



2025

**METAS LEY
N°19.664**

Ministerio de Salud

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

**METAS LEY
N°19.664**

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.0 octubre 2025

Contenido

Introducción	3
Capítulo III: Metas de Desempeño Institucional Ley 19.664.....	4
Marco Legal	4
I. Área atención médica a usuarios.	6
1. Personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2) compensadas.	6
2. Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con Diabetes Mellitus 2, bajo control en establecimientos de APS.	7
3. Personas con Hipertensión Arterial (HTA) compensadas.....	8
4. Altas odontológicas de especialidad del nivel secundario por ingreso de tratamiento.	9
5. Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	11
6. Resolución de los casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.	12
7. Resolución de los casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad con antigüedad sobre el percentil 75.	14
8. Reducción de los casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.	16
9. Reducción del porcentaje global de cesárea.	18
10. Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	19
II. Área de Coordinación de Red Asistencial.....	20
11. Resolución de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.....	20
12. Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red.	22
III. Área de Atención Pre Hospitalaria (aplica para Servicios de Atención Médica SAMU con centro regulador).	23
13. Solicitud de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo establecido.....	23
14. Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada o similar para médicos del SAMU.....	24
15. Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro cardio respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitante.	25
16. Porcentaje	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

Los y las funcionarios y funcionarias de salud en el sector público incluyen a múltiples profesionales, personal técnico y administrativo, en donde su trabajo colaborativo, coordinado y de excelencia permite la entrega de prestaciones y servicios sanitarios oportunos y de calidad a la población, dentro del territorio nacional que así lo requiera. Estas personas son funcionarios del Estado y reciben una remuneración de acuerdo con su categoría, nivel de experiencia y otros factores establecidos en las escalas y bonificaciones salariales del sector público.

En cuanto a los incentivos remuneracionales, existen diversos mecanismos para incentivar el desempeño y la productividad de los funcionarios de salud. Algunos de estos incentivos pueden incluir:

1. Bonificaciones por cumplimiento de metas: Se establecen metas y objetivos específicos, como el cumplimiento de indicadores de calidad o eficiencia, y los funcionarios que logran alcanzar o superar estas metas pueden recibir una bonificación adicional en su remuneración.
2. Pagos por turnos extras: En algunos casos, los funcionarios de salud pueden recibir remuneración adicional por trabajar turnos extras o en horarios especiales, como fines de semana o festivos.
3. Estímulos por especialización y capacitación: Los profesionales de la salud que se especializan en áreas específicas o participan en programas de capacitación y educación continua pueden recibir incentivos adicionales, como aumento salarial o bonificaciones.

Entre los principales mecanismos de incentivos remuneracionales asociados al cumplimiento de metas que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile se encuentran las metas de desempeño institucional asociadas a la ley 19.664, para personal médicos, químicos farmacéuticos, bioquímicos y odontólogos.

Esta ley, en su artículo 37, señala que los profesionales funcionarios tendrán derecho a percibir una bonificación por Desempeño Colectivo Institucional, la que tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud.

Las metas nacionales son establecidas mediante Decreto Exento del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministerio de Hacienda, donde se establecen las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que corresponden cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país. Sobre la base del referido decreto bi ministerial, los Directores de Servicios de Salud deben celebrar uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, que a su vez deben ser consistentes con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo. Los convenios deben contemplar programas de trabajo constituidos por un conjunto de actividades formuladas de manera sistemática que deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales.

En este contexto, el presente documento contiene las orientaciones técnicas específicas para los indicadores asociados a las diferentes metas que rigen para el año 2025, como una guía general para que los equipos de control de gestión y afines de los Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial dispongan de orientaciones por cada uno de los indicadores, que les permita realizar un correcto monitoreo y cumplimiento durante todo el proceso. Además, constituye un insumo orientador para la correcta evaluación del cumplimiento de las metas e indicadores por parte del Validador Técnico Externo de la Dirección de Presupuestos, responsables de esta etapa del proceso.

Capítulo III: Metas de Desempeño Institucional Ley 19.664.



