



2026

BSC EAR

Ministerio de Salud

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

# INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED

Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.0 marzo 2026

Ministerio de Salud



# Indicadores

## Balanced Scorecard 2026

Versión 1.0 marzo 2026



B.3_1.9 Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera .....	62
B.3_2 Rendimiento de quirófanos .....	64
B.3_2.1 Ocupación de quirófanos.....	66
B.3_2.2 Ocupación de los Quirófanos de Cirugía Menor .....	68
B.4_1.2 Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.....	71
B.4_1.4 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas .....	73
B.4_1.6 Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico .....	75
C.3_3 Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas .....	77
C.4_1.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red. ....	81
C.4_1.5 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75.....	84
C.4_1.6 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75 .....	87
C.4_1.7 Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75 .....	90
C.4_3.1 Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.....	93
C.4_3.5 Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.....	96
C.4_3.6 Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.....	99
D.3_2.2 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría. ....	102
D.3_2.3 Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizados (IAAS) .....	104
D.4_1.8 Medición de la satisfacción usuaria. ....	106
AUTORES .....	108
COLABORADORES .....	108

## INTRODUCCIÓN

La Ley N°19.937, sobre Autoridad Sanitaria creó la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red” (EAR), cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades a los directores de estos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

La misma Ley estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del director. Todo se reglamentó mediante el D.S. N°38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Un establecimiento autogestionado, es un órgano desconcentrado del Servicio de Salud correspondiente, con atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece a la red. No obstante, es importante señalar que la cartera de prestaciones (productos de salud) que entrega el establecimiento no es determinada por este, sino que es definida por el director del Servicio de Salud, de acuerdo con las necesidades de la población bajo su responsabilidad. En este sentido, el hospital no es un organismo autónomo, ya que su oferta de servicios es determinada externamente.

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos, establecidos en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005, cuyo cumplimiento debe certificarse anualmente según las instrucciones que defina de manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda.

Desde el año 2011, se cuenta con un **instrumento de evaluación basado en la metodología Balanced Scorecard (BSC)** o Cuadro de Mando Integral (CMI), herramienta que se destaca por estructurar y alinear los elementos estratégicos de la gestión hospitalaria. El BSC traduce la estrategia en términos operativos mediante un conjunto coherente de indicadores, que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables una visión clara de su desempeño en las áreas bajo su responsabilidad.

La versión 2026 del instrumento de evaluación contiene 31 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa. Dichos indicadores, dan cuenta de todas las estrategias que se desean impulsar en estos hospitales: (1) sustentabilidad financiera, (2) eficiencia operacional, (3) gestión asistencial en red y (4) calidad de la atención.

Es importante mencionar, que su aplicación contempla monitoreos mensuales, trimestrales y/o mensuales, esto de acuerdo con lo establecido en las fichas de cada indicador; y una evaluación anual, a fin de favorecer la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores.

## CONTEXTO.

Basado en la misión institucional del MINSAL que es “*construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera*”, en la misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de “*regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento, la coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con énfasis en la entrega de prestaciones de calidad que generen satisfacción en nuestra población*”; y en las definiciones estratégicas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo 2022-2026, las que se resumen en:

- **Fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS)** como pilar fundamental de la estrategia nacional de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la población con todos los niveles del sistema de salud y el intersector.
- **Distribuir capacidades a la red asistencial**, avanzando hacia un modelo de cuidado integral con enfoque de derechos y perspectiva de género, que permita una gestión eficiente de los tiempos de espera para la resolución de problemas de salud.
- **Fortalecer la institucionalidad mediante la gestión por procesos**, promoviendo un uso eficiente de los recursos para aumentar la cobertura y equidad en salud, con especial énfasis en el acceso a medicamentos desde una perspectiva tanto financiera como logística.
- **Mejorar las condiciones laborales**, asegurando el fortalecimiento de los derechos de los funcionarios y su desarrollo profesional, a través de sistemas de capacitación y formación continua, incorporando siempre un enfoque de género e interculturalidad.
- **Potenciar la infraestructura de la red sanitaria**, mediante un plan nacional de inversiones en salud con enfoque de equidad territorial, articulado por macrozonas, que promueva el

desarrollo ordenado y la integración funcional de la red, en el marco de un sistema universal de salud con perspectiva de género e intercultural.

Para el año 2026, el instrumento mantiene la priorización de indicadores de resultados, así como la definición de metas diferenciadas en función de los resultados históricos (líneas base) de cada establecimiento. Adicionalmente, algunos indicadores incorporan el elemento “Requisito”, el cual se estructura como un componente complementario o asociado, orientado a fortalecer o impulsar el proceso de gestión que se busca evaluar.

Desde una perspectiva metodológica, la ponderación de los indicadores responde al grado de contribución al objetivo estratégico al cual se vinculan, coherente con un modelo de gestión que prioriza la alineación entre estrategia, procesos y resultados, principio central del enfoque BSC.

## ANTECEDENTES.

El Instrumento de evaluación se elabora de manera conjunta entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de acuerdo con lo señalado en el artículo 17 del Decreto Supremo N°38 de 2005.

Este cumple con la finalidad de:

- Evaluar anualmente a los Establecimientos autogestionados en Red, determinando su nivel de cumplimiento.
- Evaluar la obtención de la calidad de Autogestión en Red a nuevos establecimientos de alta complejidad.
- Ser una herramienta de control estratégico de los procesos críticos de un establecimiento de alta complejidad.

El marco de formulación del presente instrumento es:



## REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.

Los requisitos que deberán cumplir los Establecimientos Autogestionados para aprobar la evaluación anual son:

- Obtener un **porcentaje mayor o igual a 75% del puntaje total exigido** de los indicadores del Balanced Scorecard (BSC) hospitalario anual, y
- **Cumplir con el 100% de los requisitos** establecidos en los artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N°38 de 2005 (17 en total).

### Detalle de requisitos Artículo N°16 del Decreto Supremo N°38 de 2005.

Artículo 16 D.S. N°38 de 2005	Relación con el BSC
Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumple con las obligaciones establecidas.	1. Cumplimiento de un total de 4 puntos del siguiente indicador: C.4_3.1 Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud. Informe de contrarreferencia (formato libre) que indique el porcentaje de contrarreferencia a APS, por especialidad.
Art. 16b.- Está registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el Establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.	1. Certificado emitido por el Departamento de Calidad, DIGERA, en el cual informa estado de Acreditación de los establecimientos de acuerdo con la Superintendencia de Salud.
Art. 16c.- Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual deberá considerar, a lo menos, las siguientes temáticas: Gestión clínica; Gestión administrativa; Gestión financiera-contable-presupuestaria; Gestión de las Personas; Auditoría; Satisfacción usuaria y Participación; y Sistemas de planificación y control de gestión.	1. Resolución de aprobación Planificación Estratégica del EAR vigente durante el año en evaluación, que contenga al menos las políticas, planes y programas señaladas en el artículo.

<p>Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.</p>	<p>1. Plan anual de actividades y resolución de aprobación. 2. Plan anual de Inversiones y resolución de aprobación. Ambos planes deben ser confeccionados anualmente.</p>
<p>Art. 16e.- Mantiene el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.</p>	<p>1. Certificado emitido por el Depto. de Gestión Presupuestaria de la División de Presupuesto en el que se detalla el gasto y presupuesto, y se indica el nivel de cumplimiento del equilibrio financiero y no presentar deuda mayor a 60 días.</p>
<p>Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.</p>	<p>1. Certificado emitido por el Depto. de Gestión Presupuestaria de la División de Presupuesto. Cumplimiento oportunidad y calidad de los registros en el sistema de costos.</p>
<p>Art. 16g.- Cumple con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.</p>	<p>1. Certificado emitido por el Departamento de Análisis e Información para la Gestión de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que indique el resultado del total de las garantías cumplidas más garantías exceptuadas más garantías incumplidas atendidas (numerador), y en el denominador garantías cumplidas más garantías exceptuadas más garantías incumplidas atendidas más garantías incumplidas no atendidas más garantías retrasadas acumuladas de dotación por establecimiento que participa en la evaluación BSC.</p>
<p>Art. 16h.- Tiene implementado, de acuerdo con su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N°18.469, procedimientos de cobro.</p>	<p>1. Cuenta con procedimiento de cobro, según lo estipulado en articulado 16h, formalizado por resolución y presenta monto recaudado durante el año y el monto por cobrar. El certificado de cumplimiento debe estar firmado por el Director de Establecimiento. (Planilla de certificación cumplimiento articulados 16h, 16i y 16j).</p>

<p>Art. 16i.- Cuenta con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.</p>	<p>1. Cuenta con mecanismos formales de participación, según lo estipulado en articulado 16i. El certificado de cumplimiento debe estar firmado por el Director de Establecimiento.  (Planilla de certificación cumplimiento articulados 16h, 16i y 16j)</p>
<p>Art. 16j.- Existe en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.</p>	<p>1.- Cuenta con Procedimiento gestión de solicitudes ciudadanas, según lo estipulado en articulado 16j. El certificado de cumplimiento debe estar firmado por el Director de Establecimiento.  (Planilla de certificación cumplimiento articulados 16h, 16i y 16j)</p>

#### Detalle de requisitos Artículo N°18 del Decreto Supremo N°38 de 2005.

Artículo 18 D.S. N°38 de 2005	Relación con el BSC
<p>Art. 18a.- Desarrolla el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo con el marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.</p>	<p>1.- Cuenta con resolución que fija la cartera de servicios.</p>
<p>Art. 18b.- Atiende beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°16.744, que hayan sido referidos por alguno de los Establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.</p>	<p>1.- Cuenta con diseño de la red y mapa de derivación, señalando origen y destino, formalizado por resolución del Servicio de Salud.  2.- Cuenta con protocolo de atención de beneficiarios del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.</p>
<p>Art. 18c.- Mantiene sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.</p>	<p>1.- Informe del establecimiento, validado por el Servicio de Salud, que contenga al menos lo siguiente:  - Listado de sistemas de información utilizados por el establecimiento, indicando cuáles de ellos se intercomunican, sea por integración, interoperabilidad u otra.</p>

<p>Art. 18d.- Entrega la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo con sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los Establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.</p>	<p>1.- Informe del establecimiento, validado por el Servicio de Salud, que contenga al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información entregada (tipo y contenido).</li> <li>- Destinatario.</li> <li>- Fuentes de obtención.</li> <li>- Periodicidad.</li> </ul>
<p>Art. 18e.- Cuenta con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumple con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.</p>	<p>1.- Cumplimiento de un total de 9 puntos en la sumatoria del puntaje de los siguientes indicadores de Lista de espera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C.4_1.5 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75.</li> <li>- C.4_1.6 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.</li> <li>- C.4_1.7 Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75</li> </ul>
<p>Art. 18f.- Da cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.</p>	<p>1.- Informe que contenga al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de cumplimiento de los acuerdos de programación firmados con FONASA.</li> <li>- Nivel de cumplimiento de la ejecución de programas convenidos con la SEREMI de salud, como, por ejemplo, programa de inmunización, programa de vigilancia epidemiológica (VIH, tuberculosis u otro), etc.</li> </ul>
<p>Art. 18g.- Efectúa auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.</p>	<p>1.- Cumplimiento total (4 puntos) del indicador D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría y de sus verificables.</p>

## CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO.

### 4.1. Aspectos generales.

Para implementar un sistema de control eficaz en una organización, es necesario definir sus requerimientos, características y nivel de madurez. Estos elementos determinan qué tipo de Sistema de Control de Gestión resulta más adecuado para enfrentar la realidad institucional. Bajo esta lógica, Kaplan y Norton desarrollaron el Cuadro de Mando Integral (CMI) como una herramienta que ordena y estructura la estrategia, traduciéndola en términos operativos.

El CMI no solo actúa como un instrumento de control, sino también como un sistema de gestión estratégica, ya que permite establecer plazos, clarificar la visión, traducir la estrategia en objetivos concretos, comunicar y vincular indicadores, alinear iniciativas y fortalecer los procesos de retroalimentación y aprendizaje.

Su fundamento central es la relación causa-efecto, que permite representar la estrategia de la organización, definir objetivos y construir indicadores coherentes. Esta lógica facilita el diseño de una estructura organizacional alineada con la estrategia y apoya la toma de decisiones. De esta forma, la alta dirección y las unidades responsables cuentan con un conjunto integrado de indicadores que entregan una visión clara de su área de gestión, ayudando a focalizar esfuerzos, priorizar recursos y coordinar procesos en función de las metas institucionales.

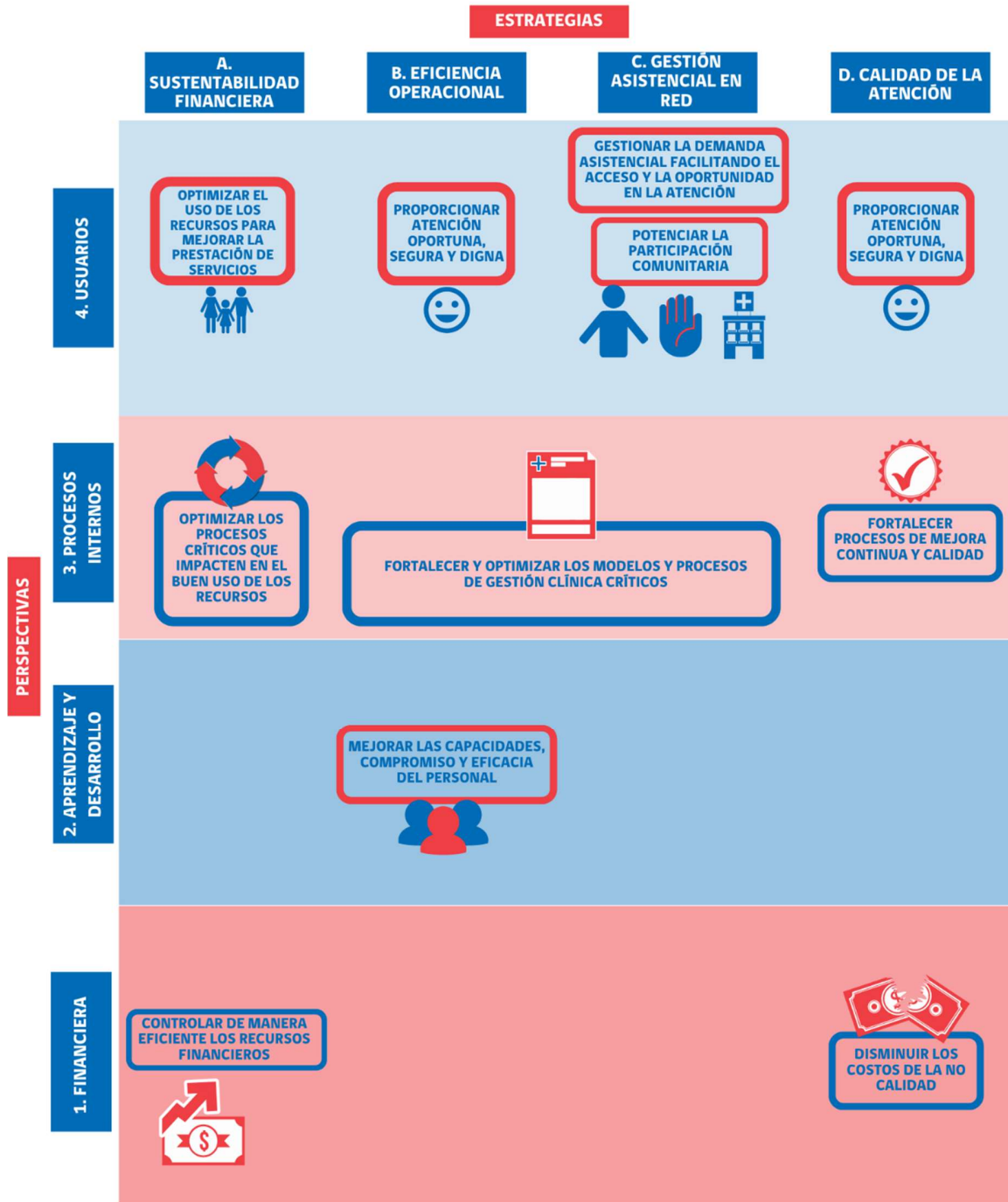
### 4.2. Mapa Estratégico.

El instrumento de evaluación se construye sobre la metodología de Kaplan y Norton, adaptada al contexto de una organización pública, y se sustenta en un Mapa Estratégico (ver figura 1). Este mapa permite relacionar la estrategia con su ejecución y comunicarla de manera clara y visual.

El Mapa Estratégico describe la lógica de cómo la organización genera valor, conectando objetivos e indicadores bajo relaciones de causa-efecto y agrupándolos en cuatro perspectivas: Usuarios, Procesos Internos, Aprendizaje y Desarrollo, y Financiera.

En el sector público, la aplicación de esta herramienta requiere ajustes conceptuales al modelo original (Kaplan y Norton, 2002; Niven, 2003). La estructura de cuatro perspectivas se mantiene, pero su contenido se adapta a la misión pública, y algunas relaciones causa-efecto pueden modificarse para reflejar mejor las prioridades y responsabilidades propias del Estado.

Figura 1. Mapa estratégico<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Fuente: Elaboración equipo redactor.

Para efectos de facilitar su comprensión, cada indicador se numeró de acuerdo con el objetivo al cual pertenece, el que se identifica según el tema estratégico y la perspectiva correspondiente. De ese modo, se obtiene una numeración de 3 niveles, de los cuales los dos primeros dígitos representan la ubicación en la matriz del objetivo.

La numeración es la siguiente:

#### **Numeración 1º. Nivel Tema Estratégico.**

- A. Sustentabilidad Financiera.
- B. Eficiencia Operacional.
- C. Gestión Asistencial en Red.
- D. Calidad de la Atención.

#### **Numeración 2º. Nivel Perspectiva.**

- 1. Perspectiva Financiera.
- 2. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.
- 3. Perspectiva Procesos Internos.
- 4. Perspectiva Usuarios.

#### **Numeración 3º. Nivel Objetivos Específicos y ubicación en Mapa Estratégico.**

- A.4 Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios.
- B.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- C.4 Potenciar la participación comunitaria.
- C.4 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y oportunidad en la atención.
- D.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- A.3 Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.
- B.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.
- D.3 Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.
- B.2 Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.
- A.1 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.
- C.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.
- D.1 Disminuir los costos de la no calidad.

## Numeración 4. Nivel numeración de Indicadores.

### Sustentabilidad Financiera.

---

- A.1\_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- A.1\_2.5 Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.
- A.1\_6 Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.
- A.1\_7 Cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.
- A.3\_1.2 Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores.
- A.3\_1.8 Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.
- A.3\_1.9 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.
- A.3\_2 Compras vía trato directo.
- A.4\_1.3 Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas.

### Eficiencia Operacional.

---

- B.1\_1.1 Unidades funcionales que cumplen con el Índice de rotación de camas.
- B.2\_3 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- B.3\_1.6 Eficiencia Clínica de la Unidad Dental.
- B.3\_1.7 Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.
- B.3\_1.9 Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera.
- B.3\_2 Rendimiento de quirófanos.
- B.3\_2.1 Ocupación de quirófanos.
- B.3\_2.2 Ocupación de los Quirófanos de Cirugía Menor.
- B.4\_1.2 Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.
- B.4\_1.4 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- B.4\_1.6 Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico.

### **Gestión Asistencial en Red.**

---

- C.3\_3 Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.
- C.4\_1.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- C.4\_1.5 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75.
- C.4\_1.6 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.
- C.4\_1.7 Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.
- C.4\_3.1 Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- C.4\_3.5 Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- C.4\_3.6 Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.

### **Calidad de la Atención.**

---

- D.3\_2.2 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.
- D.3\_2.3 Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizados (IAAS).
- D.4\_1.8 Medición de la satisfacción usuaria.

En total la matriz contiene los 31 indicadores, los cuales se resumen de acuerdo con lo representado en la tabla 1. En el Figura 2, se aprecia la distribución de indicadores.

