



2025

METAS SANITARIAS

Ministerio de Salud

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

METAS SANITARIAS LEY N°18.834

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.1 octubre 2025



Contenido

| | |
|--|----|
| Introducción | 3 |
| Marco Legal | 4 |
| I. Metas Sanitarias Establecimientos Alta, Mediana y Baja Complejidad de la Red de Servicios de Salud. Ley 18.834..... | 5 |
| 1. Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental. | 5 |
| 2. Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida..... | 6 |
| 3. Cobertura de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino. | 7 |
| 4. Pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas..... | 9 |
| 5. Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores. | 10 |
| 6. Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para Consulta Nueva de Especialidad Médica. | 12 |
| 7. Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para la Consulta Nueva de Especialidades Odontológicas. | 14 |
| 8. Garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación resueltas. | 16 |
| 9. Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales. | 18 |
| 10. Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores). .. | 20 |
| 11. Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, ambulancias, equipos industriales e infraestructura. | 21 |
| II. Metas sanitarias y de mejoramiento de la gestión 2025 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuente con centro reguladores SAMU. | 23 |
| 12. Llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos. | 23 |
| 13. Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro Cardio Respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitantes. | 24 |
| 14. Disponibilidad Operativa de Call Takers SAMU. | 25 |
| III. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial. | 26 |
| 15. Personal de salud con atención clínica directa capacitado en temáticas asociadas a temas clínicos relevantes. | 26 |
| 16. Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes..... | 28 |
| 17. Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar..... | 29 |
| 18. Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud. | 30 |
| 19. Cobertura de capacitación de personal de salud con atención clínica directa y unidades de apoyo clínico en seguridad de la atención. | 31 |



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 compromisos institucionales que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile se encuentran las Metas de Desempeño Institucional, para funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo de la Ley 18.834 de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

Estas metas nacionales son establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. Para estos efectos, se determinan las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año siguiente por los Servicios de Salud. El director de cada Servicio de Salud deberá establecer para cada uno de los establecimientos las metas específicas y los indicadores de actividad que permitirán la medición de las metas alcanzadas. Estas metas e indicadores deben estar vinculados a los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios y a los productos relevantes de cada uno de ellos, debiendo suscribir aquellas que le apliquen de acuerdo a su nivel de complejidad y cartera de servicio asociada a cada indicador.

Estos mecanismos de incentivo permiten modelar el desempeño individual y colectivo de los trabajadores en post del cumplimiento de objetivos para el mejoramiento de la atención proporcionada a las personas. Constituyen una herramienta relevante de apoyo a la gestión de las instituciones, impactando directamente en la atención de las personas que acceden a los establecimientos del sistema público de salud.

En este contexto, el presente documento contiene las orientaciones técnicas específicas para los indicadores asociadas 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, 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 por parte de las distintas SEREMI de Salud del país, responsables de esta etapa del proceso.



La Ley N°18.834, también conocida como Estatuto Administrativo, regula el estatuto de los funcionarios públicos en Chile. Esta ley establece los derechos, deberes, beneficios y régimen laboral aplicables a los funcionarios del Estado, incluyendo aquellos que trabajan en el sector de la salud.

La asignación de desarrollo de estímulo de desempeño colectivo, para las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos; y la asignación de acreditación individual y estímulo de desempeño colectivo para la planta de profesionales, se otorga a través del cumplimiento de un conjunto de indicadores y metas denominadas “Metas Sanitarias”, las que se encuentran normadas por los siguientes cuerpos legales y reglamentarios:

| Marco regulatorio | Descripción |
|--------------------------------|--|
| Art. 83° y 86 del DFL N°1/2004 | Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469. Promulgado el 23 de septiembre de 2005. Publicado en el Diario Oficial el 24/04/2006. Última versión del 17 de febrero de 2012. |
| Ley N°18.834 | Estatuto Administrativo – DFL 29 fija texto refundido y sistematizado de la presente Ley |
| Decreto Ley N°249, de 1974 | Fija Escala Única de Sueldos para el Personal |
| Decreto 123/2004 | Aprueba Reglamento que Regula el Otorgamiento del Componente Asociado al Cumplimiento Anual de Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención Proporcionada a los Usuarios de las Asignaciones de Desarrollo y Estimulo al Desempeño Colectivo, y de Acreditación Individual y Estimulo al Desempeño Colectivo, Conforme a lo señalado los artículos 63 y 67 del Decreto Ley N°2.763 de 1979 |

