

2026

COMGES

Ministerio de Salud

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

ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPROMISOS DE GESTIÓN

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.0 marzo 2026

Ministerio de Salud



Indicadores Compromisos de Gestión 2026

Versión 1.0 marzo 2026

Contenido

1. Contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	3
2. Principales Características de las RISS:.....	3
3. Atributos esenciales de las RISS.....	4
4. Propuesta Metodológica para evaluar los COMGES 2026.....	5
I. Introducción	5
II. Estructura de los Compromisos de Gestión 2026	6
III. Compromisos de Gestión para el año 2026.....	7
IV. Ponderación de los Compromiso de Gestión y sus indicadores.....	8
V. Metodología de evaluación.....	9
VI. Tablas de sensibilidad y asignación de puntajes	13
VII. De la evaluación y el monitoreo	14
Hitos claves	14
Del monitoreo general.....	15
De la evaluación	16
VIII. Apelaciones	16
5. Marco conceptual e indicadores que componen cada COMGES.....	20
Compromiso de Gestión N°1: Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales.....	20
Compromiso de Gestión N°2: Estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.....	61
Compromiso de Gestión N°3: Gestión de los tiempos de espera.....	94
Compromiso de Gestión N°4: Gestión de Recursos Humanos y financieros	124
Compromiso de Gestión N°5: Calidad y seguridad del paciente.	148
Compromiso de Gestión N°6: Prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer.	159
Compromiso de Gestión N°7: Participación social, satisfacción Usuaría e interculturalidad en la Gestión de la Red Asistencial.	172
Compromiso de Gestión N°8: Salud mental en la Red Asistencial.	186
Compromiso de Gestión N°9: Sistemas de información y Salud Digital.	191
6. Índice indicadores	205

1. Contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se comprende como “una red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de la salud de la población a la que sirve” (OPS, 2010).

Este modelo surge como respuesta a la fragmentación y segmentación que afecta a numerosos sistemas de salud en las Américas, donde persisten dificultades de acceso, ineficiencia y una calidad asistencial desigual.

Frente a estos problemas, las RISS proponen articular la atención bajo una lógica organizada, coordinada y centrada en las personas, integrando un modelo asistencial que define claramente el territorio y sus necesidades, fortalece el primer nivel, garantiza la continuidad del cuidado y reconoce la diversidad cultural y social. Su funcionamiento requiere una gobernanza unificada, participación social, acción intersectorial y una gestión integrada de recursos, información y procesos, apoyada por financiamiento adecuado e incentivo coherente con sus metas.

Desde el ámbito metodológico, este enfoque ofrece amplias oportunidades para analizar la organización sanitaria, diseñar indicadores, comprender dinámicas sociosanitarias de equidad y participación, y proponer mejoras innovadoras a las redes locales. En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA), establece los Compromisos de Gestión (COMGES), como el instrumento metodológico disponible para las Redes Asistenciales, que tiene por objetivo impulsar la actualización del marco analítico, para fortalecer con ello la Atención Primaria y su Red, adquiriendo a través de ello, especial relevancia para comprender y enfrentar los desafíos actuales en la integración de los servicios de salud para las personas y sus territorios.

2. Principales Características de las RISS:

- **Atención centrada en la persona:** Responde a las necesidades de salud de la población a lo largo de todo el ciclo de vida.
- **Continuidad de la atención:** Facilita la coordinación entre los distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria).
- **Acceso universal y equitativo:** Busca eliminar barreras económicas, territoriales, geográficas y culturales en la prestación de servicios.
- **Gestión eficiente de los recursos:** Promueve la sostenibilidad financiera y el uso racional de insumos, personal y tecnología.
- **Participación comunitaria:** Involucra a la sociedad en la planificación y toma de decisiones sobre los servicios de salud.
- **Uso de tecnologías de información:** Apoya la integración de los servicios mediante sistemas digitales y el intercambio de información clínica.

3. Atributos esenciales de las RISS

Los atributos de la RISS hacen referencia a los pilares fundamentales sobre los cuales se proyectan y fundan las dimensiones de análisis para la objetivación y evaluación de las redes:

3.1. Modelo Asistencial

- Población y territorio operacional a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, y gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades territoriales, culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

3.2. Gobernanza y estrategia

- Un sistema de gobernanza único en consonancia con las distinciones de cada Red Asistencial.
- Participación social y comunitaria amplia, con enfoque territorial y local (activos comunitarios).
- Acción intersectorial, abordaje de los determinantes sociales de la salud y resguardo de la equidad territorial en el acceso y continuidad del cuidado.

3.3. Organización y Gestión

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico de las Redes Asistenciales.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por las Redes Asistenciales.
- Sistema de información integrados e interoperables, que vincule a todos los miembros de las Redes Asistenciales, resguardando la transparencia, calidad de registro y protección de los datos personales.
- Gestión basada en resultados, enfocada en obtener efectos medibles y beneficios reales para las Redes Asistenciales.

3.4. Asignación de Recursos e incentivos

- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de las Redes Asistenciales.

4. Propuesta Metodológica para evaluar los COMGES 2026

Compromisos de Gestión año 2026

Los Compromisos de Gestión (COMGES) definidos para el año 2026, abordan ámbitos o líneas prioritarias para el fortalecimiento de las Redes Asistenciales. Cada compromiso se articula en torno a un objetivo estratégico, conformado por distintas áreas temáticas alineadas con sus principales características y atributos propuestos por las RISS, y que, en virtud de ello, tiene como objetivo medir el grado de avance de cada uno, el cual es evaluado mediante indicadores específicos. Estos indicadores permiten objetivar y estandarizar el cumplimiento de los objetivos definidos para cada indicador, en coherencia con las prioridades en salud y los atributos dispuestos para ello.

Bajo el compromiso de fortalecer el cumplimiento en los Servicios de Salud y sus Redes Asistenciales, la interpretación para la gestión y la instalación de un proceso estratégico, se han incorporado en algunos indicadores, requisitos específicos, en complemento a la evaluación de cada uno procesos asociados a los COMGES. Estos requisitos pueden consistir en informes centrados en grupos poblacionales específicos, el cumplimiento de actividades dentro de un plan, el monitoreo de indicadores complementarios u otros mecanismos de seguimiento, fortaleciendo así el proceso de evaluación y análisis estratégico de los compromisos.

I. Introducción

Los COMGES para el año 2026 representan una herramienta estratégica para la Subsecretaría de Redes Asistenciales, proceso además clave para sostener las RISS y orientar, monitorear y evaluar a través de ellos, el desempeño de los Servicios de Salud del país, en función de prioridades sanitarias nacionales. Estos compromisos se estructuran en torno a nueve líneas estratégicas, cada una de las cuales aborda áreas claves para el fortalecimiento de las Redes Asistenciales, con un enfoque basado en la calidad, eficiencia, oportunidad y equidad, centrado en las personas.

Cada COMGES incorpora un conjunto de indicadores específicos, cuya función es medir el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos para tales efectos. Estos indicadores poseen una ponderación relativa al compromiso, lo que facilita estimar su contribución dentro de la evaluación global del COMGES. En algunos indicadores, se consideran requisitos asociados, los que complementan y enriquecen la evaluación, otorgando un enfoque más integral.

La distribución de los Compromisos de Gestión considera un equilibrio entre número de indicadores y relevancia estratégica. Por ejemplo, compromisos como la mejora de los tiempos de espera (COMGES 3) y la gestión de recursos humanos y financieros (COMGES 4), si bien contienen menos indicadores que otros compromisos, los indicadores que los componen poseen una ponderación más alta por su impacto en la oportunidad y eficiencia del sistema de salud.

Este enfoque ponderado permite que cada Servicio de Salud oriente sus esfuerzos hacia la mejora continua, de manera equitativa y focalizada en resultados sanitarios concretos. La implementación de los COMGES 2026 constituye un avance significativo en la consolidación de RISS, más resolutivas, robusta, humanas y centradas en las personas.

II. Estructura de los Compromisos de Gestión 2026

La estructura de los Compromisos de Gestión (COMGES) para el año 2026 responde a una metodología que permite alinear los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud con el desempeño de los Servicios de Salud y la consolidación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Cada compromiso se compone de elementos que orientan, operacionalizan y estandarizan la medición de resultados, garantizando consistencia técnica y comparabilidad a nivel nacional.

A continuación, se detallan los componentes que conforman la estructura evaluativa de los COMGES:

1. Nombre del Compromiso de Gestión:

Corresponde a la denominación del compromiso, que agrupa las líneas estratégicas priorizadas para los Servicios de Salud a nivel nacional. Su finalidad es orientar la gestión hacia la mejora continua de la calidad, oportunidad y eficiencia en la atención de salud.

2. Objetivo estratégico del Compromiso de Gestión:

Define el propósito sanitario que se busca alcanzar mediante la implementación del compromiso, contribuyendo a mejorar el estado de salud de la población a través de intervenciones focalizadas, la eficiente gestión de los procesos y evidencia objetivable.

3. Componentes de evaluación del Compromiso de Gestión:

Cada Compromiso de Gestión se estructura a partir de indicadores y, en algunos casos, requisitos complementarios, los cuales permiten añadir una forma objetiva de evaluar el cumplimiento de las metas establecidas. De acuerdo con lo señalado, es necesario precisar lo siguiente:

- I. **Indicador:** Es una medida cuantificable, observable y medible que permite describir o evaluar un proceso o fenómeno social, sanitario o institucional. Para los efectos del COMGES, funcionan como herramientas de medición que permiten evaluar el desempeño del Servicio de Salud en relación con el objetivo del compromiso. Pueden ser de resultado o de proceso, y están asociados a una fórmula, una fuente y una meta específica, la cual puede definirse en función de la mejora respecto a la línea base del año anterior o mediante una meta nacional de acuerdo con un estándar.
- II. **Requisito:** es toda información, condición técnica, metodología específica o evidencia complementaria que debe cumplirse para que un indicador sea correctamente interpretado y útil para la toma de decisiones. Su propósito es robustecer el proceso evaluativo y asegurar la calidad del dato.

Su evaluación es dicotómica (cumple/no cumple) y representa el 25% del puntaje total del indicador. El no cumplimiento implica una penalización equivalente a -1 punto respecto del puntaje obtenido en el indicador principal, manteniendo igualmente la evaluación cuantitativa del indicador.

