



Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión SRA



FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2024, PARA EFECTOS DE LA ASIGNACIÓN ASOCIADA AL CUMPLIMIENTO ANUAL DE METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD, A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY N° 20.707

EXENTA N° 684 /

SANTIAGO, 21 SEP 2023

VISTO: Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en la Ley 20.707, de 2013, del Ministerio de Salud, que establece los incentivos remuneracionales que indica, a favor de los profesionales de los servicios de salud que señala; en el Decreto Supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en el Decreto Supremo N° 172, de 2014, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento para el pago de la asignación por cumplimiento anual de metas de producción y de calidad a que se refiere el artículo N° 12 de la ley N° 20.707; en el memorándum N° 89, de 2023, del Departamento de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que solicita revisar y visar la propuesta de documento que fijan las metas de desempeño; en la resolución N° 7 del 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón y;

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.
2. Qué, asimismo, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales le corresponde ejercer la rectoría del sector salud y velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
3. Que la Ley N° 20.707, citada en los vistos, establece en su artículo 12, una asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y de calidad, que beneficia a profesionales funcionarios que desempeñen cargos de 28 horas semanales regidos por la Ley N° 15.076; y a profesionales funcionarios que se encuentren liberados de la obligación de prestar servicios de guardia nocturna y en días domingo y festivos, en conformidad al artículo 44 de la Ley N° 15.076 que se desempeñan en las unidades que se indican, y cumplan con las demás condiciones que se establecen en el artículo 12 de la misma Ley.
4. Que, a fin de otorgar la referida asignación, el inciso cuarto de la disposición referenciada en el considerando anterior, el Subsecretario de Redes Asistenciales definirá, por resolución, las áreas prioritarias y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplir durante el año

siguiente los Servicios de Salud, indicando las metas e indicadores de producción y calidad por unidad de desempeño.

5. Que, enseguida, el citado texto legal agrega que, sobre las bases de las áreas prioritarias y objetivos globales definidos por esta Subsecretaría, los directores de los Servicios de Salud suscribirán en el lapso que la misma norma indica, un convenio con los directores de establecimientos de salud de su dependencia, que debe contener las metas pertinentes y relevantes asociadas a producción y calidad con sus correspondientes indicadores, ponderadores y mecanismos de verificación.
6. Que, los convenios indicados en el numeral precedente deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales indicados.
7. Que, en razón de lo razonado precedentemente, procedo a dictar la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **FÍJASE** las áreas prioritarias y compromisos del año 2024, para efectos de la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y calidad, a que se refiere el artículo 12 de la ley N° 20.707, de la forma que se indica a continuación:

Áreas de Producción

Objetivo:

- 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.
- 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.

1. Compromisos referentes al área de producción Área de Producción

1.1. Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/ o ESI2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar la oportunidad de atención dentro de 30 minutos a las personas consultantes de las UEH, que de acuerdo con su complejidad y gravedad son categorizados como pacientes C2 y/o ESI2.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de usuarios categorizados C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH	Corresponde al número de pacientes atendidos en 30 minutos o menos y que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH	Corresponde al número total de pacientes atendidos que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté	Resultado	Eficiencia	Aplica a establecimientos con UEH con tipo de consultante niños y adultos. No aplica a consulta obstétrica.

		implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	≥95%	Anual	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia Hospitalaria del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2 y/o ESI2, hora de categorización y hora de primera atención médica, considerando los registros según tabla 1 presentada en observaciones del indicador en Orientaciones Técnicas.		Servicios de Salud.
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			(Número total de usuarios C2-ESI2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo / Número total de pacientes C2-ESI2 atendidos en UEH en el periodo) x 100.		