A través de la Resolución Exenta N.º 715 del año 2024 y Resolución Exenta modificatoria N.º 534 del año 2025, el Ministerio de Salud fijó las metas sanitarias nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2025 en conformidad al decreto N°123 del 2004.

En este documento se establecen los objetivos de mejoramiento de la atención de la gestión 2025 de los Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial y las metas sanitarias de establecimientos de alta, mediana y baja complejidad de la red de Servicios de Salud.

I. Metas Sanitarias Establecimientos Alta, Mediana y Baja Complejidad de la Red de Servicios de Salud. Ley 18.834

1. Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la proporción de intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS), en relación con el total de controles de tratamiento de salud mental efectuados en este nivel de atención.

El propósito de esta meta es fortalecer y expandir las intervenciones psicosociales grupales en la APS. Se busca avanzar hacia una mayor proporción de este tipo de atenciones dentro del total de controles de salud mental, favoreciendo una redistribución progresiva entre las intervenciones individuales y grupales. Esta transformación no necesariamente implica un aumento de recursos, sino una reorganización de la oferta programática que permita priorizar las actividades grupales en las horas disponibles para atención de salud mental.

Consideraciones Técnicas.

La manera como se operacionalizan las intervenciones grupales y tal como señala el Manual REM, es a través del conteo del número de personas participantes en este tipo de intervenciones, lo cual corresponde al número de asistencias registradas por persona a intervenciones grupales en el marco de su tratamiento de salud mental.

Debe considerarse que no sólo es importante el aumento de las intervenciones grupales (como número), sino que este aumento debe ir en relación con el total de controles de salud mental (individuales y grupales).

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 [18834](#)

Para los establecimientos que tienen 0% en la Línea Base 2024, el Servicio de Salud debe hacer llegar una propuesta de metas para el año 2025. Esta propuesta será validada por Referente Técnico del indicador.

Exclusiones.

Quedan excluidos del cumplimiento del indicador los CECOSF y las postas rurales de dependencia del Servicio de Salud, a excepción de aquellos casos en que el propio servicio haya determinado su incorporación a esta meta sanitaria.

Fuente de información para cálculo del indicador

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|---|-----------------------|----------------|
| Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental. | Número de intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental | REM A06 – Sección A.1 | C23 |
| | Número de controles de salud mental realizados a personas en tratamiento por salud mental | REM A06 – Sección A.1 | Celdas C22+C23 |

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud – DIVAP

2. Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de niños y niñas que reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida conforme al estándar mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es evaluar el cumplimiento de esta práctica para la promoción de la nutrición óptima y el desarrollo adecuado.

Consideraciones Técnicas.

Para el buen registro de este indicador, se entenderá como LME si el niño y niña, al momento del control del sexto mes, se ha mantenido con LME sin haber iniciado la alimentación sólida, ni introducción de fórmulas lácteas; aceptándose solo la ingesta de jarabes, gotas o agua en pequeñas cantidades y en forma ocasional. Se considerarán niños y niñas controlados entre los 5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de edad. Se incluyen lactantes que han tenido una actividad de salud realizada por algún profesional del equipo de salud, en la cual se evaluó su condición de lactancia.

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 [18834](#)

Exclusiones.

