

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
JMC/BMG/XBR/LA/EPY/YB/FPD/GRA



09 JUL 2025

**FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS
AÑO 2025 PARA PAGO DE BONIFICACIÓN
POR DESEMPEÑO COLECTIVO
INSTITUCIONAL DEL ARTÍCULO 37 DE LA LEY
N°19.664**

DECRETO EXENTO N° 30

SANTIAGO, 04 JUL 2025

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 N°19.664, de 2000, del Ministerio de Salud, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N°15.076; en el Decreto Supremo N°849, de 2001, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a que se refiere el artículo 37 de la referida Ley; en el Memorándum N°79, de 2024, 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°36, de 2024, de 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, el artículo 28, letra d), de la ley N°19.664, citada en los visto, establece una bonificación por desempeño colectivo para el conjunto de los profesionales de las unidades de trabajo que deban cumplir las metas de desempeño institucional que se convengan con el Servicio de Salud o con el establecimiento correspondiente.
4. Que, el artículo 37 de la misma Ley antes señalada, previene que la mencionada bonificación tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud, ya sea para cada unidad de trabajo o para cada establecimiento en su conjunto y agrega que el convenio que contenga el aludido acuerdo, debe ser consistente con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo, a más tardar el 31 de diciembre de cada año.

5. Por su parte, el artículo 4° del Decreto Supremo N°849, antes referenciado, dispone que el Ministerio de Salud definirá, mediante un decreto suscrito también por el Ministerio de Hacienda y que será expedido bajo la fórmula "por orden del Presidente de la República", las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, el que deberá dictarse, a más tardar, dentro del mes de septiembre de cada año.
6. Que, la citada disposición agrega que, sobre la base del referido decreto conjunto y a más tardar el 30 de noviembre de cada año, los Directores de Servicios de Salud, celebrarán uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, en los que se establecerán aquellos programas de trabajo que, a su vez, serán contenidos en una propuesta de convenio que cada Servicio presentará al Ministerio de Salud y que deberá ser concordado a más tardar el 31 de diciembre de cada año.
7. Que, durante el proceso de firma del presente decreto que establece las áreas prioritarias y compromisos para el pago de la bonificación por desempeño colectivo institucional del artículo 37 de la Ley N°19.664 para el año 2025, se advirtió por la autoridad la omisión de ciertos indicadores que resultan relevantes. Que, con el fin de subsanar la situación, se realizaron sendas reuniones con los equipos técnicos de MINSAL y con la contraparte en DIPRES, produciéndose el retraso en la dictación del presente decreto.
8. Que, es necesario dar cumplimiento a lo dispuesto en el citado artículo 4° del Decreto Supremo N°849, emitiendo el acto administrativo que dé cuenta de las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año 2025.
9. Que, en base a lo razonado precedentemente, procedo a dictar lo siguiente:

DECRETO;

- 1) **FÍJASE** las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2025, por los Servicios de Salud:

Áreas prioritarias para los Servicios de Salud:

1. Área Atención Médica a Usuarios

Objetivo: Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención, garantizando una atención médica y no médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera, para lo cual los Servicios de Salud deberán:

- a) Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
- b) Contribuir a satisfacer oportunamente las necesidades de atención de salud de la población y procurar una atención resolutive.
- c) Mejorar los procesos y la gestión de las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.

- d) Mejorar la calidad de la atención, a través de las actividades asistenciales ambulatorias y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo clínico, haciendo uso eficiente de los recursos disponibles.

2. Área Coordinación de la Red Asistencial

Objetivo: Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial a través de la acción de los profesionales de los Servicios de Salud y cumplir las garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.

3. Área Atención Pre Hospitalaria

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención de la actividad asistencial de pre-hospitalización y en los Centros de Atención de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención, control y eficacia en el uso de los recursos.

El área prioritaria 3 de este artículo aplica para servicios de atención médica de SAMU con centro regulador.

COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

I. Área Atención Médica a Usuarios.

Número de indicador	1
Nombre del Indicador	Personas con diabetes mellitus 2 (DM2) compensadas
Objetivo del indicador	Aumentar la compensación de las personas con DM2 bajo control
Meta anual	50,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la Gestión	Subdirección médica del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 1 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Resultado intermedio
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	(Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años compensadas/Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control) *100
Fuente de información del Numerador	REM P04 sección B
Fuente de información del Denominador	REM P04 Sección A
Número de decimales	2 decimales, con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Semestral
Nivel de aplicación	Establecimiento de APS dependiente y Hospitales de baja complejidad que tengan APS.
Definición de términos	Personas bajo control por Diabetes Mellitus compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, y con valores de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) según lo siguiente: DIABETES MELLITUS de 15 a 79 años HbA1c <7% 80 y más años HbA1c <8%
División que lo monitorea	DIVAP

Número de indicador	2
Nombre del Indicador	Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes mellitus 2 bajo control en establecimientos de APS
Objetivo del indicador	Aumentar la cobertura de tamizaje de la evaluación del pie en las personas con DM2 bajo control, con el fin de detectar oportunamente factores de riesgo de ulceración, y por tanto evitar la complicación mayor que es la amputación
Meta anual	90,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Subdirección médica del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 1 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Resultado intermedio
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	(Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años con evaluación vigente del pie / Número de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control) *100
Fuente de información del Numerador	REM P04 sección C
Fuente de información del Denominador	REM P04 Sección A
Número de decimales	2 decimales, con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Semestral
Nivel de aplicación	Establecimiento de APS dependiente y Hospitales de baja complejidad que tengan APS.
Definición de términos	Personas con evaluación vigente del pie: según pauta de estimación del riesgo de ulceración en personas con diabetes, corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, a quienes se les ha realizado una evaluación del pie diabético, como parte integral de un control de salud, en los últimos 12 meses, y cuyo resultado fue clasificado según riesgo en: bajo, moderado, alto y/o máximo.
División que lo monitorea	DIVAP

Número de indicador	3
Nombre del Indicador	Personas con hipertensión arterial (HTA) compensadas
Objetivo del indicador	Aumentar la compensación de las personas con HTA bajo control
Meta anual	71,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Subdirección médica del establecimiento
Prioridad	Mediana
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 1 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Resultado intermedio
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	(Número de personas con HTA de 15 y más años compensadas/Número de personas con HTA de 15 y más años bajo control) *100
Fuente de información del Numerador	REM P04 sección B
Fuente de información del Denominador	REM P04 Sección A
Número de decimales	2 decimales, con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Semestral
Nivel de aplicación	Establecimiento de APS dependiente y Hospitales de baja complejidad que tengan APS.
Definición de términos	Personas bajo control por Hipertensión Arterial compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control con diagnóstico de Hipertensión Arterial con control de la presión arterial a la fecha del corte, según lo siguiente: HIPERTENSION ARTERIAL de 15 a 79 años PA < 140/90 mm Hg 80 y más años PA < 150/90 mm Hg
División que lo monitorea	DIVAP

Número de indicador	4
Nombre del Indicador	Altas odontológicas de especialidad del nivel secundario por ingreso de tratamiento.
Objetivo del indicador	Aumentar el porcentaje de altas odontológicas de especialidad en establecimientos de mediana y alta complejidad asegurando la continuidad de la atención para la resolución integral de los problemas de salud oral.
Meta anual	Porcentaje de altas odontológicas de especialidad del nivel secundario por ingreso a tratamiento establecido para el establecimiento y Servicio de Salud, de acuerdo con los siguientes criterios: LB acumulada a diciembre 2024 > o = 90%; la meta 2025 es 100% LB acumulada a diciembre 2024 < 90% y > 80%; la meta 2025 es 95% LB acumulada a diciembre 2024 < o = 80%; la meta 2025 es 90%

Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Jefes de Servicios Clínicos del establecimiento
Prioridad	Mediana
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Resultado intermedio
Dimensión que aborda	Eficiencia
Fórmula de Cálculo	(Número de altas de tratamiento odontológico de especialidades /Número de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades) *100
Fuente de información del Numerador	REM A09 sección I
Fuente de información del Denominador	REM A09 sección I
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Trimestral
Nivel de aplicación	Establecimientos de Alta y Mediana Complejidad
Definición de términos	Ingreso a tratamiento odontológico de especialidad: Es la actividad relacionada con el inicio del tratamiento de especialidad odontológica. Puede efectuarse en la consulta nueva de especialidad o en uno de los controles posteriores. Altas de tratamiento odontológico de especialidad: Es la actividad relacionada con el término del tratamiento odontológico, por la que fue derivada la persona mediante una solicitud de interconsulta e ingresada a un tratamiento de especialidad. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que la persona requiera.
División que lo monitorea	DIGERA

