 Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.

B.3_1.7	Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.				
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Disminuir el índice de estancia media ajustada en GRDs médico -quirúrgicos con IEMA > 1.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Descripción del indicador	<p>Este indicador mide el cumplimiento de la disminución del índice de estancia media ajustada en GRDs médicos-quirúrgicos</p> <p>Este índice compara la estancia media (EM) observada con la estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF)</p>				
Fórmula de Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Trazadora 1:</b> 20% del puntaje ((IEMA GRD médico periodo t - IEMA GRD médico periodo t-1) / (IEMA GRD médico periodo t-1))</li> <li>- <b>Trazadora 2:</b> 20% del puntaje ((IEMA GRD médico periodo t - IEMA GRD médico periodo t-1) / (IEMA GRD médico periodo t-1))</li> <li>- <b>Trazadora 3:</b> 20% del puntaje ((IEMA GRD quirúrgico periodo t - IEMA GRD quirúrgico periodo t-1) / (IEMA GRD quirúrgico periodo t-1))</li> <li>- <b>Trazadora 4:</b> 20% del puntaje ((IEMA GRD quirúrgico periodo t - IEMA GRD quirúrgico periodo t-1) / (IEMA GRD quirúrgico periodo t-1))</li> <li>- <b>Trazadora 5:</b> 20% del puntaje ((IEMA GRD electivo periodo t - IEMA GRD electivo periodo t-1) / (IEMA GRD electivo periodo t-1))</li> </ul>				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Anual
Número de Decimales				Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	- Disminuir ≥ 10,0% el IEMA por cada GRDs seleccionado				
Requisito	No tiene requisito definido.				
Exclusiones	No aplica				
Fuente datos Numerador	GRD - ALCOR		Fuente datos Denominador	GRD - ALCOR	

Tabla de sensibilidad

GRDs > 1 Disminuir 10%		GRDs < 1 Disminuir 3%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ 10,0%	4 puntos	≥3 %	4 puntos
≥ 7,0%	3 puntos	≥2 %	3 puntos
≥ 5,0%	2 puntos	≥1%	2 puntos
≥ 0,0%	1 punto	≥0%	1 punto

## Definición de términos

- **GRD:** Grupos relacionados por diagnóstico
- **IEMA:** Índice de estancia media ajustada
- **EM:** Estancia media
- **EMAF:** Estancia media ajustada a funcionamiento.

## Consideraciones técnicas

De la selección del GRDs.

Los establecimientos deberán seleccionar 5 GRDs a trabajar durante el año 2025.

Los GRDs a seleccionar deben ser abordables desde la gestión clínica, con al menos 50 egresos mensuales y tener un impacto en la gestión hospitalaria del establecimiento.

Para la selección de los GRDS médico - quirúrgico cada establecimiento deberá:

1. Realizar un análisis en base al comportamiento observado de la casuística 2024, según GRD y especialidad.
2. Seleccionar:
  - 2 GRDs de especialidad médica con IEMA >1\*
  - 2 GRDs de especialidad quirúrgica con IEMA >1\*
  - 1 GRD elección con IEMA >1\*

\*En el caso de que el establecimiento no posea GRDs con IEMA > 1, deberá seleccionar GRDs con IEMA < 1 (mismas condiciones de la selección descrita) que posean impacto en su gestión hospitalaria y se evidencien como una oportunidad de mejora en la Red.

Respecto a la tributación y registro para los datos de los GRDs seleccionados, se informarán las orientaciones desde el Departamento de Gestión Hospitalaria de DIGERA a las Referencias Técnicas de los Servicios de Salud.

Con IEMA> 1, contribuyendo a aumentar la eficiencia en la gestión de estancias. Este índice compara la estancia media (EM) observada

Con la Estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF)\*, si el funcionamiento por GRD se encuentra dentro de los estándares.

### B.3\_1.9 Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera.

<b>B.3_1.9</b>		<b>Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera</b>			
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Maximizar la producción quirúrgica destinada a la resolución de la lista de espera, asegurando que el porcentaje de egresos de cirugías mayores en el periodo, alcance niveles óptimos en relación con el total de cirugías mayores electivas.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador se enfoca en aumentar la cantidad de pacientes que egresan tras una intervención quirúrgica mayor, específicamente aquellos que están en lista de espera y registrados en SIGTE. La Producción quirúrgica destinada a la Resolución de Lista de Espera busca mejorar la eficiencia del sistema de salud, asegurando que los pacientes reciban su cirugía en un tiempo oportuno y reduciendo los tiempos de espera prolongados.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Total de egresos de cirugías mayores electivas registrados en SIGTE mediante causal N° 1 en el periodo / Total de cirugías mayores electivas realizadas registradas en REM				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos	
<b>Meta</b>	30%				
<b>Requisito</b>	Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de baja complejidad				
<b>Fuente datos Numerador</b>	SIGTE	<b>Fuente datos Denominador</b>	REM		

Tabla de sensibilidad

<b>Cumplimiento</b>	<b>Puntaje</b>
>=30%	4 puntos
>=26%	3 puntos
>=20%	2 puntos
>=10%	1 punto

## Definición de términos

**Cirugía Mayor Electiva:** Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.

**Producción quirúrgica de cirugías mayores electivas:** Corresponde al número total de cirugías mayores electivas (ambulatorias y no ambulatorias) realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).