Sin exclusiones.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|---|---|-----------------------|-------|
| Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida | Número de niños y niñas con control de salud del sexto mes, mantuvieron LME | REM A03 – Sección A.5 | H61 |
| | Número de niños y niñas con control de salud al sexto mes | REM A03 – Sección A.5 | H67 |

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

3. Cobertura de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Descripción del Indicador.

Las recomendaciones internacionales, junto con el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, señalan que alcanzar y mantener coberturas de tamizaje vigente (PAP o Test VPH) iguales o superiores al 80% en personas de 25 a 64 años, tiene un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Esta meta está orientada reducir en un 30% dicha brecha, con el objetivo de alcanzar una cobertura del 80%.

Consideraciones Técnicas.

Para la fijación de la meta 2025, previamente se debe realizar un cálculo de la brecha que cada Establecimiento de APS dependiente y Hospitales de baja complejidad con APS tenga para alcanzar el 80% de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años adscritas con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

Del cálculo anterior, se obtendrá el número total de mujeres y personas transmasculinos que cada establecimiento requiere cubrir para alcanzar el 80% de cobertura a diciembre de 2025. Quienes no tengan brecha, deberán al menos mantener el número de mujeres y personas transmasculinos con PAP vigente logrado el año 2024.

La siguiente tabla muestra un ejemplo de cálculo de la brecha y el número de mujeres y personas transmasculinos a captar para alcanzar a reducir al menos el 30% de la brecha de cada establecimiento.

| Componente fórmula | Descripción | Cálculo | Valores de ejemplo |
|--------------------|--|---------|--------------------------|
| A | Número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años con tamizaje vigente a diciembre de 2024 | | 3.000 (60% cobertura) |
| B | Total de mujeres de 25 a 64 años adscritas para el año 2025 | | 5.000 |
| C | Meta de cobertura nacional de 80% de la población inscrita | B*80% | 4.000 |
| D | Brecha entre número de mujeres y personas trans masculinos con tamizaje para la detección precoz de cáncer de cuello uterino vigente a diciembre 2024 y Nº mujeres y personas trans masculinos esperadas con 80% cobertura | C-A | 1.000 |
| E | 30% de la brecha | D*30% | 300 |
| F | Número mínimo esperado de mujeres y personas trans masculinos con tamizaje vigente a DICIEMBRE 2025 Corresponde al Número de mujeres y personas trans masculinos con Test VPH tomados en los años 2021 y 2022 + número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años adscritas con PAP Vigente en los últimos 3 años. (2023, 2024, 2025) | A+E | 3.300 |
| G | Cobertura esperada de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino 2025 En este ejemplo el 66% es la meta. Si bien el cálculo de brecha se hace en número absoluto de mujeres y personas trans masculinos, la meta es evaluada en porcentaje, y, de acuerdo con la fórmula de cálculo sugerida si al final del año una comuna alcanza un 65% de cobertura, en virtud de ese 66%, su cumplimiento es de un 98,48% | F/B*100 | 66 % |

Respecto de las fuentes a utilizar para la información sobre mujeres y personas transmasculinos con tamizaje vigente se debe utilizar el REM P12 (que el DEIS publica semestralmente), este REM de la serie P debe ser alimentado desde el sistema informático Citoweb, REVICAN o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud), y sumando el registro local de mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en extrasistema.

En el denominador, al momento de fijar y comprometer la meta, la fuente es la población adscrita de mujeres de 25 a 64 años informada por el establecimiento y validada por el Servicio de Salud previo a la fijación de la meta.

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 [18834](#)

Exclusiones.

Sin exclusiones.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|--|---|---|
| Cobertura de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino | Número de personas de 25 a 64 años adscrita con PAP o test de VPH vigente a diciembre 2025 | REM P12 – Sección A1 | B12+ B13+ B14+ B15+ B16+ B17+ B18 + B19 |
| | Número de personas de 25 a 64 años adscrita para el año 2025 | Población FONASA Población adscrita informada por el Servicio de Salud a la División de Atención Primaria. | N/A |

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

4. Pacientes 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 [18834](#)

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

5. Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores.

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 [18834](#).

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 Red de Urgencia y Atención Cerrada
- DIGERA

6. Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para Consulta Nueva de Especialidad Médica.