1.2. Donación y Procuramiento de Órganos

OBJETIVO DEL PROCESO	Potenciar el aumento de potenciales donantes en los establecimientos de la red, para contribuir al incremento de donantes efectivos del país.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de potenciales donantes de órganos para trasplantes.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años generados en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y pediátricas registrados en SIDOT que suscriben el indicador de los hospitales de la red.	Corresponde al número total de potenciales donantes, (fallecidos con certificación de muerte encefálica) entre 6 meses a 78 años, generados en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y pediátricas registrados en SIDOT y que aplica a las unidades que suscriben el indicador.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS LE APLICA
	Total, de egresos fallecidos por causa neurológica entre 6 meses a 78 años, en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y pediátricas reportados por GRD y registrados en SIDOT	Corresponde al número total de egresos fallecidos por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y pediátricas reportados por GRD	Eficacia	Proceso	Alta complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	Según Línea Base: LB ≤10%, aumento ≥30%, LB >10% y ≤20%, aumento ≥25%, LB >20%, aumento ≥20%.	Anual	Informe de validación elaborado por la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) del establecimiento o de la red. El informe debe incluir en el numerador las estadísticas de potenciales donantes registrados en SIDOT y en el denominador los fallecidos del reporte GRD y registrados en SIDOT.		Servicios de Salud
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$(N.^{\circ} \text{ total de potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años generados en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y/o pediátricas registrado en SIDOT} / N.^{\circ} \text{ total de egresos fallecidos por causa neurológica entre 6 meses a 78 años, en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y pediátricas, reportados por GRD y registrados en SIDOT}) * 100$		

Áreas de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

Objetivo:

- 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.
- Cumplir con los estándares generales de calidad de la atención y capacitación de funcionarios, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, además de la implementación y aplicación de normas de calidad y seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud.

2. Compromisos del área de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

2.1. Regulación médica de solicitudes de transporte secundario según protocolo establecido en el Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar transporte secundario cuya regulación debe ser realizada por un médico según protocolo establecido en el Centro Regulador del SAMU perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Producción	Calidad	Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario realizadas al Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	≥97%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud Metropolitano Central.		Servicios de Salud
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t}}{\text{Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t}} \right) \times 100.$		

2.2. Actualización de conocimientos en reanimación cardiopulmonar avanzada, a médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualización continua de los médicos del SAMU perteneciente al SSMC según vigencia y avances en tecnología y técnicas en reanimación cardiopulmonar avanzada				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC
	Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número de médicos de la dotación total del SAMU.			

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	≥ 95%	Anual	Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud Metropolitano Central con el porcentaje de cumplimiento y número de médicos capacitados en reanimación cardiopulmonar avanzada	Servicios de Salud
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				(Número de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada / Número total de médicos SAMU) x 100

Áreas de Calidad

Objetivo:

- Mantener y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la práctica de actividades de acuerdo con las normas y protocolos establecidos para ello.
- Cumplir con los estándares generales de calidad y seguridad de la atención, 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.

3. Compromisos del área de Calidad

3.1. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso de identificación funcionaria.

OBJETIVO DEL PROCESO	Uso permanente de la identificación funcionaria del personal del Establecimiento de Salud.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de funcionarios que portan identificación funcionaria.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR	
	Número de funcionarios que portan identificación funcionaria (nombre y apellido).	Corresponde al número de funcionarios contratados por el Establecimiento de salud que se les constató uso de identificación (nombre y apellido) en el año t.		TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo	Corresponde al número total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el año t.		Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	100%	Anual	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	Servicios de Salud	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(N° de funcionarios con identificación (nombre y apellido) / N° total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo) *100	

3.2. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso de consentimiento informado.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso de consentimiento informado en cirugía mayor de acuerdo con las normas y protocolos establecidos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo.	Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cuentan con consentimiento informado registrado según protocolo.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número Total de pacientes intervenidos de cirugías mayores auditados en el periodo	Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor auditados en el periodo	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	
Porcentual	≥98%	Trimestral	Sistema de Acreditación, DP 2.1 según orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio / Unidad Quirúrgica comprometida	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1, 2 Y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				(Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo / Número total de cirugías mayores) x 100.	