Marco Legal

El Artículo N°28, letra d), de la ley N°19.664, establece una bonificación por desempeño colectivo para el conjunto de los profesionales de las unidades de trabajo que deban cumplir las metas de desempeño institucional que se convengan con el Servicio de Salud o con el establecimiento correspondiente.

El artículo N°37 de la ley N°19.664, refiere que la mencionada bonificación tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud, ya sea para cada unidad de trabajo o para cada

establecimiento en su conjunto y agrega que el convenio que contenga el aludido acuerdo, debe ser consistente con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo, a más tardar el 31 de diciembre de cada año.

Por su parte, el artículo 4° del decreto N°849, de 2000, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento para el pago de la bonificación, dispone que el Ministerio de Salud definirá, mediante un decreto suscrito también por el Ministerio de Hacienda y que será expedido bajo la fórmula "por orden del Presidente de la República", las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, el que deberá dictarse, a más tardar, dentro del mes de septiembre de cada año.

Marco regulatorio	Descripción
Ley 19.664 de 2000	Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N°15.076
Decreto N°849 de 2000	Aprueba reglamento para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a que se refiere el Artículo 37 de la Ley N°19.664
Decreto Bi-ministerial Ministerio de Salud – Ministerio de Hacienda	Establece las prioridades y objetivos a cumplir el año siguiente en el marco del Art. 37 de la Ley 19.664
Orientaciones Técnicas	Artículo 8, reglamento N°849 “Corresponderá al Ministro de Salud ejercer el control del cumplimiento de los convenios celebrados con los Servicios de Salud, debiendo establecer al efecto procedimientos de seguimiento y auditoría periódicos que permitan verificar de un modo objetivo el estado de avance de las metas comprometidas.”
Orientación e indicaciones en específico	Se entenderán como indicaciones, aclaración y/o especificaciones, todas aquellas indicaciones complementarias a las orientaciones técnica, tendientes a una mejor comprensión o desarrollo de las actividades a fin de cumplir con las metas comprometidas

Considerando lo prescrito en el Artículo N°12. Del Reglamento N°849 que indica “...El Ministro de Salud podrá impartir a los Directores de los Servicios de Salud todas las instrucciones que estime necesarias para la adecuada formulación, cumplimiento y evaluación de los programas de trabajo y de los convenios a que éstos dieren lugar, a nivel de unidades de trabajo, establecimientos y Servicios de Salud, respectivamente...”

En este contexto es que el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda, a través del Decreto Nº 30 de julio de 2025, fija las áreas prioritarias y compromisos año 2025 para el pago de la bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere el artículo 37 de la Ley Nº19.664.

En este documento se establecen los objetivos para mantener y mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas a la población, procurando desarrollar actividades de acuerdo con las normas y protocolos establecidos para ello, y cumplir con los estándares generales de calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, eficacia en el uso de los recursos, además de la implementación y aplicación de normas de calidad y seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud.

I. Área atención médica a usuarios.

1. Personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2) compensadas.

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de personas con diabetes mayores de 15 años que se encuentran compensadas (con una hemoglobina glicosilada menor a 7% en personas entre 15 y 79 años y menor a 8% en el caso de personas mayores a 80 años) en relación con la población bajo control con Diabetes Mellitus 2 del Establecimiento de Salud.

Consideraciones Técnicas.

1. Considerar como personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2, aquellas que cumplan con criterio diagnóstico y esté consignado en el registro clínico de la persona. https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Actualizacion-criterios-diagnostico-DM2_09122021_212031.pdf
2. Considerar como total de población de DM2 bajo control, a las personas con DM2 que han recibido a lo menos un control de salud en el Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP en los últimos 11 meses y 29 días.
3. Contar con al menos una Hb glicosilada en los últimos 11 meses y 29 días.
4. Enfoque diferenciado según edad y comorbilidades.
5. Monitoreo y seguimiento periódico por parte del equipo de Salud del indicador.

La ruta REM se encuentra disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

Exclusiones.

Sin exclusiones

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2) compensadas.	Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años compensadas	REM P04 – Sección B	C30 + C31
	Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control	REM P04 – Sección A	C17

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

2. Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con Diabetes Mellitus 2, bajo control en establecimientos de APS.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la cobertura de la evaluación anual del pie en personas de 15 años y más con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) que están bajo control en el establecimiento de APS.