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 [18834](#)

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

7. Reducción de los casos en Lista de Espera con antigüedad sobre el percentil 75, para la Consulta Nueva de Especialidades Odontológicas.

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 [18834](#)

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

8. Garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación resueltas.

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.

En detalle, dado que SIGGES presenta algunas dificultades en reconocer algunos casos como resueltos y hay condiciones de salud de los usuarios que impide entregar la prestación pendiente, se instaló un proceso de apelación de estos casos, los cuales ocurre posterior a la fecha de extracción del corte. Para las Metas Sanitarias, la extracción del corte es la quincena de enero, se disponibiliza a la red y ellos tienen 5 días hábiles para apelar, quedando la información lista durante la última semana de este mes, para el posterior envío de antecedentes finales a las SEREMIS antes del 31 de enero.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|---|---|-----------------------|-------|
| Garantías Oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación resueltas. | N° de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación de años 2015 al 2024 resueltas | SIGGES | N/A |
| | Total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación del período 2015 al 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

9. Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales.

Descripción del Indicador.

El Indicador mide que la presencia de un CUP se encuentre debidamente fundamentada de acuerdo con los criterios médicos vigentes institucionalmente; alineados con la normativa vigente, por lo que considera que tanto el criterio de instalación como el criterio de su permanencia en un paciente sean los correctos.

Consideraciones Técnicas.

Criterios de indicación médica de acuerdo con Norma General Técnica N° 95 de “Prevención de Infecciones del tracto urinario asociadas a uso de Catéter Urinario Permanente en Adultos”, exenta 457 del 8 de mayo 2007:

1. Manejo de retención urinaria, particularmente por obstrucción y
2. Control de diuresis en pacientes hemodinámicamente inestables.
3. De señalarse una excepción a los criterios antes mencionados, deberá existir consignada una justificación médica en el registro clínico del paciente por parte del equipo médico tratante.

La medición se realiza mediante la evaluación de un muestreo aleatorio simple de 40 pacientes con CUP en uso en cada uno de los servicios y/o unidades que realizan el procedimiento durante el periodo evaluado. Lo anterior, a partir del consolidado obtenido del listado total de pacientes en vigilancia epidemiológica por uso de CUP disponible por el equipo del programa local de prevención y control de IAAS (la muestra será seleccionada por la jefatura del PCIAAS).

Si el número de pacientes en vigilancia con uso de CUP durante el año es inferior a 40 en cada uno de los servicios y/o unidades que realizan el procedimiento en el establecimiento de salud, se seleccionará al total de pacientes.

La evaluación de la correcta o no indicación y mantención del CUP será efectuada por auditoría médica del hospital o su unidad equivalente.

El resultado final corresponderá a la sumatoria de los servicios y/o unidades que realizan el procedimiento en el establecimiento de salud.

Exclusiones.

1. Servicios o unidades clínicas en las cuales no se identifiquen pacientes usuarios de CUP.
2. Servicios o unidades clínicas en los cuales los pacientes con CUP no se encuentren en vigilancia epidemiológica de IAAS de acuerdo con las instrucciones ministeriales vigentes (<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/09/Manual-vigilancia-de-IAAS-segunda-version-2023.pdf>)

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|---|---|-----------------------|-------|
| Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales | N° de pacientes con Catéter urinario permanente que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales | Fuente Local | N/A |
| | Total de pacientes con catéter urinario permanente | Fuente Local | N/A |

Medios de Verificación

Informe elaborado por auditoría médica autorizado por el PCIAAS del hospital y la Dirección Técnica del hospital, que contenga el listado de los pacientes evaluados auditados y el porcentaje de cumplimiento de indicación médica de CUP de acuerdo con criterios institucionales locales.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención - DIGERA.

10. Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores).

Descripción del Indicador.

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.

Consideraciones Técnicas.

Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo 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.

La 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 [18834](#)

Exclusiones.

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).