Número de indicador	5
Nombre del Indicador	Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas
Objetivo del indicador	Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales
Meta anual	≥ 85,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Subdirección médica del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Calidad
Fórmula de Cálculo	(Número total de personas con indicación de hospitalización que espera en UEH en un tiempo menor a 12 horas para acceder a cama de dotación / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH) *100
Fuente de información del Numerador	REM 08 Sección D
Fuente de información del Denominador	REM 08 Sección D
Número de decimales	1 decimal aproximado
Periodicidad de Medición	Semestral
Nivel de aplicación	Hospitales de mediana y alta complejidad
Definición de términos	Pacientes con indicación de hospitalización: Son aquellos pacientes en que el profesional Médico, decide que debe acceder a una cama hospitalaria o cupo de hospitalización domiciliaria, para recibir en forma inmediata atención médica, ya sea diagnóstica o terapéutica, pues de no mediar esta situación, él puede sufrir daño permanente. Esto es independiente si el paciente espera en camilla, silla u otros.
División que lo monitorea	DIGERA

Numero de indicador	6
Nombre del Indicador	Disminución de los casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75
Objetivo del indicador	Disminuir los casos de mayor antigüedad en lista de espera para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores
Meta anual	> 80,00% de casos con antigüedad calculados sobre el P.75 al 31 de diciembre de 2024
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Eficacia

Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024) x 100
Fuente de información del Numerador	SIGTE
Fuente de información del Denominador	SIGTE
Número de decimales	1 decimal aproximado
Periodicidad de Medición	Mensual
Nivel de aplicación	Establecimientos de salud que cuentan con la cartera de servicio
Definición de términos	Percentil 75: Corresponde al punto en el cual el 25% de casos son más antiguos de la lista de espera Intervención quirúrgica electiva mayor: Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica. Cirugía menor: Es una intervención quirúrgica médica u odontológica efectuada en un quirófano de cirugía menor, independiente de si los fines son diagnósticos, terapéuticos o estéticos. Dichas intervenciones involucran manipulación mecánica de las estructuras del cuerpo humano - excepto globo ocular y ablación corneal - incisión de la piel, mucosa y otros planos, acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo que requieren ser realizados con técnicas asépticas de máxima barrera; éstas no requieren hospitalización de la persona intervenida, podrán hacer uso de anestesia local y/o sedación consciente de corta duración, cuya realización conlleva bajo riesgo y mínimas complicaciones post quirúrgicas.
División que lo monitorea	DIGERA

Numero de indicador	7
Nombre del Indicador	Disminución de los casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75.
Objetivo del indicador	Disminuir los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad médica
Meta anual	> 80,00% de casos con antigüedad calculados sobre el P.75 al 31 de diciembre de 2024
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Eficiencia
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para consulta nueva de especialidad médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera para consulta nueva de especialidad médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024) x 100
Fuente de información del Numerador	SIGTE
Fuente de información del Denominador	SIGTE
Número de decimales	1 decimal aproximado
Periodicidad de Medición	Mensual
Nivel de aplicación	Establecimientos de salud que cuentan con la cartera de servicio
Definición de términos	Percentil 75: Corresponde al punto en el cual el 25% de casos son más antiguos de la lista de espera. Consulta Nueva Especialidad: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas. Lista de Espera: Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso, el gestor de red debe resolver, en primera instancia, a través de la oferta de su red, o en su defecto, mediante la gestión con otras redes.
División que lo monitorea	DIGERA

Numero de indicador	8
Nombre del Indicador	Disminución de los casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75
Objetivo del indicador	Disminuir los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica
Meta anual	> 80,00% de casos con antigüedad calculados sobre el P.75 al 31 de diciembre de 2024
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Eficiencia
Fórmula de Cálculo	$\left(\frac{\text{Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para consulta nueva de especialidad odontológica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024}}{\text{Número total de casos en la Lista de Espera para consulta nueva de especialidad odontológica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024}} \right) \times 100$
Fuente de información del Numerador	SIGTE
Fuente de información del Denominador	SIGTE
Número de decimales	1 decimal aproximado
Periodicidad de Medición	Mensual
Nivel de aplicación	Establecimientos de salud que cuentan con la cartera de servicio
Definición de términos	Percentil 75: Corresponde al punto en el cual el 25% de casos son más antiguos de la lista de espera. Consulta Nueva Especialidad odontológica: corresponde a la primera atención de especialidad realizada por odontólogo(a) habilitado(a) según normativa sanitaria vigente, generada por un episodio de una enfermedad u otro requerimiento clínico, mediante la cual se puede o no resolver el motivo de consulta. Siempre debe ser gestionada a través de una Solicitud de Interconsulta. Lista de Espera: Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso, el gestor de red debe resolver, en primera instancia, a través de la oferta de su red, o en su defecto, mediante la gestión con otras redes.
División que lo monitorea	DIGERA