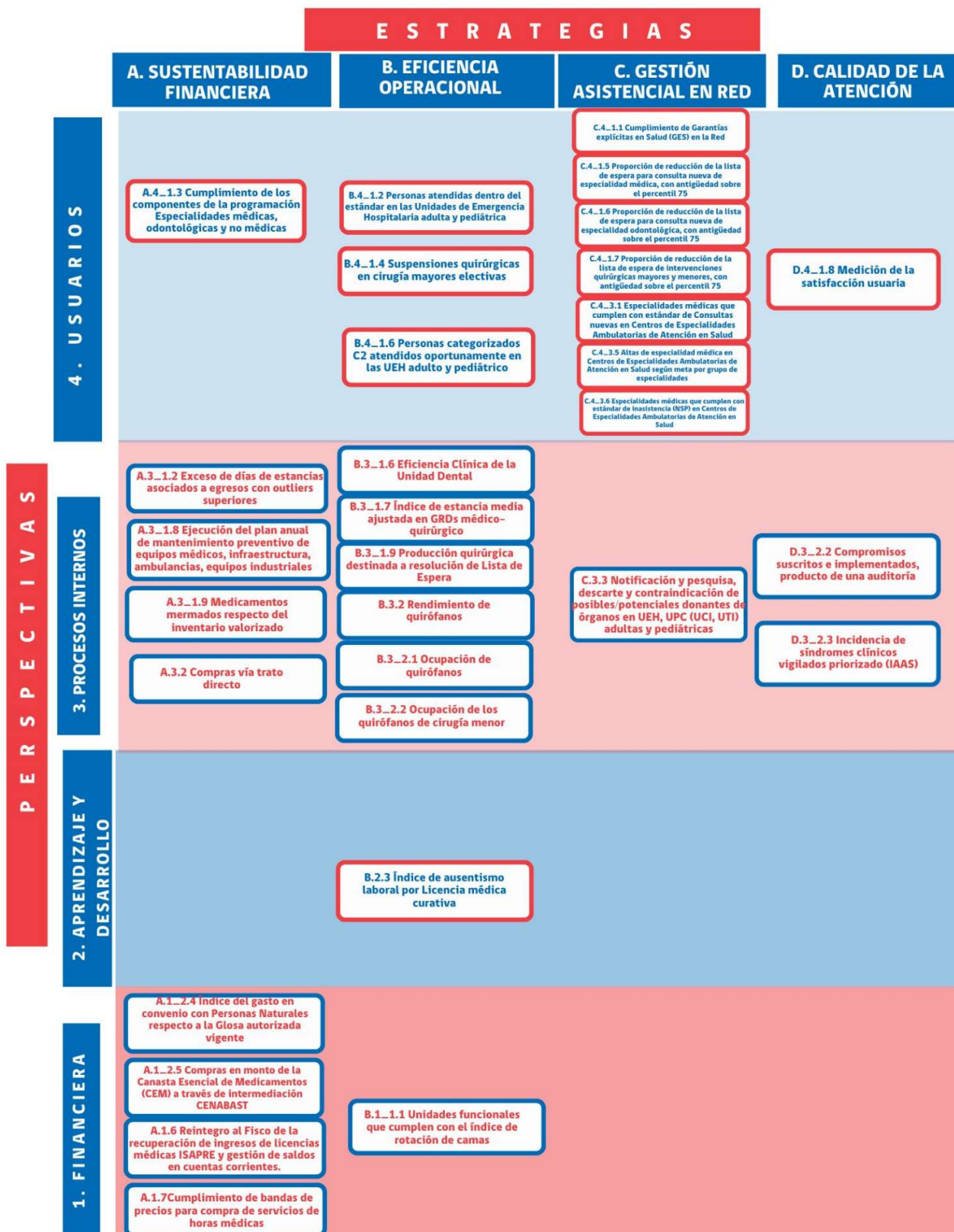
**Tabla 1.** Número total de indicadores por perspectivas.

<b>Balanced Scorecard Hospitalario</b>					
<b>Perspectiva</b>	<b>Temas Estratégicos</b>				<b>Total</b>
	<b>Perspectiva Financiera</b>	<b>Perspectiva Procesos Internos</b>	<b>Perspectiva Usuarios</b>	<b>Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo</b>	
<b>Sustentabilidad Financiera</b>	4	4	1	0	<b>9</b>
<b>Eficiencia Operacional</b>	1	6	3	1	<b>11</b>
<b>Gestión Asistencial en Red</b>	0	1	7	0	<b>8</b>
<b>Calidad de la Atención</b>	0	2	1	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>31</b>

Fuente: Elaboración equipo redactor.

Cada uno de los indicadores fue descrito en una ficha técnica, en la cual se detallan los aspectos a considerar en la medición, como: descripción, responsable, fuente del dato, fórmula de cálculo, meta, requisito, entre otros.

Figura 2. Mapa de los indicadores BSC 2026.



### 4.3 Metodología de evaluación BSC 2026

Se mantiene la metodología de asignación de ponderaciones diferenciadas a los indicadores que componen el instrumento, en función del proceso de gestión en el cual se inserta cada uno de ellos. Dichos procesos se encuentran alineados con los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los cuales han sido estructurados en **nueve (9) Compromisos de Gestión**.

Con el propósito de asegurar coherencia y alineación entre los distintos instrumentos de evaluación institucional, los indicadores del Balanced Scorecard (BSC) han sido clasificados y seleccionados considerando su aplicabilidad a los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), lo que se traduce en la incorporación de seis (6) Compromisos de Gestión pertinentes a este tipo de establecimiento.

A estos seis (6) Compromisos de Gestión se les asigna una ponderación estratégica en concordancia con lo establecido en el instrumento COMGES y en función de la relevancia de los procesos asociados, particularmente aquellos orientados al fortalecimiento de la calidad, oportunidad y eficiencia en la atención de salud, lo que se refleja en una mayor ponderación dentro del instrumento de evaluación.

Para efectos de la evaluación anual, se considera el puntaje ponderado obtenido por cada indicador dentro de su respectivo Compromiso de Gestión. Dichos puntajes se suman considerando únicamente los indicadores aplicables al establecimiento, determinando así el nivel de cumplimiento institucional final.

La distribución ponderada de los indicadores que conforman el BSC 2026 se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 2. Distribución y ponderaciones de los indicadores del BSC 2026.**

	BSC	Indicadores	Peso indicador	Estrategia
1.	Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales	16	3,2%	51,2%
2.	Gestión de recursos humanos y financieros	8	2,9%	23,2%
3.	Gestión de los tiempos de espera	4	4,2%	16,8%
4.	Estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento para las complicaciones de salud	1	3,0%	3,0%
5.	Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial	1	2,9%	2,9%
6.	Calidad y seguridad del paciente	1	2,9%	2,9%
<b>Total</b>		<b>31</b>		<b>100%</b>

Los indicadores BSC 2026 que componen los Objetivos Estratégicos se detallan a continuación:

### **1. Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales**

---

- A.3\_1.2 Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores.
- A.3\_1.9 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.
- A.4\_1.3 Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas.
- B.1\_1.1 Unidades funcionales que cumplen con el índice de rotación de camas.
- B.3\_1.6 Eficiencia Clínica de la Unidad Dental.
- B.3\_1.7 Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.
- B.3\_1.9 Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera.
- B.3\_2 Rendimiento de quirófanos.
- B.3\_2.1 Ocupación de quirófanos.
- B.3\_2.2 Ocupación de los Quirófanos de Cirugía Menor.
- B.4\_1.2 Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.
- B.4\_1.4 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- B.4\_1.6 Personas categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.
- C.4\_3.1 Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- C.4\_3.5 - Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- C.4\_3.6 - Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud

### **2. Gestión de recursos humanos y financieros**

---

- A.1\_6 Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.
- A.1\_7 Índice de cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.
- A.1\_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- A.1\_2.5 Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.
- A.3\_1.8 Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.
- A.3\_2 Compras vía trato directo.
- B.2\_3 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- D.3\_2.2 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.

### **3. Gestión de los tiempos de espera**

---

- C.4\_1.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.

- C.4\_1.5 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75.
- C.4\_1.6 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.
- C.4\_1.7 Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.

#### **4. Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial**

---

- C.3\_3 Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.

#### **5. Estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento para las complicaciones de salud**

---

- D.4\_1.8 Medición de la satisfacción usuaria.

#### **6. Calidad y seguridad del paciente**

---

- D.3\_2.3 Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizado (IAAS).

### 4.3.1 Evaluación de los indicadores.

Los indicadores que conforman el instrumento permiten evaluar el avance de los Establecimientos Autogestionados en Red en áreas definidas como estratégicas y/o en nodos críticos de gestión priorizados. Cada indicador se encuentra identificado por su nombre y ámbito estratégico al cual pertenece, e incorpora su respectiva fórmula de cálculo, fuente de información y meta asociada, la cual puede definirse en función de una mejora respecto de la línea base del año anterior o bien corresponder a una meta de carácter nacional.

El nivel de cumplimiento de cada indicador se determinará en función del desempeño alcanzado por el establecimiento respecto de la meta definida, aplicando la tabla de sensibilidad asociada a su medición. El puntaje obtenido representará el **100% de la evaluación del indicador**, salvo en aquellos casos en que existan requisitos habilitantes asociados.

Se entenderá por **requisito** aquellos elementos complementarios vinculados a determinados indicadores, cuyo propósito es fortalecer y profundizar su evaluación. Estos requisitos pueden corresponder a resultados, acciones, informes o condiciones específicas que los Establecimientos Autogestionados en Red deben cumplir, permitiendo contextualizar y complementar el análisis del desempeño del indicador principal.

En los indicadores que contemplen requisitos asociados, la evaluación global se estructurará de la siguiente forma:

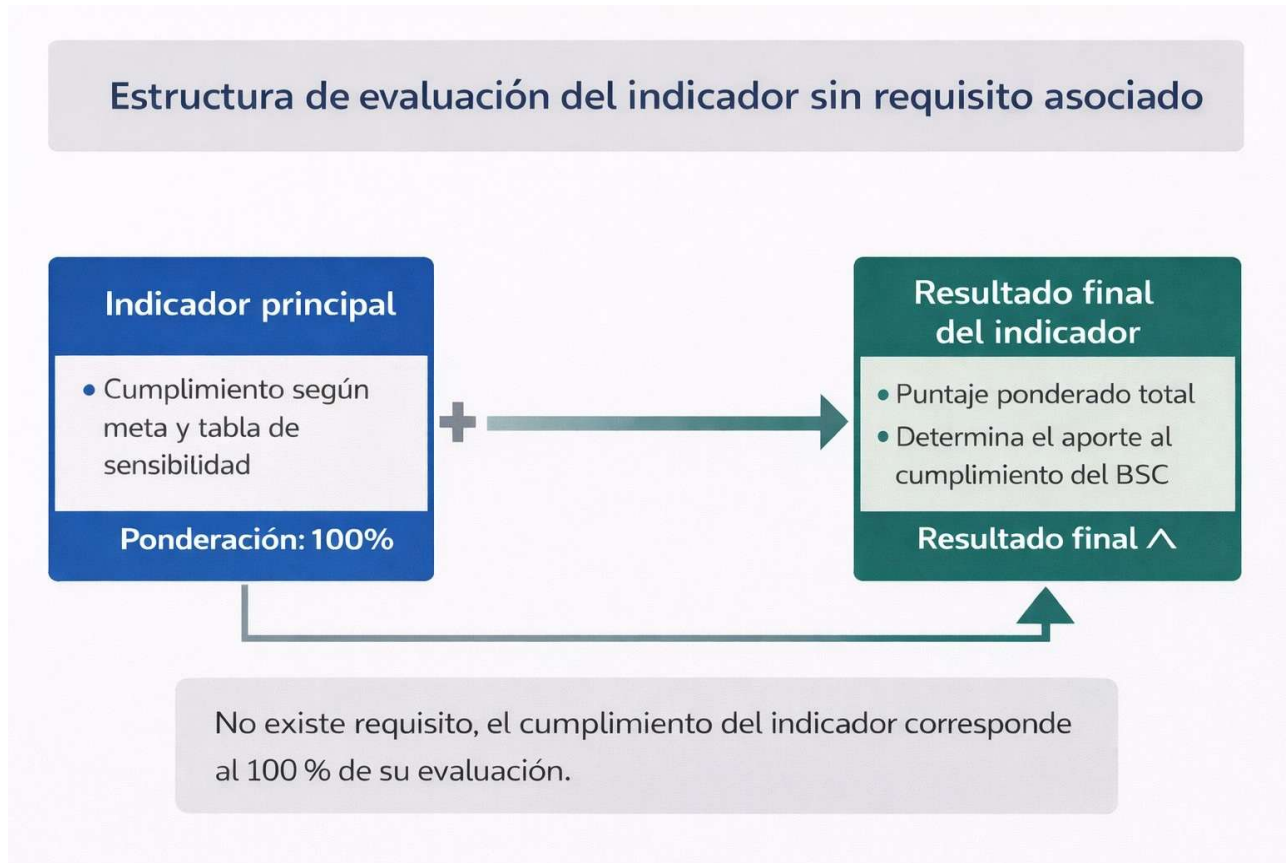
- El cumplimiento del indicador principal aportará el **75% del puntaje total**.
- El cumplimiento del requisito aportará el **25% restante**.

El cumplimiento del requisito se evaluará de manera dicotómica (cumple / no cumple), conforme a los criterios definidos en la respectiva ficha técnica.

Adicionalmente, cada indicador cuenta con una ponderación específica dentro del resultado global del Balanced Scorecard (tabla 2), definida en función de su contribución a las líneas estratégicas prioritarias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En este sentido, se asigna una mayor ponderación a aquellos compromisos vinculados a procesos críticos para el funcionamiento y desempeño de los establecimientos.

A continuación, se presentan ejemplos de cálculo del aporte de los indicadores al resultado global.

### Caso 1: Indicador sin requisito asociado



A continuación, se presentan ejemplos que ilustran el cálculo del aporte de cada indicador al cumplimiento global del instrumento.

#### Ejemplo:

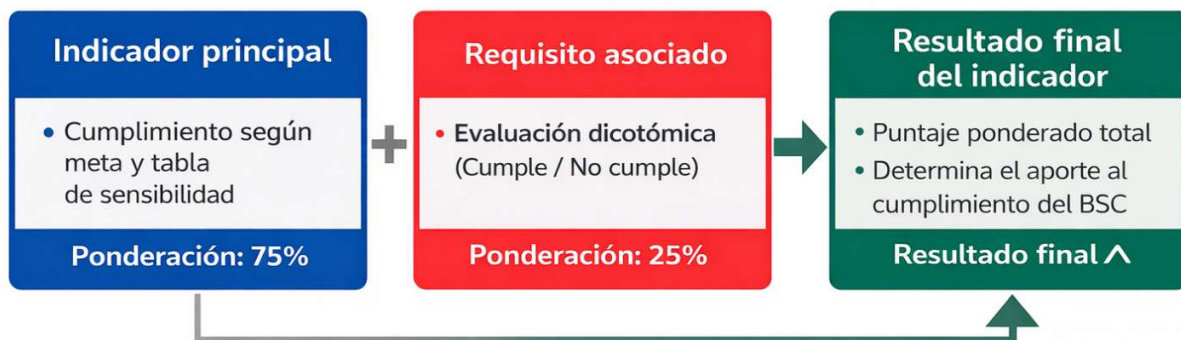
Según la tabla de sensibilidad, si el indicador alcanza **3 puntos**, esto corresponde a un **75% de cumplimiento**, calculado como:

$$\frac{3 \times 100\%}{4} = 75\%$$

Este porcentaje se multiplica por el **ponderador del indicador**, que en este caso diremos que es **3,5%**. Así se obtiene el aporte del indicador al cumplimiento global del instrumento:

$$75\% \times 3,5\% = 2,63\%$$

## Estructura de evaluación del indicador con requisito asociado



En caso de no cumplimiento del requisito, el indicador no accede al 25% correspondiente, reduciendo su puntaje final.

### Ejemplo:

#### **Cálculo aporte del indicador principal:**

Según la tabla de sensibilidad, si el indicador principal alcanza **3 puntos**, este puntaje se pondera por el **75%**, lo que equivale a:

$$3 \times 75\% = 2,25 \text{ puntos}$$

#### **Cálculo del aporte del requisito:**

Los requisitos son **dicotómicos**, por lo que el puntaje obtenido será **0 o 4 puntos**. Este resultado se pondera por un **25%**. En caso de obtener el máximo (4 puntos), el cálculo será:

$$4 \times 25\% = 1 \text{ punto}$$

### **Cálculo aporte del indicador al cumplimiento global**

El aporte del indicador principal (por ejemplo, **2,25 puntos**) más el aporte del requisito (por ejemplo, **1 punto**) suma **3,25 puntos**. Esta cifra equivale a un **81,25%** de cumplimiento del indicador, calculado así:

$$\frac{3,25 \times 100}{4} = 81,25\%$$

Este porcentaje se multiplica por el **ponderador del indicador**, que en este ejemplo es **3,5%**, obteniendo el aporte global al instrumento:

$$81,25\% \times 3,5\% = 2,84\%$$

### **4.3.2 Cálculo del nivel de cumplimiento global del BSC**

#### **Resultados y puntaje total en el BSC:**

La suma de las ponderaciones correspondientes a los indicadores determinará el resultado final de la evaluación del establecimiento.

Se considerará **aprobado** el establecimiento que cumpla:

- Un **75% o más** del puntaje ponderado del BSC, y
- Cumpla con el **100%** de los requisitos establecidos en los artículos 16 y 18 del D.S. N.º 38 de 2005.

En los casos en que uno o más indicadores no aplican a un establecimiento, el umbral de aprobación se ajusta al 75% del porcentaje máximo de cumplimiento posible, considerando únicamente los indicadores efectivamente aplicados.

Ejemplo:

- **Porcentaje máximo posible:** 80% (porque algunos indicadores no aplican).
- **Cumplimiento obtenido:** 68%.
- **Cálculo del cumplimiento global:**

$$\frac{68\%}{80\%} \times 100 = 85\%$$

Por lo tanto, el establecimiento alcanza un **85% de cumplimiento global** respecto del umbral ajustado.

### 4.3.3 Sistema de Cálculo de Puntaje y Resultados.

El monitoreo de los indicadores contemplados en este instrumento se realizará de manera mensual, lo que permitirá informar oportunamente a los equipos directivos sobre el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa vigente para la Autogestión en Red.

### 4.3.4 Metodología de Cálculo.

La metodología de cálculo será de acuerdo con lo establecido en cada ficha técnica de los indicadores, las principales formas de asignación de puntaje son:

**Cumplimiento según un estándar exigido:** indicadores con cumplimiento de la meta definida, se le otorgará una cierta cantidad de puntos que irá entre 0 y 4 (ver ejemplo).

#### Ejemplo de tabla de sensibilidad del indicador: Cumplimiento según un estándar exigido.

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento
4	$X \geq 100,00\%$
3	$X \geq 95,00\%$
2	$X \geq 90,00\%$
1	$X \geq 85,00\%$

#### Ejemplo de tabla de sensibilidad del requisito\*: Cumplimiento según un estándar exigido.

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento
4	$X \geq 100,00\%$

\*Cuando el cumplimiento no alcanza el mínimo exigido, se aplica un puntaje de 0 puntos.

\*Los rangos intermedios no detallados se consideran comprendidos entre los límites inferiores y superiores de las puntuaciones adyacentes.

**Cumplimiento según comparación con línea base:** Existen indicadores en que el cumplimiento está asociado a la línea base del año anterior (ver ejemplo), ya sea de aumento o reducción de esta.

**Ejemplo de tabla de sensibilidad: Cumplimiento según línea base.**

LB > 5%		LB ≤ 5%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=5,0%	4 puntos	>=2,0%	4 puntos
>=4,0%	3 puntos	>=1,5%	3 puntos
>=3,0%	2 puntos	>=1,0%	2 puntos
>=2,0%	1 punto	>=0,5%	1 punto

**Cumplimiento de indicadores con trazadoras:** los indicadores que se componen de subindicadores en este instrumento se denominan Trazadoras, en algunos casos además pueden tener distintas metas que cumplir y/o distintas ponderaciones en la fórmula de cálculo.

-Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas únicas: Serán evaluadas por el puntaje obtenido por cada trazadora y se sumará el puntaje obtenido en cada trazadora **para la asignación del puntaje final del indicador.**

**Ejemplo: A.1\_7 Cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas**

**Fórmulas trazadoras**

Trazadora 1: Promedio de los valores unitarios de médico general realizados/ Valor máximo.

Trazadora 2: Promedio de los valores unitarios de los especialistas realizados/ Valor máximo.

Trazadora 3: Promedio de los valores unitarios de los especialistas falentes y/o especialistas que se desempeñan en Unidades de paciente crítico y UEH/ Valor máximo.

Trazadora 4: Promedio de los valores unitarios de médicos generales que se desempeñan en Unidades de paciente crítico y UEH / Valor máximo.

Por cada trazadora, si cumple la meta se asignará puntaje máximo (4 puntos), de lo contrario no se asignará puntaje (o puntos).

**Fórmula final indicador**

El puntaje final del indicador se obtendrá sumando el puntaje obtenido de cada trazadora por su respectivo ponderado.

$$(Puntaje T1 \times 0.25) + (Puntaje T2 \times 0.25) + (Puntaje T3 \times 0.25) + (Puntaje T4 \times 0.25)$$

En caso que una trazadora no aplique, se distribuirá el porcentaje entre las restantes trazadoras.

**Puntaje a obtener**

Si aplican las 4 trazadoras, cada una tendrá una ponderación de 25%

En la trazadora 1 obtiene un resultado de 1,03 otorgando 0 puntos, en la trazadora 2 obtiene un resultado de 0,96 otorgando 4 puntos, en la trazadora 3 obtiene un resultado de 0,90 otorgando 4 puntos y en la trazadora 4 obtiene un resultado de 1,3 otorgando 0 puntos.

El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

$$T1 \ 25\% \times 0 \text{ puntos} = 0 \text{ puntos.}$$

$$T2 \ 25\% \times 4 \text{ puntos} = 1 \text{ punto.}$$

T3 25% x 4 puntos= 1 punto.

T4 25% x 0 puntos= 0 punto.

Suma de los puntajes es igual a 2 puntos.