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|---|--|-----------------------|-------|
| Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores) | Exceso de estancias outlier superiores periodo t – exceso de estancias outliers superiores periodo t-1 | GRD Alcor | N/A |
| | Exceso de estancias outliers superiores periodo t-1 | GRD Alcor | N/A |

Medios de Verificación.

Descarga alcor GRD

Planilla emitida por unidad GRD - MINSAL

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA.

11. Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, ambulancias, equipos industriales e infraestructura.

Descripción del Indicador.

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, equipos industriales e infraestructura para conservar y asegurar el correcto funcionamiento, otorgando, además el uso eficiente de los recursos para la compra de servicio de mantenimiento y continuidad asistencial.

Consideraciones Técnicas.

Contar con un catastro actualizado de los activos y/o sistemas.

En función de la metodología de mantenimiento, determinar cuáles son los equipos o sistemas que deben ingresar al plan de mantenimiento.

Teniendo claro el punto anterior, priorizar los equipos que ingresarán al plan en función de los recursos presupuestarios disponibles.

Una vez priorizados los equipos, elaborar el plan de mantenimiento preventivo que se ejecutará en el año en curso.

Exclusiones.

Equipos que durante la ejecución del plan de mantenimiento sean dados de baja o se encuentren en reparación por un periodo de tiempo prolongado o no se pueda ejecutar por alguna causa técnica a lo planificado como: retraso en las gestiones administrativas (licitación, trato directo, emisión de orden de compra, contratos, etc.), no se cuenta con disponibilidad presupuestaria, entre otros.

Podrán actualizar el plan de mantenimiento y la resolución que aprueba el presupuesto de este a más tardar el último día hábil del mes de octubre del año en curso, lo anterior, para que no se vea afectado el cumplimiento del mismo.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|---|-----------------------|-------|
| Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, ambulancias, equipos industriales e infraestructura | Trazadora 1: N° de mantenciones preventivas ejecutadas de equipos médicos Trazadora 2: N° de mantenciones preventivas ejecutadas de ambulancias Trazadora 3: N° de mantenciones preventivas ejecutadas de equipos industriales Trazadora 4: N° de mantenciones preventivas ejecutadas de infraestructura Trazadora 5: Gasto mantenimiento preventivo ejecutado en SIGFE | Fuente Local | N/A |
| | Trazadora 1: N° mantenciones preventivas programadas de equipos médicos Trazadora 2: N° mantenciones preventivas programadas de ambulancias Trazadora 3: N° mantenciones preventivas programadas de equipos industriales Trazadora 4: N° mantenciones preventivas programadas de infraestructura Trazadora 5: Gasto mantenimiento preventivo programado según resolución exenta de asignación de recursos | Fuente Local | N/A |

Medios de Verificación.

Plan de mantenimiento 2025, y en caso de modificaciones en octubre, presentar antecedentes actualizados. Debe presentar las planillas de mantenimiento y la resolución que aprueba el presupuesto de mantenimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

División de Inversiones – Subsecretaría de Redes Asistenciales

II. Metas sanitarias y de mejoramiento de la gestión 2025 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuente con centro reguladores SAMU.

12. Llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de llamadas que ingresan al nivel 131 y que son contestadas en un tiempo igual o inferior a 10 segundos, considerando solo aquellas llamadas válidas (es decir, excluyendo llamadas ghost o abandonadas antes de los 3 segundos). Evalúa la capacidad de respuesta del Centro Regulador ante una emergencia, siendo un indicador de acceso de la atención prehospitalaria.

Consideraciones Técnicas.

Se debe garantizar una dotación operativa adecuada de operadores radiotelefónicos.

Contar con un Distribuidor Automático de Llamadas (ACD) correctamente configurado y en funcionamiento que permita el registro confiable de llamadas y tiempos de respuesta.

Asegurar proceso de mantenimiento continuo de sistema de telecomunicaciones que garanticen la disponibilidad de líneas y equipos.

Contar con protocolo de recepción de llamadas.