## Consideraciones técnicas

### Requisito

#### Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica

1. Entrega de plan de productividad en tiempo y forma (15%)
2. Nº de actividades cumplidas / Nº de actividades comprometidas (35%)
3. Nº de informes y validadores solicitadas cada trimestre 4 (50%) (\*)

(\*) Formatos serán compartidos por la Referencia Técnica

### B.3\_2 Rendimiento de quirófanos

B.3_2	Rendimiento de quirófanos				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>					
Objetivo del Indicador	Aumentar la cantidad de cirugías mayores electivas realizadas por quirófano según la capacidad instalada, buscando una gestión más eficiente de los recursos y una mayor satisfacción de la demanda quirúrgica.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Descripción del indicador	El indicador mide la eficiencia en la realización de cirugías mayores electivas, considerando la capacidad instalada de los quirófanos. Su objetivo es optimizar la gestión de recursos y mejorar la respuesta a la demanda quirúrgica. La fórmula de cálculo refleja la cantidad promedio de cirugías realizadas por quirófano al día, permitiendo evaluar el rendimiento del sistema hospitalario en función de su dotación y disponibilidad operativa.				
Fórmula de Cálculo	Total de cirugías mayores electivas realizadas / Número de días hábiles del periodo * Número de quirófanos electivos e indiferenciados en dotación				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Número	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	4,1				
Requisito	Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica				
Exclusiones	Hospitales de baja complejidad; los Institutos y hospitales de alta complejidad con redes quirúrgicas complejas la meta será diferenciada e informada en anexo.				
Fuente datos Numerador	REM	Fuente datos Denominador	REM		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=4.1	4 puntos
>=4.0	3 puntos
>=3.9	2 puntos
>=3.7	1 punto

## Definición de términos

**Cirugía Mayor Electiva:** Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.

**Quirófanos Cirugía Electiva:** Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles, al menos 8 horas.

**Quirófanos Indiferenciados:** Son aquellos que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias. Están presentes en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y lo que les permite hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.

**Rendimiento de los quirófanos electivos e indiferenciados en dotación:** Nº de cirugías mayores electivas realizadas por día hábil en los quirófanos electivos e indiferenciados en dotación.

**Producción quirúrgica de cirugías mayores electivas:** Corresponde al número total de cirugías mayores electivas (ambulatorias y no ambulatorias) realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).

## Consideraciones técnicas

Hospitales de baja complejidad; los Institutos y hospitales de alta complejidad con redes quirúrgicas complejas la meta será diferenciada e informada en anexo.

### Requisito:

Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica

1. Entrega de plan de productividad en tiempo y forma (15%)
2. Nº de actividades cumplidas / Nº de actividades comprometidas (35%)
3. Nº de informes y validadores solicitadas cada trimestre 4 (50%) (\*)

(\*) Formatos serán compartidos por la Referencia Técnica

### B.3\_2.1 Ocupación de quirófanos

<b>B.3_2.1</b>		Ocupación de quirófanos							
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia									
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la ocupación de quirófanos electivos en dotación e indiferenciados								
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento								
<b>Descripción del indicador</b>	<p>La ocupación de quirófanos refleja el uso de los quirófanos electivos y facilita su gestión.</p> <p>Este indicador contribuye a la administración de las unidades prequirúrgicas y a la planificación eficiente de la tabla quirúrgica, alineándose con el plan de productividad quirúrgica.</p>								
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Horas de ocupación de quirófanos en trabajo en horario hábil / (Número de días hábiles * total de horas disponibles (8) * quirófanos de dotación) Quirófanos de dotación: cirugía electiva e indiferenciados								
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual				
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos				
<b>Meta</b>	85%								
<b>Requisito</b>	Ambulatorización de cirugías mayores electivas								
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de Baja complejidad								
<b>Fuente datos Numerador</b>	REM	<b>Fuente datos Denominador</b>	REM						

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=85%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de términos

**Quirófanos Cirugía Electiva:** Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles, al menos 8 horas.

**Quirófanos Indiferenciados:** Son aquellos que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias. Están presentes en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y lo que les permite hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.

## Consideraciones técnicas

La ocupación se mide en los quirófanos electivos de los hospitales de alta y mediana complejidad, ya que son los que programan tabla quirúrgica electiva.

Requisito: Ambulatorización de cirugías mayores electivas.

Si es mayor a 50% cumple requisito.

**B.4\_1.2 Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.**

B.4_1.2	Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.				
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Medir el tiempo total del subprocesso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la Unidad de Emergencia Hospitalaria.				
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento				
Descripción del indicador	Este indicador mide el porcentaje de personas atendidas en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) dentro del tiempo óptimo de 6 horas, desde el inicio de la atención médica hasta la disposición final (alta médica, hospitalización, derivación o fallecimiento). El objetivo es evaluar la eficiencia de los servicios de urgencia, asegurando que la mayoría de los pacientes reciban atención dentro del tiempo estipulado. Esto incluye considerar factores como los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, la disponibilidad de camas hospitalarias, y la gestión de interconsultas y derivaciones.				
Fórmula de Cálculo	(Número de pacientes con estadía ≤ 6 horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo / Total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo)				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	90%				
Requisito	No tiene requisito definido.				
Exclusiones	Urgencia Gineco-Obstétrica				
Fuente datos Numerador	CONVERGENTE	Fuente datos Denominador	CONVERGENTE		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=90,0%	4 puntos
>=83,3%	3 puntos
>=76,7%	2 puntos
>=70,0%	1 punto

## Definición de términos

El límite máximo de tiempo para completar el proceso de atención de urgencias es de 6 horas. Se contabiliza el tiempo transcurrido desde el inicio de la atención médica hasta que la persona usuaria recibe una indicación para su disposición final.

Disposición final, se consideran las opciones de alta médica, la hospitalización en cama de dotación, hospitalización domiciliaria, la derivación a otro centro asistencial o el fallecimiento

Hito de tiempo 1: Es la primera acción objetivable por parte del equipo Médico, esto es hipótesis diagnóstica, indicación de exámenes o tratamiento, etc.