3.3. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas de acuerdo con las normas y protocolos establecidos				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso según protocolo local.	Corresponde a los pacientes ingresados a UPC que cumplen con los criterios de ingreso según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de pacientes ingresados a UPC	Corresponde al total de pacientes ingresados a UPC.	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	
Porcentual	≥98%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio / Unidad Paciente Crítico comprometido	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				(Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso según protocolo local / Número total de pacientes ingresados a UPC) x 100.	

3.4. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada

OBJETIVO DEL PROCESO	Lograr una cobertura óptima en capacitación en materia de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud para otorgar una atención segura a los usuarios del sistema de salud hospitalario.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	N° de funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años	Corresponde al número de funcionarios de salud que cuentan con un curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años contados desde el año 2024 hacia atrás. El curso debe consistir en al menos 20 horas pedagógicas.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA

	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
	N° total funcionarios de salud del establecimiento.	Corresponde al número total de funcionarios de salud del establecimiento considerados al año 2024.		Resultado	Seguridad Asistencial	Hospitales de alta, mediana y baja complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥90%	Anual	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador		Subdirector Médicos/Unidad o encargado de capacitación del hospital	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO			
Objetivo 3 Gestión Institucional del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) \times 100$			

3.5. Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante el traspaso de información relevante del paciente.					
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.					
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR			
	Numero de entregas de turno con registro según protocolo	Corresponde al número de entregas de turno con registro según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA	
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
	N° total de entregas de turno auditadas en el periodo	Corresponde al total de registros de entregas de turno auditadas	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥95%	Semestral	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO			
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(N^{\circ} \text{ entrega de turno con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno auditadas en el periodo}) * 100$			

3.6. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de los registros de atenciones de urgencia, de acuerdo con las normas y protocolos establecidos.					
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU.					
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR			
	Número de DAU con registros mínimos.	Corresponde al número de DAU con registro mínimos según protocolo.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA	
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
	N° total de DAU auditados en el periodo	Corresponde al total de DAU auditados en el periodo	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥98%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Urgencia comprometida	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO			
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(N^{\circ} \text{ de DAU con registros mínimos} / N^{\circ} \text{ total de DAU auditados en el periodo}) * 100$			

3.7. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de registros clínicos.

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento del registro de protocolo operatorio de acuerdo con las normas y protocolos.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de protocolos operatorios con registros mínimos.	Corresponde al número de protocolos operatorios con registros mínimos según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de protocolos operatorios auditados	Corresponde al total de protocolos operatorios auditados en el periodo.	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥98%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(N^{\circ} \text{ de protocolos operatorios con registros mínimos} / N^{\circ} \text{ total de protocolos operatorios auditados en el periodo}) * 100$		

3.8. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a pacientes quirúrgicos a través del manejo de dolor agudo de acuerdo con protocolo local.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes quirúrgicos que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo.	Corresponde al número de pacientes quirúrgicos con registro indicación médica de manejo de dolor según protocolo.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total pacientes intervenidos quirúrgicamente que se auditaron	Corresponde al total de pacientes quirúrgicos auditados en el periodo.	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥98%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL1.3 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometida	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(N^{\circ} \text{ de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo} / N^{\circ} \text{ total pacientes auditados intervenidos quirúrgicamente}) * 100$		

3.9. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de prescripciones en las recetas medicas

OBJETIVO DEL PROCESO		Disminuir el riesgo de errores en el proceso de medicación, mejorando la seguridad del registro de la prescripción en la receta médica.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de recetas médicas que cumplen con los requisitos de calidad establecidos ² .			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de recetas médicas auditadas que cumplen con los requisitos de calidad establecidos.	Corresponde al número de recetas médicas evaluadas que cumplen con la pauta de auditoría de requisitos de calidad establecidos. Se consideran solo las emitidas para pacientes hospitalizados.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de recetas médicas auditadas en el periodo.	Corresponde al número total de recetas médicas auditadas en el periodo de evaluación. Se consideran solo las emitidas para pacientes hospitalizados.	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad	