Monitorear la disponibilidad de operadores para contestar la llamada, tiempos reales de atención y carga de trabajo a fin de evitar sobrecargas.

Exclusiones.

Llamadas ghost o abandonadas antes de los 3 segundos.

Llamadas de prueba, administrativas o internas que se hayan identificado correctamente en el sistema y no correspondan a llamados de emergencias.

Eventos de falla técnica documentada del sistema ACD o corte general de comunicaciones, siempre que exista respaldo técnico y acta de contingencia activada.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|---|---|---|-------|
| Llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos | Número de llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos | Distribuidor automático de llamadas (ACD) | N/A |
| | Número de llamadas totales entrantes al 131 – número de llamadas abandonadas por el usuario antes de 3 segundos de espera | Distribuidor automático de llamadas (ACD) | N/A |

Medios de Verificación.

Reporte extraído del Distribuidor Automático de Llamadas (ACD)

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencias - DIGERA

13. Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro Cardio Respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitantes.

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 |
| | Total de llamados telefónicos de atención de pacientes por CPR | 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

14. Disponibilidad Operativa de Call Takers SAMU.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de tiempo dentro del turno en que los call takers del Centro Regulador del SAMU están efectivamente conectados y disponibles para recibir llamadas de emergencia; excluyendo los periodos en pausa, modo auxiliar o desconexión. Evalúa la eficiencia operativa y la disponibilidad real del recurso humano clave en la atención telefónica prehospitalaria, lo que incide directamente en la capacidad de respuesta oportuna del sistema.

Consideraciones Técnicas.

Garantizar la planificación y cobertura de turnos.

Supervisar los tiempos de conexión efectiva de los Call Takers, utilizando herramientas de monitoreo y reportes.

Asegurar el correcto uso de los estados de conexión (disponible, pausa o modo auxiliar).

Implementar protocolos de descanso, autorizados con sistema de registros auditables.

Exclusiones.

Periodos de caída de línea 131.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|--|---|-------|
| Disponibilidad Operativa de Call Takers SAMU | Minutos totales del turno – minutos en pausa, modo auxiliar o desconectado | Distribuidor Automático de Llamadas ACD | N/A |
| | Minutos totales del turno | Distribuidor Automático de Llamadas ACD | N/A |

Medios de Verificación.

Reportes de Distribuidor Automático de Llamadas ACD.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencias – DIGERA

III. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.

15. Personal de salud con atención clínica directa capacitado en temáticas asociadas a temas clínicos relevantes.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de la dotación de funcionarios/as con atención clínica directa capacitados/as en al menos una temática clínica relevante.

Consideraciones Técnicas.

El personal de atención clínica directa será calculado de acuerdo con las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEP".

Los cursos que se enmarcan dentro de los temas clínicos relevantes serán informados por los establecimientos a través de la respuesta al ordinario enviado desde la DIGEDEP.

Se debe contabilizar cada funcionario/a capacitado/a una sola vez en temáticas asociadas a temas clínicos relevantes, independiente de que pueda haber realizado más de una actividad durante el año.

Los temas clínicos relevantes, a los que apunta medir este indicador, son los relacionados a: Salud Mental, Oncología, Interrupción voluntaria del embarazo y Parto respetado.

La actividad debe tener duración mínima de 20 horas pedagógicas, que al menos aborde una (1) de las temáticas clínicas relevantes.

Funcionarios/as que aprobaron curso con nota igual o mayor a 4.0.

La dotación se considera con corte 31 de marzo de 2025.

El instructivo para obtener el personal de salud de atención clínica directa y las Unidades Locales DIGEDEP, 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 [18834](#)

Exclusiones.

Funcionarios/as que realizan actividades de carácter administrativo o actividades de apoyo sin interacción directa con pacientes.