Hito de tiempo 2: Es el cierre del DAU, se debe utilizar el hito: “Indicación de Alta Médica”, en cualquiera de sus formas.

## Consideraciones técnicas

Para medir el indicador, se incluyen en el numerador las personas atendidas dentro de las 6 horas. El tiempo de atención se cuenta desde el inicio de la atención médica hasta que la persona usuaria recibe una disposición final.

La fecha y hora de inicio de la atención médica deben ser precisas. Desde el nivel central se solicita un verificable, como una hipótesis diagnóstica o un examen de apoyo diagnóstico, para confirmar que la atención ocurrió. Sin embargo, la fecha y hora de inicio consideradas para el cálculo son las registradas por el servicio de urgencias, ya que el verificable solo confirma que la atención ocurrió, pero no reemplaza el registro oficial.

#### B.4\_1.4 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.

B.4_1.4	Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.				
	<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Minimizar la suspensión de cirugías mayores electivas a través de una gestión eficiente de la programación de tabla quirúrgica y medidas preventivas específicas para la optimización de procesos logísticos y administrativos.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Indicador mide el porcentaje de cirugías mayores electivas que son suspendidas por diversas causas, ya sean administrativas, logísticas u otras. Su análisis es crucial para identificar áreas de mejora en la programación quirúrgica, la gestión de recursos y la coordinación entre unidades involucradas, contribuyendo así a optimizar el uso de los quirófanos reduciendo dichas suspensiones por cualquier causa.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de cirugías mayores electivas suspendidas / Número de cirugías mayores electivas programadas				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Meta</b>	<=6,5% de suspensión				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de baja complejidad				
<b>Fuente datos Numerador</b>	REM	<b>Fuente datos Denominador</b>	REM		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
<=6,5%	4 puntos
<=7,0%	3 puntos
<=8,0%	2 puntos
<=10,0%	1 punto

## Definición de términos

**Cirugía mayor electiva:** Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.

**Cirugía mayor ambulatoria (CMA) electiva:** Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación y una vez transcurrido el tiempo de recuperación anestésica, la persona usuaria vuelve a su domicilio.

**Paciente condicional:** Es aquel que se programa más allá de las 8 horas de la tabla programada y queda en condición de suplencia frente a una probable suspensión de paciente o a la disponibilidad de quirófanos. No se debe contar con más de un 10,0% de pacientes condicionales en la programación del establecimiento. No se deben incluir pacientes que se vean afectados por el ayuno (diabetes), preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (persona mayor, ruralidad, dependiente de cuidados), menores de 2 años, ni aquellos que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.

**Paciente agregado:** Aquel paciente que no es programado en tabla quirúrgica, ni es condicional, y que dada su condición clínica requiere ser intervenido utilizando un quirófano de cirugía mayor siempre bajo la autorización de la jefatura de pabellón.

**Paciente condicional intervenido:** Aquel paciente incluido en tabla quirúrgica como condicional y que fue intervenido en un quirófano de cirugía mayor.

**Bloque quirúrgico:** Corresponde a un módulo dinámico, en el que se asigna a una determinada especialidad, un periodo de tiempo del uso del quirófano de cirugía mayor, según la demanda quirúrgica del establecimiento. La asignación a las distintas especialidades debe resultar de la evaluación mensual de indicadores de eficiencia en el uso de los quirófanos, el volumen de pacientes GES y la LE de pacientes no GES, entre otros. Su asignación es responsabilidad del encargado del subprocesso de tabla quirúrgica.

## Consideraciones técnicas

Se considera solo cirugías electivas en horario hábil.

**B.4\_1.6 Personas categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.**

<b>B.4_1.6</b>	<b>Personas categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.</b>				
	<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizado C2, que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar problemas críticos de salud.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	<p>Este indicador mide el porcentaje de pacientes categorizados como C2 que son atendidos en menos de 30 minutos desde su categorización en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH). Los pacientes C2 son aquellos cuya condición podría deteriorarse rápidamente sin una intervención médica oportuna, por lo que su atención debe ser prioritaria.</p> <p>El propósito de este indicador es evaluar la capacidad de las UEH para garantizar una atención oportuna a estos pacientes, minimizando el riesgo de deterioro clínico.</p>				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Nº Total de Pacientes categorizados como C2 que se atiende en 30 minutos o menos en la UEH / Nº total de pacientes categorizados como C2.				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	90%				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.				
<b>Exclusiones</b>	Urgencia Gineco-Obstétrica				
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>CONVERGENTE</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>CONVERGENTE</b>		

Tabla de sensibilidad

<b>Cumplimiento</b>	<b>Puntaje</b>
≥ 90,0%	4 puntos
≥ 85,0%	3 puntos
≥ 80,0%	2 puntos
≥ 75,0%	1 punto

## Definición de términos

**Pacientes categorizados:** Este proceso se basa en un sistema estandarizado que clasifica a los pacientes en cinco categorías.

**C2 - Urgencia:** Pacientes con condiciones graves que necesitan atención en un plazo máximo de 30 minutos. El Acceso a atención médica debería ser en 30 minutos o menos desde la categorización. Lo anterior, de acuerdo con R.E. N°108/2018 “Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH” y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH.

## Consideraciones técnicas

La medición, registro y evaluación de los registros extraídos desde la ficha clínica o plataforma informática debe estar de acuerdo con R.E. N°108/2018 “Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH” y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH.

Mensualmente el equipo de Urgencia MINSAL, disponibilizará un reporte con los datos de los establecimientos de la red.

Gestión Asistencial en Red.