Si aplican las 3 trazadoras, cada una tendrá una ponderación de 33.3%

En la trazadora 1 obtiene un resultado de 0,90 otorgando 4 puntos, en la trazadora 2 obtiene un resultado de 0,96 otorgando 4 puntos y en la trazadora 3 obtiene un resultado de 1,3 otorgando 0 puntos.

El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

T1 33.3% x 4 puntos = 1.3 puntos.

T2 33.3% x 4 puntos= 1.3 punto.

T3 33.3% x 0 puntos= 0 punto.

Suma de los puntajes es igual a 2,6 puntos.

- Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas diferentes: Serán evaluadas por el puntaje obtenido según su tabla de sensibilidad específica según corresponda a cada caso. El puntaje final de un indicador con trazadoras será la suma de los puntajes obtenidos en cada una de ellas (ver ejemplo).

**Ejemplo: D.3\_2.3 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.**

- 50% puntaje Trazadora 1: (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociado a la auditoría (s) internas en el periodo de enero a diciembre / Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) internas realizadas de enero a noviembre)
- 50% puntaje Trazadora 2: (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociados a auditoría (s) internas cumplidos en el año de evaluación) / (Número de compromisos suscritos por el área auditada asociados a auditoría (s) internas cuyo cumplimiento se encuentra el año de evaluación)

TRAZADORA 1		TRAZADORA 2					
		1 a 30 compromisos		31 a 70 compromisos		mayor a 70 compromisos	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=90%	4 puntos	>=90%	4 puntos	>=80%	4 puntos	>=70%	4 puntos
>=85%	3 puntos	>=85%	3 puntos	>=75%	3 puntos	>=65%	3 puntos
>=80%	2 puntos	>=80%	2 puntos	>=70%	2 puntos	>=60%	2 puntos
>=75%	1 punto	>=75%	1 punto	>=65%	1 punto	>=55%	1 punto

Puntaje por obtener: En la trazadora 1 (porcentaje de compromisos suscritos) obtiene 3 puntos y en la trazadora 2 (porcentaje de implementación de compromisos de 1 a 30) obtiene 4 puntos. El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

50% x 3 puntos = 1,5 puntos.

50% x 4 puntos= 2 puntos.

Suma de los puntajes es igual a 3,5 en este caso que cuenta con decimales se aproxima al número entero más próximo, por lo que su puntaje final será 4 puntos.

#### 4.4. Consideraciones finales.

- Cuando el cumplimiento no alcanza el mínimo exigido, se aplica un puntaje de 0 puntos.
- Los rangos intermedios no detallados se consideran comprendidos entre los límites inferiores y superiores de las puntuaciones adyacentes.
- Es importante considerar el **número de decimales** que se describen en cada ficha de indicador, ya que es lo que aplicará en el puntaje aplicado.
- En caso de excluir de la evaluación algún indicador debe ser autorizado por la SRA. Sin embargo, los indicadores deben seguir midiéndose para su monitoreo.
- Aquellos Establecimientos Autogestionados que no aprueben la evaluación anual deberán presentar un Plan de Ajuste y Contingencia de acuerdo con la metodología anual instruida por el equipo EAR MINSAL. La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño, por parte del Director del establecimiento Autogestionado en Red, el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el sólo ministerio de la Ley.

Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo con la normativa vigente al respecto.

## 4.5 Indicadores BSC 2026

### Sustentabilidad Financiera.

#### A.1\_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.

Este indicador cuantifica el ajuste del gasto en honorarios médicos y no médicos del periodo a la glosa vigente respectiva.

ID CG-SRA	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.				
35	DIGEDEP   Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria				
Objetivo del Indicador	Ajustar el gasto en honorarios médicos y no médicos al marco presupuestario autorizado.				
Responsable de gestión	Subdirección de Gestión de Personas del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Gasto en convenio con personas naturales no médicos} + \text{Gasto en convenio con personas naturales médicos}) / (\text{Glosa en convenio con personas naturales no médicos} + \text{Glosa en convenio con personas naturales médicos})$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Índice	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	<=1,00				
Exclusiones	No aplica				
Fuente Numerador	SIGFE		Fuente Denominador	SIGFE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤ 1,00	4 puntos
≤ 1,01	3 puntos
≤ 1,02	2 puntos
≤ 1,04	1 punto

## Requisito “Consistencia entre el gasto en SIRH vs SIFGE”.

Los Establecimientos deberán efectuar el pago a través Modulo de Honorarios de SIRH

I.- Se entiende por consistencia, si el pago efectivo de honorarios Sub. 21 realizado a través del SIRH es consistente con el registro en SIGFE al menos en un 80%.

II.- La consistencia se medirá a través de un informe trimestral detallando la información de cada establecimiento, según formato enviado por nivel central. El informe debe ser enviado en PDF y ser firmado por el Subdirector de Gestión de Personas del Servicio de Salud.

El informe deberá contener cuadro resumen con los valores pagados por cada establecimiento bajo concepto de HSA registrados en SIRH y SIGFE según mes de pago y porcentaje de consistencia.

Además, reporte de análisis de diferencias, donde debe indicar y explicar las diferencias nominales, es decir, que funcionarios y por qué motivo no son consistente entre los sistemas de registro, ya sea por oportunidad del procesamiento de la información declaración u otro de conocimiento del establecimiento.

El plazo de entrega de los Informes debe ser a más tardar los días 20 de cada mes terminado el trimestre.

En el caso de los Servicios de Salud que registran en SIGFE el pago desfasado un mes posterior a la fecha de pago en el módulo de SIRH, deberán reportar los pagos de los tres meses correspondientes al registro en SIGFE. Por ejemplo, en SIGFE lo registrado en enero 2026 corresponde a los pagos efectuados en diciembre 2025 en SIRH, por lo cual la consistencia se revisará respecto a los montos pagados en SIRH en los meses de diciembre 2025, enero y febrero 2026 y registrados en SIGFE en enero, febrero y marzo 2026. Esto se repetirá en los siguientes trimestres. Los Servicios de Salud en esta situación lo deberán informar en el primer reporte de información.

Se solicita a cada referente enviar datos de contacto al correo [uri.hidalgo@minsal.cl](mailto:uri.hidalgo@minsal.cl) para compartir el formato y el cuadro resumen de consistencias.

### Definición de Términos

**SIGFE:** Sistema de Información para la Gestión Financiera del estado

**SIRH:** Sistema de Información de Recursos Humanos

**RESOLUCIÓN EXENTA DEL SERVICIO DE SALUD:** Dictada por el Director de Servicio de Salud, en donde distribuye glosa de Honorarios Médicos y no Médicos a los establecimientos, al cierre del ejercicio presupuestario del año.

**SUBTÍTULO 21:** Comprende los gastos por concepto de remuneraciones, aportes del empleador y otros gastos relativos al personal.

**GLOSA:** Regulan o establece precisiones o limitaciones al alcance de los gastos contemplados en cada partida.

**GLOSA AUTORIZADA VIGENTE:** Esta glosa permite la contratación de personal a honorarios hasta el límite establecido por el presupuesto autorizado. Es una herramienta importante para la gestión de recursos

humanos en el sector salud, asegurando que las contrataciones se realicen dentro de los parámetros financieros aprobados.

**CONSISTENCIA DEL REGISTRO ENTRE SIFGE Y SIRH:** Se refiere a la sincronización y precisión de los datos entre el Sistema de Información para la Gestión Financiera del estado (SIFGE) y el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Esta consistencia es esencial para asegurar que la información financiera y de Recursos humanos sea coherente y esté actualizada en ambos sistemas.

### Consideraciones Técnicas

La glosa para honorarios médicos y no médicos de cada establecimiento será distribuida a través de resolución exenta del director del Servicio de Salud correspondiente.

El gasto total de honorarios asimilados a las leyes N°18.834, N°15.076 y/o N°19.664, está considerado en el subtítulo presupuestario 21-03-001.

Para efectos de la evaluación, se comparará mensualmente el gasto total de honorarios médicos y no médicos con la glosa vigente o en trámite, respectivamente.

## A.1\_2.5 Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.

Este indicador mide el monto de las compras de canasta esencial de medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST, realizadas por los establecimientos autogestionados en red, y otros invitados.

ID CG-SRA 63	<b>Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.</b>				
<b>PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incrementar el monto de las compras a CENABAST de medicamentos por parte de los Establecimientos Autogestionados en Red, con el fin de reducir el gasto.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Administrativa del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{\text{(Monto de medicamentos comprados de Canasta Esencial de Medicamentos a través de CENABAST/Monto total de compras de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos)}}{100}$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Truncado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	Igual o superior al 80% para el monto de las compras de la canasta esencial de medicamentos (CEM)				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>CENABAST</b>	<b>Fuente Denominador</b>	<b>CENABAST</b>		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 80%	4 puntos
≥ 75%	3 puntos
≥ 70%	2 puntos
≥ 65%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**CENABAST:** Central nacional de Abastecimiento.

**CEM:** Canasta esencial de medicamentos corresponde a un listado estructurado de productos establecidos por CENABAST en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales. CENABAST realiza la intermediación de estos productos, en donde a un mayor volumen se puede lograr disminuir el costo.

**SICEM:** Sistema de información Canasta esencial de medicamentos

**Participación en CEM en monto:** Corresponde a la fracción en monto en que los establecimientos autogestionados en red adquieren a través de CENABAST respecto al total de productos comprados que pertenecen a la CEM.

## Consideraciones Técnicas

La medición será evaluada respecto a la información que la Central Nacional de Abastecimiento informa mensualmente en el observatorio de la página web de CENABAST (resultado SICEM). Este sistema le permite, a cada establecimiento, revisar, ajustar y justificar compras asociadas a las cantidades programadas y recibidas, así como presentar las causales que les permitan justificar con argumentos, las razones para no intermediar algún producto. Esta plataforma tiene un calendario, con las fechas de carga de datos y plazos para solicitar justificaciones a los datos, con los respaldos respectivos, de acuerdo con el instructivo, fechas de apelación y resultados finales. Estas justificaciones serán revisadas por la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de acuerdo con las condiciones vigentes para este periodo.

La Unidad de Farmacia debe supervisar la trazabilidad del proceso de programación, adquisición, resguardo y dispensación de los fármacos, en coordinación con las otras áreas del establecimiento que intervienen en el proceso de compra, recepción y distribución interna.

La Unidad de Abastecimiento es responsable de apoyar el proceso logístico asociado a la adquisición de los productos farmacéuticos.

## A.1\_6 Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.

El indicador calcula el porcentaje de reintegro al fisco correspondiente a los ingresos percibidos y devengados por concepto de licencias médicas por parte de ISAPRE.

ID CG-SRA 79		Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.			
PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria					
Objetivo del Indicador	Reintegrar al Fisco los montos que se encuentran en las cuentas corrientes de los establecimientos EAR, correspondientes a la recuperación de ingresos por concepto de licencias médicas ISAPRE.				
Responsable de gestión	Subdirección Administrativa del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	Trazadora 1: (Recaudación de ingresos propios subtítulo 08-01-002-002 a diciembre/Devengo de ingresos propios subtítulo 08-01-002-002 a octubre) x 100 Trazadora 2: (Monto devengado de reintegro al fisco, subtítulo 25-99-001 a diciembre 2026/Recaudación de ingresos propios subtítulo 08-01-002-002 a octubre 2026) x 100 Cada trazadora tiene una ponderación de 50% del resultado total del indicador				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Meta 1: 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación. Meta 2: 100% del devengo del subtítulo 25-99-001 a diciembre.				
Exclusiones	Exclusiones: CRS Maipú CRS Cordillera				
Fuente Numerador	SIGFE		Fuente Denominador	SIGFE	

Tabla de sensibilidad

Trazadora 1		Trazadora 2	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ 85,0%	4 puntos	= 100,0%	4 puntos
≥ 81,7%	3 puntos	≥ 93,4%	3 puntos
≥ 78,4%	2 puntos	≥ 86,8%	2 puntos
≥ 75,0%	1 punto	≥ 80,0%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**SIGFE Ingreso:** Módulo del Sistema de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) destinado al registro de todos los ingresos percibidos durante un período determinado. Incluye, entre otros, los ingresos por concepto de pagos de licencias médicas efectuados por las ISAPRE.

**SIGFE Gasto:** Módulo del Sistema de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) donde se registran los hechos económicos asociados al gasto público, incluyendo el devengo de licencias médicas en los establecimientos asistenciales. Ambas bases de datos —SIGFE Ingreso y SIGFE Gasto— son utilizadas para analizar el comportamiento del ciclo completo de las licencias médicas: su devengo, el proceso de cobro a las ISAPRE y el correspondiente reintegro de dichos fondos al fisco.

## Consideraciones Técnicas

Adicionalmente, se deberá remitir el reporte de los saldos de las cuentas corrientes del establecimiento. Dicho informe deberá ser elaborado conforme a las instrucciones contenidas en la Circular N°04/2025 de la Dirección de Presupuestos, titulada “Informe de origen y destino de saldos de cuentas corrientes”, y deberá considerar la información extraída de la cartola bancaria SIGFE correspondiente al día 15 de cada uno de los meses previamente señalados, salvo que dicha fecha sea modificada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) o por FONASA.

Los informes deberán ser enviados al jefe de Finanzas del Servicio de Salud, quien será el responsable de remitirlos a la División de Presupuesto de la SRA, al correo electrónico [gestionpresupuestaria@minsal.cl](mailto:gestionpresupuestaria@minsal.cl), a más tardar el día 30 de cada mes. La omisión en el envío de esta información implicará una penalización de un punto en el indicador correspondiente.

## A.1\_7 Cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.

Este indicador mide el promedio de los valores unitarios comprados de las horas médicas a través de la modalidad de compra de servicios. Esto para identificar que cumplen con la banda de precios formalizada mediante las Resoluciones Exentas N°1.072; 1.073; 1.074; 1.075; 1.076 y 1.077 todas del 30 de diciembre de 2025 por macrozona, a fin de dar cumplimiento a la glosa presupuestaria N°2, letra f) de la partida 16 de la Ley de Presupuesto 2026.

ID CG-SRA 65	Cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.				
<b>PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Dar cumplimiento a la glosa presupuestaria N°2, letra f) de la partida 16 de la Ley 21.722 de Presupuesto 2026.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p><b>Fórmulas trazadoras</b>            Trazadora 1: Promedio ponderado de los valores unitarios de médico general realizados/ Valor máximo.            Trazadora 2: Promedio ponderado de los valores unitarios de los especialistas realizados/ Valor máximo.            Trazadora 3: Promedio ponderado de los valores unitarios de los especialistas falentes y/o especialistas que se desempeñan en Unidades de paciente crítico y UEH/ Valor máximo.            Trazadora 4: Promedio ponderado de los valores unitarios de médicos generales que se desempeñan en Unidades de paciente crítico y UEH / Valor máximo.            Por cada trazadora, si cumple la meta se asignará puntaje máximo (4 puntos), de lo contrario no se asignará puntaje (0 puntos).</p> <p><b>Fórmula final indicador</b>            El puntaje final del indicador se obtendrá sumando el puntaje obtenido de cada trazadora por su respectivo ponderado.  <math>(\text{Puntaje T1} \times 0.25) + (\text{Puntaje T2} \times 0.25) + (\text{Puntaje T3} \times 0.25) + (\text{Puntaje T4} \times 0.25)</math>            En caso que una trazadora no aplique, se distribuirá el porcentaje entre las restantes trazadoras.            En el punto 4.3.4 Metodología de Cálculo, de este instrumento se explica el cálculo del indicador.</p>				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Índice	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Meta</b>	≤ 1				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL		<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento por trazadora*	Puntaje
≤ 1	4 puntos

\*Se asignará puntaje solo para aquellas trazadoras que den como resultado igual o inferior a 1. De lo contrario, no se asignará puntaje para aquellos que no cumplan con este objetivo.

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Promedio ponderado de los valores unitarios de médico general realizados:** Refleja un promedio ponderado del costo unitario real asociado a la contratación de médicos generales.

**Promedio ponderado de los valores unitarios de los especialistas realizados:** Refleja un promedio ponderado del costo unitario real asociado a la contratación de médicos Especialistas

**Promedio ponderado de los valores unitarios de los especialistas falentes y/o especialistas que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico y UEH:** Refleja un promedio ponderado del costo unitario real asociado a la contratación de especialistas falentes y/o especialistas que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico y UEH.

**Promedio ponderado de los valores unitarios de médico general que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico y UEH:** Refleja un promedio ponderado del costo unitario real asociado a la contratación de Médico general que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico y UEH.

**Valor máximo:** Monto estipulado las Resoluciones Exentas N°1.072; 1.073; 1.074; 1.075; 1.076 y 1.077 todas del 30 de diciembre de 2025, emitidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que fijan las bandas de precios para la contratación de servicios profesionales médicos. Este valor corresponde al límite superior permitido para el pago por hora profesional, definido según tipo de prestación, especialidad y macrozona.

## Consideraciones Técnicas

En base a las Resoluciones Exentas N°1.072; 1.073; 1.074; 1.075; 1.076 y 1.077 todas del 30 de diciembre de 2025, donde se fijan las Bandas de Precios por Macrozona según corresponda, se realiza la medición del indicador.

- Por cada trazadora se asignara puntaje al cumplir la meta de acuerdo con la tabla de sensibilidad.
- El puntaje final del indicador se obtendrá sumando el puntaje obtenido de cada trazadora por su respectivo ponderado.
- Respecto a la evaluación estas se realizarán en base a las trazadoras que le aplique, según si realiza o no compra. En caso que una trazadora no aplique, se distribuirá el porcentaje entre las restantes trazadoras.

Para la entrega de esta información el establecimiento debe informar de manera trimestral los montos de las compras realizadas, mediante una planilla que será remitida por la División de Presupuesto. Asimismo, se solicitarán que se realicen auditorías desde los Servicios de Salud para que los EAR den cumplimiento a esta banda ya que como menciona la glosa el no cumplimiento tiene sanciones administrativas.

### A.3\_1.2 Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores

Este indicador evidencia el número de días de estada consumidos en exceso, sobre el punto de corte establecido en aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la establecida en la norma de estancias.

La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días de estada para cada GRD en la norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.

Incluye los egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización.

ID CG-SRA 70	Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores			
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia				
Objetivo del Indicador	Mejorar la eficiencia en el uso de recurso cama en los Establecimientos de la Red Asistencial.			
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento			
Fórmula de Cálculo	$(\text{Exceso de estancias outliers superiores periodo año T} - \text{exceso de estancias outliers superiores periodo T-1}) / \text{Exceso de estancias outliers superiores periodo año T-1}) \times 100$			
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo
Número de Decimales	Entero sin decimales		Polaridad	Los valores bajos son buenos
Meta	Para aquellos EAR con línea base > 5%: se solicita una disminución de 5% en el número de exceso de estancias asociados a outliers superiores, respecto a la línea de base Para aquellos EAR con línea base ≤ 5%: se solicita una disminución de 2% en el número de exceso de estancias asociados a outliers superiores, respecto a la línea de base			
Exclusiones	Pacientes cuya especialidad médica es psiquiatría, judicializados CIE10 Z65.3. problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia niño, procedimiento de amparo, juicio o litigio)			
Fuente Numerador	GRD - ALCOR	Fuente Denominador	GRD - ALCOR	

Tabla de sensibilidad

LB > 5% Reducción del 5%		LB ≤ 5% Reducción del 2%	
Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Puntaje
-5,0%	4 puntos	-2,0%	4 puntos
-4,0%	3 puntos	-1,5%	3 puntos
-3,0%	2 puntos	-1,0%	2 puntos
-2,0%	1 punto	-0,5%	1 punto

## Requisito: Valorización del VEEOS (definido por la División de Presupuesto - MINSAL).

El referente del sistema de costos de cada hospital debe enviar la planilla de valorización predeterminada por el equipo de costos Minsal, trimestralmente al correo [sistemadecostos@minsal.cl](mailto:sistemadecostos@minsal.cl). El equipo de costos Minsal informará el cumplimiento de su envío a los referentes del indicador.

### Definición de Términos

**GRD:** Grupos relacionados por diagnóstico.

**Exceso de días de estancia:** Corresponde a la suma del número de días que permanecen los casos con estancias prolongadas (outliers superiores) por sobre el punto de corte superior de la norma.

**Egresos Outliers superiores:** egresos sobre el punto de corte superior de estancia.

**Gasto total (directos e indirectos)** de los centros de costos pertenecientes al grupo de Hospitalización

### Consideraciones Técnicas

Se excluyen pacientes:

- Casos cuya especialidad médica es Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).
- Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).
- Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo a aquellos establecimientos que cuenten con  $\geq 95\%$  egresos hospitalarios con codificación GRD.
- Adicionalmente se solicita a los establecimientos monitorear en forma local el porcentaje de Outliers superiores de forma mensual.

Se realiza descarga GRD-ALCOR, con filtros por establecimiento, de los OS. Planilla emitida por unidad GRD - MINSAL desde el depto. de Análisis e información para la gestión, el cual es derivado a RT de gestión hospitalaria para su revisión.