Se excluye personal en calidad de honorarios, código del trabajo y suplencias

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|---|-----------------------|-------|
| Personal de salud con atención clínica directa capacitado en temáticas asociadas a temas clínicos relevantes | Número de funcionarios/as de atención clínica directa capacitados/as en al menos una temática clínica relevante en el año t | SIRH | N/A |
| | Número total de funcionarios/as de atención clínica directa en el año t | SIRH | N/A |

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con la información del personal capacitado y dotación del personal con atención clínica directa.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

16. Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de la dotación de personal de salud capacitado/a en al menos un (1) tema transversal relevante.

Consideraciones Técnicas.

Los cursos que se enmarcan dentro de los temas transversales relevantes serán informados por los establecimientos a través de la respuesta al ordinario enviado desde la DIGEDEP.

Se debe contabilizar cada funcionario/a capacitado/a una sola vez en temáticas asociadas a temas transversales relevantes, a pesar de que puede haber realizado más de una actividad.

Los temas transversales relevantes, a los que apunta medir este indicador, son los relacionados a: Discriminación, Derechos Humanos, Género, Humanización, Ley Karin.

La actividad debe tener duración mínima de 20 horas pedagógicas, que al menos aborde una (1) de las temáticas transversales relevantes.

Funcionarios/as que aprobaron curso con nota igual o mayor a 4.0.

La dotación se considera con corte 31 de marzo de 2025.

Exclusiones.

Se excluye personal en calidad de honorarios, código del trabajo y suplencias.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|---|-----------------------|-------|
| Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes | Número de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t | SIRH | N/A |
| | Número total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t | SIRH | N/A |

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con la información del personal capacitado y dotación del personal de salud.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

17. Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la cobertura de funcionarios/as de atención clínica directa capacitados/as en reanimación cardiopulmonar RCP.

Consideraciones Técnicas.

El personal de atención clínica directa será calculado de acuerdo con las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEP".

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.

Debe tener duración mínima de 20 horas pedagógicas y aprobado con nota igual o mayor a 4.0.

El instructivo para obtener el personal de salud de atención clínica directa y las Unidades Locales DIGEDEP, 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 [18834](#)

Exclusiones.

Funcionarios/as que realizan actividades de carácter administrativo o actividades de apoyo sin interacción directa con los pacientes.

Se excluye personal en calidad de honorarios y código del trabajo Y Suplencias.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|---|-----------------------|-------|
| Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar | Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada reanimación cardiopulmonar | SIRH | N/A |
| | Número total de personal de salud con atención clínica directa | SIRH | N/A |

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con la información del personal capacitado y dotación del personal con atención clínica directa.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

18. Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de integrantes del equipo de salud que cuentan con alguna capacitación en precauciones estándares aprobada durante los últimos 5 años.

Consideraciones Técnicas.

Para fines del cálculo del indicador, se considerará como personal de salud con atención clínica directa al personal de las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEP".

Se considerarán como "vigentes" los cursos certificados desde el 01 de julio de 2020 en adelante, anterior a esta fecha se considerarán como no vigentes, pudiendo abordarse todos los contenidos mínimos requeridos en una o más actividades certificadas. De igual manera, se van a considerar actividades de capacitación hasta el 31 de diciembre de 2025.

Curso con duración mínima de 20 horas pedagógicas que al menos aborde precauciones estándares (higiene de manos, uso de equipo de protección personal prevención de lesiones cortopunzantes, inyecciones seguras, limpieza y desinfección de superficies, desinfección del alto nivel y esterilización de dispositivos médicos) y técnica aséptica, aprobado por el Programa de Control y Prevención de IAAS del establecimiento de salud.

El instructivo para obtener el personal de salud de atención clínica directa y las Unidades Locales DIGEDEP, 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 [18834](#)

Exclusiones.

Personal de salud de unidades no consideradas en el "Clasificador Unidades DIGEDEP".

Personal de salud a honorarios y código del trabajo y suplencias.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|---|---|-----------------------|-------|
| Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud | N° de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años | SIRH | N/A |
| | Número total de personal de salud con atención clínica directa | SIRH | N/A |

Medios de Verificación.