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS
Porcentual	≥95%	Anual	Informe de auditorías realizadas, informadas y aprobadas por el Director del Establecimiento.	Jefatura / Encargado de Farmacia /Botiquín del Establecimiento u otro a quien se designe
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 y 8 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				(Número de recetas médicas evaluadas que cumplen con la pauta de auditoría de requisitos de calidad establecidos / Número total de recetas médicas auditadas en el periodo de evaluación) X 100

3.10 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de evoluciones medicas

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de la atención, garantizando la evolución médica diaria del paciente hospitalizado.			
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de la evolución médica diaria del paciente hospitalizado.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
	Número de pacientes con evaluación médica registrada diariamente.	Corresponde al número de pacientes que cuentan con registro de evolución médica diaria.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Calidad
	Número total de pacientes auditados en el periodo con 24 o más horas de hospitalización	Corresponde al número total de pacientes auditados en el periodo con 24 o más horas de hospitalización		
			Alta, mediana y baja complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS
Porcentaje	≥95%	Anual	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informadas y autorizadas por el Director del Establecimiento	Subdirector Médico / jefe de Unidad
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 y 6 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				(Número de pacientes con evaluación médica registrada diariamente / Número total de pacientes auditados en el periodo con 24 o más horas de hospitalización) X 100

3.11 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, garantizando las practicas relevantes para resguardar la seguridad en la administración de medicamentos a los pacientes.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, garantizando las practicas relevantes para resguardar la seguridad en la administración de medicamentos a los pacientes.			
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de carros de dosis diarias de medicamentos despachados desde las unidades de Farmacia sin error a los Servicios Clínicos de pacientes hospitalizados			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
	Número de carros de dosis diarias de medicamentos despachados desde las unidades de Farmacia sin error a los Servicios Clínicos de pacientes hospitalizados en el periodo	Total de carros de dosis diarias de medicamentos despachados desde las unidades de Farmacia sin error a los Servicios Clínicos de pacientes hospitalizados en el periodo	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Calidad
	Número total de carros de dosis diarias de medicamentos despachados desde las unidades de Farmacia a los Servicios Clínicos de pacientes hospitalizados evaluados en el periodo	Total de carros de dosis diarias de medicamentos despachados desde las unidades de Farmacia a los Servicios Clínicos de pacientes hospitalizados evaluados en el periodo		
			Alta, mediana y baja complejidad	

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentaje	≥ 95%	Anual	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informadas y autorizadas por el Director del Establecimiento	Subdirector Médico / jefe de Unidad
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de carros de dosis diarias de medicamentos despachados sin error a los servicios de pacientes hospitalizados en el período/ Número total de carros de dosis diarias de medicamentos despachados sin error a los servicios de pacientes hospitalizados evaluados en el período) x 100

3.12 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento en la entrega de informes de procedimientos imagenológicos intervencionales.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento en la entrega de informes de procedimientos imagenológicos intervencionales.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de TAC con resultados críticos notificados dentro de los plazos establecidos según protocolo local en el periodo				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numero de TAC con resultados críticos notificados dentro de los plazos establecidos según protocolo local en el periodo	Total de TAC con resultados críticos notificados dentro de los plazos establecidos según protocolo local en el periodo	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
Número total de TAC realizados dentro de los plazos establecidos según protocolo local en el periodo	Total de TAC realizados dentro de los plazos establecidos según protocolo local en el periodo				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentaje	≥ 95%	Anual	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informadas y autorizadas por el Director del Establecimiento	Subdirector Médico / jefe de Unidad	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de TAC con resultados críticos notificados dentro de los plazos establecidos según protocolo local en el período / Número total de TAC realizados según protocolo local en el período) x 100	

2. **SUSCRÍBANSE**, en el último trimestre del año 2023, el respectivo convenio entre el director del Servicio de Salud y el director del Establecimiento de Salud a que pertenecen las unidades de desempeño, el que deberá contener las metas específicas asociadas a la producción y calidad de cada una de las unidades, con sus correspondientes indicadores, ponderadores y medios de verificación, y en concordancia con las áreas prioritarias y objetivos establecidos en el numeral anterior.