Número de indicador	9
Nombre del Indicador	Reducción del porcentaje global de cesárea
Objetivo del indicador	Disminuir el porcentaje global de cesáreas para alcanzar una meta nacional al 2030 no superior al 30% de los partos totales
Meta anual	Porcentaje de cesáreas establecido para establecimiento y Servicio de salud, de acuerdo con los siguientes criterios: LB acumulada a diciembre 2024 > 0 = 50%; disminuir 6 puntos porcentuales. LB acumulada a diciembre 2024 < 50% y > 0 = 40%; disminuir 4 puntos porcentuales. LB acumulada a diciembre 2024 < 40%; disminuir 3 puntos porcentuales.
Sentido de la medición	Descendente
Responsable de la gestión	Subdirección médica del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentual
Tipo de indicador	Resultado final
Dimensión que aborda	Eficiencia
Fórmula de Cálculo	$\left(\frac{\text{Número de cesáreas del periodo t}}{\text{Número total de partos del periodo t}} \right) \times 100$
Fuente de información del Numerador	REM, A24 sección A
Fuente de información del Denominador	REM, A24 sección A
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Trimestral
Nivel de aplicación	Establecimientos hospitalarios de la red que tienen cartera de partos.
	Total de partos: incorpora todos los partos/nacimientos informados en el registro de egresos estadísticos incluyendo partos vaginales fisiológicos, instrumentales, cesáreas de urgencia y electivas de los establecimientos de la

Definición de términos	red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos. Total de Cesáreas: contempla todas las cesáreas (electivas más de urgencia) de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de parto.
División que lo monitorea	DIGERA

Número de indicador	10
Nombre del Indicador	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)
Objetivo del indicador	Disminuir el porcentaje de egresos con estadía prolongada (outliers superiores), en los pacientes hospitalizados haciendo uso eficiente del recurso cama en los establecimientos dependiendo de la complejidad y de la casuística
Meta anual	≤5,00%
Sentido de la medición	Descendente
Responsable de la gestión	Subdirección médica del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	(Número de egresos con estadías prolongadas (outliers superiores) en el periodo/ Número total de egresos codificados en el periodo) *100
Fuente de información del Numerador	Herramienta Alcor GRD
Fuente de información del Denominador	Herramienta Alcor GRD
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Anual
Nivel de aplicación	Establecimiento de Salud con Herramienta Alcor GRD
Definición de términos	Estadía Prolongada (Outliers Superiores): Número de egresos outliers superiores (sobre punto superior de estancia). Egreso Hospitalario: es el retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro. GRD: Grupos Relacionados por Diagnóstico
División que lo monitorea	DIGERA

II. Área de Coordinación de Red Asistencial

Número de indicador	11
Nombre del Indicador	Resolución de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada
Objetivo del indicador	Aumentar la resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación de problemas de salud oncológico en la Red
Meta anual	80,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Eficiencia
Fórmula de Cálculo	(Número de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2024, resueltas / Número total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2024) *100.
Fuente de información del Numerador	SIGGES
Fuente de información del Denominador	SIGGES
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Trimestral
Nivel de aplicación	Establecimientos de Salud
Definición de términos	Garantías exceptuadas transitorias sin prestación otorgada: son acciones o decisiones clínicas o administrativas del prestador de no otorgar la prestación garantizada en los plazos establecidos de forma transitoria, por causas imputables al beneficiario, según la normativa vigente. Problemas de salud oncológicos: detallados en OOTT 2025.
División que lo monitorea	DIGERA