Informe elaborado por la Unidad de capacitación o equivalente, con el número y nómina de personal de salud con atención clínica directa contratados por la ley 18.834 de las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEP", con capacitación vigente de acuerdo con requisitos solicitados, aprobado por la jefatura del Programa Prevención y Control de IAAS del Hospital y por el director(a) o Dirección Técnica del Establecimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Seguridad y Calidad en la Atención - DIGERA

19. Cobertura de capacitación de personal de salud con atención clínica directa y unidades de apoyo clínico en seguridad de la atención.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de funcionarios de atención clínica directa a pacientes y unidades de apoyo clínico que cuentan con capacitación en seguridad de la atención.

Consideraciones Técnicas.

La capacitación debe ser mediante un curso certificado de mínimo 20 horas pedagógicas y evaluables con vigencia de 5 años (fecha de corte 31 de diciembre), que aborde los temas en torno a la seguridad de la atención.

Los cursos a abordar en las capacitaciones deben ir en línea con los siguientes temas: (1) Definición de gestión de la calidad y seguridad de la atención (2) Epidemiología de los errores de la atención (3) Impacto personal, social y económico de los errores en la atención en el individuo, el personal de salud y salud pública (4) marco normativo pertinente (5) Gestión del riesgo clínico (6) Sistema de vigilancia y notificación de Evento Adverso (EA) y Evento Centinela (EC).

El personal de atención clínica directa y de unidades de apoyo clínico serán calculados de acuerdo con las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEC".

El instructivo para obtener el personal de salud de atención clínica directa y las Unidades Locales DIGEDEC, 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 [18834](#)

Exclusiones.

Este indicador excluye a personal de salud con modalidad a honorarios y código del trabajo y suplencias.

Fuente de información para cálculo del indicador.

| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR / DENOMINADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | CELDA |
|--|--|-----------------------|-------|
| Cobertura de capacitación de personal de salud con atención clínica directa y unidades de apoyo clínico en seguridad de la atención. | Número de personal de salud de atención clínica directa y unidades de apoyo clínico con curso de seguridad de la atención aprobado con antigüedad menor o igual a 5 años | SIRH | N/A |
| | Número total de personal de salud de atención clínica directa y unidades de apoyo clínico | SIRH | N/A |

Medios de Verificación.

Informe elaborado por la Unidad de capacitación o equivalente, con el número y nómina de personal de salud de atención clínica directa y unidades de apoyo clínico contratados por la ley 18.834 de las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEC", con capacitación vigente de acuerdo con requisitos solicitados, aprobado por la jefatura de la Oficina de Calidad y Seguridad de la Atención del Hospital y por el director(a) o Dirección Técnica del Establecimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención - DIGERA

AUTORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

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

Lucía Astorga Inostroza

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 de Cuidados Integrales en Salud

Milena Pereira Romero

Álvaro Campos Muñoz

Margarita Curutchet Bustamante

Macarena Riquelme Rivera

Damaris Meza Lorca

Juan Herrera Burott

División de Gestión de la Red Asistencial

Departamento de Análisis e Información para la Gestión

Leonardo Molina Fuentes

Yeni Varas Meneses

Janette Toledo Reyes

Yonathan San Martín Vega

Felipe Ardiles Martínez

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.

Paulo Vilches González

Maureen Gold Semmler

Ronny Zuñiga Araneda

Claudio Riutor Paz

Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico

Claudia Campos Ponce

Pablo Norambuena Mateluna



Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.

Cristian Parra Becerra

Marlene Valenzuela Valdenegro

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.

Javiera Fuentes Contreras

Mauro Orsini Brignole

División de Inversiones**Departamento Monitoreo de Obras**

Juan Álvarez Fernández

Departamento de Planificación y Coordinación

Macarena Castro Brugueras

División de Gestión y Desarrollo de las Personas**Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua**

Luis Echavarría Rocamora

Rosamaría Gonzalez Rogers

Jessie Morales Quezada

Ministerio de Salud



Metas Sanitarias Ley N°18.834 2025

Subsecretaria de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión