



27

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión SRA
DJ/F/JC/SCA/CSM/FLP/YVB



FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2023, 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 Nº 20.707

EXENTA Nº 678

Santiago, 30 SEP 2022

VISTO: Lo Solicitado por Memorándums N^{OS} C16/ N° 53 y N° 73, ambos de 2022, del Jefe (s) del Depto. Control de Gestión, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; La Ley N° 20.707; el decreto supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; el decreto supremo N° 172, de 2014, del Ministerio de Salud, que aprueba 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 y Resolución N°7 del 2019 de la Contraloría General de la Republica que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón, dicto lo siguiente:

CONSIDERANDO:

1. Que la ley N° 20.707, que establece incentivos remuneracionales que indica, a favor de los profesionales de los Servicios de Salud que señala, 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 esa Ley.

2. Que, a fin de otorgar la referida asignación, el artículo 12 de la citada ley dispone, en su inciso cuarto, que 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.

3. 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.

4. 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.

5. Que, en razón de lo razonado precedentemente, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **FÍJASE** las áreas prioritarias y compromisos año 2023, 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. 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 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.	Resultado	Eficiencia	Aplica a establecimientos con UEH con tipo de consultante niños y adultos. No aplica a consulta obstétrica.

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	≥90%	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 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 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 Procuremento de Órganos

OBJETIVO DEL PROCESO	Potenciar la notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes a la Coordinación Local de Procuremento del establecimiento de salud o de la red, para contribuir al incremento de donantes efectivos del país.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Notificación/Pesquisa de Posibles/Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes.				
	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
FÓRMULA DEL INDICADOR	Para UEH adultas y pediátricas: Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuremento del establecimiento de salud o de la red. *Para esta meta, 78 años se considera como 78 años, 11 meses, 29 días.	En las Unidades de Emergencia adultas y pediátricas, corresponde al número de posibles donantes/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuremento del establecimiento de salud o de la red	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS LE APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Para UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas: Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuremento del establecimiento de salud o de la red	En las UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, corresponde al número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuremento del establecimiento de salud o de la red	Eficacia	Proceso	Alta y mediana complejidad
	C- VARIABLE 3	DESCRIPCIÓN VARIABLE 3			
Para UEH adultas y pediátricas: Total de egresos fallecidos en UEH adultas y pediátricas, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD	En las Unidades de Emergencia Hospitalarias adultas y pediátricas, corresponde al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD	Eficacia	Proceso	Alta y mediana complejidad	
D- VARIABLE 4	DESCRIPCIÓN VARIABLE 4				
Para UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas: Total de egresos fallecidos en UPC (UCI, UTI) adultas y	En las UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, corresponde al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD				

	pediátricas, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥90% o aumento de 30 puntos porcentuales a partir de su línea base año 2022	Anual	Informe de validación elaborado por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red, en el cual incluya como numerador las estadísticas reportadas por Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red y en el denominador el Reporte GRD.	Servicios de Salud	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left[\frac{\text{Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados en UEH y UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, registrados en SIDOT por la Coordinación Local de Procuramiento}}{\text{Número total de egresos fallecidos en UEH y UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD}} \right] \times 100.$		

2. Área de Producción y Calidad Centro Regulator 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 Regulator 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 Regulator 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 Regulator 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 Regulator 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 Regulator 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	90%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulator y validada por el Servicio de Salud Metropolitano Central.	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.			$\left(\frac{\text{Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t}}{\text{Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t}} \right) \times 100.$		

2.2. Actualización de conocimientos ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado 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 de ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número de médicos de la dotación total del SAMU.	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥ 80%	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 ACLS o símil.	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				$\left(\frac{\text{Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil}}{\text{Número total de médicos SAMU}} \right) \times 100$	

2.3. Utilización de identificación funcionaria por los médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO	Uso permanente de la identificación funcionaria de cada médico del SAMU perteneciente al SSMC.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos que portan identificación funcionaria.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos que portan identificación funcionaria (nombre y apellido).	Corresponde al número de médicos del SAMU perteneciente al SSMC que se les constató uso de identificación funcionaria (nombre y apellido) en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número total de médicos del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC	
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 Departamento de Calidad del Servicio de Salud Metropolitano Central.	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.				$\left(\frac{\text{Número de médicos que portan identificación funcionaria (nombre y apellido)}}{\text{Número total de médicos}} \right) \times 100.$	

3. 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 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.	Corresponde a los pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con el consentimiento informado según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de cirugías mayores.	Corresponde al número total de cirugías mayores.	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	≥80%	Semestral	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.				$\left(\frac{\text{Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo}}{\text{Número total de cirugías mayores}} \right) \times 100.$	

3.2. 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 MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	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.				$\left(\frac{\text{Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso según protocolo local}}{\text{Número total de pacientes ingresados a UPC}} \right) \times 100.$	

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada de los profesionales en prevención de IAAS.
-----------------------------	--

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15.076 con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Número de médicos (Ley 15.076) con capacitación vigente en IAAS.	Corresponde a médicos (Ley 15.076) con capacitación vigente en IAAS.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número total de médicos de (Ley 15.076) de la Unidad.	Corresponde al total de médicos (Ley 15.076) de la Unidad.	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	≥80%	Anual	Sistema de Acreditación, RH 3.1 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio / Unidades comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$(\text{Número de médicos (Ley 15.076) con capacitación vigente en IAAS} / \text{Número total de médicos (Ley 15.076) de la Unidad}) \times 100.$		

3.4. 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 entre profesionales médicos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Numero de entregas de turno médico con registro según protocolo local.	Corresponde al número de entregas de turno médico con registro según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Nº total de entregas de turno del periodo.	Corresponde al total de entregas de turno médico.	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	≥80%	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.			$(\text{Número de entregas de turno médico con registro según protocolo local} / \text{Número total de entregas de turno médico del periodo}) \times 100.$		

3.5. 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 INIDICADOR		
	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			
Número total de DAU	Corresponde al total de DAU	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	≥80%	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.		(Número de DAU con registros mínimos / Número total de DAU) x 100.	

3.6. 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	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
Número total de protocolos operatorios.	Corresponde al total de protocolos operatorios.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS
Porcentaje	≥80%	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.			(Número de protocolos operatorios con registros mínimos / Número total de protocolos operatorios) x 100.		

3.7. 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	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente.	Corresponde al total de pacientes quirúrgicos.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS
Porcentual	≥80%	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.			(Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro de indicación médica de manejo de dolor agudo / Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) x 100.		

2. **SUSCRÍBANSE** en el último trimestre del año 2022, 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. La Subsecretaría de Redes Asistenciales impartirá instrucciones a los Servicios de Salud para que suscriban los convenios, en los plazos y la forma que corresponda, y demás aclaraciones que resulten pertinentes. Asimismo, visará las resoluciones que aprueban los convenios suscritos entre el director del Servicio de Salud y el respectivo Establecimiento de salud.

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 2024. 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. **ELABÓRESE** 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. FERNANDO PATRICIO ARAOS DATTOLI
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.