Figura 1: Diagrama de la estructura COMGES 2026



III. Compromisos de Gestión para el año 2026

Los Compromisos de Gestión (COMGES) definidos para el año 2026 consolidan un marco estratégico orientado a fortalecer el desempeño de los Servicios de Salud y avanzar en la consolidación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) resolutivas, oportunas, eficientes y centradas en las personas. Cada compromiso aborda dimensiones clave del quehacer sanitario, articulando indicadores y requisitos que permiten evaluar de forma estandarizada el progreso institucional en áreas prioritarias para la autoridad sanitaria.

Los nueve compromisos establecidos para el periodo se describen a continuación:

- COMGES N°1: Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales.
- COMGES N°2: Estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.
- COMGES N°3: Gestión de los tiempos de espera.
- COMGES N°4: Gestión de Recursos Humanos y financieros.
- COMGES N°5: Calidad y seguridad del paciente.
- COMGES N°6: Prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer.
- COMGES N°7: Participación social, satisfacción Usuaría e interculturalidad en la Gestión de la Red Asistencial.
- COMGES N°8: Salud mental en la Red Asistencial.
- COMGES N°9: Sistemas de información y Salud Digital.

IV. Ponderación de los Compromiso de Gestión y sus indicadores

En virtud de transparentar la distribución de la ponderación de los indicadores por cada uno de los Compromisos de Gestión definidos para el año 2026, así como también evidenciar su ponderación relativa dentro de la evaluación global, se presenta a continuación, una tabla con el nombre del COMGES junto con la cantidad de indicadores que conforman cada compromiso y su peso específico para cada uno. La ponderación de cada COMGES es el reflejo del peso de cada indicador determinado por el total, respecto del instrumento. Finalmente, se indica la ponderación de cada indicador dentro de su compromiso, calculada dividiendo la ponderación total del compromiso entre la cantidad de indicadores que compone el COMGES, para así determinar su valor específico.

Tabla N°1: Diagrama de la estructura COMGES 2026

COMGES	N° indicadores	Ponderación del Compromiso	Ponderación del indicador al compromiso
1. Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales	15	26%	1,73%
2. Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento	13	20%	1,54%
3. Mejora de los tiempos de espera	11	22%	2,00%
4. Optimizar la gestión de recursos humanos y financieros	8	12%	1,50%
5. Mejorar la calidad y seguridad del paciente	4	4%	1,00%
6. Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer	4	4%	1,00%
7. Fortalecer la participación social, satisfacción e interculturalidad en la Gestión de la Red Asistencial	4	4%	1,00%
8. Fortalecer la salud mental en la Red Asistencial	2	2%	1,00%
9. Sistemas de información y Salud Digital	5	6%	1,20%

V. Metodología de evaluación

La evaluación de los COMGES para el año 2026 se fundamenta en un modelo que considera el cumplimiento de metas vinculadas a indicadores principales y, en algunos casos, también el cumplimiento de requisitos complementarios asociados a estos indicadores. Esta estructura tiene como **objetivo asegurar una evaluación más integral y coherente con los objetivos estratégicos establecidos.**

El modelo se compone de dos elementos:

1. Evaluación del indicador principal, basada en la meta definida. El resultado del indicador es directo.
2. Evaluación del requisito complementario, cuando el indicador lo incorpora. Para estos casos, el resultado global del desempeño es la integración de las ponderaciones y puntajes.

a. Evaluación de los Indicadores principales

Los indicadores que conforman cada Compromiso de Gestión evalúan el avance en áreas estratégicas de los Servicios de Salud. Cada uno posee un nombre, una fórmula, una fuente y meta establecida, la cual puede definirse en función de una mejora respecto de su línea base del año anterior o bien responder a una meta nacional, asociada a la propuesta técnica del referente MINSAL.

La evaluación del cumplimiento del indicador se realizará en base al grado de desempeño de cada Servicio de Salud respecto de la meta definida, según el proceso levantado por el referente técnico MINSAL, considerando la metodología específica de medición para cada uno de los indicadores propuestos para cada COMGES y, cuando corresponda, a la tabla de sensibilidad asociada a su medición. El resultado obtenido representará el 100% de la evaluación del indicador, salvo en los casos en que existan requisitos asociados, en cuyo caso el indicador principal aportará un 75% del global de la evaluación y el requisito un 25%.

b. Evaluación de los Requisitos asociados

Algunos indicadores que componen cada COMGES, incorporan requisitos, los que tienen por objetivo complementar la evaluación, a través de elementos que refuerzan la gestión y el proceso del indicador principal o abordan temáticas estratégicas de interés, por ejemplo: grupos priorizados, cumplimiento de planes específicos, monitoreos complementarios, entre otros.

El cumplimiento de los requisitos se evaluará de acuerdo con los criterios definidos en su ficha técnica para cada uno, con carácter dicotómico, aportando un 25% de la evaluación global del indicador correspondiente, permitiendo una valoración más integral de los COMGES.

c. Evaluación global del indicador

Cada indicador, con o sin requisitos asociados, tiene una ponderación específica dentro del COMGES al que pertenece. La evaluación global del indicador considera las siguientes variantes según el caso:

- En caso de que el indicador no cuente con un requisito asociado, su resultado final será equivalente al 100% de la ponderación asignada al COMGES.

- En caso de que el indicador incluya requisitos, el resultado del indicador principal aportará un 75% y los requisitos asociados un 25%, conforme al grado de cumplimiento de cada uno.

d. Esquema de evaluación para indicadores que no cuentan con requisitos.



Indicador: Suspensiones quirúrgicas en cirugías mayores electivas.

Requisitos: No tiene

Compromiso de Gestión N°1: Mejora la eficiencia en la gestión de procesos Asistenciales.

e. Esquema de evaluación para indicadores que incluye requisitos.



Indicador Principal

75%

+

25%

Requisito

Indicador: Ambulatorización de cirugías Mayores electivas

Requisitos: Cumplimiento del plan de productividad quirúrgica.

Compromiso de Gestión N°1: Mejora la eficiencia en la gestión de procesos Asistenciales.

Por ejemplo, en un indicador que incorpora requisito, el cálculo del aporte del indicador principal es el siguiente:

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

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

Además, para complementar el proceso, el cálculo del aporte del requisito debe considerar que es 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:

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

El aporte del indicador principal (por ejemplo, 2,25 puntos) más el aporte del requisito (por ejemplo, 1 punto) suma en total 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:

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

f. Indicadores con requisitos

- 1.1- Ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- 1.3- Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas.
- 1.4- Cumplimiento de rendimiento de box ambulatorio de especialidad.
- 1.6- Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.7- Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.8- Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.12- Cumplimiento global del IAAPS.
- 1.14- Cumplimiento de la tasa de donación de sangre.
- 2.4- Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.
- 2.9- Personas que viven con VIH en control en establecimientos de los Servicios de Salud, que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y presentan carga viral indetectable.
- 3.2- Nivel de resolución de garantías GES exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.3- Mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica.
- 3.4- Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica.
- 3.5- Mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas.
- 4.1- Ejecución de actividades al proceso de planificación, ejecución y monitoreo presupuestario
- 4.3- Compras Conjuntas.
- 4.4- Implementación del plan gestión del riesgo de desastres
- 4.5- Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6- Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- 4.7- Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados y en los plazos estipulados por ley 19.880.
- 5.3 - Nivel de cumplimiento comunal en monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios
- 5.4- Nivel de cumplimiento del monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de la Red Asistencial.
- 7.1- Implementación de protocolos de atención nuevos o adaptación de aquellos vigentes en establecimientos de salud, incorporando criterios de pertinencia cultural en la APS.
- 7.2- Implementación de Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud.
- 7.3- Implementación del Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS.
- 7.4- Proporción de establecimientos que cumplen el objetivo de desempeño en la medición de satisfacción usuaria.
- 8.1- Consultorías y teleconsultorías de Salud Mental en Establecimientos de Atención Primaria.
- 9.4- Plan de Ciberseguridad conforme a Ley 21.663.
- 9.5- Implementación de Estrategia Tiempos De Espera Interoperable.

Para el año 2026, el no cumplimiento del requisito descontará un punto (1 pt) al puntaje total del indicador.

VI. Tablas de sensibilidad y asignación de puntajes

La metodología de asignación de puntaje se establece a la definición e indicación de cada ficha técnica del indicador. El cumplimiento se determina en función de la disposición metodológica realizada para la evaluación del COMGES, en donde el nivel óptimo de cumplimiento se asocia a 4 puntos.

A continuación, la Tabla N°2 y la Tabla N°3 muestran, como ejemplos, la forma de asignación de puntaje para indicadores y requisitos, según sus características distintivas:

Tabla N°2: Asignación de puntaje para indicadores.

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Tabla N°3: Asignación de puntaje para requisitos.

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos

*Cuando el cumplimiento del requisito 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.

VII. De la evaluación y el monitoreo

Hitos claves

Para el monitoreo y la evaluación de los COMGES durante el año 2026, se establecieron tres eventos, que detallamos a continuación:

1. **Monitoreo general COMGES abril 2026**, con corte de datos marzo. Periodo de retroalimentación mayo/junio 2026.
2. **Monitoreo general COMGES agosto 2026**, con corte de datos julio. Periodo de retroalimentación septiembre/octubre 2026.
3. **Evaluación anual 2026**, con corte diciembre 2026. Periodo de retroalimentación marzo/abril 2027.

El monitoreo corresponde a un proceso sistemático, continuo y estructurado de recopilación, revisión y análisis de información, cuyo objetivo es evaluar el progreso, desempeño y funcionamiento de los indicadores asociados al COMGES.

Su propósito central es determinar el grado de avance, identificar oportunamente desviaciones respecto al comportamiento esperado, detectar eventuales problemas, orientar la toma de decisiones y permitir ajustes en la medición antes de la evaluación final del año.

Cada indicador debe contar, al menos, con un monitoreo general en las fechas establecidas para tal fin, independiente de que algunos indicadores requieran un seguimiento más frecuente —mensual, bimensual, trimestral o cuatrimestral— según lo determine el Referente Técnico de MINSAL.