**C.3\_3 Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.**

<b>C.3_3</b>	<b>Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.</b>				
<b>DIGERA   Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar la identificación, evaluación y gestión de posibles, potenciales donantes de órganos mediante una notificación efectiva y una pesquisa rigurosa, reduciendo descartes y contraindicaciones relacionados con el soporte y mantenimiento de éstos.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Evalúa el porcentaje de posibles y potenciales donantes notificados y pesquisados que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) y en las Unidades de Paciente Crítico (UPC), incluyendo las áreas de Cuidados Intensivos (UCI) y Cuidados Intermedios (UTI) tanto para pacientes adultos como pediátricos. Además, analiza el porcentaje de donantes descartados y contraindicados debido a factores relacionados con el soporte y la mantención.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p><b>Trazadora 1</b> Número de posibles y potenciales donantes (6 meses - 78 años) notificados y pesquisados en UEH y UPC*, registrados en SIDOT / Total de egresos fallecidos por causa neurológica, en UEH y UPC (6 meses - 78 años), reportados en GRD</p> <p><b>Trazadora 2</b> Número de descartes y contraindicaciones relacionados a soporte y mantención de posibles y potenciales donantes de órganos / Número de posibles y potenciales donantes de órganos notificados y pesquisados ingresados a SIDOT</p>				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	Trazadora 1: $\geq 90,0\%$ . Trazadora 2: $\leq 15,0\%$ ; o disminuir $\geq 20,0\%$ bajo la línea base.				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente datos Numerador</b>	SIDOT	<b>Fuente datos Denominador</b>	GRD - ALCOR		

Tabla de sensibilidad

Trazadora 1		Trazadora 2			
Meta estándar		Meta estándar		Reducción LB	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
$\geq 90,0\%$	4 puntos	$\leq 15,0\%$	4 puntos	$\geq 20,0\%$	4 puntos
$\geq 80,0\%$	3 puntos	$\leq 22,5\%$	3 puntos	$\geq 15,0\%$	3 puntos
$\geq 75,0\%$	2 puntos	$\leq 30,0\%$	2 puntos	$\geq 10,0\%$	2 puntos
$\geq 70,0\%$	1 punto	$\leq 37,5\%$	1 punto	$\geq 5,0\%$	1 punto

## Definición de términos

**\*UPC:** hace referencia a UCI y UTI, adultas y pediátricas 78 años se considera como 78 años, 11 meses, 29 días

**Possible donante en UEH Adulta y/o Pediátrica:** Es todo aquel paciente que haya presentado al ingreso o durante su estancia en el Servicio de Urgencia las siguientes características: Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 y daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

**Possible Donante en UPC (UCI y/o UTI) Adulta y/o Pediátrica:** Es todo aquel paciente que al ingreso o durante su estancia en la Unidad de Paciente Crítico (UCI y/o UTI) presente diagnóstico con las siguientes características: Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 y daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

**Potencial donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica/muerte por criterio neurológico. La notificación y pesquisa con fines de donación multiorgánica y multitejidos, debe realizarse estando el paciente vivo o posterior a la certificación de muerte encefálica, estando aún con perfusión orgánica. No se podrán ingresar al Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT) pacientes post asistolia no recuperada. La notificación y pesquisa con fines de donación de tejidos, de un cuerpo inerte que se encuentre en Anatomía Patológica u otra unidad, debe ocurrir ante la factibilidad de extracción de tejidos con fines de implante en humanos. Tanto en Urgencia como en UPC, para el BSC C.3.3 se considerarán entre 6 meses y 78 años (\*). (\*): Para este indicador 78 años se considera como: 78 años, 11 meses, 29 días.

**Coordinación Local de Procuramiento (CLP):** Corresponde a la unidad encargada de gestionar la obtención de órganos y tejidos para trasplantes en los centros asistenciales con capacidad generadora de donantes, pertenecientes a la red de salud pública, privada y de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública del país. Esta Coordinación deberá tener disponibilidad los 365 días del año, en un horario 24 horas/7 días a la semana (24/7). Su funcionamiento incluye el nivel intrahospitalario de la red y del territorio perteneciente al Servicio de Salud. Para mayores antecedentes, se recomienda revisar las Orientaciones Técnicas “Proceso de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos” vigente.

**Descartes de posibles donantes:** Clasificación que permite terminar el seguimiento de posibles donantes, antes de que sea certificada la muerte encefálica.

**Contraindicaciones de potenciales donantes:** Clasificación que permite terminar el seguimiento de potenciales donantes, después de que ha sido certificada la muerte encefálica. Si bien las causas de descarte y contraindicación son diversas, para este indicador se considerarán las relacionadas con soporte y mantención:

- Paro cardiorrespiratorio (PCR): Motivo de no donación cuando el posible o potencial donante presenta paro cardiorrespiratorio imposible de revertir. Se registra esta clasificación en cualquier fase del proceso de seguimiento.
- Falla hemodinámica (HD): Descompensación severa de uno o más parámetros hemodinámicos, refractarias a las medidas terapéuticas.
- Falla multiorgánica (MO): Situación clínica en la que se produce un deterioro progresivo de todos los órganos, lo que impide tener las condiciones para que sean procurados y trasplantados. - Imposibilidad de cuidados de mantención: Imposibilidad de realizar una correcta mantención del posible donante debido a inexistencia de capacidad para dar soporte ventilatorio y hemodinámico.
- Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV): Corresponde a todos los posibles donantes, en que la familia solicita LTSV o el médico lo indica, antes de que se cumplan los criterios para informar la potencialidad de donación.
- Proceso séptico no controlado: Proceso infeccioso que representa un alto riesgo de transmisión de donante a receptor, secundario a una infección no controlada.
- Imposibilidad de realizar certificación de muerte encefálica (ME): Situación en que ya sea por razones clínicas propias de la condición del potencial donante o por dificultades técnicas y/o logísticas no puede ser certificada la ME, según marco legal regulatorio.

### Consideraciones técnicas

Se considerará para las UEH todos los fallecidos por causa neurológica en el proceso de urgencia (reanimador, en proceso de atención de urgencia y en espera de cama de dotación).

- Los profesionales en potestad de los cargos de CLP deben tener dedicación exclusiva al programa.
- La CLP es responsable del cierre de cada caso en el SIDOT y ficha clínica, el plazo máximo es 24 horas desde la resolución de éste.
- Las CLP deben contar con un profesional del estamento médico perteneciente a la UPC, adulta o pediátrica, en cada hospital de la red, que ejerza labores como referente en términos de instalar la notificación, mantenimiento y soporte de posibles y potenciales donantes, como también en relación con la certificación de ME y su comunicación a familiares. La identidad del referente debe contar con resolución del hospital y ser comunicada a la CNPT del MINSAL. En caso de no haber informado la resolución o ante cambio de referente, la fecha límite para comunicarlo será el 30.06.2025.

Enviar, en forma semestral (con información acumulada a cada semestre), el Certificado de validación de notificación y pesquisa, Certificado de validación de descarte/contraindicación y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la CNPT.

Los certificados deben estar firmados por: CLP, Subdirector Médico o Referente en Control de Gestión Hospitalaria.

### C.4\_1.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.

C.4_1.1		Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.			
		DIGERA   Departamento GES y Redes Complejas			
<b>Objetivo del Indicador</b>	Velar por el adecuado acceso y gestión para la entrega oportuna de las Garantías explícitas en salud.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide el nivel del cumplimiento GES en la red a la Ley GES, según los problemas de salud y sus garantías definidas en el decreto vigente (Nº72/2022). El no cumplimiento es falta a la normativa vigente, por lo que la red debe usar todos los espacios de gestión posibles para su resolución.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$((\text{Garantías cumplidas} + \text{garantías exceptuadas} + \text{garantías incumplidas atendidas}) / (\text{garantías cumplidas} + \text{garantías exceptuadas} + \text{garantías incumplidas atendidas} + \text{garantías incumplidas no atendidas} + \text{garantías retrasadas acumuladas}))$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos	
<b>Meta</b>	100%				
<b>Requisito</b>	Disminución de Garantías Retrasadas				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente datos Numerador</b>	SIGGES	<b>Fuente datos Denominador</b>	SIGGES		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

## Definición de términos

**Garantías Cumplidas:** En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.

**Garantías Exceptuadas:** podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.

**Garantías Incumplidas Atendidas:** es aquella garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES.

**Garantías Incumplida No atendida:** El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente.

**Garantías Retrasadas:** Corresponde a aquellas que no evidencian en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

## Consideraciones técnicas

**Requisito:** Disminución de Garantías retrasadas: Resolución del 100% de Garantías retrasadas del año 2024 y años anteriores.

El universo considera las garantías acumuladas del mes de enero al corte, en este caso de enero a diciembre, salvo las garantías retrasadas que considera el acumulado total (incluye años anteriores).

El monitoreo para la gestión es directo de la plataforma SIGGES, es diario con reportería actualizada, por lo que la oportunidad del registro impacta directo al cumplimiento de este indicador.

Es importante señalar que para lograr buen cumplimiento se deben gestionar las garantías de oportunidad desde su estado de vigencia, es decir, las que se encuentren dentro del plazo garantizado.

La medición se realiza mensualmente desde el nivel central. FONASA entrega la información a DIGERA cada mes, y esta es puesta a disposición de la red a través de carpetas compartidas.

En la evaluación final, se puede apelar casos retrasados por causas externas, las cuales se nombran a continuación:

- Falta de causal de excepción en la normativa de la SIS
- Falta de causal de cierre de garantía
- Errores del sistema SIGGES.
- Estas apelaciones serán revisadas por los referentes técnicos para su aceptación o rechazo.

El universo considera las garantías acumuladas desde enero hasta el corte, excepto las garantías retrasadas, que incluyen acumulados de años anteriores.

**C.4\_1.5 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.**

<b>C.4_1.5</b>	<b>Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para CNE, sobre el percentil 75. De acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de casos resueltos de la Lista de Espera para CNE sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera para CNE sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.				
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido				
<b>Exclusiones</b>	No tiene				
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>SIGTE</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>SIGTE</b>		

Tabla de sensibilidad

<b>Cumplimiento</b>	<b>Puntaje</b>
>=95%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de términos

**Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso, el gestor de red debe resolver, en primera instancia, a través de la oferta de su red, o en su defecto, mediante la gestión con otras redes.

**SIGTE:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.

**Fecha de entrada:** la entrada al registro de listas de espera corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones, realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación corresponderá tanto para las indicaciones desde APS como niveles secundarios y terciarios, según los fluogramas acordados en cada red de Servicio.

**Causal de egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.

**Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2025.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

**C .4\_1.6 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75**

C.4_1.6	Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75				
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria					
Objetivo del Indicador	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica				
Responsable de gestión	Jefes de Servicios Clínicos del Establecimiento				
Descripción del indicador	Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para CNE odontológica sobre el percentil 75, de acuerdo a línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024.				
Fórmula de Cálculo	$\left( \frac{(\text{Número de casos resueltos de la Lista de Espera para CNE odontológica (excluyendo ortodoncia) sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera para CNE odontológica (excluyendo ortodoncia sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024))} + (\text{Número de casos resueltos de la Lista de Espera para CNE de ortodoncia sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera para CNE ortodoncia sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)})}{2} \right)$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.				
Requisito	No tiene requisito definido				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente datos Numerador	SIGTE	Fuente datos Denominador	SIGTE		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de términos

**Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso, el gestor de red debe resolver, en primera instancia, a través de la oferta de su red, o en su defecto, mediante la gestión con otras redes.

**SIGTE:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.

**Fecha de entrada:** la entrada al registro de listas de espera corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones, realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación corresponderá tanto para las indicaciones desde APS como niveles secundarios y terciarios, según los fluogramas acordados en cada red de Servicio.

**Causal de egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.

**Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2025.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

**C.4\_1.7 Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.**

C.4_1.7	<b>Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión</b>					
Objetivo del Indicador	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores				
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento				
Descripción del indicador	Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, sobre el percentil 75, de acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024.				
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.				
Requisito	No tiene requisito definido				
Exclusiones	No tiene				
Fuente datos Numerador	SIGTE	Fuente datos Denominador	SIGTE		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de términos

**Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso, el gestor de red debe resolver, en primera instancia, a través de la oferta de su red, o en su defecto, mediante la gestión con otras redes.

**SIGTE:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.

**Fecha de entrada:** la entrada al registro de listas de espera corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones, realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación corresponderá tanto para las indicaciones desde APS como niveles secundarios y terciarios, según los fluogramas acordados en cada red de Servicio.

**Causal de egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.

**Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2025.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

**C.4\_3.1 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.**

C.4_3.1	Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>					
Objetivo del Indicador	Fortalecer el acceso oportuno a la primera consulta de especialidad médica, permitiendo responder a nuevas necesidades sanitarias, mediante el seguimiento del equilibrio entre consultas nuevas y controles en los Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Descripción del indicador	Este indicador mide el cumplimiento de las metas establecidas por especialidades médicas para las consultas nuevas, Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud				
Fórmula de Cálculo	Suma mensual del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de CNE según meta definida para cada especialidad/Suma mensual del número total de especialidades que reportan producción				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	60,0% de las especialidades médicas cumplen meta				
Requisito	60,0% de la CNE de cada especialidad y mes debe estar dedicada a Lista de espera NO GES.				
Exclusiones	Se excluyen establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad				
Fuente datos Numerador	REM	Fuente datos Denominador	REM		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=60%	4 puntos
>=50%	3 puntos
>=40%	2 puntos
>=35%	1 punto

## Definición de términos

**Consulta Nueva:** Porcentaje de consultas nuevas efectuadas en el periodo, respecto al total de consultas (nuevas y controles).

**Consulta Nueva de Especialidad:** Se define como la primera atención de especialidad realizada por el profesional que corresponda según normativa generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico. Como también en aquellos casos en que el(la) usuario(a) fue atendido(a) previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento y requiere una nueva atención por la misma necesidad sanitaria u otra pertinente a la especialidad.

## Consideraciones técnicas

La definición de estas metas se estableció de manera diferenciada, para lo cual se agruparon las diferentes especialidades médicas consignadas por DEIS en 6 grupos, definiéndose metas distintas para cada uno de ellos. Esta agrupación se realizó en base al análisis de los siguientes elementos: resultados obtenidos anteriormente respecto al porcentaje de consulta nueva por especialidad, demanda existente considerando lista de espera por especialidad, oferta presente por especialidad dentro de la red de salud y otras características comunes endiagnósticos asociados.

- Incluye las modalidades de atención presencial y remota.
- El porcentaje de cumplimiento considerará el total de especialidades que cumplen con la meta establecida en cada grupo, en relación con el total de especialidades que tributan información durante el periodo.
- En anexo se indica agrupación por especialidades.

## Requisito

- El 60,0% de la CNE debe estar dedicada a Lista de espera NO GES. (Causales 1-17-16-19).
- Para aquellas especialidades donde la lista de espera sea menor a 6 meses, al corte de la evaluación, se considera esa especialidad como cumplida.
- Se incluyen todos los establecimientos de alta y mediana complejidad que integran el BSC, incluyendo los Institutos

Calidad de la Atención.

**D.3\_2.2 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.**

<b>D.3_2.2</b>		<b>Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.</b>					
<b>GABINETE MINISTRO(A)   Departamento Auditoría Ministerial</b>							
<b>Objetivo del Indicador</b>	Suscribir e implementar compromisos en las áreas auditadas						
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento						
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide dos trazadoras. La primera trazadora mide la suscripción de los compromisos por las unidades auditadas del establecimiento, en relación con el total de hallazgos detectados en auditorías realizadas en el periodo de evaluación. La información debe estar contenida en la planilla de compromisos de auditorías generales enviada al CAIGG.						
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p>50% puntaje Trazadora 1: (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociado a la auditoría (s) internas en el periodo de enero a diciembre / Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) internas realizadas de enero a noviembre)</p> <p>No serán considerados, para efectos de suscripción de compromisos, los reportes trimestrales solicitados por el CAIGG y los hallazgos de las auditorías realizadas en el mes de diciembre.</p> <p>50% puntaje Trazadora 2: (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociados a auditoría (s) internas cumplidos en el año de evaluación) / (Número de compromisos suscritos por el área auditada asociados a auditoría (s) internas cuyo cumplimiento se encuentra el año de evaluación)</p>						
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral		
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos		
<b>Meta</b>	Trazadora 1: ≥ 90,0% compromisos suscritos; Trazadora 2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.						
<b>Requisito</b>	No tiene requisito definido.						
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.						
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>LOCAL</b>		<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>LOCAL</b>			

Tabla de sensibilidad

TRAZADORA 1		TRAZADORA 2					
		1 a 30 compromisos		De 31 a 70 compromisos		Mayor a 70 compromisos	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=90%	4 puntos	>=90%	4 puntos	>=80%	4 puntos	>=70%	4 puntos
>=85%	3 puntos	>=85%	3 puntos	>=75%	3 puntos	>=65%	3 puntos
>=80%	2 puntos	>=80%	2 puntos	>=70%	2 puntos	>=60%	2 puntos
>=75%	1 punto	>=75%	1 punto	>=65%	1 punto	>=55%	1 punto

## Definición de términos

CAIGG: Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno CGR: Contraloría General de la República

## Consideraciones técnicas

El Departamento de Auditoria Ministerial realizará un monitoreo aleatorio en los Establecimientos EAR, informando a la Unidad de Auditoría de sus resultados.

Los compromisos deben coincidir con los hallazgos detectados de las auditorías realizadas.

No serán considerados, para efectos de suscripción de compromisos, los reportes trimestrales solicitados por el CAIGG y los hallazgos de las auditorías realizadas en el mes de diciembre.

La segunda trazadora mide que se hayan implementado los compromisos vencidos en el año de evaluación en las unidades auditadas. En relación con los compromisos pendientes de implementar, éstos se pueden reprogramar sólo una vez. Esta información debe estar contenida en el programa de seguimiento de auditorías o planilla de compromisos no implementados en año anterior, enviados al CAIGG.

Los hallazgos de las auditorías realizadas en el mes de diciembre deben ser consideradas en el universo del año siguiente, es decir, las auditorias con hallazgos del año 2024, mes de diciembre, deben ser consideradas en el cumplimiento de ambas trazadoras en el año 2025.

En la segunda trazadora, también se debe considerar la respuesta en los plazos a las observaciones efectuados por Contraloría en informes de auditoria realizados por dicho organismo.

## Medios de verificación:

1. Plan anual de auditoría, es el medio de verificación establecido en el proceso de formulación denominado Informe y corresponde a las Resoluciones de aprobación del plan de auditoría y/o sus modificaciones, del año en evaluación y del anterior.
2. Compromisos suscritos formalizados por el auditado (vía memorándum, mail o documento firmado por el responsable de la unidad auditada), en respuesta a los hallazgos detectados producto de las auditorías.
3. Planilla en Formato Excel con “Anexo Compromisos de Auditorías Generales” Excel generado por CAIGG cuando se realiza el plan anual de auditoría, la cual debe ser cargada en SIS-Q al final del periodo de evaluación.
4. Mail, oficio o memo que respalte las reprogramaciones de los compromisos.
5. Informe mensual de actividades realizadas por la Unidad y/o Departamento de auditoria enviadas al CAIGG.

### D.3\_2.3 Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizado (IAAS)

D.3_2.3		Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizado (IAAS)							
DIGERA   Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención									
Objetivo del Indicador	Mejorar la calidad y seguridad del paciente, a través de la reducción de incidencia de IAAS								
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento								
Descripción del indicador	Este indicador refleja el efecto de las intervenciones del equipo del establecimiento de salud, lideradas por su Dirección (Dirección Técnica) y el Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), sobre los síndromes clínicos vigilados priorizados desde MINSAL. Aportando de esta forma a la mejora de la seguridad del paciente a través de la reducción de la incidencia de IAAS								
Fórmula de Cálculo	Número de indicadores en vigilancia con resultado bajo el umbral de referencia año 2025 - Número de indicadores en vigilancia con resultado bajo el umbral de referencia año 2024								
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Número	Periodicidad de Monitoreo	Anual				
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos				
Meta	Aumento de 2 indicadores con resultado bajo umbral de referencia, respecto a LB 2024								
Requisito	Sin requisito definido								
Exclusiones	Establecimientos con menos de 2 síndromes clínicos vigilados								
Fuente datos Numerador	SICARS		Fuente datos Denominador	SICARS					

Tabla de sensibilidad

Aumentar		Mantener	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ (2)	4 puntos	= (0)	4 puntos
≥ (1)	3 puntos	≥ (-1)	3 puntos
= (0)	2 puntos	≥ (-2)	2 puntos
		≥ (-3)	1 punto

## Definición de términos

**Síndrome clínico priorizado (indicadores de vigilancia):** síndrome clínico de vigilancia obligatoria con resultado superior al umbral de referencia del año 2025.

## Consideraciones técnicas

Todos los años, el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) publica durante los meses de abril o mayo los umbrales de referencia para los indicadores de los síndromes clínicos de vigilancia obligatoria (para efectos de este indicador, equivalente a síndromes clínicos vigilados priorizados).

Para todos aquellos casos en que se obtengan resultados por encima de las tasas definidas para el año, se espera, por parte del Programa de Prevención y Control de IAAS del hospital, elaboración de un plan de acción local que incluya, al menos:

- Realizar una revisión bibliográfica de los factores de riesgo de las infecciones en que se piensa que pueden tener un problema, en especial sobre factores relacionados con la atención.
- Aplicar pautas de supervisión para evaluar el cumplimiento de las prácticas de atención relacionadas con mayor riesgo de estas IAAS. Determinar si el cumplimiento de las prácticas es satisfactorio de acuerdo con el resultado de la supervisión.
- Si el cumplimiento de prácticas es satisfactorio, mantener la vigilancia epidemiológica local de las IAAS e investigar si se cuenta con una población de pacientes de mayor riesgo por otra causa y documentar lo realizado.
- Si el cumplimiento de prácticas no es satisfactorio, considerar que las tasas elevadas se asocian a esta situación, por lo que se formulará un plan de intervención que contemple una estrategia multimodal que considere, al menos, capacitación, supervisión y retroalimentación, vigilancia, recordatorios y difusión de información, revisión de infraestructura y equipamiento, y cultura de seguridad.

Se solicita:

Evaluación externa de cumplimiento de Programa de Prevención y Control de IAAS al momento de reportar el indicador.

#### D.4\_1.8 Medición de la satisfacción usuaria.

<b>D.4_1.8</b>		Medición de la satisfacción usuaria.							
<b>GABINETE SRA   Departamento Participación Social y Gestión Usuaria</b>									
<b>Objetivo del Indicador</b>	Conocer la percepción de las personas respecto de la atención recibida y el funcionamiento del establecimiento de salud para la mejora continua de la experiencia usuaria.								
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento								
<b>Descripción del indicador</b>	Este indicador mide la percepción usuaria acerca de la atención recibida y el funcionamiento del establecimiento en las áreas ambulatoria, de hospitalización y urgencia. Para esto se aplica el instrumento Encuesta de satisfacción usuaria provisto por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria.								
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Nota 2025- Nota 2024								
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Número	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Anual				
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos				
<b>Meta</b>	Aumentar 0,3 puntos de la nota 2024								
<b>Requisito</b>	Cumplimiento del Plan anual 2025 del establecimiento de salud								
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.								
<b>Fuente datos Numerador</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Fuente datos Denominador</b>	<b>LOCAL</b>						

Tabla de sensibilidad

<b>Cumplimiento</b>	<b>Puntaje</b>
≥ 0,3 puntos	4 puntos
≥ 0,2 puntos	3 puntos
≥ 0,1 puntos	2 puntos
≥ 0,0 puntos	1 punto

## Definición de términos

**Participación Social:** Se entenderá por la incidencia de distintos actores sociales relevantes en el ciclo del diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud.

**La satisfacción usuaria:** es la percepción de la comunidad usuaria respecto del cumplimiento de sus expectativas en relación con la atención tanto en aspectos clínicos como "no clínicos" (tiempos de espera, acceso a información relevante, infraestructura, equipamiento, sistemas de dación de horas, comunicación con el personal, entre otros).

## Consideraciones técnicas

Para el cumplimiento del indicador el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, proveerá del instrumento Encuesta de satisfacción usuaria y de la nota metodológica para la construcción de la muestra. Esta será aplicada una vez en el año, durante el mes de septiembre de 2025, en el 100% de los EAR de la red asistencial del Servicio de Salud.

El indicador cuenta con línea base construida a partir de los resultados obtenidos por cada establecimiento durante la aplicación de noviembre 2024. Se espera un aumento de 0,3 puntos en la nota para 2025. Es importante señalar, que las estrategias/acciones de gestión participativa y satisfacción usuaria que implemente la institución debiesen contribuir al aumento esperado.

Para el cumplimiento del indicador se debe considerar la implementación de estrategias/acciones contenidas en el Plan Anual 2025 del establecimiento (Requisito), relacionadas con la gestión participativa y la satisfacción usuaria como:

1. Incorporación de resultados de medición de satisfacción usuaria en Cuenta pública participativa del establecimiento.
2. Difusión de resultados de medición de satisfacción usuaria a Consejo Consultivo de Usuarios, Consejos de Desarrollo Local (CDL) y comunidad usuaria.
3. Elaboración y ejecución participativa de Planes de mejora con Comité de Gestión Usuaria, CCU y CDL en base a resultados de medición de satisfacción usuaria, análisis de reclamos y/o evaluación de estrategias de humanización de la atención.
4. Monitoreo y evaluación de resultados de Planes de mejora de manera participativa con el Comité de Gestión Usuaria, CCU y CDL.
5. Implementación y evaluación de estrategias de humanización de la atención.

El Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, proveerá de los formatos correspondientes para reporte del indicador.

## AUTORES

### Departamento de Control de Gestión

Carmen Astorga Vega  
Lucia Astorga Inostroza  
Andrea Cocio Salas  
Valentina Fernández Naveas  
Héctor Henríquez Serey  
Fabiola Lopez Plaza  
Cristian Peñailillo Sandoval

## COLABORADORES

### Departamento Auditoría Ministerial

Carlos Del Pino Contreras  
Ana Maria Martinez Silva

### Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral

Marcela Estolaza Fredes  
Bernardita Palma Piña  
Christian Igor González

### Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico

Cristian Matamala Valencia  
Carolina Isla Meneses  
Gisela Acosta Poque  
Anamari Avendaño Arechavala  
José Rosales Caniumil  
Claudia Campos Ponce  
Miguel Ulloa Espinoza  
Solange Burgos Estrada

### Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia

Maureen Gold Semmler  
Jorge Hernández Cabello  
Mabel Pinilla Villalobos  
Yeni Varas Meneses  
Maria Alicia Ribes Langevin  
Patricia Acevedo Loyola  
Valentina Pino Enriquez  
Paulo Vilches Gonzalez

---

**Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria**

---

Claudia Torreblanca Lazcano  
Pamela Muncada Muñoz

---

**Departamento de Sistema de Información de Recursos Humanos**

---

Cecilia Digmann Muñoz  
Uri Hidalgo Vidal

---

**Departamento de Gestión Presupuestaria**

---

Elsa Jimenez Albornoz  
Marcelo Arroyo Troncoso  
Carla Sierra Fuentes  
Erick Rojas Estay  
Helvesia Zavala Guerrero

---

**Departamento de Planificación y Coordinación**

---

Juan Alvarez Fernández  
Macarena Castro Brugueras

---

**Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención**

---

Mónica Pohlenz Acuña  
Mauro Orsini Brignole

---

**Departamento GES y Redes Complejas**

---

Janette Toledo Reyes  
Yonathan San Martín

---

**Departamento Participación Social y Gestión Usuaria**

---

Ana Becerra Widemann  
Nora Donoso Valenzuela  
Sandra Jordan Díaz

---

**Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células**

---

Carolina Oshiro Riveros  
Sandra Mardones Carreño  
José Luis Rojas Barraza