### A.3\_1.8 Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.

El indicador mide la ejecución del plan de mantenimiento y apunta a mejorar los niveles de cumplimiento de los estándares de calidad, en lo referido a la gestión de dispositivos electro-médicos, vehículos y equipos industriales. Su medición contribuye a conservar y asegurar el correcto funcionamiento, además del uso eficiente de los recursos para la compra de servicios de mantenimiento.

ID CG-SRA 61	Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.				
INVERSIONES   Departamento de Planificación y Coordinación					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p><b>Trazadora 1 (20%):</b> (Número de mantenciones preventivas de equipos médicos realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenciones preventivas de equipos médicos programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p><b>Trazadora 2 (20%):</b> (Número de mantenciones preventivas de infraestructura realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenciones preventivas de infraestructura programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p><b>Trazadora 3 (20%):</b> (Número de mantenciones preventivas de ambulancias realizadas en el periodo de evaluación/ Número total de mantenciones preventivas de ambulancias programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p><b>Trazadora 4 (20%):</b> (Número de mantenciones preventivas de equipos industriales realizadas en el periodo de evaluación/ Número total de mantenciones preventivas de equipos industriales programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p><b>Trazadora 5 (20%):</b> (Gasto ejecutado en SIGFE del plan de mantenimiento preventivo en relación con las sub-asignaciones señaladas* / Gasto programado de mantenimiento preventivo informado en la Resolución Exenta de presupuesto) x 100.</p>				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	≥90% de cumplimiento de la ejecución del Plan de mantención preventiva de equipos médicos, industriales, infraestructura y ambulancias. Para la ejecución del gasto respecto al presupuesto asignado la meta será entre 90% y 120%.				
<b>Exclusiones</b>	Equipos que durante la ejecución del plan de mantenimiento sean dados de baja o se encuentren en reparación por un periodo de tiempo prolongado.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL		<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Trazadora 1, 2, 3 y 4		Trazadora 5	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ 90%	4 puntos	≤ 120%	4 puntos
≥ 87%	3 puntos	≤ 90%	3 puntos
≥ 85%	2 puntos	≤ 85%	2 puntos
≥ 80%	1 punto	≤ 83%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Dispositivos electro médicos** definidos en Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud”, como “críticos”, y “relevantes”.

**Vehículos:** ambulancias para el uso de traslado de pacientes.

**Equipos industriales:** necesario para el correcto funcionamiento de los servicios, sistemas y subsistemas de los establecimientos de salud.

## Consideraciones Técnicas

El indicador se evalúa en 5 trazadoras

Estos componente están de acuerdo con lo planificado por el establecimiento y según la normativa del Decreto N°290.

Se solicita como verificables los siguientes documentos:

Archivo con catastro actualizado y planificación de todo el equipamiento médico, equipos industriales y ambulancias. Para el caso de infraestructura, sólo la planificación de mantenimiento. Lo anterior, con la ejecución actualizada al corte.

Resolución exenta del Servicio de Salud o del Establecimiento, que distribuye los recursos financieros para la ejecución plan de mantenimiento preventivo del año en curso para equipos médicos, infraestructura, equipos industriales y ambulancias, de cada uno de sus establecimientos.

Los formatos a utilizar son los enviados desde la referencia técnica MINSAL. La División de Inversiones realizará durante el año visitas de manera presencial y aleatoria para revisar las tareas de mantenimiento y cumplimiento de las planificaciones; el establecimiento deberá disponer de respaldos medidos en este indicador.

### A.3\_1.9 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.

El presente indicador busca evaluar y mejorar la gestión logística de los medicamentos mediante la realización de inventarios, con la finalidad de reducir las pérdidas generadas por mermas en los procesos de almacenamiento y distribución al interior de los establecimientos de la red asistencial.

ID CG-SRA 74	<b>Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la gestión logística en la cadena de suministros de las unidades de abastecimiento y farmacia mediante la realización de inventarios semestrales, con la finalidad de reducir las pérdidas generadas por mermas en los procesos de almacenamiento y distribución al interior de los establecimientos de la red asistencial.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Administrativa				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Valorizado de medicamentos mermados / Total inventario de medicamentos valorizados) x 100				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Meta</b>	≤ 0,75%				
<b>Exclusiones</b>	Sera informado vía referencia MINSAL				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Fuente Denominador</b>	<b>LOCAL</b>		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤ 0,75%	4 puntos
≤ 1,0 %	3 puntos
≤ 1,2%	2 puntos
≤ 1,5%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Medicamentos Mermados:** son aquellos productos farmacéuticos que han sufrido una pérdida parcial o totalmente su valor terapéutico; cantidad o funcionalidad durante su almacenamiento, transporte, manipulación o dispensación.

Esta merma puede deberse a factores como:

- Caducidad o vencimiento.
- Deterioro físico o químico (por exposición a luz, humedad, temperatura inadecuada).
- Daños en el empaque que comprometan su integridad. -Pérdidas por errores de inventario o robo.
- Devoluciones de parte de los servicios clínicos que hacen el producto no apto para su reutilización.
- Sobre stock no utilizable dentro del período de validez.

Estos medicamentos, aunque alguna vez fueron aptos para su uso, ya no cumplen con los estándares de calidad, seguridad o eficacia requeridos para su administración a pacientes. **Medicamentos Valorizados:** corresponde al conjunto de medicamentos almacenados en un establecimiento de salud, cuyo valor económico ha sido calculado en función de su cantidad y precio unitario. Este stock representa el valor monetario total de las existencias disponibles en un momento determinado.

## Consideraciones Técnicas

Debido a que la medición de la gestión logística de medicamentos se basa en la pérdida de unidades sobre el inventario valorizado, se requiere el envío de un informe con el inventario valorizado de los medicamentos (productos farmacéuticos) al último día hábil del mes de monitoreo.

1er informe de monitoreo: Debe contener la información considerando como corte el 30 de junio, y debe ser enviado a más tardar el 31 de julio.

2do informe de monitoreo: Debe contener la información considerando como corte el 31 de diciembre, y debe ser enviado a más tardar el 31 de enero.

La referencia técnica de Farmacia de MINSAL enviará un listado de productos que no deberán ser considerados en la merma, debido a que los establecimientos de salud están obligados a tenerlos disponibles, pese a tener una nula rotación.

Los reportes de monitoreo deberán efectuarse de acuerdo con el formato disponibilizado por la referencia técnica de farmacia MINSAL. Deberá reflejar el stock de los productos disponibles en todos los lugares donde éstos se almacenen, ya sea, bodega central (abastecimiento) o bodega de farmacia, y/o en otros puntos dentro del Establecimiento.

El reporte debe ser firmado por el director del Establecimiento.

### A.3\_2 Compras vía trato directo.

Este indicador mide el porcentaje de los montos de compra de los tratos directos por sobre el total de órdenes de compra emitidas del establecimiento.

Se requiere incentivar a los establecimientos de la red asistencial a aproximarse ya sea disminuyendo o manteniendo, según corresponda, a un porcentaje cercano a la mediana del año 2025, tomando como referencia los montos totales emitidos en órdenes de compra bajo esta modalidad.

ID CG-SRA 64	Compras vía trato directo.				
PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incentivar a los establecimientos a aproximarse ya sea disminuyendo o manteniendo, según corresponda, a un porcentaje cercano a la mediana del año 2025, tomando como referencia los montos totales de las ordenes compras en estado aceptada y con recepción conforme, montos netos y en moneda CLP.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Administrativa del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Monto total vía trato directo / Monto total de ordenes de compras) x 100				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Meta</b>	100% de la meta establecida de acuerdo con LB LB ≥ 40% (Meta disminuir 15p.p.) 40% > LB ≥ 25% (Meta disminuir 10p.p.) 25% > LB > resultado de la mediana 2025 (Meta disminuir 5 p.p.) LB ≤ resultado de la mediana 2025 (Meta disminuir o mantener)				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	Datos Abiertos - Ordenes y Licitaciones		<b>Fuente Denominador</b>	Datos Abiertos - Ordenes y Licitaciones	

Tabla de sensibilidad

LB ≥ 40%		40% > LB ≥ 25%		25% > LB > Mediana 2025		LB ≤ Mediana 2025	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ 15 p.p	4 puntos	≥ 10 p.p	4 puntos	≥ 5 p.p.	4 puntos	≤ LB	4 puntos
≥ 10 p.p	3 puntos	≥ 7 p.p	3 puntos	≥ 3 p.p.	3 puntos	≥ 2 p.p	2 puntos
≥ 6 p.p	2 puntos	≥ 4 p.p	2 puntos	≥ 1 p.p.	2 puntos		
≥ 1 p.p	1 punto	≥ 1 p.p	1 punto	≥ 0 p.p.	1 punto		

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Trato directo:** El trato directo es una modalidad de contratación excepcional que permite a los organismos del Estado adquirir bienes o servicios directamente de un proveedor, sin realizar una licitación pública ni privada. Es decir, se negocia directamente con un proveedor específico, sin competencia de otros oferentes.

**Órdenes de compra:** Es un documento formal emitido por un organismo público para solicitar oficialmente la adquisición de bienes o servicios a un proveedor.

**Línea base:** Corresponde a los resultados porcentuales obtenidos por el establecimiento asociado a los montos totales vía trato directo durante el año 2025.

**Órdenes de compra en estado aceptada:** Son aquellos documentos formales en el cual el proveedor ha confirmado que acepta las condiciones de la orden y se compromete a cumplir con la entrega del bien o servicio en los plazos y términos establecidos.

**Órdenes de compra con recepción conforme:** Son aquellos documentos formales en el cual se señala que el organismo público (comprador) ya recibió los bienes o servicios solicitados y verificó que están correctos y completos, según lo estipulado en la orden.

**Datos abiertos Dirección de compras públicas:** son un conjunto de información pública, sobre todas las compras y contrataciones que realiza el Estado de Chile a través del sistema de Mercado Público.

**Estudio de mercado:** es un análisis que permite conocer la oferta disponible de bienes o servicios en el mercado, sus características, precios, proveedores y condiciones comerciales, para así tomar decisiones de compra informadas.

**Licitación:** es mecanismo de contratación abierta mediante la cual los organismos del Estado invitan a todos los proveedores interesados a presentar ofertas para suministrar bienes, servicios u obras.

**Cotizaciones:** Una cotización es un documento o propuesta que un proveedor entrega a un comprador para ofrecer un producto o servicio con sus respectivos precios, condiciones de entrega, formas de pago, y otros detalles relevantes.

## Consideraciones Técnicas

Todos los establecimientos deberán presentar un informe trimestral, el cual contemple un análisis de las causales específicas de acuerdo con lo que establece el Artículo 8 del Reglamento de Compras Públicas que justifica el Trato Directo, junto con una explicación del contexto a través, de la descripción de la necesidad y por qué no se pudo optar por licitación u otra modalidad, además informe deberá considerar un estudio breve de mercado que demuestre que no hay alternativas viables, finalmente como anexo se debe incorporar en el informe cotizaciones previas, consultas a otros proveedores.

La elaboración del indicador de trato debe considerar las ordenes de compras en estado aceptada y órdenes de compra con recepción conforme.

Para el cumplimiento de este indicador, los establecimientos de la red asistencial deberán disminuir puntos porcentuales de acuerdo con su línea base, este último corresponde a los resultados obtenidos en el año 2025. La mediana 2025 será entrega durante el 1er trimestre 2026.

### A.4\_1.3 Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas

Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas, no médicas de especialidad, en la modalidad presencial y telemedicina, respecto a la totalidad de horas institucionales; consultas nuevas y altas de especialidades odontológicas; procedimientos de imagenología oral y maxilofacial; y consultas odontológicas de telemedicina.

ID CG-SRA 139	<b>Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar los procesos de gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de la totalidad de las horas de los profesionales Médicos, Odontólogos y No Médicos contratados por el Servicio de Salud para satisfacer la demanda asistencial.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p><b>Fórmulas trazadoras</b></p> <p><b>Trazadora 1:</b> Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades médicas:  <math display="block">\left[ \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas de especialidad realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas de especialidad programadas}} \times 0.6 \right) + \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de Cx Mayores realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Cx Mayores programadas}} \times 0.15 \right) + \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios programadas}} \times 0.1 \right) + \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de Cx Menores realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Cx menores programadas}} \times 0.05 \right) + \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos programados}} \times 0.05 \right) + \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas de HD realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas de HD programados}} \times 0.05 \right) \right] \times 100</math></p> <p><b>Trazadora 2:</b> Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades de profesionales no médicos:  <math display="block">\left( \frac{\text{Producción de profesionales-tipo no médicos realizados}}{\text{Producción de profesionales-tipo no médicos Programados}} \right) \times 100</math></p> <p><b>Trazadora 3:</b> Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades odontológicas.  <math display="block">\left[ \left( \frac{\text{Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas ejecutadas}}{\text{Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas}} \times 0,40 \right) + \left( \frac{\text{Total de altas de especialidades odontológicas ejecutadas}}{\text{Total de altas de especialidades odontológicas programadas}} \times 0,45 \right) + \left( \frac{\text{Total de procedimientos imagenológicos ejecutadas}}{\text{Total de procedimientos imagenológicos programadas}} \times 0,09 \right) + \left( \frac{\text{Total de consultas odontológicas de telemedicina ejecutadas}}{\text{Total de consultas odontológicas de telemedicina programadas}} \times 0,06 \right) \right] \times 100</math></p> <p><b>Fórmula cálculo final</b></p> $(\text{Trazadora 1} * 0,7) + (\text{Trazadora 2} * 0,13) + (\text{Trazadora 3} * 0,17)$ <p><b>*Se enviará anexo con detalle de cálculos internos</b></p>				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	≥ 95% de cumplimiento de la programación.				
<b>Exclusiones</b>	No hay				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>LOCAL</b>		<b>Fuente Denominador</b>	<b>REM</b>	

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95%	4 puntos
≥ 90%	3 puntos
≥ 85%	2 puntos
≥ 80%	1 punto

## Requisito Componentes de la programación

### Componente 1 (37,5%)

- (N° de especialidades que cumplen entre 95 y 110 %) / (N° de especialidad con producción) [37,5%]

### Componente 2 (25%)

- Número de establecimientos con programación y programación/ número de establecimientos programables [6,25%]
- Número de establecimientos que envían plan y avance de cumplimiento de plan de mejora solicitado a establecimientos definidos /número de estos definidos [6,25%]
- Número de resoluciones de comité de programación/ número de resoluciones de comité de programación solicitadas (Servicios + establecimientos) [6,25%]
- Encuesta de programación/ número de establecimientos que deben responder [6,25%]

### Componente 3 (37,5%)

- (N° actividades médicas y no médicas programadas) / (N° de actividades médicas y no médicas con producción) [37,5%]

*Para cumplir con el requisito debe obtenerse un cumplimiento mayor o igual a 75%*

## Definición de Términos

**Alta de tratamiento de la especialidad:** corresponde al acto clínico y administrativo que se realiza cuando la persona ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico respecto del episodio de enfermedad o requerimiento clínico que originó la derivación al nivel de especialidad ambulatoria y es retornado al establecimiento de atención primaria de origen u otro establecimiento donde requiera continuar sus cuidados. Este hito debe ir acompañado con un documento de contrarreferencia. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que la persona requiera.

## Consideraciones Técnicas

Este indicador se aplica a establecimientos con programación validada por MINSAL y el Comité de Programación del Servicio de Salud, realizada con anticipación al año de aplicación. Incluye ajustes en las reprogramaciones, que deben justificarse dentro de los plazos establecidos por DIGERA.

En caso de pérdida de consultas por bloqueos de agenda debido a contingencias epidemiológicas o sanitarias, los establecimientos pueden presentar un informe de gestión con cifras detalladas del periodo afectado, alineado con las condiciones sanitarias y geográficas correspondientes. Sin subvención entre especialidades ni entre establecimientos. Para la medición del porcentaje de cumplimiento de la programación, sólo se considera la producción hasta el cumplimiento del 100% de lo solicitado al corte, por especialidad. Se excluyen de esta regla las trazadoras de consultas nuevas y las altas de especialidad odontológica, para las cuales se considera el total del cumplimiento obtenido.

Cálculo mensual, en función de los días hábiles, según SS. Se miden todas las estrategias de atención ambulatoria: Presencial + telemedicina.

Se miden trazadoras en procesos de atención abierta, cerrada, quirúrgico, hospitalización domiciliaria, procedimientos, apoyo diagnóstico terapéutico y Urgencia. Establecimientos que no cuentan con alguno de los componentes, el o los que existen absorben el total de la ponderación.

Las especialidades o profesiones no programadas, pero que cuenten con producción, serán incorporadas para el cálculo del indicador. Para aquellas actividades administrativas que sobrepasen las definiciones de las orientaciones técnicas, podrán ser solicitadas las resoluciones respectivas. Serán descontado en su totalidad los feriados legales, días administrativos y días de capacitación efectivos tomados.

Respecto de la programación de especialidades médicas y programación de profesionales no médicos:

- Se contarán las especialidades, procesos, profesiones y tipo en el denominador.
- El segundo componente podría incorporar profesionales no médicos en caso de que el procedimiento pueda ser realizado por ambos profesionales.

Para el cálculo del cumplimiento del requisito será considerada la siguiente fórmula:

Porcentaje de cumplimiento requisito =  $(N^{\circ} \text{ de especialidades que cumplen entre } 95 \text{ y } 110 \%) / (N^{\circ} \text{ de especialidad con producción}) * 0.15 + (N^{\circ} \text{ de requerimientos } (*) \text{ entregados por establecimiento en tiempo y forma}) / (N^{\circ} \text{ de requerimientos solicitados por establecimientos al corte}) * 0.1 + (N^{\circ} \text{ actividades médicas y no médicas programadas}) / (N^{\circ} \text{ de actividades médicas y no médicas con producción}) * 0.15$

(\*) Requerimiento: Pueden ser documentos como: Protocolos, bases de información, resoluciones, ordinarios, informes de implementaciones u otros.

Se sugiere revisar la siguiente bibliografía disponible en página web MINSAL:

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2026. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en Atenciones Ambulatorias de especialidad, 2020. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Conjunto mínimo de datos en el envío de Interconsultas SIDRA. Ministerio de Salud. Tecnologías de Información y Comunicaciones.

### B.1\_1.1 Unidades funcionales que cumplen con el Índice de rotación de camas.

El Índice de Rotación de Camas (IRC) es un indicador de gestión hospitalaria que mide el número promedio de pacientes egresados por cada cama disponible en un período determinado, reflejando el nivel de utilización y la eficiencia en el uso del recurso cama.

ID CG-SRA 28	Unidades funcionales que cumplen con el Índice de rotación de camas.				
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Optimizar el uso eficiente de las camas en los hospitales de la red.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de unidades funcionales que cumplen con el índice de rotación de camas establecida} / \text{Total de unidades funcionales}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	85% de las unidades funcionales cumplan el índice de rotación de camas establecida				
Exclusiones	En consideración técnica se define el listado de unidades funcionales incluidas en la medición				
Fuente Numerador	REM 20		Fuente Denominador	REM 20	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 85%	4 puntos
≥ 80%	3 puntos
≥ 75%	2 puntos
≥ 70%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Índice de rotación o giro de camas:** mide el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado. Manual Censo Diario 2014.

Un índice de rotación más alto indica que una cama es utilizada por un mayor número de pacientes en el período analizado, lo que sugiere una mayor eficiencia operativa, siempre que se mantengan estándares adecuados de calidad y seguridad de la atención.

## Consideraciones Técnicas

Tipo de cama: básico, medios, UTI, UCI. Según promedio de camas disponibles informadas (Esto puede diferir de la dotación por cambios según es necesario, ejemplo Campaña invierno).

Complejidad: alta, mediana (de acuerdo con DEIS)

Tipo de usuario: Adulto/ pediátrico

Unidades funcionales consideradas en la medición:

- 401 - Área Médica Adulto Cuidados Básicos
- 402 - Área Médica Adulto Cuidados Medios
- 403 - Área Médico-Quirúrgico Cuidados Básicos
- 404 - Área Médico-Quirúrgico Cuidados Medios
- 405 - Área Cuidados Intensivos Adultos
- 406 - Área Cuidados Intermedios Adultos
- 410 - Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Medios
- 411 - Área Cuidados Intensivos Pediátricos
- 412 - Área Cuidados Intermedios Pediátricos
- 407 - Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos
- 408 - Área Médica Pediátrica Cuidados Medios
- 409 - Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Básicos

Para calcular la rotación:  $(N^{\circ} \text{ Egresos} + \text{Traslados}) / \text{promedio días camas disponibles}$

La tabla con el índice de rotación por tipo de cama y complejidad se comparte en anexo por la referencia técnica.

Para obtener el numerador se debe sumar el número de egresos + traslados de las áreas asimilables, por ejemplo: camas básicas adulto 401 y 403.

Para obtener el denominador se debe sumar el promedio días camas disponibles de ambas áreas funcionales.

Descarga datos REM, sobre los índices de rotación los cuales dependiendo de la complejidad del establecimiento y del tipo de cama, se define si cumplen o no con el índice de rotación definido para esa cama. El cual debe ser revisado por RT de control de gestión para validación de la meta.