Número de indicador	12
Nombre del Indicador	Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red
Objetivo del indicador	Cumplir con la gestión de las Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red
Meta anual	100%. Cumple si obtiene un resultado del indicador $\geq 99,5\%$
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del establecimiento
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivos 1, 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivos 1, 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.
Unidad de medida	Porcentual
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	$((\text{Garantías cumplidas} + \text{garantías exceptuadas} + \text{garantías incumplidas atendidas}) / (\text{garantías cumplidas} + \text{garantías exceptuadas} + \text{garantías incumplidas atendidas} + \text{garantías incumplidas no atendidas} + \text{garantías retrasadas acumuladas})) * 100$
Fuente de información del Numerador	SIGGES
Fuente de información del Denominador	SIGGES
Número de decimales	2 decimales con resultado aproximado.
Periodicidad de Medición	Trimestral
Nivel de aplicación	Establecimientos de Salud
Definición de términos	• Garantías Cumplidas: garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto. • Garantías Exceptuadas: cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso. • Garantías Incumplidas Atendidas: garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES. • Garantías Incumplida No atendida: El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente. • Garantías Retrasadas Acumuladas: Corresponde a aquellas que no evidencian en SIGGES una atención (por no registro o no realización de la prestación). Incluye las acumuladas de años anteriores.
División que lo monitorea	DIGERA

III. Área de Atención Pre Hospitalaria (Aplica para servicios de atención médica de SAMU con centro regulador).

Número de indicador	13
Nombre del Indicador	Solicitudes de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo establecido
Objetivo del indicador	Realizar solicitudes de transporte secundario reguladas por un médico, según protocolo establecido en el Centro Regulador del SAMU
Meta anual	$\geq 97,00\%$
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del Centro Regulador del SAMU
Prioridad	Mediana
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Unidad de medida	Porcentaje
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo} / \text{Número de solicitudes de transporte secundario}) * 100$
Fuente de información del Numerador	Datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud
Fuente de información del Denominador	Datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Trimestral
Nivel de aplicación	SAMU
Definición de términos	Transporte secundario regulado por médico: proceso mediante el cual un médico, en el Centro Regulador, supervisa y coordina las intervenciones de las ambulancias. Este proceso incluye la gestión de la llamada, decisiones de asignación de recursos, la priorización de casos, aseguramiento de que todas las intervenciones se realicen de acuerdo con los protocolos.
División que lo monitorea	DIGERA

Número de indicador	14
Nombre del Indicador	Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada o similar para médicos del SAMU
Objetivo del indicador	Fortalecer los conocimientos de médicos SAMU en reanimación cardiopulmonar avanzada o similar
Meta anual	≥95,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del Centro Regulador del SAMU
Prioridad	Mediana
Objetivo estratégico asociado	Objetivos 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Unidad de medida	Porcentual
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	(Número de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada o similar / Número total de médicos) *100
Fuente de información del Numerador	SIRH
Fuente de información del Denominador	SIRH
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Semestral
Nivel de aplicación	SAMU
Definición de términos	Capacitación actualizada: curso aprobado con antigüedad menor a 5 años La capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP avanzada) actualizada es un programa de formación especializado dirigido a profesionales de la salud, que proporciona conocimientos y habilidades técnicas avanzadas para la identificación y el tratamiento eficaz de paros cardio respiratorios y otras emergencias cardiovasculares. Este programa abarca un conjunto de intervenciones médicas y técnicas avanzadas para tratar a pacientes que han sufrido un colapso o que presentan situaciones críticas con riesgo de paro cardíaco, incluyendo el uso de medicamentos, técnicas de monitoreo avanzado y manejo de las vías respiratorias. La capacitación se basa en las últimas guías recomendaciones de organismos internacionales como la American Heart Association (AHA) y el European Resuscitation Council (ERC).
División que lo monitorea	DIGERA

Número de indicador	15
Nombre del Indicador	Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro cardio respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitante.
Objetivo del indicador	Entregar instrucciones de soporte vital básico a testigos ante eventos de paro cardio respiratorio.
Meta anual	≥ 96,00%
Sentido de la medición	Ascendente
Responsable de la gestión	Dirección del Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
Prioridad	Alta
Objetivo estratégico asociado	Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Unidad de medida	Porcentual
Tipo de indicador	Producto
Dimensión que aborda	Eficacia
Fórmula de Cálculo	(Número de llamados telefónicos con instrucciones de soporte vital básico entregadas a testigos en caso de PCR / Número total de llamados telefónicos de atención de pacientes por PCR) *100
Fuente de información del Numerador	Reporte del sistema de información del Centro Regulador
Fuente de información del Denominador	Reporte del sistema de información del Centro Regulador
Número de decimales	2 decimales con resultado truncado
Periodicidad de Medición	Trimestral
Nivel de aplicación	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
Definición de términos	PCR: Paro Cardiorrespiratorio Instrucciones Soporte Vital básico Telefónico: son indicaciones verbales proporcionadas por un operador, supervisor o médico regulador a través de una llamada telefónica, dirigidas a los testigos o solicitantes presentes en la escena de un paro cardio respiratorio (PCR)
División que lo monitorea	DIGERA

- 2) **CLASIFIQUENSE** los compromisos en **ALTA** y **MEDIANA** prioridad, fijándose los indicadores de acuerdo con la priorización establecida en la presente Decreto. De esta forma, los indicadores con ALTA prioridad deberán tener individualmente una ponderación mayor que un indicador de MEDIANA prioridad. **Ningún indicador deberá tener una**

ponderación inferior a 5%, debiendo en todo caso sumar 100% para el total de cada establecimiento o Servicio de Salud. Asimismo, cada establecimiento deberá suscribir el convenio con el Servicio de Salud contemplando **todos los indicadores de desempeño que les sean aplicables, de acuerdo con su nivel de complejidad y cartera de servicios.**

- 3) **ESTABLÉZCASE** que los Servicios de Salud que, en el año 2024 presentaron en alguno o algunos de los indicadores del presente Decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2025, deberán comprometer a lo menos la mantención de dicha meta.
- 4) **DISPÓNGASE** que, el cumplimiento de los compromisos suscritos en el convenio de desempeño de los Servicios de Salud dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios del establecimiento de salud o unidad de trabajo que corresponda, una bonificación por desempeño colectivo institucional de acuerdo con la siguiente indicación:
- a) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 95%: Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM.
 - b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 95%: Porcentaje de Bonificación = % real obtenido del PBM.
 - c) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%: Porcentaje de Bonificación = 0% del PBM.

Cabe hacer presente que el PBM corresponde al porcentaje de bonificación máximo que se establecerá en el decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año 2026.

- 5) **CALCÚLESE** el porcentaje de cumplimiento global del establecimiento multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sumándose luego cada uno de estos resultados parciales para todos los indicadores señalados en el convenio del establecimiento. 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 se encuentra entre 75% a 94% se asignará el ponderador proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido. Para el indicador "Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red" su cumplimiento será 100% si se obtiene como resultado del indicador un porcentaje mayor o igual a 99,5% de la meta. Si el establecimiento cumple un menor valor a la meta establecida su cumplimiento será igual a 0%.
- 6) **FACÚLTASE** a los Servicios de Salud para justificar el incumplimiento de los indicadores comprometidos, por motivos de causa externa, conforme a lo prescrito en el artículo 45 del Código Civil. El análisis de causa externa que se invoque por un Servicio de Salud para justificar el incumplimiento de un objetivo de gestión se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo estar fundamentado el efecto que el factor externo tiene en dicho incumplimiento. Asimismo, se deberá cuantificar la incidencia del factor externo, o efectuar una aproximación, si aquello no fuere factible. Sólo se considerará en el análisis del incumplimiento de un objetivo de gestión, la existencia de causa externa calificada y no prevista que limiten seriamente el logro de los objetivos de gestión, tales como hechos fortuitos comprobables, pandemia, catástrofe y cambios de legislación, como también las reducciones presupuestarias externas al Ministerio de Salud, siempre que afecten ítems relevantes para el cumplimiento.
- 7) **INSTRÚYASE** la celebración de convenio entre los Directores de establecimiento y los Directores de los Servicios de Salud para el cumplimiento de los objetivos dentro de las áreas prioritarias señaladas, fijándose las metas por cada establecimiento o unidad de trabajo, los que deberán ser aprobados por Resolución Exenta, y ser consistentes con los convenios que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.

- 8) **DÉJASE** establecido que, la Periodicidad de Medición definida en las fichas de los indicadores propuestos en este decreto no será un requisito para el cumplimiento en su evaluación anual, sino que una buena práctica para el monitoreo. La metodología de monitoreo y las metas esperadas se incorporarán detalladamente en las Orientaciones Técnicas complementarias que al efecto dictará la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- 9) **REMÍTANSE** por el Departamento de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y 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

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"

REPUBLICA DE CHILE
MINISTRO
MINISTERIO DE HACIENDA

MARIO MARCEL CULLELL
MINISTRO DE HACIENDA

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

DRA. XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD



DISTRIBUCIÓN:

- Ministerio de Hacienda.
- Jefa de Gabinete Ministra de Salud.
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Departamento Control de Gestión, SRA.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
09 JUL 2025
DIGITALIZADO

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
08 SEP 2025
DIGITALIZADO