3. **INSTRÚYASE** a los Servicios de Salud la suscripción de los convenios en los plazos y la forma que corresponda. Asimismo, remítanse para la visación de esta Subsecretaría, las resoluciones que aprueban los convenios suscritos entre el director del Servicio de Salud y el respectivo Establecimiento de salud. Sin perjuicio de lo anterior, los Servicios de Salud deberán remitir a esta Subsecretaría los convenios suscritos con sus respectivos antecedentes.

4. **DÉJESE** establecido que la evaluación de cada una de las unidades de desempeño determinará el grado de cumplimiento de las metas fijadas, a través de la medición de los indicadores establecidos en los respectivos convenios.

5. Corresponderá al **Departamento de Auditoría Ministerial**, o a la unidad designada para estos efectos, la evaluación del cumplimiento de las metas fijadas para cada una de las unidades, para lo cual se considerará la información que proporcione la Unidad de Auditoría del establecimiento o aquella que cumpla tales funciones, que incluya todos los mecanismos de verificación y evaluación necesarios para acreditar el efectivo cumplimiento de las metas asignadas a las respectivas unidades de desempeño.

El resultado de la evaluación determinará el grado de cumplimiento de las metas en cada una de las unidades, lo que se formalizará en una resolución de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que deberá dictarse a más tardar el 15 de febrero del año siguiente a aquel en que se cumplieron las metas.

6. **DÉJESE** establecido que el porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador es desde 75% a 94%, se asignará el ponderador proporcional al porcentaje cumplido.

7. Todo hecho de carácter excepcional, imprevisto y no conocido a la época de formulación de la meta fijada, que impida o comprometa gravemente el cumplimiento de una o más de ellas, deberá constar en forma pormenorizada en el informe a que se refiere el inciso primero, del artículo 9, del Decreto supremo N° 172 de, 2015, del Ministerio de Salud, al que deberán adjuntar los antecedentes y documentos que permitan acreditar su ocurrencia y las tres condiciones indicadas.

8. El director del Servicio de Salud, a petición del director del establecimiento de su dependencia, podrá solicitar al Subsecretario de Redes Asistenciales la revisión y calificación de la situación con el objeto de modificar prudencialmente el resultado de la evaluación, dentro del máximo grado de cumplimiento previsto para la o las metas que hayan quedado sin cumplimiento total o parcial.

9. Los Servicios de Salud podrán justificar el incumplimiento de los indicadores comprometidos por motivos de causa externa. El análisis de causa externa se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo fundamentarse el efecto que el factor externo tiene en dicho incumplimiento y cuantificar la incidencia del factor externo o realizar una aproximación si ello no fuere factible.

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

10. **CORRESPONDERÁ** al director de Servicio de Salud, o del establecimiento, según corresponda, fijar durante los primeros 10 días del mes de marzo del año 2024, los porcentajes a pagar por concepto de la asignación, el que podrá ser diferenciado por establecimiento y unidades, según sea el nivel de cumplimiento de las metas, o ambas conjuntamente. Con todo, este porcentaje deberá ser el mismo para todos los profesionales funcionarios de la respectiva Unidad afectos a esta asignación.

11. **DECLÁRASE** que el pago de la asignación debe realizarse en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre del año 2025. El monto de cada una de las cuotas, que beneficia a los profesionales funcionarios que se hayan desempeñado en las respectivas unidades, será de acuerdo al grado de cumplimiento de las metas que corresponda.

12. **REMÍTANSE** por el Departamento de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a los referentes técnicos de las divisiones de esta Subsecretaría, las orientaciones técnicas, certificaciones y especificaciones necesarias para el correcto monitoreo y el cumplimiento de las referidas metas.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


DR. OSVALDO SALGADO ZEPEDA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- Directores de Servicios de Salud del país.
- Subdirectores de Recursos Humanos, Servicios de Salud del país.
- Gabinete Ministra de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División de Gestión de Red Asistencial.
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- Oficina de Partes MINSAL.