## B.2\_3 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.

Este indicador mide la disminución y/o mantención del índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa, de acuerdo con las metas de reducción del ausentismo definido tanto para cada Servicio de Salud como para cada EAR.

ID CG-SRA	Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.				
5	DIGEDEP   Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral				
Objetivo del Indicador	Disminuir el índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa, considerando la implementación de acciones de prevención y abordaje del ausentismo en los Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados (EAR)				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	(Índice Ausentismo Laboral LMC año 2026) - (Índice Ausentismo Laboral LMC año 2025)				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Índice	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	Cumplir el 100% de la meta respecto IA 2025 19 días: Disminuir o mantener. >19 y ≤ 23 días: disminuir ≥ 1,0 días >23 y ≤ 27 días: disminuir ≥ 2,0 días >27: disminuir ≥ 3,0 o más días				
Exclusiones	No tiene				
Fuente Numerador	QLIKVIEW	Fuente Denominador	QLIKVIEW		

Tabla de sensibilidad

IA 2025 ≤ 19 días		19 días < IA 2025 ≤ 23 días Disminuir 1,0 días		23 días < IA 2025 ≤ 27 días Disminuir 2,0 días		IA 2025 > 27 días Disminuir 3,0 días	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
Disminuir o mantener	4 puntos	≥ 1,0 días	4 puntos	≥ 2,0 días	4 puntos	≥ 3,0 días	4 puntos
Aumenta ≥ 0,3 días	3 puntos	≥ 0,7 días	3 puntos	≥ 1,7 días	3 puntos	≥ 2,5 días	3 puntos
Aumenta ≥ 0,6 días	2 puntos	≥ 0,5 días	2 puntos	≥ 1,3 días	2 puntos	≥ 2,0 días	2 puntos
Aumenta ≥ 1 días	1 punto	≥ 0,0 días	1 punto	≥ 0,0 días	1 punto	≥ 0,0 días	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Dotación efectiva:** Promedio trimestral de funcionarios titulares y a contrata, incluyendo funcionarios con calidad de suplentes en cargos titulares vacantes, funcionarios que se encuentran en comisión de servicio y funcionarios que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.

**Enfoque Biopsicosocial:** Modelo general que plantea que los factores biológicos, sociales y psicológicos (incluye pensamientos, emociones y conductas), juegan un papel importante en el funcionamiento humano, y, por tanto, en la comprensión del continuo salud-enfermedad.

**Índice de ausentismo laboral:** Corresponde a la relación entre los días de ausencia por licencia médica curativa de los funcionarios (dotación efectiva, suplencias y remplazos) y la dotación de estos, según la fecha de corte.

**Licencia médica curativa:** Reposo por enfermedad o accidente común y prórroga de medicina preventiva (Licencias Tipo 1 y 2). Se abreviará LMC.

**Personal suplente:** Corresponde a aquel asignado a un cargo que, por cualquier circunstancia, no es desempeñado por su titular durante un lapso no inferior a 15 días, siempre y cuando: El cargo no se encuentre vacante. El suplente no posea la titularidad de otro cargo en la institución.

**Personal de reemplazo:** Personal contratado para reemplazar a funcionarias/os a contrata que se encuentran imposibilitados para desempeñar sus cargos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 10º de la Ley de Presupuesto vigente. El personal suplente y de reemplazo deberán ajustarse a las causales de suplencia y remplazos definidas por DIPRES.

**Perspectiva de género:** “Los derechos humanos y la igualdad de género son elementos fundamentales para el desarrollo económico y social de los países”. Por dicha razón, se hace cada vez más necesario fomentar la inclusión de estos enfoques en acciones transversales en todos los niveles y campos de actuación. El enfoque de género “refiere a observar, analizar y promover transformaciones respecto de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad”. Con la incorporación de esta perspectiva surge la necesidad de considerar el contexto del trabajo desde la justicia y equidad, para diseñar, implementar y evaluar intervenciones sin discriminación por razón de género y, promover la igualdad de oportunidades, fortaleciendo las capacidades y competencias de las mujeres, hombres y diversidades sexo genéricas en su conjunto. En tanto, integrar la perspectiva de género (o mainstreaming) permitirá evaluar las diferentes implicancias que tiene para las mujeres, hombres y las personas con diversas identidades de género, las acciones planificadas en todos los ámbitos y a todos los niveles.

## Consideraciones Técnicas

La meta 2026 se construye en base al Índice de Ausentismo 2025:

1. Con un IA de 19 o menos días, se debe disminuir o mantener el índice observado.
2. Con un IA mayor a 19 y menor o igual a 23 días, se debe disminuir 1,0 o más días.
3. Con un IA mayor a 23 días y menor o igual a 27 días, se debe disminuir 2,0 o más días.
4. Con un IA mayor a 27 días, se debe disminuir 3,0 o más días.

Considerar los siguientes documentos técnicos para el abordaje del ausentismo:

Ord. N°78 del 13.01.25 “Guía Práctica para el abordaje del ausentismo laboral por LMC en los Servicios de Salud”

Ord. N°3353 del 31.12.24 “Envía orientaciones para la aplicación del Artículo 151 de la Ley 18.834”

Ord. N°10149 del 25.05.25 remite “Criterios de Exclusión sugerido para la priorización de funcionarias y funcionarios con licencia médica superior a 180 días en el marco del Abordaje del Ausentismo Laboral”.

### B.3\_1.6 Eficiencia Clínica de la Unidad Dental

Mide la proporción de horas en que un sillón odontológico es efectivamente utilizado en atención clínica directa al(la) usuario(a) en comparación con la totalidad de horas de disponibilidad física semanal del sillón, estandarizada en 44 horas para garantizar uniformidad y comparabilidad entre establecimientos. Este indicador permite cuantificar el uso real de la capacidad instalada, reflejando de manera explícita tanto la actividad clínica efectivamente realizada como las horas que permanecen sin uso debido a inasistencia de pacientes, interrupciones operativas, brechas organizacionales o deficiencias en la gestión de la agenda. Constituye un indicador de eficiencia operativa que refleja el grado en que la capacidad instalada es utilizada para la actividad clínica, permitiendo identificar brechas de uso, variabilidad en la gestión y oportunidades de mejora en la organización de la oferta asistencial odontológica.

ID CG-SRA 154	Eficiencia Clínica de la Unidad Dental			
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la eficiencia operativa de las unidades dentales, incrementando el uso efectivo del sillón odontológico en la atención clínica directa en los establecimientos de salud.			
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\left( \frac{\text{Total de horas ejecutadas en consultas nuevas de especialidades odontológicas} + \text{Total de horas ejecutadas en controles de especialidades odontológicas} + \text{Total de horas ejecutadas en consultas nuevas de operatoria} + \text{Total de horas ejecutadas en controles de operatoria} + \text{Total de horas ejecutadas en consultas de urgencia GES y No GES}}{\text{Total unidades dentales en dotación} \times 44 \times \text{Número de semanas a evaluar}} \right) \times 100$			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	≥ 75% de eficiencia de las unidades dentales			
<b>Exclusiones</b>	Unidades dentales de la dotación de la Unidad de Emergencia Hospitalaria y de la Unidad de Atención de funcionarios. En esta última, siempre que las unidades dentales no formen parte de la dotación del servicio de odontología.			
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	Dato local con validación de nivel central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 75%	4 puntos
≥ 65%	3 puntos
≥ 55%	2 puntos
≥ 45%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Número de unidades dentales en dotación:** Es la cantidad de unidades dentales asignados al establecimiento por la autoridad sanitaria competente, instalados y dispuestos para realizar una atención odontológica (informados por resolución) y que funcionan regularmente. El número de unidades dentales en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales.

**Número de semanas a evaluar:** corresponde al total de días hábiles por período dividido en 5 días.

**Consulta nueva de 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.

**Control de especialidad:** corresponde a las atenciones posteriores a la consulta nueva, que cada persona requiere para dar solución al problema de salud o resolver su requerimiento clínico por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento post alta.

**Consulta de Urgencia GES:** corresponde a la atención no programada, realizada a la persona que acude de manera espontánea y que requiere un tratamiento inmediato por alguna de las patologías incorporadas en el GES Urgencia Odontológica Ambulatoria.

**Consulta de urgencia No GES:** corresponde a la atención no programada, realizada a la persona que acude de manera espontánea y que requiere atención por un problema de salud oral y/o patología NO incorporada en el GES Urgencia Odontológica Ambulatoria.

**Consulta nueva de Operatoria de alta complejidad:** corresponde a la primera atención en la que se realiza un conjunto de actividades o procedimientos odontológicos básicos que tienen por objetivo devolver funcionalidad a la cavidad bucal. Aplica sólo en usuarios(as) en un contexto intrahospitalario como tratamiento complementario a la atención médico-quirúrgico como por ejemplo en el inicio de tratamientos oncológicos, prequirúrgico para patologías traumatológicas, pre-trasplante, atención de usuarios(as) bajo control psiquiátrico o usuarios(as) inmunodeprimidos. Excluye la operatoria requerida como preparación previa para el inicio de tratamientos de especialidades odontológicas ya que, en estos casos, dichas actividades deben ser ejecutadas en atención primaria de acuerdo con lo establecido en los Protocolos de Referencia y contrarreferencia.

**Control de Operatoria de alta complejidad:** corresponde a las atenciones posteriores a la consulta nueva de operatoria, que cada persona requiere para dar solución al problema de salud o resolver el requerimiento clínico por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento post alta.

## Consideraciones Técnicas

**Disponibilidad física del sillón odontológico:** El total de horas semanales disponibles de las unidades dentales habilitadas corresponde a la disponibilidad física del sillón odontológico. Para efectos del indicador, dicha disponibilidad se define en 44 horas semanales, entendidas como el mínimo estándar de operación clínica que debe ofrecer una unidad dental habilitada. Si bien los sillones podrían estar disponibles por un número mayor de horas, la estandarización en 44 horas permite asegurar comparabilidad entre establecimientos y medir la eficiencia sobre una base homogénea y alineada con la capacidad instalada mínima esperada.

**Definición de horas ejecutadas:** Las horas ejecutadas consideradas en el numerador corresponden exclusivamente a actividad clínica directa con el(la) usuario(a) en sillón, derivadas de las prestaciones de consultas nuevas, controles por especialidad, consultas nuevas y controles de operatoria y consultas de urgencia, según los tiempos estándar definidos en la Orientación Técnica de Planificación y Programación en Red vigente.

**Fuente formal de la producción clínica:** Las horas ejecutadas contempladas en el numerador deben derivar exclusivamente de la producción clínica registrada en los REM, serie A, secciones A e I.

**Consolidación y envío de información por parte del Servicio de Salud:**

- Cada establecimiento deberá reportar al(la) coordinador(a) odontológico(a) del Servicio de Salud, a través del conducto definido localmente, el número de unidades dentales en dotación y habilitadas. El/la coordinador(a) deberá consolidar esta información por establecimiento y coordinarse con los equipos clínicos y directivos en caso de requerir antecedentes sobre causas de inhabilitación y gestiones realizadas para abordar nodos críticos.
- El/la coordinador(a) odontológico(a) deberá consolidar la información y remitirla mediante ordinario y al correo odontologico.digera@minsal.cl, a más tardar el día 15 del mes siguiente de terminado el semestre, utilizando el formato de tabla que se entregará vía correo de electrónico. Además, se deberá informar si existen unidades dentales en dotación que sean de uso exclusivo para atención de urgencias o para atención de funcionarios especificando la dependencia de dichas unidades.
- Reporte de nodos críticos: se considerarán como nodos críticos aquellos asociados a laboratorio, brechas de recursos humanos o fallas en equipos y/o equipamientos, siempre que cuenten con respaldo documental de las gestiones realizadas para su abordaje. La información deberá remitirse mediante un informe breve en formato PDF al correo odontologico.digera@minsal.cl, a más tardar el día 15 del mes siguiente al término del semestre correspondiente.
- El informe deberá incorporar, al menos, los siguientes antecedentes:
  - Fecha de detección del nodo crítico.
  - Notificación formal a la dirección del establecimiento.
  - Respuesta emitida por la dirección del establecimiento.
  - Plan de acción comprometido para el año en curso.
  - Producción asistencial afectada (señalar especialidad).
  - Funciones y actividades desarrolladas por los(as) profesionales impactados(as).”

Ámbito clínico de aplicación: El indicador se aplica únicamente a sillones odontológicos que forman parte de la dotación del servicio o unidad de odontología. Se excluyen las unidades dentales adscritas a la Unidad de Emergencia Hospitalaria y a la Unidad de Atención de Funcionarios cuando no integren la dotación formal del servicio de odontología.

### B.3\_1.7 Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.

Este indicador mide el cumplimiento de la disminución del índice de estancia media ajustada en GRDs médicos-quirúrgicos

Este índice compara la estancia media (EM) observada con la estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF)

ID CG-SRA	Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.				
80	DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia				
Objetivo del Indicador	Disminuir el índice de estancia media ajustada en GRDs médico - quirúrgicos con IEMA > 1.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$((\text{IEMA GRD especialidad periodo t} - \text{IEMA GRD médico periodo t-1}) / (\text{IEMA GRD especialidad periodo t-1})) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Anual
Número de Decimales	2 Decimal Truncado			Polaridad	Los valores bajos son buenos
Meta	Para los GRD > 1 Disminuir $\geq 10,0\%$ el IEMA del GRDs seleccionado Para los GRD < 1 Disminuir $\geq 3,0\%$ el IEMA del GRDs seleccionado				
Exclusiones	Especialidades con menos de 50 casos.				
Fuente Numerador	GRD - ALCOR	Fuente Denominador	GRD - ALCOR		

Tabla de sensibilidad

GRD > 1 Disminuir 10,0%		GRD < 1 Disminuir 3,0%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
$\geq - 10,0\%$	4 puntos	$\geq - 3,0\%$	4 puntos
$\geq - 7,0\%$	3 puntos	$\geq - 2,0\%$	3 puntos
$\geq - 5,0\%$	2 puntos	$\geq - 1,0\%$	2 puntos
$\geq 0,0\%$	1 punto	$\geq 0,0\%$	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**IEMA:** mide la estancia promedio observada en un hospital en comparación con la estancia esperada, ajustada por la complejidad de los casos GRD.

**EM:** Estancia media.

## Consideraciones Técnicas

De la selección del GRDs.

Los establecimientos deberán seleccionar 1 GRD de Especialidad a trabajar durante el año 2026.

El GRD a seleccionar debe ser abordable desde la gestión clínica, con al menos 50 egresos anuales y tener un impacto en la gestión hospitalaria del establecimiento.

Para la selección del GRD cada establecimiento deberá:

1. Realizar un análisis en base al comportamiento observado de la casuística 2025, según GRD y especialidad.

2. Seleccionar:

- 1 GRDs de especialidad con IEMA  $>1^*$

-  $*En$  el caso de que el establecimiento no posea GRDs con IEMA  $> 1$ , deberá seleccionar GRDs con IEMA 1, contribuyendo a aumentar la eficiencia en la gestión de estancias. Este índice compara la estancia media (EM) observada con la Estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF)\*, si el funcionamiento por GRD se encuentra dentro de los estándares.

Para el tratamiento de los datos, se realiza descarga GRD-ALCOR, con filtros por establecimiento de los GRD. La planilla es emitida por unidad GRD - MINSAL desde el Depto. de Análisis e Información para la Gestión, el cual es derivado a RT de Gestión Hospitalaria para su revisión y aprobación.

### B.3\_1.9 Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera

Este indicador se enfoca en aumentar la cantidad de intervenciones quirúrgicas mayores electivas que egresan de lista de espera por causal 1, "Atención Realizada" con fuente reporte SIGTE de lista de espera cerrada. tras la programación en tabla quirúrgica, incluyendo las condicionales.

La Producción quirúrgica mayores electivas debe estar destinada a la resolución de lista de espera GES y No GES, donde se espera que la No GES tenga una representación de un porcentaje mayor del 50%, considerando que las GES están alrededor del 30%, favoreciendo que las personas usuarias resuelvan su requerimiento quirúrgico en un tiempo oportuno, dentro de los procesos electivos establecidos lo que se reflejará en una reducción de los tiempos de espera.

ID CG-SRA 67	Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera			
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Maximizar la producción quirúrgica destinada a la resolución de la lista de espera, asegurando que el porcentaje de egresos de cirugías mayores en el periodo, alcance niveles óptimos en relación con el total de cirugías mayores electivas.			
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del establecimiento			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Fórmulas:</b> (Total de egresos de cirugías mayores electivas registrados en SIGTE mediante causal N° 1 en el periodo / Total de cirugías mayores electivas realizadas registradas en REM) x 100 <b>Fórmula principal</b> ((% de Producción al Corte t - % de Producción t-1) / (% de meta))			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			<b>Polaridad</b>
<b>Meta</b>	LB	Meta		
	$X \leq 30,0\%$	$\geq 10,0\%$		
	$[30,0\% \leq X < 35,0\%]$	$\geq 8,0\%$		
	$[35,0\% \leq X < 40,0\%]$	$\geq 6,0\%$		
	$[40,0\% \leq X < 45,0\%]$	$\geq 4,0\%$		
	$[45,0\% \leq X < 50,0\%]$	$\geq 2,0\%$		
	$X < 50,0\%$	$\geq 0,0\%$ (*)		
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de baja complejidad y bajo DFL 36			
<b>Fuente Numerador</b>	<b>SIGTE</b>	<b>Fuente Denominador</b>	<b>REM</b>	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$X \geq 100,0\%$	4 puntos
$85,0\% \geq X < 100,0\%$	3 puntos
$70,0\% \geq X < 85,0\%$	2 puntos
$50,0\% \geq X < 70,0\%$	1 punto

## Requisito: Cumplimiento del envío de los informes del Plan de productividad quirúrgica

Informes trimestrales enviados vía correo electrónico a referentes del Departamento de Red de Urgencia y Atención Cerrada ([maria.ribes@minsal.cl](mailto:maria.ribes@minsal.cl) y [patricia.acevedo@minsal.cl](mailto:patricia.acevedo@minsal.cl)) por la Referencia técnica del Servicio de Salud.

### Fechas de envío

- 1er trimestre: a más tardar el 30 de mayo 2026.
- 2do trimestre: a más tardar el 31 de agosto 2026.
- 3er trimestre: a más tardar el 30 de noviembre 2026.
- 4to trimestre: a más tardar durante la 1era semana de febrero 2027.

### Definición de Términos

**Cirugía Mayor Electiva:** 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.

**Producción quirúrgica de cirugías mayores electivas:** Corresponde al número total de cirugías mayores electivas (ambulatorias y no ambulatorias) realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).

### Consideraciones Técnicas

Egresados por causal 1 (SIGTE) en cirugía mayor establecidas por maestro de prestaciones SIGTE vigente.

Los Servicios de Salud y establecimientos deben respetar los calendarios de tributación de información para cada instrumento de tributación oficial (SIGTE y REM).

En 100% de los casos egresados por causal 1 deben poseer el protocolo operatorio. La causal 1 no posee discriminación con las IQ realizadas en urgencia, por tal motivo estas van en su favor de indicador.

Para el numerador el MV es: Nómina de Lista de Espera cerrada disponibilidad en carpeta compartida nacional de LE de IQ mayor por causal 1.

Para el denominador el Medio de Verificación es:

REM BS 2026 Sección M.

El Servicio de Salud no debe emitir ningún insumo, considerando que nivel central las extraerá de los medios oficiales antes mencionados, los Servicios de Salud y establecimientos deben asegurar trabajar en calidad y oportunidad establecida en dichas fuentes.

### B.3\_2 Rendimiento de quirófanos

El indicador mide la eficiencia en la realización de cirugías mayores electivas, considerando la capacidad instalada de los quirófanos. Su objetivo es optimizar la gestión de recursos y mejorar la respuesta a la demanda quirúrgica. La fórmula de cálculo refleja la cantidad promedio de cirugías realizadas por quirófano al día, permitiendo evaluar el rendimiento del sistema hospitalario en función de su dotación y disponibilidad operativa.

ID CG-SRA 68	Rendimiento de quirófanos				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la cantidad de cirugías mayores electivas realizadas por quirófano según la capacidad instalada, buscando una gestión más eficiente de los recursos y una mayor satisfacción de la demanda quirúrgica.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{Total de cirugías mayores electivas realizadas} / \text{Número de días hábiles del período} * \text{Número de quirófanos electivos e indiferenciados en dotación}) * 100$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Número	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	$\geq 4,1$				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de baja complejidad y establecimientos bajo DFL 36*. (En asterisco debe ir: Los Institutos y Hospitales de Alta Complejidad con Redes Quirúrgicas Complejas serán evaluados con meta diferenciada informada en anexo.)				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>		Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 4,1$	4 puntos
$\geq 4,0$	3 puntos
$\geq 3,9$	2 puntos
$\geq 3,7$	1 punto

## Requisito: Cumplimiento del envío de los informes del Plan de productividad quirúrgica

Informes trimestrales enviados vía correo electrónico a referentes del Departamento de Red de Urgencia y Atención Cerrada ([maria.ribes@minsal.cl](mailto:maria.ribes@minsal.cl) y [patricia.acevedo@minsal.cl](mailto:patricia.acevedo@minsal.cl)) por la Referencia técnica del Servicio de Salud.

Fechas de envío

- 1er trimestre: a más tardar el 30 de mayo 2026.
- 2do trimestre: a más tardar el 31 de agosto 2026.
- 3er trimestre: a más tardar el 30 de noviembre 2026.
- 4to trimestre: a más tardar durante la 1era semana de febrero 2027.

### Definición de Términos

**Cirugía Mayor Electiva:** 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.

**Quirófanos Cirugía Electiva:** Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles, al menos 8 horas.

**Quirófanos Indiferenciados:** Son aquellos que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diurna de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias.

Están presentes en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos, lo que les permite hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos con funcionamiento de actividad indiferenciada, denominados quirófanos indiferenciados.

**Rendimiento de los quirófanos electivos e indiferenciados en dotación:** N° de cirugías mayores electivas realizadas por día hábil en los quirófanos electivos e indiferenciados en dotación.

**Producción quirúrgica de cirugías mayores electivas:** Corresponde al número total de cirugías mayores electivas (ambulatorias y no ambulatorias) realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).

### Consideraciones Técnicas

La fórmula de cálculo refleja la cantidad promedio de cirugías realizadas por quirófano al día, permitiendo evaluar el rendimiento del sistema hospitalario en función de su dotación y disponibilidad operativa.

Para los Hospitales de baja complejidad; los Institutos y hospitales de alta complejidad con redes quirúrgicas complejas la meta será diferenciada e informada en anexo.

La información REM será entregada por el referente DIGERA del Departamento de Análisis e Información para la Gestión a referente DIGERA del Departamento de Red de Urgencia y Atención Cerrada.

Entrega de información y monitoreo: Planilla de datos REM, de acuerdo con calendario REM 2026.

### B.3\_2.1 Ocupación de quirófanos

La ocupación de quirófanos refleja el uso de los quirófanos electivos y facilita su gestión. Se reflejan en este indicador, la gestión y actividad de las unidades pre quirúrgicas y la planificación y programación de la tabla quirúrgica, líneas estratégicas del plan de productividad quirúrgica.

ID CG-SRA 69	Ocupación de quirófanos				
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Aumentar la ocupación de quirófanos electivos e indiferenciados en dotación.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	(Horas de ocupación de quirófanos en trabajo en horario hábil / (Número de días hábiles * total de horas disponibles (8) * quirófanos de dotación)) x 100 Quirófanos de dotación: cirugía electiva e indiferenciados				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los valores altos son buenos
Meta	≥ 85%				
Exclusiones	Establecimientos de baja complejidad y DFL 36.				
Fuente Numerador	REM	Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central		

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 85%	4 puntos
≥ 80%	3 puntos
≥ 70%	2 puntos
≥ 60%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Quirófanos Cirugía Electiva:** Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles, al menos 8 horas.

**Quirófanos Indiferenciados:** Son aquellos que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias. Están presentes en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y lo que les permite hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.

## Consideraciones Técnicas

La ocupación se mide en los quirófanos electivos de los hospitales de alta y mediana complejidad, ya que son los que programan tabla quirúrgica electiva. La ocupación de quirófanos se mide en horario hábil.

La información REM será entregada por el referente DIGERA del Departamento de Análisis e Información para la Gestión a referente DIGERA del Departamento de Red de Urgencia y Atención Cerrada.

Entrega de información y monitoreo: Planilla de datos REM, de acuerdo con calendario REM 2026.

### B.3\_2.2 Ocupación de los Quirófanos de Cirugía Menor

Este indicador tiene por objetivo fortalecer la gestión operativa de los quirófanos de cirugía menor, promoviendo su uso eficiente, continuo y planificado durante el horario hábil. Busca aumentar el porcentaje de ocupación de la capacidad instalada, favoreciendo la resolución oportuna de las cirugías menores programadas y la optimización del uso de los recursos físicos y humanos disponibles en la red asistencial.

ID CG-SRA 140	Ocupación de los Quirófanos de Cirugía Menor				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar la ocupación de los quirófanos de cirugía menor en horario hábil, fortaleciendo su gestión operativa mediante una programación eficiente, continua y planificada con el fin de aumentar el uso de la capacidad instalada, mejorar el uso de los recursos disponibles y asegurar la resolución oportuna de las cirugías menores.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	((horas ocupadas de quirófanos de cirugía menor en horario hábil) / (N° de quirófanos de cirugía menor en dotación × N° de días hábiles del periodo × 8)) × 100				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal truncado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	≥ 60% de ocupación de los quirófanos de cirugía menor en horario hábil				
<b>Exclusiones</b>	Establecimientos de baja complejidad. Establecimientos de mediana y alta complejidad que no cuenten con quirófanos de cirugía menor.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM		<b>Fuente Denominador</b>	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 60%	4 puntos
≥ 50%	3 puntos
≥ 40%	2 puntos
≥ 35%	1 punto

## Requisito: Plan de trabajo orientado a aumentar la ocupación de los quirófanos de cirugía menor.

El cumplimiento del requisito se evaluará mediante la entrega y ejecución del plan de trabajo para aumentar la ocupación de los quirófanos de cirugía menor.

La evaluación de este requisito será de carácter dicotómico. En consecuencia, la no entrega de cualquiera de los documentos solicitados implicará un 0% de cumplimiento en este ítem.

El Plan debe considerar lo siguiente:

Entrega del Plan de Trabajo: El establecimiento deberá elaborar y presentar un plan de trabajo orientado a aumentar la ocupación de los quirófanos de cirugía menor. Dicho plan deberá incorporar actividades destinadas a la implementación de los lineamientos establecidos en las “Orientaciones Técnicas para fortalecer el proceso quirúrgico de las cirugías menores”, remitidas mediante el Oficio N° 16.875, con fecha 13 de agosto de 2025, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El plan de trabajo deberá contemplar al menos dos actividades por mes, las cuales deberán estar debidamente definidas y calendarizadas.

El plazo máximo para la entrega del plan de trabajo será el 18 de marzo de 2026. El formato correspondiente será enviado durante el mes de enero de 2026 por la referencia técnica.

El documento deberá ser remitido vía correo electrónico por el encargado correspondiente a la referencia técnica del respectivo Servicio de Salud, para su posterior envío al Ministerio de Salud.

Además, en el mismo plazo de entrega del Plan, se solicita el envío de la cartera de prestaciones que se realizan en los quirófanos de cirugía menor según formato enviado por MINSAL.

Asimismo, el establecimiento deberá remitir informes de avance trimestrales del plan de trabajo, los cuales deberán ser enviados antes de finalizar el último día hábil de los meses de mayo, agosto y noviembre, dando cuenta del grado de cumplimiento de las actividades comprometidas para cada periodo.

La evaluación de este requisito será de carácter dicotómico. En consecuencia, la no entrega de cualquiera de los documentos solicitados implicará un 0% de cumplimiento en este ítem.

Los formatos serán remitidos por la Referencia Técnica del indicador.

## Definición de Términos

**Quirófanos de cirugía menor en dotación:** corresponde a la cantidad de quirófanos con autorización sanitaria, instalados y dispuestos para realizar cirugías menores. Este número no es modificable por fluctuaciones temporales. Los quirófanos de cirugía menor pueden estar ubicados en distintas dependencias, como, por ejemplo, en un pabellón exclusivo de cirugía menor, dentro de los Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud (CEAAS) adosados a servicios clínicos de especialidades médicas u odontológicas, o insertos en el pabellón de cirugía mayor.

Horarios de funcionamiento de los quirófanos de cirugía menor

**Horario hábil:** corresponde a la jornada diaria de trabajo de al menos 8 horas. Para efectos del registro, se considera de lunes a jueves entre las 8:00 y las 17:00 horas, y los viernes entre las 8:00 y las 16:00 horas. **Horario inhábil de lunes a viernes:** corresponde a la jornada de trabajo posterior al término del horario hábil.

Para efectos del registro, comienza de lunes a jueves a las 17:00 horas y finaliza a las 8:00 horas del día siguiente. El viernes inicia a las 16:00 y concluye a las 8:00 horas del sábado. Sábado, domingo y festivos: corresponde a la jornada de trabajo durante fines de semana y días festivos. Para efectos del registro, este horario comienza a las 8:00 horas del sábado y se extiende durante todo el domingo y los días festivos.

## Consideraciones Técnicas

El indicador considerará la evaluación de todos los quirófanos de cirugía menor del establecimiento, independientemente de la ubicación física en la que estos se encuentren.

Para efectos de la evaluación, se considerará el horario hábil completo, el cual corresponde a una jornada diaria de trabajo de al menos 8 horas. Para fines de registro y medición, el horario hábil se definirá de lunes a jueves entre las 8:00 y las 17:00 horas, y los días viernes entre las 8:00 y las 16:00 horas.

El numerador del indicador corresponderá a la extracción de la información registrada en el REM A21, sección H. El denominador se calculará a partir de la multiplicación del número total de quirófanos de cirugía menor en dotación, por el número de días hábiles del período evaluado, y por las 8 horas diarias disponibles.

En este contexto, los establecimientos deberán diseñar e implementar estrategias que permitan una ocupación óptima del horario hábil, en concordancia con la capacidad instalada y los lineamientos técnicos vigentes.

## B.4\_1.2 Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.

Este indicador mide el porcentaje de personas atendidas en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) dentro del tiempo óptimo de 6 horas, desde el inicio de la atención médica hasta la disposición final (alta médica, hospitalización, derivación o fallecimiento). El objetivo es evaluar la eficiencia de los servicios de urgencia, asegurando que la mayoría de los pacientes reciban atención dentro del tiempo estipulado. Esto incluye considerar factores como los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, la disponibilidad de camas hospitalarias, y la gestión de interconsultas y derivaciones.

ID CG-SRA 75	<b>Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la Unidad de Emergencia Hospitalaria.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\left( \frac{\text{Número de pacientes con estadía } \leq 6 \text{ horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo}}{\text{Total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo}} \right) \times 100$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	≥ 90%				
<b>Exclusiones</b>	Urgencia Gineco-Obstétrica				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>LOCAL</b>		<b>Fuente Denominador</b>	<b>REM</b>	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 90,0%	4 puntos
≥ 83,3%	3 puntos
≥ 76,7%	2 puntos
≥ 70,0%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Estándar de atención:** El límite máximo de tiempo para completar el proceso de atención de urgencias es de 6 horas. Se contabiliza el tiempo transcurrido desde el inicio de la atención médica hasta que la persona usuaria recibe una indicación para su disposición final.

Disposición final, se consideran las opciones de alta médica, la hospitalización en cama de dotación, hospitalización domiciliaria, la derivación a otro centro asistencial o el fallecimiento

**Hito de tiempo 1:** Es la primera acción objetivable por parte del equipo Médico, esto es hipótesis diagnóstica, indicación de exámenes o tratamiento, etc.

**Hito de tiempo 2:** Es el cierre del DAU, se debe utilizar el hito: “Indicación de Alta Médica”, en cualquiera de sus formas.

## Consideraciones Técnicas

Para medir el indicador, se incluyen en el numerador las personas atendidas dentro de las 6 horas. El tiempo de atención se cuenta desde el inicio de la atención médica hasta que la persona usuaria recibe una disposición final.

La fecha y hora de inicio de la atención médica deben ser precisas. Desde el nivel central se solicita un verificable, como una hipótesis diagnóstica o un examen de apoyo diagnóstico, para confirmar que la atención ocurrió. Sin embargo, la fecha y hora de inicio consideradas para el cálculo son las registradas por el servicio de urgencias, ya que el verificable solo confirma que la atención ocurrió, pero no reemplaza el registro oficial.

Los pacientes que no completen el proceso serán evaluados en indicador de abandono y no deben considerarse en este indicador (alta administrativa, fuga, entre otras causales).

El numerador se obtiene de un reporte que debe emitir la Unidad de emergencia del establecimiento, tomando como fuente el Dato de Atención de Urgencia. (B.4\_1.2), mientras que el denominador es fuente REM, total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo.

### B.4\_1.4 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas

Mide el porcentaje de cirugías mayores electivas que son suspendidas por diversas causas, ya sean administrativas, logísticas u otras. Su análisis es crucial para identificar áreas de mejora en la programación quirúrgica, la gestión de recursos y la coordinación entre unidades involucradas, contribuyendo así a optimizar el uso de los quirófanos reduciendo dichas suspensiones por cualquier causa.

ID CG-SRA 30	Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Minimizar la suspensión de cirugías mayores electivas a través de una gestión eficiente de la programación de tabla quirúrgica y medidas preventivas específicas para la optimización de procesos logísticos y administrativos.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de cirugías mayores electivas suspendidas / Número de cirugías mayores electivas programadas en horario hábil) x 100				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Meta</b>	≤ 6,5% de suspensión				
<b>Exclusiones</b>	Establecimientos de baja complejidad y DFL 36.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM		<b>Fuente Denominador</b>	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤ 6,5%	4 puntos
≤ 7,0%	3 puntos
≤ 8,0%	2 puntos
≤ 10,0%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Cirugía Mayor Electiva:** 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 Mayor Ambulatoria (CMA) Electiva:** corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo con diagnóstico y condición clínica de la persona puede ser electiva ambulatoria. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y es considerada ambulatoria, cuando la admisión, la intervención quirúrgica, la recuperación y el alta del paciente ocurren, en menos de 24 horas. El periodo de observación posoperatorio debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación, una vez pasado el tiempo de recuperación anestésica, el paciente vuelve a su domicilio.

**Paciente condicional:** Es aquel que se programa más allá de las 8 horas de la tabla programada y queda en condición de suplencia frente a una probable suspensión de paciente o a la disponibilidad de quirófanos. No se debe contar con más de un 10,0% de pacientes condicionales en la programación del establecimiento. No se deben incluir pacientes que se vean afectados por el ayuno (diabetes), preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (persona mayor, ruralidad, dependiente de cuidados), menos de 2 años, ni aquellos que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.

**Paciente agregado:** Aquel paciente que no es programado en tabla quirúrgica, ni es condicional, y que dada su condición clínica requiere ser intervenido utilizando un quirófano de cirugía mayor siempre bajo la autorización de la jefatura de pabellón. Paciente condicional intervenido: Aquel paciente incluido en tabla quirúrgica como condicional y que fue intervenido en un quirófano de cirugía mayor. Bloque quirúrgico: Corresponde a un módulo dinámico, en el que se asigna a una determinada especialidad, un periodo de tiempo del uso del quirófano de cirugía mayor, según la demanda quirúrgica del establecimiento. La asignación a las distintas especialidades debe resultar de la evaluación mensual de indicadores de eficiencia en el uso de los quirófanos, el volumen de pacientes GES y la LE de pacientes no GES, entre otros. Su asignación es responsabilidad del encargado del subproceso de tabla quirúrgica.

## Consideraciones Técnicas

Se considera solo cirugías electivas en horario hábil, ya que la suspensión se mide en el total de lo programado. Se realiza monitoreo mensual de acuerdo a Calendario REM.

Finalizado el año se envían los datos REM por parte del referente del Departamento de Análisis e Información para la Gestión a referente DIGERA del Departamento de Red de Urgencia y Atención Cerrada para su derivación a las redes.

- Manera se entrega la información: Planilla de datos REM
- Cuando: De acuerdo a Calendario REM, enero 2027
- Cuantas veces al año: Se hará monitoreo mensual y se evaluará una vez al año.

## B.4\_1.6 Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico

Este indicador mide el tiempo que espera un paciente categorizado C2 o ESI2 para acceder a la primera atención médica en la Unidades de Emergencia Hospitalaria, desde su categorización hasta la primera atención médica.

El Acceso a atención medica debería ser en 30 minutos o menos desde er categorizado C2 o ESI 2. Lo anterior, de acuerdo con R.E. N°108/2018 “Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH” y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH.

ID CG-SRA 76	Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico			
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia				
Objetivo del Indicador	Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizado C2, que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar problemas críticos de salud.			
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento			
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número Total de Pacientes C2 que se atiende en 30 minutos o menos en Unidad de Emergencia} / \text{Número total de pacientes categorizados C2 en Unidad de Emergencia}) \times 100$			
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo
Número de Decimales	1 Decimal aproximado		Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	≥ 90% de los pacientes C2 atendidos en 30 minutos o menos en las unidades de emergencia			
Exclusiones	Urgencia Gineco-Obstétrica			
Fuente Numerador	LOCAL	Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 90,0%	4 puntos
≥ 85,0%	3 puntos
≥ 80,0%	2 puntos
≥ 75,0%	1 punto

## Requisito

No Tiene Requisito Definido.

## Definición de Términos

**Pacientes categorizados:** Este proceso se basa en un sistema estandarizado que clasifica a los pacientes en cinco categorías.

**C2 – o ESI 2 Urgencia:** Pacientes con condiciones graves que necesitan atención en un plazo máximo de 30 minutos.

## Consideraciones Técnicas

El Paciente categorizado C2, presenta una situación de riesgo vital real o potencial para la vida, con riesgo de sufrir secuelas graves o permanentes, debe recibir atención médica calificada lo antes posible, por lo que se debe mejorar la gestión clínica de urgencia, estableciendo flujos de atención de urgencia para disminuir los tiempos de esperas, entregando oportunidad de atención del paciente grave, para disminuir el riesgo de complicaciones, secuelas y muertes prevenibles de los pacientes C2.

La medición, registro y evaluación de los registros extraídos desde la ficha clínica o plataforma informática debe estar de acuerdo con R.E. N°108/2018 “Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH” y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH.

El numerador se obtiene de un reporte que deberá remitir el coordinador de la Red de Urgencia del Servicio de Salud, información que deberá ser cargada en las carpetas COMGES dispuestas en la Red MINSAL. Esta planilla deberá contener los siguientes campos obligatorios indicados en la Tabla 1:

Tabla 1 (B.4\_1.6)

Campos obligatorios del registro y reporte de atención de pacientes C2 y/o ESI2

- Columna1 : DAU
- Columna2 :NOMBRE
- Columna3 : RUT
- Columna4 : FECHA Y HORA CATEGORIZACIÓN
- Columna5 : FECHA Y HORA DE PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA
- Columna6 : TIEMPO = (COLUMNA 5 – COLUMNA 4)

También se debe completar el cuadro resumen en Excel obligatorio para el indicador de C2 atendidos antes de 30 minutos, (hoja B.4\_1.6 (2)), es un resumen con los valores y fórmula, por trimestre, el cual se debe subir a la carpeta COMGES, dispuestas en la Red MINSAL (todo indicador que no cumple con la meta Ministerial debe tener plan de mejora).

### C.3\_3 Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas

Evalúa el porcentaje de posibles y potenciales donantes notificados y pesquisados que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) y en las Unidades de Paciente Crítico (UPC), incluyendo las áreas de Cuidados Intensivos (UCI) y Cuidados Intermedios (UTI) tanto para pacientes adultos como pediátricos. Además, analiza el porcentaje de posibles/potenciales donantes descartados y contraindicados debido a factores relacionados con el soporte y la mantención.

<b>ID CG-SRA</b> 66	<b>Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas</b>				
<b>DIGERA   Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar la identificación, evaluación y gestión de posibles y potenciales donantes de órganos mediante una notificación efectiva y una pesquisa rigurosa, reduciendo descartes y contraindicaciones relacionados con el soporte y mantenimiento de éstos.				
<b>Responsable de gestión</b>	Subdirección Médica del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p><b>Trazadora 1</b> (Número de posibles y potenciales donantes (6 meses - 78 años) notificados y pesquisados en UEH y UPC (UCI y UTI, adultas y pediátricas), registrados en SIDOT / Total de egresos fallecidos por causa neurológica, en UEH y UPC (6 meses - 78 años), reportados en GRD) x 100</p> <p><b>Trazadora 2</b> (Número de descartes y contraindicaciones relacionados a soporte y mantención de posibles y potenciales donantes de órganos / Número de posibles y potenciales donantes de órganos notificados y pesquisados ingresados a SIDOT) x 100</p>				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			<b>Polaridad</b>	Trazadora 1: Los valores altos son buenos Trazadora 2: Los valores bajos son buenos
<b>Meta</b>	Trazadora 1: $\geq 90,0\%$ . Trazadora 2: $\leq 15,0\%$ ; o disminuir $\geq 20,0\%$ bajo la línea base				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>SIDOT</b>		<b>Fuente Denominador</b>	<b>GRD - ALCOR</b>	

Tabla de sensibilidad

Trazadora 1		Trazadora 2			
Meta estándar		Meta estándar		Reducción LB	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
$\geq 90,0\%$	4 puntos	$\leq 15,0\%$	4 puntos	$\geq 20,0\%$	4 puntos
$\geq 80,0\%$	3 puntos	$\leq 22,5\%$	3 puntos	$\geq 15,0\%$	3 puntos
$\geq 75,0\%$	2 puntos	$\leq 30,0\%$	2 puntos	$\geq 10,0\%$	2 puntos
$\geq 70,0\%$	1 punto	$\leq 37,5\%$	1 punto	$\geq 5,0\%$	1 punto

## Requisito

Sin Requisito Definido.