Consideraciones Técnicas.

1. Considerar como personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 aquellas que cumplan con criterio diagnóstico y esté consignado en el registro clínico de la persona.
https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Actualizacion-criterios-diagnostico-DM2_09122021_212031.pdf
2. Considerar como personas con evaluación de pie diabético a toda persona con diabetes mellitus 2 que se le haya realizado la evaluación del pie según pauta de evaluación y esté consignado en registro clínico.
https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/2019.12.10_OT-PIE-DIABETICO.pdf
3. Considerar como total de población de DM2 bajo control, a las personas con DM2 que han recibido a lo menos un control de salud en el Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP en los últimos 11 meses y 29 días y se le realizó la evaluación del pie en dicho periodo.
4. Hay que considerar que la vigencia de la evaluación de pie diabético es de 11 meses y 29 días.
5. Profesionales de salud capacitados para realizar la evaluación de pie diabético son médicas(os) y enfermeras (os).

La ruta REM se encuentra disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

Exclusiones.

Sin exclusiones

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con Diabetes Mellitus 2, bajo control en establecimientos de APS	Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años con evaluación vigente del pie	REM P04 sección C	C61 a C64
	Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control	REM P04 sección A	C17

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

3. Personas con Hipertensión Arterial (HTA) compensadas

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de personas de 15 a 79 años diagnosticadas con Hipertensión Arterial con presión arterial inferiores a 140/90 mmHg y personas de más de 80 años con presiones arteriales inferiores a 150/90 mmHg, en relación con la población bajo control con Hipertensión Arterial del Establecimiento de Salud.

Consideraciones Técnicas.

1. Considerar como personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial aquellas que cumplan con criterio diagnósticos, Inciso C de la guía clínica HEARTS y esté consignado el diagnóstico en el registro clínico.
<https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/HEARTS-nuevo-algoritmo-2022.pdf>
2. Considerar como total de población de HTA bajo control, a las personas con HTA que han recibido a lo menos un control de salud en el Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP en los últimos 11 meses y 29 días.
3. Las metas de compensación individuales deben ser consideradas según edad, comorbilidades y factores de riesgo individuales.
4. El responsable de la medición periódica de la Presión Arterial es el funcionario de salud que realice seguimiento o control como actividad del Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP.
5. Considerar el correcto registro de medición de Presión Arterial en registro clínico.

La ruta REM se encuentra disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

Exclusiones.

Sin exclusiones

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Personas con Hipertensión Arterial (HTA) compensadas	Número de personas con HTA de 15 y más años compensadas	REM P04 sección B	C28 + C29
	Número de personas con HTA de 15 y más años bajo control	REM P04 sección A	C16

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

4. Altas odontológicas de especialidad del nivel secundario por ingreso de tratamiento.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la proporción de usuarios(as) que, habiendo iniciado tratamiento en una especialidad odontológica, reciben el alta clínica al completar integralmente la atención por la cual fueron derivados. Refleja la resolución efectiva del requerimiento de salud bucal por el cual fue derivado.

El objetivo es aumentar la cantidad de usuarios(as) cuya condición de salud bucal ha sido resuelta de forma integral en la atención ambulatoria especializada odontológica. El seguimiento de este indicador permite identificar brechas o nodos críticos que afectan la continuidad y finalización de los tratamientos, los cuales pueden estar relacionados con aspectos clínicos, administrativos, disponibilidad de recurso humano y físico, equipamiento, insumos o infraestructura.

Monitorear este indicador permite evaluar el desempeño de la red en términos de resolutivez, eficiencia y continuidad de la atención. Además, facilita el diseño de estrategias locales y centrales, orientadas a fortalecer la gestión territorial, mejorar los procesos clínico-administrativos y optimizar el uso de los recursos disponibles.

Consideraciones Técnicas.

Un mayor porcentaje de cumplimiento refleja una mayor capacidad de resolución y cierre de los tratamientos iniciados. Un valor bajo puede indicar discontinuidad en la atención, alta tasa de abandono, problemas en programación, falta de recurso humano o limitaciones de infraestructura, entre otros factores.

Consideraciones de gestión de la atención para alcanzar un óptimo cumplimiento del indicador:

1. Gestión del Ingreso y Registro de Alta de Tratamiento

- Verificar que todo ingreso de tratamiento se registre correctamente en el Registro Clínico Electrónico (RCE), diferenciando claramente comienzo efectivo y alta de tratamiento.
- Estandarizar los criterios clínicos de inicio de tratamiento por especialidad, con respaldo en ficha clínica, plan terapéutico e indicaciones pertinentes.

2. Seguimiento Clínico y Planificación del Tratamiento

- Establecer un plan de tratamiento claro y consensuado con el(la) usuario(a), registrando avances, modificaciones y cumplimiento de sesiones programadas.
- Asegurar la continuidad de atención con agenda programada, evitando NSP o dilaciones entre sesiones.
- Identificar precozmente factores de riesgo de abandono para implementar estrategias de retención y reactivación.

3. Gestión de Agendas y Oferta Asistencial

- Alinear la oferta de horas clínicas con la demanda priorizada, asegurando disponibilidad para completar tratamientos iniciados.
- Evaluar periódicamente los tiempos promedio de resolución por especialidad, y ajustar la programación clínica en función de estándares y capacidad instalada.
- Priorizar el uso eficiente de sillones y horas de profesionales con enfoque resolutivo.

4. Alta Clínica Efectiva y Oportuna

- Definir protocolos estandarizados de alta de tratamiento, asegurando que se documenten los criterios clínicos cumplidos y se registre adecuadamente en el sistema.
- Incluir en el alta indicaciones claras de continuidad de la atención en APS.

- Establecer mecanismos de auditoría interna para monitorear la calidad y oportunidad de las altas registradas.
- Instalación de modelo de atención en acto único.

5. Monitoreo y Gestión de Datos

- Implementar el seguimiento del porcentaje de altas por ingreso, desagregado por establecimiento y especialidad.
- Comparar ingresos vs altas mensualmente, identificando brechas, casos estancados o sin seguimiento.
- Coordinar con las unidades de estadística y control de gestión para validar la consistencia de los datos y apoyar el análisis territorial.

6. Intervenciones de Mejora Continua

- Realizar reuniones periódicas de revisión de casos pendientes o con bajo avance del plan terapéutico.
- Generar planes de mejora cuando se detecten nodos críticos persistentes.

7. Coordinación en Red

- Asegurar el flujo adecuado entre niveles de atención, con protocolos de referencia y contrarreferencia que favorezcan la continuidad y resolución del tratamiento.

La ruta REM, línea base 2024 y meta 2025, se encuentra disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

Exclusiones.

Sin exclusiones.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Altas odontológicas de especialidad del nivel secundario por ingreso de tratamiento	Número de altas de tratamiento odontológico de especialidades	REM A09 sección I	D255, D261, D309, D267, D273, D279, D315, D285, D291, D297, D303, D321, D327
	Número de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades	REM A09 sección I	D254, D260, D266, D272, D278, D284, D290, D296, D302, D308, D314, D320, D326.

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico

5. Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.

Descripción del Indicador.

Este indicador da cuenta de aquellos pacientes con indicación de hospitalización otorgada en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), y que son hospitalizados en una cama de dotación (área funcional) en un tiempo menor a 12 horas desde la indicación médica en los establecimientos de la Red Asistencial con UEH de alta y mediana complejidad, en un periodo definido, cuyo dato es expresado en porcentaje.

Consideraciones Técnicas.

Utilizar lineamientos de eficiencia hospitalaria desde la Unidad de emergencia hospitalaria a fin de disponibilizar oferta de camas de dotación para la red.

La ruta de extracción del dato (REM), se encuentra disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

Exclusiones.

Hospitalizaciones obstétricas.

Pacientes que acceden directamente al proceso quirúrgico.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH en un tiempo menor a 12 horas para acceder a cama de dotación	REM A08 – Sección D	C107
	Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH	REM A08 – Sección D	C107 + C108 + C109 + C112

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

6. Disminución de los casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.

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.