Las fichas técnicas especifican las fechas de monitoreo de cada indicador y garantizan la existencia de una fuente y una ruta de información que permitan realizar esta tarea de forma concluyente dentro del periodo establecido.

Respecto a los indicadores de fuente oficial, para la evaluación anual se utilizará el cierre del calendario 2026; es decir, el cierre oficial conforme a cada una de las fuentes de datos.

A continuación, en la tabla N°4, se presenta el calendario oficial DEIS, en el cual se indica que, para la evaluación COMGES 2026, para la evaluación final, se considerará el corte publicado el 26/01/2027.

Tabla N°4: Calendario DEIS.

FECHAS OFICIALES DE APERTURA Y CIERRE DE PUERTO SISTEMA DE CARGAS REM			
SISTEMA DE CARGAS REM			
AÑO 2026			
Información REM a cargar	Apertura de Puerto	Cierre de Puerto	Datos disponibles para Publicación
Enero 2026	Viernes 13 febrero	Viernes 20 febrero	Martes 24 febrero
Febrero 2026	Viernes 13 marzo	Viernes 20 marzo	Martes 24 de marzo
Marzo 2026	Miércoles 15 abril	Miércoles 22 abril	Viernes 24 abril
Abril 2026	Viernes 15 mayo	Lunes 25 mayo	Miércoles 27 mayo
Mayo 2026	Viernes 12 junio	Viernes 19 junio	Martes 23 junio
Junio 2026	Martes 14 Julio	Miércoles 22 Julio	Viernes 24 Julio
Julio 2026	Viernes 14 agosto	Viernes 21 agosto	Martes 25 agosto
Agosto 2026	Lunes 14 septiembre	Martes 22 septiembre	Viernes 25 septiembre
Septiembre 2026	Jueves 15 octubre	Jueves 22 octubre	Lunes 26 octubre
Octubre 2026	Viernes 13 noviembre	Viernes 20 noviembre	Martes 24 noviembre
Noviembre 2026	Martes 15 diciembre	Martes 22 diciembre	Jueves 24 diciembre
Diciembre 2026	Viernes 15 enero 2027	Viernes 22 enero 2027	Martes 26 enero 2027

Para la evaluación de indicadores con fuente oficial, no se considerarán datos cuyo origen y fecha de extracción sean posteriores a la fecha de corte final, o que no cuenten con una fecha de extracción claramente identificable.

Del monitoreo general

Como se señaló anteriormente, para el año 2026, se implementará un proceso de monitoreo general según el siguiente calendario:

1. **Monitoreo abril 2026**, con corte de datos marzo.
2. **Monitoreo agosto 2026**, con corte de datos julio.

El monitoreo no constituye un proceso de evaluación; por lo tanto, no implica asignación de puntajes ni genera instancias de apelación respecto de los resultados.

Para el monitoreo de indicadores con fuente de datos oficial, las Referencias Técnicas del MINSAL serán responsables de disponer de la información correspondiente. En aquellos casos en que se requiera información proveniente de fuentes locales, el Referente Técnico MINSAL deberá entregar, de manera oportuna y rigurosa, todos los insumos necesarios para la adecuada ejecución de las actividades asociadas al indicador. Esto incluye planillas, formatos, reportes y cualquier otro documento pertinente. A su vez, los Servicios de Salud deberán remitir los datos exigidos para el monitoreo.

Adicionalmente, los referentes de Control de Gestión de los Servicios de Salud deberán ejecutar un seguimiento periódico y riguroso que permita identificar oportunamente desviaciones no deseadas, alertar a la autoridad correspondiente y promover la adopción de medidas correctivas.

Es importante destacar que este proceso de monitoreo no constituye una evaluación intermedia. Se trata, más bien, de una instancia técnica de seguimiento y retroalimentación destinada a optimizar la implementación de los compromisos establecidos, tal como se señaló anteriormente.

De la evaluación

Respecto del proceso de evaluación final, se entregarán las definiciones concluyentes hacia fines de 2026. Estas considerarán, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Fecha de publicación de datos provenientes de fuentes oficiales.
- Formato para definición para evaluación de datos locales.
- Calendario para los Servicios de Salud, que incluirá fechas de disposición de planillas, plazos de evaluación, períodos de apelación y la publicación de los resultados finales del proceso evaluativo.
- Lineamientos técnicos, metodológicos y procedimientos para asegurar la trazabilidad y transparencia del proceso.

El equipo de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales será el encargado de comunicar oportunamente estos procedimientos y canalizar los lineamientos con los Servicios de Salud de la Red.

VIII. Apelaciones.

Este proceso corresponde a la justificación argumentativa respecto de los resultados obtenidos en los indicadores COMGES, donde cuyo cumplimiento no alcanzó lo comprometido por parte del Servicios de Salud. Esta etapa, integra la carga de antecedentes y medios de verificación asociados a dichos argumentos, lo que corresponde la apelación en sí misma, argumentos que deben ser ingresados en las carpetas SharePoint COMGES por los mismos Servicios de Salud y revisadas por cada Referente Técnico MINSAL.

La revisión y respuesta a las apelaciones es realizada por los referentes técnicos de MINSAL para cada indicador, quienes evalúan los antecedentes presentados y emiten una respuesta fundamentada, indicando la aceptación o rechazo de la apelación.

Posteriormente, el Departamento de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales valida estas respuestas, revisando que cumplan con los criterios técnicos, metodológicos y procedimentales establecidos. Finalmente, se consolida la información y se recalcula el cumplimiento.

Indicadores

COMGES N°1. Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales

- 1.1. Ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- 1.2. Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- 1.3. Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas.
- 1.4. Cumplimiento de rendimiento de box en Centros de Especialidad Ambulatoria de Atención en Salud (CEAAS).
- 1.5. Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.
- 1.6. Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.7. Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.8. Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.9. Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
- 1.10. Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico.
- 1.11. Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- 1.12. Cumplimiento global del IAAPS.
- 1.13. Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.
- 1.14. Cumplimiento de la tasa de donación de sangre.
- 1.15. Camas disponibles respecto de la dotación vigente.

COMGES N°2. Estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

- 2.1. Cobertura de vacunación anti-influenza.
- 2.2. Cobertura de gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.
- 2.3. Reducción del Porcentaje Global de Cesárea.
- 2.4. Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria.
- 2.5. Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.
- 2.6. Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.
- 2.7. Personas mayores de 15 años en hemodiálisis crónica con Fístula Arteriovenosa confeccionada.
- 2.8. Personas mayores de 15 años con enfermedad renal crónica en tratamiento de Peritoneodiálisis.
- 2.9. Personas que viven con VIH en control en establecimientos de los Servicios de Salud, que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y presentan carga viral indetectable.
- 2.10. Nivel de cumplimiento de la meta anual de Potenciales Donantes.
- 2.11. Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) de personas de 65 años o más.
- 2.12. Plan Operativo Anual de la Estrategia Nacional de Salud.

2.13. Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.

COMGES N°3: Gestión de los tiempos de espera.

- 3.1. Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- 3.2. Nivel de resolución de garantías GES exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.3. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad médica.
- 3.4. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad odontológica.
- 3.5. Tiempo de Espera a intervenciones quirúrgicas.
- 3.6. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad médica.
- 3.7. Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.
- 3.8. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica.
- 3.9. Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.
- 3.10. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores.
- 3.11. Resolución de Lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores electivas en atención primaria de salud.

COMGES N°4. Gestión de Recursos Humanos y financieros.

- 4.1. Ejecución de actividades al proceso de planificación, ejecución y monitoreo presupuestario.
- 4.2. Nivel de validación de reportes según sistema de costos vigente.
- 4.3. Compras Conjuntas.
- 4.4. Implementación del plan gestión del riesgo de desastres.
- 4.5. Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6. Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- 4.7. Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados y en los plazos estipulados por ley 19.880.
- 4.8. Indicador comparativo de variación de gasto en RHS sobre la producción hospitalaria estandarizada.

COMGES N° 5: Calidad y seguridad del paciente.

- 5.1. Cumplimiento del proceso de acreditación en la etapa de ingreso de los establecimientos de Salud.
- 5.2. Cumplimiento de supervisión del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI).
- 5.3. Nivel de cumplimiento comunal en monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.
- 5.4. Nivel de cumplimiento del monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de la Red Asistencial.

COMGES N°6: Prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer.

- 6.1. Nivel de cumplimiento efectivo de garantías GES en problemas de salud oncológicos.
- 6.2. Casos oncológicos No GES en lista de espera quirúrgica con espera menor a 90 días.
- 6.3. Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.
- 6.4. Cobertura efectiva de vacuna contra el VPH de NNA que cursan 4to año básico con dosis novalente.

COMGES N° 7: Participación social, satisfacción Usuaría e interculturalidad en la Gestión de la Red Asistencial.

- 7.1. Implementación de protocolos de atención nuevos o adaptación de aquellos vigentes en establecimientos de salud, incorporando criterios de pertinencia cultural en la APS.
- 7.2. Implementación de Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud.
- 7.3. Implementación del Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS.
- 7.4- Proporción de establecimientos que cumplen el objetivo de desempeño en la medición de satisfacción usuaria.

COMGES N° 8: Salud mental en la Red Asistencial.

- 8.1. Consultorías y teleconsultorías de Salud Mental en Establecimientos de Atención Primaria.
- 8.2. Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por Salud Mental.

COMGES N° 9: Sistemas de información y Salud Digital

- 9.1. Nivel de cumplimiento de tiempos de cierre en Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital.
- 9.2. Nivel de implementación de estrategias y/o células de Hospital Digital en establecimientos del Servicio de Salud.
- 9.3. Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.
- 9.4. Plan de Ciberseguridad conforme a Ley 21.663.
- 9.5. Implementación de Estrategia Tiempos De Espera Interoperable.

5. Marco conceptual e indicadores que componen cada COMGES

Compromiso de Gestión N°1: Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales.

Objetivo estratégico

"Optimizar la gestión los procesos clínicos administrativos en la red de salud pública, para garantizar una atención oportuna, efectiva y centrada en las personas, mediante la mejora continua de los procesos, la digitalización y el fortalecimiento de articulación de la red entre los distintos niveles de atención."

Contexto del COMGES

El fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Chile es un objetivo estratégico que busca garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, enmarcado en políticas públicas como la Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y Gestión, y los Objetivos Sanitarios 2030. Las RISS son esenciales para cumplir con compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente el ODS 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

Atención Primaria de Salud (APS).