## Definición de Términos

**Possible donante en UEH Adulta y/o Pediátrica:** Es todo aquel paciente que haya presentado al ingreso o durante su estancia en el Servicio de Urgencia las siguientes características: Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 y daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

**Possible donante en UPC (UCI y/o UTI) Adulta y/o Pediátrica:** Es todo aquel paciente que al ingreso o durante su estancia en la Unidad de Paciente Crítico (UCI y/o UTI) presente diagnóstico con las siguientes características: Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 y daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

**Potencial donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica/muerte por criterio neurológico. La notificación y pesquisa con fines de donación multiorgánica y multitejidos, debe realizarse estando el paciente vivo o posterior a la certificación de muerte encefálica, estando aún con perfusión orgánica. No se podrán ingresar al Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT) pacientes post asistolia no recuperada. La notificación y pesquisa con fines de donación de tejidos, de un cuerpo inerte que se encuentre en Anatomía Patológica u otra unidad, debe ocurrir ante la factibilidad de extracción de tejidos con fines de implante en humanos. Tanto en Urgencia como en UPC, para el BSC C.3.3 se considerarán entre 6 meses y 78 años (\*).

(\*): Para este indicador 78 años se considera como: 78 años, 11 meses, 29 días.

**Coordinación Local de Procuramiento (CLP):** Corresponde a la unidad encargada de gestionar la obtención de órganos y tejidos para trasplantes en los centros asistenciales con capacidad generadora de donantes, pertenecientes a la red de salud pública, privada y de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública del país. Esta Coordinación deberá tener disponibilidad los 365 días del año, en un horario 24 horas/7 días a la semana (24/7). Su funcionamiento incluye el nivel intrahospitalario de la red y del territorio perteneciente al Servicio de Salud. Para mayores antecedentes, se recomienda revisar las Orientaciones Técnicas “Proceso de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos” vigente.

**Descartes de posibles donantes:** Clasificación que permite terminar el seguimiento de posibles donantes, antes de que sea certificada la muerte encefálica.

**Contraindicaciones de potenciales donantes:** Clasificación que permite terminar el seguimiento de potenciales donantes, después de que ha sido certificada la muerte encefálica. Si bien las causas de descarte y contraindicación son diversas, para este indicador se considerarán las relacionadas con soporte y mantención:

- **Paro cardiorrespiratorio (PCR):** Motivo de no donación cuando el posible donante presenta paro cardiorrespiratorio imposible de revertir. Se registra esta clasificación en cualquier fase del proceso de seguimiento.
- **Falla hemodinámica (HD):** Descompensación severa de uno o más parámetros hemodinámicos, refractarias a las medidas terapéuticas.
- **Falla multiorgánica (MO):** Situación clínica en la que se produce un deterioro progresivo de todos los órganos, lo que impide tener las condiciones para que sean procurados y trasplantados.
- **Imposibilidad de cuidados de mantención:** Imposibilidad de realizar una correcta mantención del posible donante debido a inexistencia de capacidad para dar soporte ventilatorio y hemodinámico.
- **Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV):** Corresponde a todos los posibles donantes, en que la familia solicita LTSV o el médico lo indica, antes de que se cumplan los criterios para informar la potencialidad de donación.
- **Proceso séptico no controlado:** Proceso infeccioso que representa un alto riesgo de transmisión de donante a receptor, secundario a una infección no controlada.
- **Imposibilidad de realizar certificación de muerte encefálica (ME):** Situación en que ya sea por razones clínicas propias de la condición del potencial donante o por dificultades técnicas y/o logísticas no puede ser certificada la ME, según marco legal regulatorio.

## Consideraciones Técnicas

Se considerará para las UEH todos los fallecidos por causa neurológica en el proceso de urgencia (reanimador, en proceso de atención de urgencia y en espera de cama de dotación).

- Los profesionales en potestad de los cargos de CLP deben tener dedicación exclusiva al programa.
- Toda notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes debe ser registrada por la CLP en el Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT). El plazo máximo para ello es 24 horas desde la detección del posible o potencial donante.
- La CLP es responsable del cierre de cada caso en el SIDOT y ficha clínica, el plazo máximo es 24 horas desde la resolución de éste.
- La CLP debe registrar diariamente, en la pestaña “Valoración diaria”, la evolución del posible/potencial donante en el SIDOT.
- Las CLP deben contar con un profesional del estamento médico perteneciente a la UPC, adulta o pediátrica, en cada hospital de la red, que ejerza labores como referente en términos de instalar la notificación, mantenimiento y soporte de posibles y potenciales donantes, como también en relación con la certificación de ME y su comunicación a familiares. La identidad del referente debe contar con resolución del hospital y ser comunicada a la CNPT del MINSAL. En caso de no haber informado la resolución o ante cambio de referente, la fecha límite para comunicarlo será el 30.06.2026.

Enviar, en forma semestral (con información acumulada a cada semestre), el Certificado de validación de notificación y pesquisa, Certificado de validación de descarte/contraindicación y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la CNPT.

Los certificados deben estar firmados por: CLP, Subdirector Médico o Referente en Control de Gestión Hospitalaria.

*Medio de Verificación y evaluación del indicador*

1. Referente MINSAL de GRD - ALCOR envía a Referente MINSAL de la CNPT el corte oficial del registro del total de fallecidos por causa neurológica país.
2. Referente Minsal CNPT realiza cruce de registros en SIDOT.
3. Revisión y análisis del cálculo de porcentajes por hospital.
4. Envío de retroalimentación a cada Coordinación Local de Procuramiento (CLP) de los Servicios de Salud.
5. Entrega de informe a Control de Gestión DIGERA.
6. Entrega de resultados, resolución de dudas y retroalimentación a las CLP y referentes de procuramiento y trasplante de los SS.

### C.4\_1.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.

Este indicador mide el nivel del cumplimiento GES en la red a la Ley GES, según los problemas de salud y sus garantías definidas en el decreto vigente (N°29/2025). El no cumplimiento es falta a la normativa vigente, por lo que la red debe usar todos los espacios de gestión posibles para su resolución.

ID CG-SRA 78	Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.				
DIGERA   Departamento GES y Redes Complejas					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Velar por el adecuado acceso y gestión para la entrega oportuna de las Garantías Explícitas en Salud.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{((\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}) \text{ en el año } t / (\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas}) \text{ en el año } t + \text{Garantías Retrasadas acumuladas})) \times 100$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Truncado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	100% de cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGGES		<b>Fuente Denominador</b>	SIGGES	

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 99,50%	4 puntos

## Requisito

Disminución de Garantías Retrasadas del año 2025 o anteriores en un 100%

## Definición de Términos

**GES:** Garantías Explícitas en Salud.

**GO:** Garantías de Oportunidad.

**Garantías Cumplidas:** En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.

**Garantías Exceptuadas:** podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.

**Garantías Incumplidas Atendidas:** es aquella 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, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

## Consideraciones Técnicas

El universo considera las garantías acumuladas del mes de enero al corte, en este caso de enero a diciembre, salvo las garantías retrasadas que considera el acumulado total (incluye años anteriores).

El monitoreo para la gestión es directo de la plataforma SIGGES, es diario con reportería actualizada, por lo que la oportunidad del registro impacta directo al cumplimiento de este indicador.

Es importante señalar que para lograr buen cumplimiento se deben gestionar las garantías de oportunidad desde su estado de vigencia, es decir, las que se encuentren dentro del plazo garantizado.

La medición se realiza mensualmente desde el nivel central. FONASA entrega la información a DIGERA cada mes, y esta es puesta a disposición de la red a través de carpetas compartidas.

En la evaluación final, se puede apelar casos retrasados por causas externas, las cuales se nombran a continuación:

- Falta de causal de excepción en la normativa de la SIS
- Falta de causal de cierre de garantía
- Errores del sistema SIGGES.
- Estas apelaciones serán revisadas por los referentes técnicos para su aceptación o rechazo.
- El universo considera las garantías acumuladas desde enero hasta el corte, excepto las garantías retrasadas, que incluyen acumulados de años anteriores.

Proceso:

- 1.FONASA envía a Referente Registro SIGGES de DIGERA el corte oficial de GO Retrasada, archivo excel (21 de cada mes, calendario definido por FONASA)
- 2.Ref.Registro SIGGES de DIGERA envía por mail (archivo excel) a Referente SIGGES de SS el corte oficial de GO retrasadas
- 3.Posterior a esto, FONASA envía BBDD de cumplimiento a Referente Registro SIGGES de DIGERA (archivo excel)
- 4.Ref. Registro SIGGES de DIGERA analiza y elabora archivo final con el cumplimiento GES que disponibiliza en carpetas compartidas a los Referente SIGGES de SS (se envía mail a la red con esta información)

### C.4\_1.5 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para CNE, sobre el percentil 75. De acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2025.

ID CG-SRA 81	Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad médica, con antigüedad sobre el percentil 75				
DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
Objetivo del Indicador	Disminuir los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para CNE médica sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2025} / \text{Número total de casos en la Lista de Espera para CNE médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2025}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95%	4 puntos
≥ 80%	3 puntos
≥ 70%	2 puntos
≥ 60%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Listas 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.

**SIGTE:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.

**Fecha de entrada:** Corresponde a la fecha de indicación de la atención, la que es realizada por el médico u otro profesional autorizado y que es documentada en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación será válida tanto para las indicaciones provenientes desde APS, como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio de Salud.

**Causal de egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.

**Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2026.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar. Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

Medio de Verificación: Registro SIGTE

Responsable de Medio de Verificación: Unidad de gestión de información DIGERA

Fecha de entrega de Medio de Verificación: Corte Oficial de SIGTE, último día del mes posterior al corte

Medio de envío de Medio de Verificación: BBDD compartida, publicación en Visor gestor.

El cumplimiento de este indicador considera las regularizaciones de registro posteriores a la elaboración de la línea de base, que cumplan con el criterio de antigüedad definido para cada Servicio de Salud, lo que no implicará una modificación de la Línea de Base, siendo la fecha límite el criterio guía.

### C.4\_1.6 Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para CNE odontológica sobre el percentil 75, de acuerdo a línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2025.

ID CG-SRA 82		Proporción de reducción de la lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75			
DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
Objetivo del Indicador	Disminuir los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.				
Responsable de gestión	Jefes de Servicios Clínicos del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$\left( \frac{\text{Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para CNE odontológica (excluyendo ortodoncia) sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2025} + \text{Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para CNE de ortodoncia sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2025}}{\text{Número total de casos en la Lista de Espera para CNE odontológica (excluyendo ortodoncia) sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2025} + \text{Número total de casos en la Lista de Espera para CNE ortodoncia sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2025}} \right) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95%	4 puntos
≥ 80%	3 puntos
≥ 70%	2 puntos
≥ 60%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Listas 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.

**SIGTE:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.

**Fecha de entrada:** Corresponde a la fecha de indicación de la atención, la que es realizada por el médico u otro profesional autorizado y que es documentada en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación será válida tanto para las indicaciones provenientes desde APS, como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio de Salud.

**Causal de egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.

**Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2026. La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE. El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión. Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar. Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

El medio de verificación es Registro SIGTE.

La fecha de entrega del Medio de Verificación va en concordancia con el Corte Oficial de SIGTE, que es el último día del mes posterior al corte.

La forma de envío del Medio de Verificación es a través de la Base de Datos compartida, el resumen de indicadores de Lista de Espera y la publicación de datos en Visor Gestor.

El responsable del Medio de Verificación es la Unidad de Gestión de Información DIGERA.

El cumplimiento de este indicador considera las regularizaciones de registro posteriores a la elaboración de la línea de base, que cumplan con el criterio de antigüedad definido para cada Servicio de Salud, lo que no implicará una modificación de la Línea de Base, siendo la fecha límite el criterio guía.

### C.4\_1.7 Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, sobre el percentil 75, de acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2025.

ID CG-SRA	Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75				
83	DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión				
Objetivo del Indicador	Disminuir los casos de mayor antigüedad en lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.				
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de casos disminuidos de Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina del universo definido}) / (\text{Número total de casos de Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina del universo definido}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95%	4 puntos
≥ 80%	3 puntos
≥ 70%	2 puntos
≥ 60%	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Listas 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.

**SIGTE:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.

**Fecha de entrada:** Corresponde a la fecha de indicación de la atención, la que es realizada por el/la médico/a u otro/a profesional autorizado/a y que es documentada en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación será válida tanto para las indicaciones provenientes desde APS, como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio de Salud.

**Causal de Egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.

**Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2026.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

El medio de verificación es Registro SIGTE.

La fecha de entrega del Medio de Verificación va en concordancia con el Corte Oficial de SIGTE, que es el último día del mes posterior al corte.

La forma de envío del Medio de Verificación es a través de la Base de Datos compartida, el resumen de indicadores de Lista de Espera y la publicación de datos en Visor Gestor.

El responsable del Medio de Verificación es la Unidad de Gestión de Información DIGERA

El cumplimiento de este indicador considera las regularizaciones de registro posteriores a la elaboración de la línea de base, que cumplan con el criterio de antigüedad definido para cada Servicio de Salud, lo que no implicará una modificación de la Línea de Base, siendo la fecha límite el criterio guía.

### C.4\_3.1 Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.

Este indicador mide el cumplimiento de las metas establecidas por especialidades médicas para las consultas nuevas, en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.

Se requiere fortalecer las acciones de gestión de la demanda y programación de la oferta asistencial, con el fin de incrementar el porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) en los establecimientos ambulatorios. Lo anterior implica optimizar los flujos de referencia, priorización clínica y uso de la agenda, asegurando la apertura oportuna de cupos para primeras atenciones. Estas medidas contribuirán al cumplimiento de las metas institucionales y a una atención más equitativa y oportuna en la red.

ID CG-SRA 12	<b>Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar el porcentaje de CNE en especialidades médicas.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de CNE, según meta para cada especialidad / Número total de especialidades que reportan producción) x 100				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	60,0% de las especialidades cumplen con el porcentaje establecido para CNE				
<b>Exclusiones</b>	Especialidades: Medicina Nuclear (Excluye Informes) e Imagenología				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>REM</b>		<b>Fuente Denominador</b>	<b>REM</b>	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 60%	4 puntos
≥ 50%	3 puntos
≥ 40%	2 puntos
≥ 35%	1 punto

## Requisito: El 60,0% de la CNE de cada especialidad debe estar dedicada a Lista de espera NO GES (Causales 1 y 17)

Formula de cálculo: La evaluación corresponde al número de especialidades que cumplen este porcentaje respecto del total de especialidades con producción de CNE, y la medición se realiza de forma mensual con el corte correspondiente.

Consideración:

- Numerador: Para la evaluación anual, se extraen los casos resueltos por especialidad de las causales 1 y 17 en enero del siguiente año desde SIGTE.
- Denominador: Para la evaluación anual, se extrae la producción REM por especialidad, realizando un corte en cada semestre, con la información en el mes de julio (Enero- Junio) y enero del siguiente año (Julio - Diciembre).

Para aquellas especialidades con menos de 6 meses de LE, se considera como cumplido el requisito.

Este requisito, requiere un cumplimiento igual o mayor al 70%.

## Definición de Términos

**Consulta Nueva de Especialidad:** Se define como la primera atención de especialidad realizada por el profesional que corresponda según normativa generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico. Como también en aquellos casos en que el(la) usuario(a) fue atendido(a) previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento y requiere una nueva atención por la misma necesidad sanitaria u otra pertinente a la especialidad.

## Consideraciones Técnicas

Grupos de exigencias de cumplimiento de CNE

<p><b>Grupo N°1:CNE ≥ 20,0%</b></p> <p>GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA MASTOLOGÍA MEDICINA DEL ADOLESCENTE MEDICINA DEL DEPORTE MEDICINA MATERNO INFANTIL MEDICINA PALIATIVA Y DE MANEJO DEL DOLOR MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD NEURORRADIOLOGÍA PSIQUIATRÍA ADULTO PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA</p>	<p><b>Grupo N°3:CNE ≥ 33,0%</b></p> <p>CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR) GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA MEDICINA FAMILIAR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NEONATOLOGÍA NEUROLOGÍA ADULTO NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA NUTRICIÓN CLÍNICA PEDIATRÍA</p>	<p><b>Grupo N°5:CNE ≥ 45,0%</b></p> <p>CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA) CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGÍA DIGESTIVA BAJA) DERMATOLOGÍA GENÉTICA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA</p>
<p><b>Grupo N°2:CNE ≥ 25,0%</b></p> <p>DIABETOLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA ADULTO ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL) INMUNOLOGÍA NEFROLOGÍA ADULTO NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA ONCOLOGÍA MÉDICA RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA REUMATOLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°4:CNE ≥ 40,0%</b></p> <p>CARDIOLOGÍA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA PEDIÁTRICA CIRUGÍA TÓRAX GASTROENTEROLOGÍA ADULTO GERIATRÍA MEDICINA INTERNA NEUROCIROLOGÍA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA UROLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°6:CNE ≥ 75,0%</b></p> <p>ANESTESIOLOGÍA</p>

Para la definición de la meta de cumplimiento del indicador de CNE en establecimientos ambulatorios de especialidades, se realizó un análisis detallado por especialidad, considerando variables como lista de

espera, oferta disponible, volumen de producción, caracterización de la demanda, entre otras. A partir de este análisis, se definieron metas diferenciadas, agrupadas según criterios específicos, como se muestra en la siguiente tabla adjunta como anexo.

Respecto de los monitoreos y evaluación anual: para el primer semestre, se considera el corte REM correspondiente al mes de julio, que incluye los datos desde enero a junio. En la evaluación anual, se incorporan además los datos del segundo semestre, cuya extracción se realiza en enero del año siguiente e incluye la información desde julio a diciembre.

### C.4\_3.5 Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.

Mide el porcentaje de altas registradas respecto del total de “consultas nuevas de especialidad y controles de especialidad médica en los Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud. Busca evaluar la capacidad resolutoria de estos establecimientos para entregar atención en el nivel que corresponde, conforme a los protocolos de referencia y contrarreferencia en red. Un mayor porcentaje indica una mejor resolución clínica y favorece el ingreso de nuevas personas en espera de atención.

ID CG-SRA 6	<b>Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.</b>				
<b>DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar el porcentaje de altas de usuarias/os en especialidades médicas.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección de Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de Alta, según meta para cada especialidad / Número total de especialidades que reportan producción) x 100				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	60,0% de las especialidades cumplen con el porcentaje establecido para Alta				
<b>Exclusiones</b>	Especialidades: Medicina Nuclear (Excluye Informes) - Imagenología				
<b>Fuente Numerador</b>	<b>REM</b>		<b>Fuente Denominador</b>	<b>REM</b>	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 60%	4 puntos
≥ 50%	3 puntos
≥ 40%	2 puntos
≥ 35%	1 punto

**Requisito: Cumplimiento de pertinencia de consulta nueva en box por criterio clínico de las SIC realizadas por médicos de especialidad. (CDT/CAE/CRS/Hospitalizado).**

Fórmula de cálculo para cumplimiento del indicador: La evaluación corresponde al número de especialidades que cumplen el 90% de pertinencia en box, respecto al número de especialidades informadas con producción mensualmente.

Consideración:

- Numerador: Para la evaluación anual, se extrae la producción REM 07 por especialidad, realizando un corte en cada semestre, con la información en el mes de julio (Enero- Junio) y enero del siguiente año (Julio - Diciembre).
- Denominador: Para la evaluación anual, se extrae la producción REM 07 por especialidad, realizando un corte en cada semestre, con la información en el mes de julio (Enero- Junio) y enero del siguiente año (Julio - Diciembre).
- Para efectos de esta evaluación, el origen de las solicitudes de interconsultas, corresponden a los CDT/CAE/CRS/Hospitalizado.

Este requisito, requiere un cumplimiento igual o mayor al 90%.

## Definición de Términos

**Pertinencia:** etapa que se inicia con la evaluación de la totalidad de Solicitudes de Interconsultas (SIC) y Órdenes de Atención (OA) GES y NO GES, generados por los distintos establecimientos de la Red, ya sea, Atención Primaria de Salud (APS), Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), Establecimientos Ambulatorios de Especialidad y también las realizadas desde las Unidades de Hospitalización.

(\*) Para efectos de esta medición, se considerará la pertinencia de la consulta nueva de especialidad realizada por el médico de especialidad en box

**Alta de especialidad médica:** Corresponde a un hito dentro del proceso de atención del(la) usuario(a), formalizado mediante un acto clínico-administrativo, a través del cual se concluye el plan diagnóstico y/o terapéutico o se determina la no continuidad de la atención de especialidad en el CEAAS, por razones clínicas o administrativas.

A partir de este acto, la continuidad de la atención se transfiere al nivel asistencial que corresponda.

**Existen dos tipos de alta:** Clínica y Administrativa.

## Consideraciones Técnicas

### Grupos de exigencias de altas médicas

<p><b>Grupo N°1: Altas <math>\geq</math> 5,0%</b></p> <p>GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA INMUNOLOGÍA MASTOLOGÍA MEDICINA PALIATIVA Y DE MANEJO DEL DOLOR NEFROLOGÍA ADULTO</p>	<p><b>Grupo N°4: Altas <math>\geq</math> 14,0%</b></p> <p>CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGÍA DIGESTIVA BAJA) GENÉTICA CLÍNICA MEDICINA DEL DEPORTE MEDICINA FAMILIAR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN MEDICINA INTERNA MEDICINA MATERNO INFANTIL NEUROCIRUGÍA NEUROLOGÍA ADULTO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA PEDIATRÍA RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA</p>
<p><b>Grupo N°2: Altas <math>\geq</math> 7,0%</b></p> <p>DIABETOLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR) ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL) NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA REUMATOLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°5: Altas <math>\geq</math> 18,0%</b></p> <p>CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA) CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA TÓRAX DERMATOLOGÍA GERIATRÍA NEONATOLOGÍA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA</p>
<p><b>Grupo N°3: Altas <math>\geq</math> 10,0%</b></p> <p>CARDIOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL ENDOCRINOLOGÍA ADULTO GASTROENTEROLOGÍA ADULTO GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA MEDICINA DEL ADOLESCENTE MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA NEURORRADIOLOGIA NUTRICIÓN CLÍNICA ONCOLOGÍA MÉDICA PSIQUIATRÍA ADULTO PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA UROLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°5: Altas <math>\geq</math> 25,0%</b></p> <p>CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA PEDIÁTRICA</p>
	<p><b>Grupo N°6: Altas <math>\geq</math> 70,0%</b></p> <p>ANESTESIOLOGÍA</p>

Fórmula de cálculo para pertinencia: Número de consultas pertinentes según criterio clínico en box de SIC (con origen CDT-CAE-CRS-Hospitalizado) por especialidad/ Número de consultas nuevas (con origen CDT-CAE-CRS-Hospitalizado) por especialidad.

Fórmula de cálculo para alta: Número de altas por especialidad/ Número de consultas totales por especialidad.

### C.4\_3.6 Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud

Mide el porcentaje de especialidades médicas que cumplen con el estándar establecido para inasistencia (NSP) a consultas nuevas en el periodo evaluado. Permite monitorear la gestión del cumplimiento en las distintas especialidades.

Se hace necesario fortalecer y estandarizar las acciones orientadas a prevenir la inasistencia de los usuarios(as) a las atenciones de salud, mediante la mejora de los procesos de confirmación, recordatorio y reagendamento oportuno. Estas medidas buscan optimizar el uso de la oferta asistencial disponible y contribuir a la eficiencia y continuidad de la atención en la red.

ID CG-SRA	Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud			
7	DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico			
Objetivo del Indicador	Reducir la inasistencia de usuarios a citas médicas previamente agendadas con contacto efectivo.			
Responsable de gestión	Dirección de Establecimiento			
Fórmula de Cálculo	$\frac{(\text{Número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de NSP consulta control} / \text{Número total de especialidades que reportan producción}) * 0.7 + (\text{Número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de NSP consulta nueva, según meta para cada especialidad} / \text{Número total de especialidades que reportan producción}) * 0.3}{1} \times 100$ <p>NSP consulta control: Menor o igual a 10,0% NSP consulta nueva: Menor o igual a 12,0%</p>			
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo
Número de Decimales	1 Decimal Trucado		Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	75,0% de las especialidades médicas cumplen meta			
Exclusiones	Especialidades: Medicina Nuclear (Excluye Informes) - Imagenología			
Fuente Numerador	REM	Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 75%	4 puntos
≥ 70%	3 puntos
≥ 65%	2 puntos
≥ 60%	1 punto

## Requisito: Cumplimiento de contrarreferencia al alta.

Fórmula de cálculo para cumplimiento del indicador: La evaluación corresponde al número de especialidades que cumplen el 90% de contrarreferencia al alta respecto a el numero de especialidades informadas con producción mensualmente

Consideración:

- Numerador: Para la evaluación anual, se extrae la producción REM por especialidad, realizando un corte en cada semestre, con la información en el mes de julio (Enero- Junio) y enero del siguiente año (Julio - Diciembre).
- Denominador: Para la evaluación anual, se extrae la producción REM por especialidad, realizando un corte en cada semestre, con la información en el mes de julio (Enero- Junio) y enero del siguiente año (Julio - Diciembre).

Este requisito, requiere un cumplimiento igual o mayor al 80%.

## Definición de Términos

**No Se Presenta (NSP):** Corresponde a la situación en que el/la usuario(a) no acude al establecimiento el día y hora de su cita, pese a haber sido agendada de manera consensuada con el/la usuario(a), confirmada mediante contacto efectivo y contando con la disponibilidad del recurso profesional y físico necesario para la atención. Este evento representa una inasistencia total sin aviso previo y constituye una pérdida de cupo asistencial que afecta la eficiencia del proceso ambulatorio.

**Agendamiento:** Proceso administrativo a través del cual se asigna una citación a un usuario(a) de acuerdo con la oferta de horas de los(as) profesionales, prioridad clínica y/o lineamientos vigentes. Lo anterior incluye contacto efectivo previo con la persona y entrega de indicaciones, si corresponde, para que ésta se lleve a cabo.

**Gestión de citas:** Corresponden a las actividades que tienen por objetivo asegurar la asistencia de los pacientes a su atención de salud para así lograr su acceso y oportunidad. Lo anterior, contribuye a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.

## Consideraciones Técnicas

Para la evaluación, se analiza el porcentaje de inasistencia de acuerdo a lo establecido. Para aquellas especialidades que se encuentran bajo el umbral, es decir, inasistencia (NSP) igual o menor al 10,0% para controles de especialidad y no se presenta menor o igual a 12,0% para consultas nuevas se considera que cumplen la meta de NSP y son considerados en el numerador.

El indicador se construyó a partir del análisis del promedio de NSP en establecimientos ambulatorios de especialidades. Su objetivo es reducir inasistencias mediante mejoras en la gestión del contacto, en un proceso administrativo transversal, donde las estrategias pueden adaptarse por especialidad sin alterar el flujo general de gestión.

- Fórmula de cálculo para No se presenta (NSP):  $\text{Número de NSP por especialidad informadas según tipo de consulta} / (\text{Número de NSP por especialidad informadas según tipo de consulta} + \text{Número de consultas totales por especialidad según tipo de consulta})$
- Fórmula de cálculo para contrarreferencia al alta:  $\text{Número de contrarreferencias al alta por especialidad realizadas} / \text{Número de Altas por especialidad realizadas}$

### D.3\_2.2 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.

Este indicador mide dos trazadoras. La primera trazadora mide la suscripción de los compromisos por las unidades auditadas del establecimiento, en relación con el total de hallazgos detectados en auditorías realizadas en el periodo de evaluación. La información debe estar contenida en la planilla de compromisos de auditorías generales enviada al CAIGG. Los compromisos deben coincidir con los hallazgos detectados de las auditorías realizadas.

La segunda trazadora mide que se hayan implementado los compromisos vencidos en el año de evaluación en las unidades auditadas. En relación con los compromisos pendientes de implementar, éstos se pueden reprogramar sólo una vez. Esta información debe estar contenida en el programa de seguimiento de auditorías o planilla de compromisos no implementados en año anterior, enviados al CAIGG.

Los hallazgos de las auditorías realizadas en el mes de diciembre deben ser consideradas en el universo del año siguiente, es decir, las auditorías con hallazgos del año 2025, mes de diciembre, deben ser consideradas en el cumplimiento de ambas trazadoras en el año 2026. En la segunda trazadora, también se debe considerar la respuesta en los plazos a las observaciones efectuados por Contraloría en informes de auditoría realizados por dicho organismo.

ID CG-SRA 77	<b>Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.</b>			
<b>GABINETE MINISTRO(A)   Departamento Auditoría Ministerial</b>				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Suscribir e implementar compromisos en las áreas auditadas			
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<p><b>50% puntaje Trazadora 1:</b> (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociado a la auditoría (s) internas en el periodo de enero a diciembre / Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) internas realizadas de enero a noviembre)</p> <p>No serán considerados, para efectos de suscripción de compromisos, los reportes trimestrales solicitados por el CAIGG y los hallazgos de las auditorías realizadas en el mes de diciembre.</p> <p><b>50% puntaje Trazadora 2:</b> (Número de compromisos suscritos por el área auditada, asociados a auditoría (s) internas cumplidos en el año de evaluación) / (Número de compromisos suscritos por el área auditada asociados a auditoría (s) internas cuyo cumplimiento se encuentra el año de evaluación)</p>			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b> Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	Trazadora 1: ≥ 90,0% compromisos suscritos; Trazadora 2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.			
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.			
<b>Fuente Numerador</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Fuente Denominador</b>	<b>LOCAL</b>	

### Tabla de sensibilidad

TRAZADORA 1		TRAZADORA 2					
		1 a 30 compromisos		De 31 a 70 compromisos		Mayor a 70 compromisos	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ 90%	4 puntos	≥ 90%	4 puntos	≥ 80%	4 puntos	≥ 70%	4 puntos
≥ 85%	3 puntos	≥ 85%	3 puntos	≥ 75%	3 puntos	≥ 65%	3 puntos
≥ 80%	2 puntos	≥ 80%	2 puntos	≥ 70%	2 puntos	≥ 60%	2 puntos
≥ 75%	1 punto	≥ 75%	1 punto	≥ 65%	1 punto	≥ 55%	1 punto

### Requisito

Sin requisito definido.

### Definición de Términos

**CAIGG:** Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno CGR: Contraloría General de la República

### Consideraciones Técnicas

El Departamento de Auditoría Ministerial realizara un monitoreo aleatorio en los Establecimientos EAR, informando a la Unidad de Auditoría de sus resultados.

Medios de verificación:

1. Plan anual de auditoría, es el medio de verificación establecido en el proceso de formulación denominado Informe y corresponde a las Resoluciones de aprobación del plan de auditoría y/o sus modificaciones, del año en evaluación y del anterior.
2. Compromisos suscritos formalizados por el auditado (vía memorándum, mail o documento firmado por el responsable de la unidad auditada), en respuesta a los hallazgos detectados producto de las auditorías.
3. Planilla en Formato Excel con "Anexo Compromisos de Auditorías Generales" Excel generado por CAIGG cuando se realiza el plan anual de auditoría, la cual debe ser cargada en SIS-Q al final del periodo de evaluación.
4. Mail, oficio o memo que respalde las reprogramaciones de los compromisos.
5. Informe mensual de actividades realizadas por la Unidad y/o Departamento de auditoría enviadas al CAIGG.

### D.3\_2.3 Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizados (IAAS)

Este indicador refleja el efecto de las intervenciones del equipo del establecimiento de salud, lideradas por su Dirección (Dirección Técnica) y el Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), sobre los síndromes clínicos vigilados priorizados desde MINSAL. Aportando de esta forma a la mejora de la seguridad del paciente a través de la reducción de la incidencia de IAAS.

ID CG-SRA 72	Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizados (IAAS)			
DIGERA   Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención				
Objetivo del Indicador	Mejorar la calidad y seguridad del paciente, a través de la reducción de incidencia de IAAS			
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento			
Fórmula de Cálculo	Número de indicadores en vigilancia con resultado bajo el umbral de referencia año 2026 - Número de indicadores en vigilancia con resultado bajo el umbral de referencia año 2025			
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Número	Periodicidad de Monitoreo
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad
Meta	Aumento de 2 indicadores con resultado bajo umbral de referencia, respecto a LB 2025			
Exclusiones	Establecimientos con menos de 2 síndromes clínicos vigilados			
Fuente Numerador	SICARS	Fuente Denominador	SICARS	

Tabla de sensibilidad

Aumentar		Mantener	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
≥ (2)	4 puntos	= (0)	4 puntos
≥ (1)	3 puntos	≥ (-1)	3 puntos
= (0)	2 puntos	≥ (-2)	2 puntos
		≥ (-3)	1 punto

## Requisito

Sin requisito definido.

## Definición de Términos

**Síndrome clínico priorizado (indicadores de vigilancia):** síndrome clínico de vigilancia obligatoria con resultado superior al umbral de referencia del año 2026.

## Consideraciones Técnicas

Todos los años, el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) publica durante los meses de abril o mayo los umbrales de referencia para los indicadores de los síndromes clínicos de vigilancia obligatoria (para efectos de este indicador, equivalente a síndromes clínicos vigilados priorizados).

Para todos aquellos casos en que se obtengan resultados por encima de las tasas definidas para el año, se espera, por parte del Programa de Prevención y Control de IAAS del hospital, elaboración de un plan de acción local que incluya, al menos:

- Realizar una revisión bibliográfica de los factores de riesgo de las infecciones en que se piensa que pueden tener un problema, en especial sobre factores relacionados con la atención.
- Aplicar pautas de supervisión para evaluar el cumplimiento de las prácticas de atención relacionadas con mayor riesgo de estas IAAS. Determinar si el cumplimiento de las prácticas es satisfactorio de acuerdo con el resultado de la supervisión.
- Si el cumplimiento de prácticas es satisfactorio, mantener la vigilancia epidemiológica local de las IAAS e investigar si se cuenta con una población de pacientes de mayor riesgo por otra causa y documentar lo realizado.
- Si el cumplimiento de prácticas no es satisfactorio, considerar que las tasas elevadas se asocian a esta situación, por lo que se formulará un plan de intervención que contemple una estrategia multimodal que considere, al menos, capacitación, supervisión y retroalimentación, vigilancia, recordatorios y difusión de información, revisión de infraestructura y equipamiento, y cultura de seguridad.

El reporte es elaborado por equipo IAAS del Hospital, firmado por Dirección Técnica o Director(a) del hospital elaborado, a más tardar, en el mes de febrero del año siguiente al año evaluado, mediante correo electrónico, a la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud, con copia al referente de IAAS del Servicio respectivo, quien consolida y envía a MINSAL (Depto de Seguridad y Calidad de la Atención). El informe deberá señalar los indicadores que estaban sobre el valor de referencia el año 2025 (utilizando los valores publicados el 2026) y los indicadores que estuvieron sobre el valor de referencia el 2026. (utilizando los valores publicados el 2026; Quedarán excluidas las tasas de los síndromes clínicos que, por algún motivo, no fueron vigilados en cualquiera de los dos periodos.)

#### D.4\_1.8 Medición de la satisfacción usuaria.

Este indicador mide la percepción usuaria acerca de la atención recibida y el funcionamiento del establecimiento en las áreas ambulatoria, de hospitalización y urgencia. Para esto se aplica el instrumento medición de satisfacción usuaria provisto por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria. El indicador cuenta con línea base construida a partir de los resultados obtenidos por cada establecimiento durante la aplicación de septiembre de 2025.

ID CG-SRA 71	Medición de la satisfacción usuaria.				
<b>GABINETE SRA   Departamento Participación Social y Gestión Usuaria</b>					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Conocer la percepción de las personas respecto de la atención recibida y el funcionamiento del establecimiento de salud para la mejora continua de la experiencia usuaria.				
<b>Responsable de gestión</b>	Dirección del Establecimiento				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Nota 2026 - Nota 2025				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Número	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Anual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Meta</b>	La meta de mantener es para aquellos Establecimientos con nota 2025 igual o superior a 6.0. La meta de aumentar 0.3 décimas o alcanzar la nota 6.0, es para aquellos Establecimientos con nota 2025 inferior a 6.0.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL		<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Nota 2025 $\geq$ 6,0	Nota 2025 $<$ 6,0	Puntaje
Nota $\geq$ 6,0	Aumenta 0,3 décimas o alcanza nota 6,0	4 puntos
Nota $\geq$ 5,8	Aumenta 0,2 décimas	3 puntos
Nota $\geq$ 5,7	Aumenta 0,1 décimas	2 puntos
Nota $\geq$ 5,6	No aumenta (mantiene)	1 punto

## Requisito Implementación de estrategias/acciones contenidas en el Plan Anual 2026 del establecimiento.

El Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, proveerá de los formatos correspondientes para reporte del indicador.

El primer informe de avance de la implementación debe ser enviado al 31 de julio de 2026 y la entrega del informe final del período 2026, debe ser enviado al 31 de enero de 2027 a los correos de ana.becerra@minsal.cl y sandra.jordan@minsal.cl

Cumplimiento del Plan anual 2026 del establecimiento de salud

Para el cumplimiento del requisito se deben considerar la implementación de estrategias/acciones contenidas en el Plan Anual 2026 del establecimiento, relacionadas con la gestión participativa y la satisfacción usuaria como:

1. Incorporación de resultados de medición de satisfacción usuaria en Cuenta pública participativa del establecimiento.
2. Difusión de resultados de medición de satisfacción usuaria a Consejo Consultivo de Usuarios, Consejos de Desarrollo Local (CDL) y comunidad usuaria.
3. Elaboración y ejecución participativa de Planes de mejora con Comité de Gestión Usuaria, CCU y CDL en base a resultados de medición de satisfacción usuaria, análisis de reclamos y/o evaluación de estrategias de humanización de la atención.
4. Monitoreo y evaluación de resultados de Planes de mejora de manera participativa con el Comité de Gestión Usuaria, CCU y CDL.
5. Implementación y evaluación de estrategias de humanización de la atención.

Los medios de verificación, serán validados por los encargados de Participación Social y Gestión Usuaria de los Servicios de Salud, quienes enviarán la información al Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

### Definición de Términos

**Participación Social:** Se entenderá por la incidencia de distintos actores sociales relevantes en el ciclo del diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud.

**Satisfacción usuaria:** es la percepción de la comunidad usuaria respecto del cumplimiento de sus expectativas en relación con la atención tanto en aspectos clínicos como "no clínicos" (tiempos de espera, acceso a información relevante, infraestructura, equipamiento, sistemas de dación de horas, comunicación con el personal, entre otros).

### Consideraciones Técnicas

Para el cumplimiento del indicador el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, proveerá del instrumento medición de satisfacción usuaria y de la nota metodológica para la construcción de la muestra. Esta será aplicada una vez en el año, durante el mes de septiembre de 2026, en el 100% de los EAR de la red asistencial del Servicio de Salud.

## AUTORES

### GABINETE SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES

#### Departamento de Control de Gestión

---

Ernesto González Bernal  
Lucía Astorga Inostroza  
Andrea Cocío Salas  
Alejandro Gómez Muñoz  
Héctor Henríquez Serey  
Fabiola López Plaza  
Cristian Sandoval Peñailillo

## COLABORADORES

#### Departamento Auditoría Ministerial, Gabinete Ministerio de Salud

Carlos Del Pino Contreras  
Patricia Martínez Chateau  
Guillermo Saffie

#### Departamento Participación Social y Gestión Usuaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ana Becerra Widemann  
Nora Donoso Valenzuela  
Sandra Jordan Díaz

#### DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS

---

Verónica Bustos Flores

#### Departamento de Desarrollo Organizacional y Calidad de Vida Laboral

Joel Espina Sandoval  
Marcela Estolaza Fredes  
Christian Igor González  
Luis Cueva Bustamante

#### Departamento de Planificación de Recursos Humanos para la Salud

Andrea Farias Caicedo  
María Isabel Acosta Vásquez  
Juan Carlos Castro Barichivich  
Claudia Godoy

#### Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria

Claudia Torreblanca Lazcano  
Pamela Muncada Muñoz  
Verónica Marín Fernández

#### Departamento de Sistema de Información de Recursos Humanos

Cecilia Digmán Muñoz  
Uri Hidalgo Vidal

**DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL**

---

Susana Fuentealba Cofré

**Departamento de Análisis e Información para la Gestión**

Maria Elena Campos Alarcón  
Leonardo Molina Fuentes  
Felipe Ardiles Martínez  
Marco Olea Rojas  
Mabel Pinilla Villalobos  
Yeni Varas Meneses  
Matias Santos López  
Janette Toledo Reyes  
Yonathan San Martín  
Janette Toledo Reyes  
Yonathan San Martín

**Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico**

Cristian Matamala Valencia  
Carolina Isla Meneses  
Gisela Acosta Poque  
Anamari Avendaño Arechavala  
José Rosales Caniumil  
Claudia Campos Ponce  
Miguel Ulloa Espinoza  
Solange Burgos Estrada  
Romina Venturino Solar

**Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia**

Maureen Gold Semmler  
Jorge Hernández Cabello  
María Alicia Ribes Langevin  
Patricia Acevedo Loyola  
Valentina Pino Enriquez  
Paulo Vilches Gonzalez

**Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención**

Cristian Lara Román  
Mónica Pohlenz Acuña  
Mauro Orsini Brignole

**Departamento GES y Redes Complejas**

Matías Saez Osorio

**Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos**

Carolina Oshiro Riveros  
Sandra Mardones Carreño  
José Luis Rojas Barraza

## **DIVISIÓN DE PRESUPUESTOS**

---

Katherine Paine Bustamante

### **Departamento de Gestión Presupuestaria**

Elsa Jimenez Albornoz  
Marcelo Arroyo Troncoso  
Carla Sierra Fuentes  
Helvesia Zavala Guerrero  
Marco Vasquez Zuñiga  
Christopher Lui Mi  
Andrea Araya Villalón  
Javier Aguayo Villablanca

## **DIVISIÓN DE INVERSIONES**

---

Carlos Manzi Astudillo

### **Departamento de Planificación y Coordinación**

Juan Álvarez Fernández  
Macarena Castro Brugueras