Consideraciones Técnicas.

El numerador se construye con los casos abiertos al corte de monitoreo que tienen una fecha igual o anterior a la definida, menos el valor de la línea base que es fija.

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 al criterio de antigüedad de la meta y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán ser disminuidos por cumplir con criterio de antigüedad señalado para cada establecimiento.

La fuente oficial para trabajar este indicador es el SIGTE.

El Criterio de Percentil 75 por tipo de prestación y establecimientos al 31 de diciembre del 2024 y la Línea Base para Meta Sanitaria 2025 se encuentra en el archivo “P75 al 31 de diciembre 2024 para meta Sanitaria 2025”, disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#).

El cumplimiento del trabajo para este indicador 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.

Exclusiones.

Los casos definidos con causal de salida 3 y 20 vigentes al cierre del año; como también, los traslados coordinados del último trimestre. Todos los anteriores con sus respaldos correspondientes.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para intervenciones quirúrgicas (IQ) mayores y menores	Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2024	SIGTE	N/A
	Total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2024	SIGTE	N/A

Medios de Verificación

Informe generado con fuente SIGTE, que contiene el universo de casos en Lista de Espera IQ mayores y menores con la antigüedad del percentil 75 al 31 de diciembre de 2024, y el número de casos disminuidos al 31 de diciembre de 2025 respecto a la línea base.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Análisis e Información para la Gestión / Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico - DIGERA

7. Disminución de los casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, sobre el percentil 75, de acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024. Permite evaluar la capacidad del establecimiento para dar respuesta oportuna a los casos con mayor tiempo de espera; priorizando la equidad y el riesgo asociado a la espera prolongada.

Consideraciones Técnicas.

El numerador se construye con los casos abiertos al corte de monitoreo que tienen una fecha igual o anterior a la definida, menos el valor de la línea base que es fija.

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 al criterio de antigüedad de la meta y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán ser disminuidos por cumplir con criterio de antigüedad señalado para cada establecimiento.

La fuente oficial para trabajar este indicador es el SIGTE.

El Criterio de Percentil 75 por tipo de prestación y establecimientos al 31 de diciembre del 2024 y la Línea Base para Meta Sanitaria 2025 se encuentra en el archivo “P75 al 31 de diciembre 2024 para meta Sanitaria 2025”, disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

El cumplimiento del trabajo para este indicador 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.

Exclusiones.

Los casos definidos con causal de salida 3 y 20 vigentes al cierre del año; como también, los traslados coordinados del último trimestre. Todos los anteriores con sus respaldos correspondientes.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para Consulta Nueva de Especialidad Médica	Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2024.	SIGTE	N/A
	Total de casos en la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2024.	SIGTE	N/A

Medios de Verificación

Informe generado con fuente SIGTE, que contiene el universo de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica con la antigüedad del percentil 75 al 31 de diciembre de 2024, y el número de casos disminuidos al 31 de diciembre de 2025 respecto a la línea base.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Análisis e Información para la Gestión / Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico - DIGERA

8. Disminución de los casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, sobre el percentil 75, de acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024. Permite evaluar la capacidad del establecimiento para dar respuesta oportuna a los casos con mayor tiempo de espera; priorizando la equidad y el riesgo asociado a la espera prolongada.

El numerador se construye con los casos abiertos al corte de monitoreo que tienen una fecha igual o anterior a la definida, menos el valor de la línea base que es fija.

Se consideran para el cumplimiento del indicador todas las especialidades odontológicas (incluida ortodoncia).

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 al criterio de antigüedad de la meta y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán ser disminuidos por cumplir con criterio de antigüedad señalado para cada establecimiento.

La fuente oficial para trabajar este indicador es el SIGTE.

El Criterio de Percentil 75 por tipo de prestación y establecimientos al 31 de diciembre del 2024 y la Línea Base para Meta Sanitaria 2025 se encuentra en el archivo “P75 al 31 de diciembre 2024 para meta Sanitaria 2025”, disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

El cumplimiento del trabajo para este indicador 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.

Exclusiones.

Los casos definidos con causal de salida 3 y 20 vigentes al cierre del año; como también, los traslados coordinados del último trimestre. Todos los anteriores con sus respaldos correspondientes.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para la Consulta Nueva de Especialidades Odontológicas	Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024	SIGTE	N/A
	Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024	SIGTE	N/A

Medios de Verificación

Informe generado con fuente SIGTE, que contiene el universo de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica con la antigüedad del percentil 75 al 31 de diciembre de 2024, y el número de casos disminuidos al 31 de diciembre de 2025 respecto a la línea base.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Análisis e Información para la Gestión / Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico - DIGERA

9. Reducción del porcentaje global de cesárea.

Descripción del Indicador.

En los últimos años, Chile ha registrado un porcentaje histórico de cesáreas superior al 40%, lo que lo posiciona entre los países con las tasas más altas dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). La meta nacional es reducir esta cifra, alcanzando una tasa global de cesáreas no superior al 30% del total de partos para el año 2030.

Este indicador mide la variación del porcentaje de cesáreas en comparación con el año anterior y tiene como objetivo contribuir a su disminución progresiva.

Consideraciones Técnicas.

Se consideran 81 establecimientos con cartera de partos declarada.

Metas:

- LB acumulada a diciembre 2024 $\geq 50\%$; disminuir 6 puntos porcentuales.
- LB acumulada a diciembre 2024 $< 50\%$ y $\geq 40\%$; disminuir 4 puntos porcentuales.
- LB acumulada a diciembre 2024 $< 40\%$; disminuir 3 puntos porcentuales.

La ruta REM y línea base 2024 se encuentra disponible en carpeta compartida “Repositorio Documental de Control de Gestión SRA”, subcarpeta “insumos MINSAL”, subcarpeta “metas sanitarias y de gestión” para finalmente seleccionar ley [19664](#)

Exclusiones.

No se consideran los establecimientos DFL 36.

Hospitales que no tienen cartera de parto declarada.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Reducción del porcentaje global de cesárea.	Número de cesáreas del período t	REM A24 – Sección A	C15 + C16
	Número total de partos del período t	REM A24 – Sección A	C13 + C14 + C15 + C16 + C17

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

10. Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)

Descripción del Indicador.

Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística.

Respecto de la casuística país, se refleja en el estándar de consumo de días para cada GRD en la norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.

Consideraciones Técnicas.

Incluye los egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización.

Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo a aquellos establecimientos que cuenten con un cumplimiento de $\geq 95\%$ egresos hospitalarios con codificación GRD.

Utilizar “lineamientos de eficiencia hospitalaria desde la Unidad de emergencia hospitalaria”.

Exclusiones.

Exclusiones de casos de pacientes:

- Cuya especialidad médica es Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).
- Judicializados, código diagnóstico CIE10 Z65.3
- Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	Número de egresos con estadías prolongadas (outliers superiores) en el periodo	Herramienta Alcor GRD	N/A
	Número total de egresos codificados en el periodo	Herramienta Alcor GRD	N/A

Medios de Verificación

Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Análisis e Información para la Gestión / Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico - DIGERA

II. Área de Coordinación de Red Asistencial

11. Resolución de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.

Descripción del Indicador.

El indicador evalúa la eficacia en la resolución de garantías oncológicas GES que fueron exceptuadas por causas transitorias. Para ello, analiza la proporción de casos acumulados sin prestación otorgada entre los años 2015 y 2024 y el avance en su resolución durante el año 2025. La fórmula compara el número de garantías resueltas frente al total de garantías acumuladas sin prestación otorgada, reflejando la capacidad del sistema de salud para regularizar la atención de estos casos pendientes. Un valor alto del indicador sugiere una gestión eficiente en la resolución de excepciones.

Consideraciones Técnicas.

El universo de garantías a considerar para la evaluación inicia desde el año 2015. En este caso años 2015 al 2024. Esto dado que la normativa de esta materia proviene de la Superintendencia de Salud a partir del 2015, específicamente a través de la Circular IF 248. No se consideran en la evaluación excepciones de años anteriores al 2015.

La norma señala que podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Compendio de normas administrativas en materia de procedimientos, 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. Esta nueva gestión de caso, para las excepciones transitorias (Causal NSP y Postergación), están dirigidas a lograr la entrega de la prestación al usuario, en una oportunidad que no supere la que originalmente le correspondía según garantía de oportunidad exceptuada. El no cumplimiento de esta indicación es un incumplimiento a la normativa vigente.

El monitoreo se hace desde SIGGES (Reporte de Garantías Exceptuadas Transitorias), considerando todas aquellas cuyo estado no se encuentre cerrado y que no se le haya entregado la prestación esperada.

La decisión de excepción tiene que estar bien respaldada y realizada según la normativa vigente. Por lo que no se haya realizado como corresponde se debe corregir o simplemente eliminar en SIGGES la excepción quedando retrasada la garantía.

Los referentes Oncológicos, en un trabajo colaborativo con los referentes GES y SIGGES, deben monitorear el avance de la resolución de la línea base de cada establecimiento de forma quincenal. Esto con los datos que entrega SIGGES cada 15 días.

Si dentro de los hallazgos se encuentran: Casos mal exceptuados, se deben regularizar en SIGGES. Casos en espera de atención, se deben priorizar en su agendamiento. Casos atendidos o con más de 2 NSP con cita efectiva, se deben actualizar en SIGGES para terminar el proceso de la GO, entre otros.

Los problemas de Salud Oncológicos a considerar para el cumplimiento del indicador son:

- 03-Cáncer Cervicouterino
- 04-Alivio Del Dolor
- 08-Cáncer De Mama
- 14-Cáncer Infantil
- 16-Cáncer De Testículo

- 17-Linfoma
- 27-Cáncer Gástrico
- 28-Cáncer De Próstata
- 45-Leucemia Adulto
- 70-Cáncer Colorectal
- 71-Cáncer De Ovario Epitelial
- 72-Cáncer Vesical
- 73-Osteosarcoma
- 81-Cáncer De Pulmón
- 82-Cáncer De Tiroide
- 83-Cáncer Renal
- 84-Mieloma Múltiple

Exclusiones.

En procesos de evaluación, son apelables las excepciones transitorias que sigan pendientes por error del sistema SIGGES y cuando las condiciones clínicas del usuario sigan impidiendo la entrega de la prestación. Cada una debe estar bien fundamentada y se analizará cuando corresponda.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Resolución de garantías Oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgadas	Número de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2024, resueltas	SIGGES	N/A
	Número total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2024	SIGGES	N/A

Medios de Verificación

Excel con información presentada por la referencia técnica de DIGERA.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento GES y Redes Complejas - DIGERA

12. Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red.

Descripción del Indicador.

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. 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.

Consideraciones Técnicas.

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.

Exclusiones.

No hay.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red	Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas	SIGGES	N/A
	Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas + garantías incumplidas no atendidas + garantías retrasadas acumuladas	SIGGES	N/A

Medios de Verificación

Reporte con datos provistos por la DIGERA, las cuales contiene la base de datos de SIGGES con el cumplimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Información para la Gestión / Departamento GES y Redes Complejas - DIGERA

III. Área de Atención Pre Hospitalaria (aplica para Servicios de Atención Médica SAMU con centro regulador).

13. Solicitud de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo establecido.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la proporción de solicitudes de transporte secundario que se realizan a SAMU y que han sido reguladas por un médico, de acuerdo con los protocolos clínicos establecidos para el centro regulador. Se evalúa el grado de cumplimiento del subproceso de regulación médica en transporte secundario a fin de garantizar seguridad y oportunidad.

Consideraciones Técnicas.

Debe asegurar la presencia continua de un médico regulador durante toda la jornada operativa del Centro Regulador.

Contar con protocolos regulación médica para el transporte secundario de paciente crítico, los que deben estar formalizados, actualizados y difundidos entre el equipo médico y de coordinación.

Contar con sistema de registro para identificar si una solicitud de transporte secundario que recibe el nivel 131 fue regulada por un médico y asegurar trazabilidad del proceso de acuerdo con los procedimientos establecidos

Tener planes de contingencia formalizados, actualizados y difundidos en los equipos que aseguren la continuidad del proceso de regulación frente a la ausencia del médico regulador.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Solicitud de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo establecido	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo	Sistema de información del Centro Regulador SAMU	N/A
	Número de solicitudes de transporte secundario	Sistema de información del Centro Regulador SAMU	N/A

Medios de Verificación

Datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador SAMU y validada por el Servicio de Salud.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

14. Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada o símil para médicos del SAMU.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la cobertura de médicos capacitados/as en reanimación cardiopulmonar RCP o símil.

Consideraciones Técnicas.

Se debe considerar cada funcionario/a capacitado/a una (1) sola vez, a pesar de que puede haber realizado más de una actividad.

Curso aprobado con antigüedad menor a 5 años. Se contarán como vigentes las actividades de capacitación iniciadas desde el 1° de abril del 2020 hasta el 31 de marzo de 2025 (5 años). De igual manera, se van a considerar actividades de capacitación hasta el 31 de diciembre de 2025.

La actividad debe tener una duración mínima de 20 horas pedagógicas y aprobada con nota igual o mayor a 4.0

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada o símil para médicos del SAMU.	Número de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada o símil	SIRH	N/A
	Número total de médicos	SIRH	N/A

Medios de Verificación

Base de datos (Excel) con la información del personal capacitado

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

15. Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro cardio respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitante.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de llamados al nivel 131 por Paro Cardiorrespiratorio (PCR) en los cuales se entregan instrucciones de Soporte Vital Básico (SVB) telefónico a los testigos o solicitantes en la escena. Evalúa la capacidad del Centro Regulador para activar precozmente la cadena de supervivencia, proporcionando indicaciones que permitan iniciar maniobras de RCP antes de la llegada de la ambulancia y mejorar la posibilidad de sobrevida al paro.

Consideraciones Técnicas.

Asegurar que el personal del Centro Regulador cuente con capacitación formal y actualizada en protocolos de atención del paro y entrega de reanimación cardiopulmonar telefónica.

Implementar protocolo de RCP telefónica para el Centro Regulador.

Contar con sistema de registro de la entrega o no de instrucciones de RCP telefónico en cada caso atendido.

Supervisión clínica continua de registros y grabaciones a fin de verificar calidad, adherencia al protocolo y corrección de situaciones que no se ajusten al protocolo.

Exclusiones.

Llamadas en que se pesquise hay signos de muerte evidente, no se pueda establecer tiempo de inicio del PCR o no haya posibilidad de realizar RCP guiada telefónicamente.

Llamadas duplicadas por la misma solicitud.

Eventos en que se interrumpe la comunicación y no es posible reestablecerla.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro Cardio Respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitante	Números de llamados telefónicos con instrucciones de soporte vital básico entregadas a testigos en caso de PCR	Sistema de información del Centro Regulador	N/A
	Número total de llamados telefónicos de atención de pacientes por PCR	Sistema de información del Centro Regulador	N/A

Medios de Verificación.

Planilla de cumplimiento del indicador, de acuerdo con los datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencias – DIGERA

AUTORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Departamento de Control de Gestión, Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ernesto González Bernal

Fabiola López Plaza

Cristian Sandoval Peñailillo

COLABORADORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria.

Departamento de información para la gestión

Laura Morlans Huaquin

Nicolás Figueroa

Departamento Cuidados Integrales en Salud

Marcela Rivera Medina

División de Gestión de la Red Asistencial.

Departamento de Gestión Ambulatoria y Unidad de Apoyo

Claudia Campos Ponce

Pablo Norambuena

José Rosales

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia

Maureen Gold Semmler

Paulo Vilches González

Valentina Aguirre

Patricia Acevedo

Maria Alicia Ribes

Paola Arévalo

Claudio Riutor Paz

Departamento de Análisis e Información para la Gestión

Leonardo Molina Fuentes

Yeni Varas Meneses

Yonathan San Martín

Felipe Ardiles

María Elena Campos

Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.

Cristian Parra Becerra

Paulina Torrealba