Las acciones claves para lo anterior incluyen mejorar la eficiencia en la Atención Primaria de Salud (APS). La derivación adecuada desde APS al nivel secundario, es esencial para la integración de las RISS. Este proceso beneficia la gestión del sistema, reduciendo consultas innecesarias, mejorando la resolutivez en la atención primaria. Por otro lado, la medición del Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), que mide el desempeño de las comunas en la prestación de servicios esenciales, contribuye a que los Servicios de Salud participen activamente en corresponsabilidad a su rol gestor de red.

Eficiencia en procesos quirúrgicos y hospitalarios.

A nivel hospitalario es relevante hacer eficientes los procesos quirúrgicos con la ambulatorización de cirugías y reducción de suspensiones. La ambulatorización de cirugías mayores electivas ayuda a descongestionar hospitales y optimizar recursos, mejorando la eficiencia del sistema de salud y la atención centrada en la paciente. Además, el monitoreo de suspensiones quirúrgicas permite identificar áreas de mejora, como la gestión administrativa y el soporte a los usuarios.

La mejora de la gestión de las camas hospitalarias es clave para la capacidad operativa de las RISS. A través de la medición de indicadores de gestión hospitalaria se pretende reflejar la necesidad de

mejorar la infraestructura, los procesos de mantenimiento y la gestión del recurso humano, en línea con la Estrategia Nacional de Salud (ENS). En regiones como la Metropolitana, donde se concentra el 40% de la población, la demanda de camas es significativamente alta.

El índice de Rotación de camas refleja la eficiencia hospitalaria y la capacidad de las RISS para atender a más pacientes en menos tiempo. Es particularmente relevante en hospitales de alta complejidad, que atienden a pacientes de todo el país al ser centros de referencia en respuesta a la atención de determinadas patologías complejas. La hospitalización domiciliaria mejora la calidad de vida del paciente y reduce la ocupación hospitalaria, siendo clave para personas con enfermedades crónicas y adultos mayores. Además, permite acercar la atención a las comunidades y fomentar el cuidado en el hogar, con el objetivo de disminuir los días de estada en esta modalidad.

Atención ambulatoria y telemedicina.

La Telemedicina impulsada por Hospital Digital se posiciona como una herramienta clave para reducir brechas de acceso a especialidades, particularmente en zonas rurales y extremas, fortaleciendo la integración de las RISS al facilitar la resolución de consultas de especialidad en tiempos oportunos. Se trabaja en mejorar el acceso a Consultas de especialidad médica y odontológica asegurando la programación anual eficiente de profesionales lo que contribuye a garantizar la cobertura y continuidad de la atención de las personas, impactando en la reducción de las listas de espera y la atención oportuna. El proceso requiere de la organización del recurso humano, gestión administrativa, así como la infraestructura disponible para lograr una sincronía.

La Consulta Nueva de Especialidad (CNE) facilita el acceso oportuno a atenciones médicas y odontológicas en los Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud (CEAAS), impulsando la equidad y la resolución efectiva de necesidades de salud. Por su parte, el Alta de Especialidad permite cerrar procesos clínicos y administrativos cuando la condición del usuario(a) está resuelta o estabilizada, favoreciendo su seguimiento en otros niveles como la APS, optimizando así el uso de los recursos disponibles. Finalmente, el indicador No Se Presenta (NSP) es clave para fortalecer la eficiencia de la oferta ambulatoria, ya que su reducción permite mejorar la continuidad de la atención, disminuir los tiempos de espera y avanzar hacia una gestión más centrada en las personas.

Procesos de apoyo.

Desde la Subsecretaría de Redes de Asistenciales, se ha instruido a los Servicios de Salud implementar estrategias para optimizar los procesos de las unidades de apoyo, dentro de esto en el área de medicina transfusional se ha establecido metas anuales para el incremento de las donaciones de sangre de tipo altruistas, las cuales son esenciales para mejorar la calidad, seguridad y disponibilidad de los productos sanguíneos lábiles utilizados en terapia transfusional.

Durante el 2025, se definió establecer un compromiso de gestión para el logro de objetivos nacionales a largo plazo. Se espera que estas acciones lleven al aumento de la tasa de donación desde 19 en 2025 a 30 por cada 1.000 habitantes en el año 2033. Del mismo modo, se espera un aumento de un 10% anual de las donaciones altruistas en cada servicio de salud, lo cual permitirá lograr a nivel país el 100% de altruismo en el año 2033, con un especial énfasis en la donación del tipo altruista repetida o fidelizada.

Mediante una gestión eficiente de medicamentos, se busca minimizar pérdidas y garantizar el abastecimiento de estos, cumpliendo con la normativa vigente. Además, se pretende optimizar todo el proceso, desde su planificación y distribución hasta su uso y eliminación.

Atenciones de urgencia en la Red Asistencial.

Por medio de la categorización de riesgo y atención oportuna en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) se pretende asegurar el acceso oportuno y la calidad del servicio, dando prioridad de atención a las personas en condiciones de salud prioritarias, para evitar agravamiento y morbilidad.

Es así como el acceso a camas de dotación en menos de 12 horas resulta clave como un indicador de eficiencia. Este proceso tiene un impacto directo en la supervivencia de pacientes críticos. Por otro lado, el abandono de pacientes durante la atención de urgencia requiere estrategias de mejora en la comunicación y la experiencia del usuario, conforme a la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, por lo que resulta de relevancia su medición y gestión.

Indicadores

COMGES N°1. Eficiencia en la gestión de procesos asistenciales

- 1.1. Ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- 1.2. Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- 1.3. Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas.
- 1.4. Cumplimiento de rendimiento de box en Centros de Especialidad Ambulatoria de Atención en Salud (CEAAS).
- 1.5. Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.
- 1.6. Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.7. Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.8. Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.9. Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
- 1.10. Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico.
- 1.11. Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- 1.12. Cumplimiento global del IAAPS.
- 1.13. Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.
- 1.14. Nivel de cumplimiento de la donación altruista de sangre.
- 1.15. Camas disponibles respecto de la dotación vigente.

1.1. Ambulatorización de cirugías mayores electivas.

El indicador de Ambulatorización de cirugías mayores electivas mide la proporción de Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA) respecto al total de cirugías mayores electivas. Su propósito es optimizar el uso de los recursos disponibles en salud, además de mejorar la experiencia del paciente al ofrecerle la posibilidad de una recuperación en el hogar.

ID CG-SRA 29	Ambulatorización de cirugías mayores electivas				
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Incrementar la realización de Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA) en comparación con las cirugías mayores electivas totales, favoreciendo una utilización más eficiente de los recursos y mejorando la experiencia del paciente.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas} / \text{Número de cirugías mayores electivas totales realizadas}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	Entero con 1 decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Obtener al final de trienio 50% de Ambulatorización				
Exclusiones	Hospitales de baja complejidad, Institutos y bajo DFL 36.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de Sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤ 50%	4 puntos
≤ 48%	3 puntos
≤ 46%	2 puntos
≤ 44%	1 punto

Requisitos

Informes trimestrales, se entregan con una diferencia de dos meses desde el cierre del trimestre.

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, quirófano mayor ambulatorio o central, 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. 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 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.

Manera de entrega de información: Planilla de datos REM

Cuando: De acuerdo a Calendario REM, enero 2027

Cuántas veces al año: Una vez al año

Fuente: REM

Formato: Excel

Observaciones: Se realiza monitoreo mensual de acuerdo a Calendario REM.

1.2. 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			
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia				
Objetivo del Indicador	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.			
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud			
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de cirugías mayores electivas suspendidas} / \text{Número de cirugías mayores electivas programadas en horario hábil}) \times 100$			
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	<=6,5% de suspensión			
Exclusiones	Establecimientos de baja complejidad y DFL 36.			
Fuente Numerador	REM	Fuente Denominador	REM	

Tabla de Sensibilidad

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

Requisitos

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 mayor 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. Finalizado el año se envía por el referente DIGERA del Departamento de Gestión de la Información con el corte oficial MINSAL.

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

Cuántas veces al año: Una vez al año

Fuente: REM

Formato: Excel

Observaciones: Se realiza monitoreo mensual de acuerdo a Calendario REM.

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 actividades trazadoras médicas y 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	Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico	
Objetivo del Indicador	Optimizar los procesos de gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de la totalidad de las horas de los profesionales odontólogos contratados por el Servicio de Salud para satisfacer la demanda asistencial.
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud
Fórmula de Cálculo	<p>Trazadoras</p> <p>1. Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades médicas: Fórmula:</p> $\% \text{ Cumplimiento de programación médica} = \left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas de especialidad realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas de especialidad programadas}} \right] * 0.6 + \left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cx } _ \text{Mayores realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Cx } _ \text{Mayores programadas}} \right] * 0.15 + \left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios programados}} \right] * 0.1 + \left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cx } _ \text{(Menores) Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Cx } _ \text{menores Programadas}} \right] * 0.05 + \left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos Realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos Programados}} \right] * 0.05 + \left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas de HD Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas de HD Programados}} \right] * 0.05 * 0,7$ <p>2. Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades de profesionales no médicos. Fórmula:</p> $\text{Producción de profesionales-tipo no medicos realizados} / \text{Producción de profesionales-tipo no medicos Programados} * 0,13$ <p>Tipos: Consultas, SM, Rehabilitación, Farmacia, HD, Procedimientos, PRAIS</p> <p>3. Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades odontológica. Fórmula:</p> $[(A * 0,40) + (B * 0,45) + (C * 0,09) + (D * 0,06)] * 0,17$

Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	≥ 95% de cumplimiento de la programación.				
Exclusiones	Sin Exclusiones				
Fuente Numerador	LOCAL	Fuente Denominador	REM		

Tabla de sensibilidad

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

Requisitos

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

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

Definición de Términos

Variables que componen la fórmula a) Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas ejecutadas / Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas b) Total de altas de especialidades odontológicas ejecutadas / Total de altas de especialidades odontológicas programadas c) Total de procedimientos imagenológicos ejecutadas / Total de procedimientos

imagenológicos programadas d) Total de consultas odontológicas de telemedicina ejecutadas / Total de consultas odontológicas de telemedicina programadas. Conceptos. 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 de DIGERA. La evaluación de este indicador consta de dos periodos; correspondiente a cada semestre con peso de 50% cada semestre para la sumatoria anual de la medición del indicador. No se consideran en la programación prestaciones por compra de servicios, horas médicas o no médicas de especialistas de programas transitorios, debiendo registrarse por separado. 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:

$$\% \text{ cumplimiento requisito} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de especialidades que cumplen entre } 95 \text{ y } 110 \%) / (\text{N}^\circ \text{ de especialidad con producción}) * 0.15 + (\text{N}^\circ \text{ de requerimientos (*) entregados por establecimiento en tiempo y forma}) / (\text{N}^\circ \text{ de requerimientos solicitados por establecimientos al corte}) * 0.1 + (\text{N}^\circ \text{ actividades médicas y no médicas programadas}) / (\text{N}^\circ \text{ de actividades médicas y no médicas con producción}) * 0.15}{1}$$

(*) 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.

1.4. Cumplimiento de rendimiento de box en Centros de Especialidad Ambulatoria de Atención en Salud (CEAAS).

Indicador evalúa el cumplimiento mensual del rendimiento de CNE estandarizada según tipo de box en función de su dotación y días hábiles.

ID CG-SRA 171	1.4. Cumplimiento de rendimiento de box en Centros de Especialidad Ambulatoria de Atención en Salud (CEAAS).				
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Evaluar si la infraestructura disponible se utiliza de acuerdo con los rendimientos de producción esperados, expresados en consultas nuevas equivalentes, ajustadas por especialidad y días hábiles, con el fin de optimizar el uso de los box, fortalecer la productividad ambulatoria y contribuir a la reducción de brechas de acceso y listas de espera.				
Responsable de gestión	Dirección del Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	<p>Fórmula de cumplimiento:</p> $\left[\frac{N^{\circ} \text{ de meses que cumplen el rendimiento esperado}_{(\text{box examen físico})}}{N^{\circ} \text{ meses del año}} * 0,6 + \frac{N^{\circ} \text{ de meses que cumplen el rendimiento esperado}_{(\text{box Cardiología})}}{N^{\circ} \text{ meses del año}} * 0,1 + \frac{N^{\circ} \text{ de meses que cumplen el rendimiento esperado}_{(\text{box Gine-Obstetricia})}}{N^{\circ} \text{ meses del año}} * 0,1 + \frac{N^{\circ} \text{ de meses que cumplen el rendimiento esperado}_{(\text{box Oftalmología})}}{N^{\circ} \text{ meses del año}} * 0,1 + \frac{N^{\circ} \text{ de meses que cumplen el rendimiento esperado}_{(\text{box Otorrino})}}{N^{\circ} \text{ meses del año}} * 0,1 \right] * 100$ <p>Aplica para: Alta/Mediana/CRS</p>				
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	>=50,0%				
Exclusiones	No existen exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de Sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 60 - > 100\%$	4 puntos
$55\% < X \leq 60\% - > 75\%$	3 puntos
$50\% < X \leq 55\% - > 50\%$	2 puntos
$45\% < X \leq 50\% - > 0\%$	1 punto

Requisitos

N° de resoluciones de todos los establecimientos Alta-Mediana-Baja-COSAM-CRS entregados en tiempo y forma / N° de resoluciones de todos los establecimientos Alta-Mediana-Baja-COSAM-CRS solicitados.

100% para lograr el cumplimiento del requisito.

Definición de Términos

Consultas nuevas equivalentes: se define como la homologación del rendimiento entre consulta nueva de especialidad y consulta control. Ejemplo: si la CNE es de una especialidad es 3 consultas por hora (20 minutos por consulta) y las atenciones de control son 4 por hora (15 minutos por consulta), la consulta estandarizada es 0,75 ($15/20=0,75$) que corresponde al factor de conversión (B).

Rendimientos de producción esperados: corresponde al número de consultas equivalentes por cada tipo de box.

Dotación: corresponde al número de box informados por cada establecimiento, de manera anual, por resolución según “Instructivo para el levantamiento de salas de boxes y salas para la atención en CEAAS”.

Cálculo de rendimiento: $(N^\circ \text{ de consulta nuevas según especialidad} + B * \text{consultas control según especialidad}) / \text{Dotación} * \text{Días hábiles del mes}$

B: Factor de conversión de consulta control a CNE.

Consideraciones Técnicas

El rendimiento por especialidad Se obtiene según lo establecido en las [“Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2026”](#)

Tabla de rendimiento solicitado

Tipo de Box	Rendimiento
Box para Atención de Consulta con Examen Físico	6,4
Sala para Atención Gineco- obstétrica	5,5
Sala para Atención de Otorrinolaringología	6,6
Sala para Consulta oftalmológica	7,4
Sala para Procedimientos de Cardiología	5

1.5. Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.

Indicador de producción que mide la relación entre la producción total de consultas y controles médicos y los casos que son derivados al siguiente nivel de atención, eso permite medir la capacidad resolutoria del equipo médico.

ID CG-SRA 85	Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Evaluar capacidad resolutoria del nivel primario, midiendo porcentaje de derivaciones a nivel secundario del total de atenciones médicas realizadas.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ SIC de controles y consultas médicas generadas en APS} / N^{\circ} \text{ total de controles y consultas médicas realizadas en APS}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	$\leq 10\%$				
Exclusiones	Se excluyen en el denominador las consultas médicas generadas en los dispositivos de Urgencia (SAPU;SAR;SUR) Se excluyen del numerador las interconsultas generadas hacia dispositivos de Atención Primaria a través del programa de resolutoria.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

SIC: Solicitud Interconsulta

Consideraciones Técnicas

Lo esperado es que el porcentaje de derivación al nivel secundario de consultas y controles médicos sea menor o igual a 10%.

Se excluyen del numerador las interconsultas generadas hacia dispositivos de Atención Primaria a través del programa de resolutoria.

En el denominador se incluye número de: consultas de morbilidad, todos los controles de salud realizados por médicos y la consulta de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC.

1.6. 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	Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.				
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Aumentar el porcentaje de CNE en especialidades médicas.				
Responsable de gestión	Dirección del Servicios de Salud.				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de CNE, según meta para cada especialidad} / \text{Número total de especialidades que reportan producción}) \times 100$				
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	60,0% de las especialidades cumplen con el porcentaje establecido para CNE				
Exclusiones	Establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad Especialidades: Medicina Nuclear (Excluye Informes) e Imagenología.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de Sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥60,0%	4 puntos
≥50,0%	3 puntos
≥40,0%	2 puntos
≥35,0%	1 punto

<p>Grupo N°1:CNE ≥ 20,0%</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>Grupo N°3:CNE ≥ 33,0%</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>Grupo N°5:CNE ≥ 45,0%</p> <p>CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA) CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGÍA DIGESTIVA BAJA) DERMATOLOGÍA GENÉTICA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA</p>
<p>Grupo N°2:CNE ≥ 25,0%</p> <p>DIABETOLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA ADULTO ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL) INMUNOLOGÍA NEFROLOGÍA ADULTO NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA ONCOLOGÍA MÉDICA RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA REUMATOLOGÍA</p>	<p>Grupo N°4:CNE ≥ 40,0%</p> <p>CARDIOLOGÍA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA PEDIÁTRICA CIRUGÍA TÓRAX GASTROENTEROLOGÍA ADULTO GERIATRÍA MEDICINA INTERNA NEUROCIRUGÍA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA UROLOGÍA</p>	<p>Grupo N°6:CNE ≥ 75,0%</p> <p>ANESTESIOLOGÍA</p>

Requisitos

Nombre del 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 A07 y REM A32 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 70,0%.

Definición de Términos

Fórmula de cálculo para Consulta Nueva de Especialidad: Número de consultas nuevas efectuadas en el periodo por especialidad / Total de consultas (nuevas y controles) por especialidad.

Fórmula de cálculo para requisito del 60,0% CNE dedicada a Lista de espera No GES: Número de consultas por especialidad egresadas con causales 1 y 17 en el periodo / Número de consultas nuevas por especialidad en el periodo.

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

Para la definición de la meta de cumplimiento del indicador de CNE médicas 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.

1.7. Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.

Mide el cumplimiento de las altas realizadas, por especialidad, 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 resolutive 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	Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.				
6	DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico				
Objetivo del Indicador	Aumentar el porcentaje de altas de usuarias/os en especialidades médicas.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	Número de especialidades que cumplen mensualmente con el porcentaje de altas según cluster/ Número de especialidades que generan producción mensualmente				
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	60,0% de las especialidades médicas cumplen meta				
Exclusiones	Los establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad Especialidades: Medicina Nuclear (Excluye Informes)- Imagenología				
Fuente Numerador	REM A07		Fuente Denominador	REM A07	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥60,0%	4 puntos
≥50,0%	3 puntos
≥40,0%	2 puntos
≥35,0%	1 punto

Requisitos

Nombre del 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 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).
- 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

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.

Consideraciones Técnicas

Este indicador no tiene consideraciones técnicas.

Grupos de exigencias de altas médicas

Grupo N°1: Altas ≥ 5,0%

GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
HEMATOLOGÍA
INFECTOLOGÍA
INMUNOLOGÍA
MASTOLOGÍA
MEDICINA PALIATIVA Y DE MANEJO DEL DOLOR
NEFROLOGÍA ADULTO

Grupo N°2: Altas ≥ 7,0%

DIABETOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR)
ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL)
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
REUMATOLOGÍA

Grupo N°3: Altas ≥ 10,0%

CARDIOLOGÍA
CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL
ENDOCRINOLOGÍA ADULTO
GASTROENTEROLOGÍA ADULTO
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
MEDICINA DEL ADOLESCENTE
MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD
NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
NEURORRADIOLOGÍA
NUTRICIÓN CLÍNICA
ONCOLOGÍA MÉDICA
PSIQUIATRÍA ADULTO
PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA
UROLOGÍA

Grupo N°4: Altas ≥ 14,0%

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

Grupo N°5: Altas ≥ 18,0%

CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA)
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA TÓRAX
DERMATOLOGÍA
GERIATRÍA
NEONATOLOGÍA
OFTALMOLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA

Grupo N°5: Altas ≥ 25,0%

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Grupo N°6: Altas ≥ 70,0%

ANESTESIOLOGÍA

1.8. Especialidades médicas que cumplen con estándar de No se presenta (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.

Mide el porcentaje de especialidades médicas que cumplen con el estándar establecido para No se presenta (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 7	Especialidades médicas que cumplen con estándar de No se presenta (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.				
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 Servicio de Salud				
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%</p> <p>NSP consulta nueva: Menor o igual a 12,0%</p>				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	75,0% de las especialidades médicas cumplen meta				
Exclusiones	Establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad. 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

Requisitos

Nombre del requisito:

Cumplimiento de contrarreferencia al alta.

Fórmula de cálculo: La evaluación corresponde al número de especialidades que cumplen el 90% de contrarreferencia al alta respecto a el número de especialidades informadas con producción mensual

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: 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.

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: $\text{Número de contrarreferencias al alta por especialidad realizadas} / \text{Número de Altas por especialidad realizadas}$.

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, no se presenta 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.

1.9. Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que, tras ser admitidos/as con generación de DAU en la Unidad de Emergencia Hospitalaria, se retiran antes de completar su atención médica, ya sea sin ser evaluados/as por un profesional o sin recibir el alta correspondiente. El propósito es evaluar la eficiencia y calidad del servicio de urgencias, dado que el abandono incrementa el riesgo de complicaciones graves o la muerte en las personas usuarias, además reflejar insatisfacción con la atención por la demora en esta.

ID CG-SRA 57	Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.				
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Disminuir el porcentaje de pacientes que no completan el proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	((Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica – Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica) / Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica).				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	≤10% de personas que abandonan durante el proceso de atención de urgencia				
Exclusiones	Urgencia Gineco-Obstétrica				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤10%	4 puntos
≤12,5%	3 puntos
≤15,0%	2 puntos
≤17,5%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Abandono: se refiere a los pacientes que, habiendo sido admitidos en el servicio de urgencias, se retiran antes de recibir una evaluación médica o antes de obtener una disposición final (alta médica, hospitalización, derivación a otro servicio o fallecimiento). Porcentaje de abandono: se calcula en relación al total de pacientes admitidos con generación de DAU en urgencias durante un periodo determinado, y debe ser medido de manera continua para identificar tendencias y posibles áreas de intervención. Numerador: debe considerar a todas las personas que se retiran posterior a la generación del DAU, en cualquier etapa del proceso de atención de urgencia, incluso aquellas que no alcanzan a recibir atención médica y se retiran desde la sala de espera.

Consideraciones Técnicas

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que no completan la atención médica, por sobre el total de la demanda de atención de urgencia.

Se considera atención de urgencia, a pacientes admitidos, con generación de DAU cuya atención completó el proceso de atención de urgencia y resultaron en una alta médica. Se incluye atención médica pediátrica y adulto.

Fuente de datos REM, reporte oficial, según calendario de fechas REM. El responsable de remitir este reporte es el Coordinador de la Red de Urgencia de los Servicios de Salud, quien debe recibir los datos del /los establecimientos a evaluar en el periodo indicado y revisar estos datos antes de que sean subidos a la carpeta COMGES, también será el responsable de liderar y enviar el documento oficial del análisis del indicador y su plan de mejora, si el resultado lo requiere. (todo indicador que no cumple con la meta Ministerial debe tener plan de mejora).

1.10. 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 la categorización. 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	$\frac{\text{(Número Total de Pacientes C2 que se atiende en 30 minutos o menos en Unidad de Emergencia)}}{\text{Número total de pacientes categorizados C2 en Unidad de Emergencia}} \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
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

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Pacientes categorizados: Este proceso se basa en un sistema estandarizado que clasifica a los pacientes en cinco categorías. C2 - 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 y denominador se obtienen 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).

1.11. Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que, tras recibir una indicación de hospitalización en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a una cama de dotación vigente en menos de 12 horas. En Chile, los pacientes solo pueden ser hospitalizados en camas de dotación reconocidas en el proceso anual DIGERA MINSAL. Los retrasos en el ingreso hospitalario están asociados a un aumento de la mortalidad a los 30 días y afectan negativamente el proceso de hospitalización. Además, pueden causar bloqueos de camillas y afectar la oportunidad de atención para nuevos pacientes en la UEH.

ID CG-SRA 58	Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.			
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia				
Objetivo del Indicador	Monitorizar y aumentar el porcentaje de pacientes que, tras recibir una indicación de hospitalización en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a una cama de dotación vigente en menos de 12 horas.			
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento			
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH } t < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación} / \text{Número total de pacientes con indicación de hospitalización en la UEH}) \times 100$			
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	≥85% de los pacientes accedan a cama de dotación en menos de 12 horas desde la indicación de hospitalización			
Exclusiones	No aplica para Hospitalización Gineco- Obstétricas. Pacientes que acceden directamente al Proceso Quirúrgico.			
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥85,0%	4 puntos
≥80,0%	3 puntos
≥70,0%	2 puntos
≥60,0%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

UEH, Corresponde a la unidad de emergencia hospitalaria. Camas de dotación: camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. NT 201 /2018.

Consideraciones Técnicas

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas provenientes de la UEH del establecimiento.

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos:

- Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización.
- Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico (paciente acostado).

El ingreso debe ser debidamente registrado en una cama de dotación y estos registros deben guardar correlación con lo ingresado en a base de datos de Egresos Hospitalarios.

1. Extracción de la información: El Departamento de Análisis e Información para la Gestión realiza la extracción de datos.
2. Corte semestral: Se enviará un corte semestral a los referentes de DIGERA.
3. Revisión de los datos: El referente técnico de DIGERA revisará los datos, asegurándose de que los mismos cumplan con la línea base establecida, lo cual garantiza que la información sea consistente y precisa.
4. Revisión por Servicios de Salud y Establecimientos Hospitalarios: La revisión se llevará a cabo para cada uno de los 29 Servicios de Salud y para cada establecimiento hospitalario, lo que muestra que el proceso se organiza por unidad o localidad para asegurar una revisión detallada."

1.12. Cumplimiento global del IAAPS.

Indicador que busca homologar la gestión que cada establecimiento de atención primaria realiza, independiente de su dependencia (municipal, dependiente o en convenio DFL 36 con los Servicios de Salud), para proveer a su respectiva población a cargo, las prestaciones del plan de salud familiar II, en función del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

ID CG-SRA 84	Cumplimiento global del IAAPS.				
DIVAP Departamento de Información para la Gestión					
Objetivo del Indicador	Evaluar el desempeño global de los establecimientos de atención primaria, independientemente de su dependencia administrativa, considerando el enfoque del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y la articulación con las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$\frac{((\text{Comunas con APS municipal}^* \text{ con } \geq 90\% \text{ de cumplimiento global IAAPS} + \text{ Establecimientos APS dependientes de SS con } \geq 90\% \text{ de cumplimiento global IAAPS} + \text{ Establecimientos APS en convenio DFL36 con los SS con } \geq 90\% \text{ de cumplimiento global IAAPS}))}{(\text{Total de comunas con APS Municipal}^* + \text{ Establecimientos APS dependientes de SS} + \text{ Establecimientos APS en convenio DFL36 con los SS})}$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de las comunas cumplan con el 90% del IAAPS.				
Exclusiones	Se excluirán aquellas comunas que solo cuenten con postas de salud rural que no dependen de un Consultorio general urbano, rural y/o CESFAM.				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥60%	1 punto

Requisitos

Envío de 2 monitoreos preliminares a la División de atención primaria: 1) corte a 31 julio (envío hasta 11 septiembre y 2) corte a 30 de septiembre (envío hasta 11 de noviembre), en el instrumento (excel) enviado para dicho fin, el cual será el mismo instrumento utilizado para la evaluación final al 31 de diciembre (envío 11 febrero 2026).

Definición de Términos

IAAPS: Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud. APS municipal*: hace referencia a que reciba financiamiento per cápita y/o costo fijo.

Consideraciones Técnicas

El indicador establece como meta que el 100% de las comunas percapitadas y costo fijo, además de los establecimientos de APS dependientes y en convenio con cada Servicio de Salud, alcancen al menos un 90% de cumplimiento global del Índice de actividad de atención primaria (IAAPS). Para aquello, se respetarán los IAAPS ya fijados para las comunas percapitadas para el 2026, debiendo, además, cada Servicio de Salud, fijar las metas de cada indicador del set de IAAPS para las comunas costo fijo, establecimientos dependientes y en convenio DFL36, con excepción del indicador de vacunación anti-influenza y el indicador GES, que no serán incluidos en este COMGES. Dichas metas deben ser informadas vía correo electrónico, para su Visación por parte de la División de Atención Primaria. Para los efectos de fijación y evaluación se utilizarán los mismos instrumentos y criterios que en el proceso de fijación de IAAPS para comunas percapitadas, para lo cual se deben tener presentes, tanto la Orientación técnica del IAAPS 2026 (con criterios de evaluación del 4to. corte), como las planillas de fijación y evaluación.

1.13. Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.

El promedio días de estada nos permite conocer la duración de la internación de los pacientes y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo admisible. Con el seguimiento de este indicador se mejorará la gestión del recurso cupo/cama en las UHD de todo el país.

ID CG-SRA 26	Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.				
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Optimizar la duración de las estancias de los pacientes en Hospitalización Domiciliaria, garantizando una rotación adecuada y un uso eficiente del recurso cupo/cama, mediante el cumplimiento de un promedio de días de estada $\leq 8,5$ días.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	Número de establecimientos del Servicio de Salud que cumplen la meta de días de estada en Hospitalización Domiciliaria / Número de establecimientos del Servicio de Salud evaluados				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Número	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Dicotómico
Meta	100% de la meta asignada				
Exclusiones	Hospitales que no cuenten con unidades de Hospitalización Domiciliaria o no recibieran recursos desde MINSAL para su implementación.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 100\%$	4 puntos
$\geq 50\%$	2 puntos

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Días personas atendidas: Es el número total de días que el paciente se encuentra bajo los cuidados de hospitalización domiciliaria. Corresponde a la sumatoria de días totales de hospitalización por paciente durante el mes.

Consideraciones Técnicas

Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) deben monitorear constantemente que sus pacientes no prolonguen innecesariamente sus hospitalizaciones. Para ello, se utiliza el indicador de Días de Estada, que no debe exceder la meta asignada para cada establecimiento.

Fórmula: Días personas atendidas / Personas atendidas.

Dado que es fundamental mantener este indicador como Meta Nacional de $\leq 8,5$ días, debemos orientar los esfuerzos a sostener o reducir dicho promedio, de acuerdo con la línea de base (LB) de cada establecimiento con el fin de que todos los establecimientos puedan lograrlo.

- LB se considera lo logrado al 2do corte COMGES 2025.

- El verificador son los datos REM A 21, sección C1.

Debido a lo anteriormente explicado, es que este año se solicitará una meta específica para cada establecimiento, la cual será fijada en base a su LB 2025.

1.- Para aquellos con LB menor e igual a 8.5 deben mantenerse = o < a 8.5

2.- Para aquellos con LB mayor a 8.5 se dividieron en 2 grupos:

- Aquellos donde su diferencia entre la LB y la meta nacional sea igual o superior a 10, donde se le solicita disminuir el 50% de su brecha.

- Aquellos donde su diferencia entre la LB y la meta nacional sea menor que 10, donde se le solicita disminuir 33,3% de su brecha.

La responsabilidad de cumplimiento del indicador es compartida entre la subdirección médica de cada establecimiento y el Servicio de Salud.

Las metas serán compartidas como anexo.

1. Extracción de la información: El Departamento de Análisis e Información para la Gestión de DIGERA realiza la extracción de datos de Hospitalización Domiciliaria al momento del corte.

2. Corte semestral: Se enviará un corte semestral a los referentes de Hospitalización Domiciliaria DIGERA.

3. Revisión de los datos: El referente técnico de DIGERA revisará los datos, analizando y contrastando con la meta establecida.

1.14. Cumplimiento de la tasa de donación de sangre.

Este indicador evalúa los resultados de las estrategias implementadas para incrementar la tasa por cada 1.000 habitantes y mejorar la calidad de las donaciones de sangre en los servicios de salud.

ID CG-SRA 21	Cumplimiento de la tasa de donación de sangre				
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Aumentar la producción y calidad de las donaciones de sangre en los servicios de salud, promoviendo la cultura del altruismo repetido que garantice un suministro suficiente y seguro de sangre y productos sanguíneos lábiles para quien lo necesite.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Índice de donaciones obtenido}}{\text{Meta del año}} * 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Cumplimiento del 100% del índice definido				
Exclusiones	Establecimientos de la red asistencial que no atienden donantes de sangre en ninguna modalidad. Aplica a donaciones por aféresis.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
100%	4 puntos
≥95%	3 puntos
≥90%	2 puntos
≥80%	1 punto
<80%	0 punto

Requisitos

El requisito contiene tres componentes:

- Componente 1: N° donaciones altruistas/ Total donaciones (ponderación 50%)

Se considera como cumplido cuando este valor es mayor o igual al 20%.
 En concordancia con periodo anterior, se debe aumentar un 10% al año hasta lograr un 100%.

- Componente 2: N° donaciones altruistas repetidas/N° donaciones altruistas totales (ponderación 30%)

Se considera como cumplido cuando este valor es mayor o igual al 55% (promedio nacional 2025)

- Componente 3: N° informacion entregada/N° de informacion solicitada (ponderación 20%)

Para este componente, se considera la entrega de información sobre capacidades instaladas en los sitios fijos y móviles autorizados y reconocidos por MINSAL para la atención de donantes de sangre. Este reporte podrá ser entregado a nivel de establecimiento o servicio de salud mediante una plataforma estandarizada y diseñada para ello.

Cálculo de porcentaje de cumplimiento del requisito:

$$(\text{Componente}_1 * 0,5 + \text{Componente}_2 * 0,3 + \text{Componente}_3 * 0,2) * 100$$

El requisito se considera cumplido cuando el valor obtenido es 80%

Definición de Términos

Fórmula Índice donaciones

$$\text{Índice de donaciones} = \frac{N^{\circ} \text{ donaciones totales} * 1000}{\text{Población vigente}}$$

- N° donaciones totales: Producción total informada en REM A25, sección A1.
- Poblacion vigente: Poblacion informada en diciembre del año anterior por FONASA

Cálculo de meta esperada por año:

$$\text{Meta del año} = LB + \frac{(\text{Meta} - LB)}{\text{Periodos}} * \text{Periodo}$$

- Línea Base (LB): Tasa de donación año 2025
- Meta: 30
- Periodos = 5 Años (tener índice de 30 al año 2030) (2026 es el año 1)
- Periodo =1 para el año en curso

Con esto, se calcula cuánto debe aumentar la tasa cada año para alcanzar la meta país.

Ejemplo:

Supongamos que la línea base en 2025 para un servicio de salud fue 20.

Calcular el incremento anual:

$$\frac{\text{Meta} - \text{LB}}{5} = \frac{30 - 20}{5} = \frac{10}{5} = 2$$

Cada año se requiere aumentar 2 puntos.

Metas estimadas por año

Año	Periodo	Cálculo	Meta anual
2026	1	$20 + (2 \times 1)$	22
2027	2	$20 + (2 \times 2)$	24
2028	3	$20 + (2 \times 3)$	26
2029	4	$20 + (2 \times 4)$	28
2030	5	$20 + (2 \times 5)$	30

Las **donaciones totales de sangre** se refieren a la cantidad global de unidades de sangre recolectadas en un período determinado, incluyendo todos los tipos de donación. Estas pueden clasificarse en:

- Donaciones altruistas nuevas, son aquellas realizadas por personas que donan por primera vez de manera altruista.
- Donaciones altruistas repetidas, son aquellas realizadas por personas que donan regularmente 1 o más veces al año de manera altruista.
- Donaciones altruistas totales, corresponde a la suma de nuevas y repetidas.
- Donaciones de reposición, son aquellas realizadas por personas para reponer/devolver la sangre utilizada por un paciente específico.
- Donaciones de aféresis, corresponden a un proceso de obtención selectiva de un componente sanguíneo específico (glóbulos rojos, plaquetas o plasma) mediante equipos de aféresis que operan por separación o centrifugación. Estas donaciones se registran en el reporte de producción del sitio de atención de donantes, dado que su obtención debe realizarse bajo un modelo de donación altruista y repetida.

La suma de estos tipos de donaciones constituyen el total de sangre recolectada en un sitio fijo de donación (hospital o casa del donante) y colecta móvil perteneciente a la jurisdicción territorial del servicio de salud.

La **tasa de donación de sangre** es un indicador definido por la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) que expresa la cantidad de donaciones de sangre realizadas en una población durante un período determinado, en relación con el tamaño de dicha población. Este indicador permite evaluar la disponibilidad y suficiencia del suministro de sangre en un país y revela diferencias según sus niveles de ingresos. Además, constituye una herramienta fundamental para monitorear el acceso a un suministro sanguíneo seguro.

Este indicador permite:

- Evaluar el nivel de participación de la población en la donación de sangre.
- Medir la autosuficiencia del sistema de sangre de un país, región o servicio de salud.
- Facilitar la comparación entre distintos territorios o períodos de tiempo.

Se calcula con la fórmula **(Número de donaciones de sangre / Población) × 1.000** y se expresa como donaciones por cada 1.000 habitantes por año.

Para los servicios de salud que cuentan con centros de sangre, se espera que alcancen y mantengan tasas superiores a 30 donaciones por cada 1.000 habitantes. Esto se basa en que los sistemas locales consolidados, con altos niveles de donación altruista y una fuerte fidelización de donantes habituales, tienden a presentar un mejor desempeño, una mayor estabilidad del stock y menor variabilidad estacional.

Consideraciones Técnicas

Se ha definido que los establecimientos de la red asistencial podrán atender donantes de sangre, siempre y cuando cuenten con un sitio fijo intrahospitalario, con una casa del donante de sangre o que realicen actividades de colecta móvil de sangre, y que estos estén autorizados por el Ministerio de Salud, según las orientaciones técnicas de este compromiso de gestión. Todas estas actividades deben ser realizadas bajo las normativas establecidas por el ministerio e ir en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Sangre.

El reporte de datos desde los equipos de atención de donantes será realizado de forma habitual en plataforma REM Serie A25 denominado “*Servicios de Sangre*”, sección A1: Población donante. La visualización de la información reportada podrá ser realizada por los referentes COMGES o unidades de apoyo en cada servicio de salud mediante una plataforma diseñada para ello.

Para los cálculos de metas 2026, se ha considerado los cumplimientos de donaciones altruistas y totales durante 2025 en todos los servicios de salud del país y el ajuste respectivo acordado con cada equipo técnico. No se requiere medio de verificación por parte de los Servicios de Salud a MINSAL, ya que el dato corresponde a la fuente oficial REM. La consolidación se realiza por MINSAL, de manera centralizada, de acuerdo a los cortes definidos y visualizados por los Servicios de Salud y establecimientos de manera mensualizada. Por otra parte, Referente Técnico Minsal del indicador

¹ Organización Mundial de la Salud. (2025, 30 de mayo). *Seguridad y disponibilidad de la sangre*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability> (Consultado el 10 de febrero de 2026)



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

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento Control de Gestión 2026

envía por correo electrónico a Control de Gestión de Gabinete los resultados de los indicadores por Servicio de Salud con fecha del corte a evaluar.

1.15. Camas disponibles respecto de la dotación vigente.

El propósito del indicador tiene por finalidad monitorear y asegurar la habilitación efectiva del total de camas reconocidas en el proceso de dotación vigente para el año 2026, garantizando la mantención de la oferta asistencial comprometida por la red.

ID CG-SRA 27	Camas disponibles respecto de la dotación vigente.				
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Optimizar la utilización de camas disponibles para garantizar una gestión eficiente de los recursos de salud.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	[Total Días Camas Disponibles/ (Total Camas por Resolución * total días año calendario)]				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Mixto
Meta	95%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM 20		Fuente Denominador	REM 20	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥95%	4 puntos
≥93%	3 puntos
≥92%	2 puntos
≥90%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Camas de dotación: camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. NT 201 /2018.

Consideraciones Técnicas

Aunque no se establecerá como requisito la entrega de un Plan de Mitigación o de un Plan de Apertura de Camas, se sugiere que dichos instrumentos sean objeto de monitoreo y seguimiento por parte del Servicio de Salud, en calidad de mecanismo de control intermedio.

Se considera un acta semestral de cotejo, para verificar que los datos del establecimiento son los mismos que se encuentran en DEIS. Acta debe ser descargada de REM por el RT del servicio de salud, y derivada a RT de nivel central.

Compromiso de Gestión N°2: Estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Objetivo estratégico

“Mejorar la calidad de vida de las personas y sus entornos reduciendo la carga de enfermedad en la población a través de acciones de prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y atención continua”.

Contexto

El fortalecimiento de la calidad de vida de la población y la reducción de la carga de enfermedad requieren estrategias integrales que aborden la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y atención continua. Este enfoque está alineado con políticas públicas y los Objetivos Sanitarios 2030. A través de la implementación de protocolos, la capacitación del personal y el monitoreo de indicadores clave, se busca garantizar una atención equitativa y efectiva, que aborde tempranamente problemas de salud prevenibles y contribuya a la mejora de la calidad de vida de las personas y sus familias.

Salud materna e Infantoadolescente.

La salud materno-fetal, infantil y adolescente es un tema de gran importancia en Chile, ya que refleja el desarrollo sanitario, social y económico del país. Chile ha logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna e infantil gracias a políticas públicas de largo plazo y mejoras en el acceso a la atención médica. Sin embargo, aún hay desafíos como como la mortalidad fetal, la atención de poblaciones vulnerables y en la prevención de enfermedades crónicas en mujeres embarazadas. La implementación de estrategias enfocadas en la etapa preconcepcional y el fortalecimiento de la seguridad en el embarazo y parto son clave para seguir avanzando en este ámbito.

El control prenatal está orientadas a la detección temprana de condiciones que puedan afectar la salud materno-fetal, la realización de ecografías en gestantes en los periodos clave permiten identificar riesgos y complicaciones de manera temprana, evitando hospitalizaciones innecesarias y reduciendo la demanda en servicios especializados. el seguimiento de las gestantes en control con ecografía realizada entre las semanas 11-13+6 y 22-24 de gestación, contribuyen a la reducción de la mortalidad perinatal, la prevención de complicaciones como la preeclampsia y el parto prematuro, mediante intervenciones tempranas, favoreciendo a la equidad en la atención, estableciendo estándares que buscan una atención prenatal de calidad para todas las gestantes, independientemente de su lugar de residencia o condición socioeconómica.

El monitoreo de cesáreas permite identificar oportunidades de mejora en la gestión obstétrica, reduciendo complicaciones y agilizando la atención en maternidad 27, en Chile la Tasa global de cesárea se encuentra sobre lo indicado por la OCDE, por lo que se espera que al año 20230 se alcancen tasas internacionales.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es una estrategia clave para la salud infantil, ya que fortalece el sistema inmunológico y reduce el riesgo de enfermedades como infecciones respiratorias y gastrointestinales, que podrían requerir atención especializada. Además, favorece el desarrollo neurológico y metabólico, disminuyendo la probabilidad de obesidad y otras afecciones en la vida adulta. Para fomentar su práctica, se implementan políticas de educación y apoyo a las madres, garantizando condiciones adecuadas tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar, con el objetivo de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.

La supervisión de salud infantil con enfoque de riesgo permite la detección temprana de condiciones que pueden afectar el desarrollo y contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez, el ampliar la cobertura de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada, busca contar con una población infantil con una mejor salud oral.

Prevención y manejo de enfermedades crónicas: Optimización de la Atención Primaria para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida.

La prevención y manejo de enfermedades crónicas son fundamentales para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población. Entre las principales estrategias destacan aquellas dirigidas a enfermedades renales, VIH/SIDA y el cuidado de personas con dependencia severa.

Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT)

El aumento de la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) ha generado un impacto significativo en el sistema de salud, demandando tratamientos eficaces. La peritoneo-diálisis se presenta como una opción que mejora la calidad de vida de los pacientes al permitir mayor autonomía en su tratamiento y reducir la carga hospitalaria. Por su parte, aumentar la realización de fístulas arteriovenosas (FAV) como acceso vascular definitivo optimiza la hemodiálisis, disminuye los riesgos de morbilidad y estancias hospitalarias asociadas al uso de catéteres de hemodiálisis.

VIH/SIDA y su manejo

VIH/SIDA y su manejo El VIH sigue siendo un desafío epidemiológico relevante debido a su transmisión por vías sexual, sanguínea o vertical. Sin embargo, el acceso oportuno a la terapia antirretroviral ha mejorado la supervivencia y calidad de vida de quienes viven con VIH, transformándolo en una condición crónica manejable cuando se logra una carga viral indetectable. Para reforzar su control, se impulsa la detección temprana mediante test visual/rápido VIH realizados por establecimientos, alineados con el Programa Nacional de VIH/SIDA y promovidos desde la atención primaria. Estas estrategias de tratamiento y prevención no solo impactan individualmente a las personas, sino que también contribuyen a la sostenibilidad del sistema de salud, reduciendo costos asociados a hospitalizaciones y complicaciones graves.

Atención a adultos mayores y personas con dependencia severa

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas ECICEP fortalece la atención integral de los adultos mayores, evitando hospitalizaciones prolongadas y facilitando la atención domiciliaria. El aumento de ingresos a esta estrategia es clave para mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, el Programa de dependencia severa garantiza una atención integral (física, emocional y social) en el domicilio, dotando a cuidadores y familias de herramientas para el cuidado adecuado. La elaboración e implementación de planes de cuidados optimiza la gestión de recursos y evita hospitalizaciones innecesarias. Además, el apoyo a cuidadores es esencial para asegurar la continuidad del cuidado y prevenir su agotamiento físico y emocional, mediante la capacitación y acompañamiento especializado.

Impacto en el sistema de salud

Todas estas estrategias no solo benefician a los pacientes individualmente, sino que también contribuyen a la sostenibilidad del sistema de salud, reduciendo costos asociados a hospitalizaciones y complicaciones graves, además de fortalecer la equidad en el acceso a una atención de calidad.

Fortalecimiento a la donación de órganos y trasplante

En Chile, la donación y el trasplante de órganos representa un desafío sanitario y estructural permanente, condicionado principalmente por variables clínicas y socio culturales. A pesar de los avances médicos y legislativos, como la Ley 19.451 y sus modificaciones posteriores, la tasa de donantes efectivos en muerte encefálica, se ha mantenido por debajo de los estándares definidos en la OCDE. Esta brecha ha contribuido a un aumento sostenido en la demanda de órganos, generando un incremento progresivo de las listas de espera de pacientes que requieren trasplantes.

Para abordar esta problemática, se han implementado diversas estrategias destinadas a fortalecer el sistema nacional de donación y trasplantes. Entre ellas, se destaca el fortalecimiento normativo a través de protocolos hospitalarios para la identificación y gestión de potenciales donantes en la Red Asistencial; la formación y entrenamiento continuo de los Coordinadores Locales de Procuramiento (CLP), equipos clínicos y referentes de los Servicios de Salud; así como también la difusión de campañas de concientización y educación orientadas a fomentar la cultura de la donación de órganos. Estas últimas, buscan superar las barreras que están asociadas al desconocimiento, a los mitos socio – culturales y a la desconfianza institucional, factores que históricamente han limitado la generación de donantes efectivos.

Es claro que todas aquellas acciones orientadas a promover una transformación hacia una cultura de la donación, permitirán obtener mejores resultados, favoreciendo un acceso equitativo, oportuno, seguro y de calidad a los trasplantes; sin embargo, el inicio de este cambio debe surgir desde una comunidad sanitaria educada, ética y comprometida, capaz de acoger a las familias y a la sociedad en general en este proceso cultural que el país requiere, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema de salud, al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Finalmente, la medición de la tasa de donantes efectivos no solo es una herramienta clave para evaluar la eficiencia del sistema sanitario en la generación de donantes efectivos; sino que, además, permite medir el impacto de las políticas públicas, la capacidad institucional y los factores que influyen en la donación de órganos.

Indicadores:

- 2.1. Cobertura de vacunación anti-influenza
- 2.2. Cobertura de gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.
- 2.3. Reducción del Porcentaje Global de Cesárea
- 2.4. Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria.
- 2.5. Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.
- 2.6. Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.
- 2.7. Personas mayores de 15 años en hemodiálisis crónica con Fístula Arteriovenosa confeccionada.
- 2.8. Personas mayores de 15 años con enfermedad renal crónica en tratamiento de Peritoneodiálisis.
- 2.9. Personas que viven con VIH en control en establecimientos de los Servicios de Salud, que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y presentan carga viral indetectable.
- 2.10. Nivel de cumplimiento de la meta anual de Potenciales Donantes
- 2.11. Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) de personas de 65 años o más.
- 2.12- Plan Operativo Anual de la Estrategia Nacional de Salud
- 2.13. Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población generados por Servicio de Salud.

2.1. Cobertura de vacunación anti-influenza.

Fortalecer la gestión del Programa Nacional de Inmunizaciones, a través del monitoreo del cumplimiento de las metas de cobertura de la campaña de vacunación anti influenza, definidas para población objetivo.

ID CG-SRA 148	Cobertura de vacunación anti-influenza				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	La campaña de vacunación contra la influenza se inicia habitualmente en el mes de marzo y se prolonga aproximadamente por dos a tres meses. Es de carácter gratuito y tiene por objetivo vacunar a grupos que puedan presentar complicaciones en el caso de adquirir la enfermedad, ya que el virus influenza (con sus diversas cepas) es responsable de severas infecciones, especialmente respiratorias, que pueden causar complicaciones de gravedad e incluso la muerte.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de personas pertenecientes a los grupos objetivos vacunadas con anti-influenza} / \text{Total de población de los grupos objetivos para el año en curso}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	85%				
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> Personas que no pertenecen a los grupos objetivos definidos oficialmente para la campaña. Registros duplicados o inconsistentes en RNI. Personas vacunadas fuera del periodo oficial de campaña. 				
Fuente Numerador	PNI		Fuente Denominador	PNI	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥85%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥65%	2 puntos
≥55%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI): Su misión es “proteger a la población contra las enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública de acuerdo con la evidencia científica y el desarrollo biotecnológico” a través del acceso garantizado de vacunas e inmunoglobulinas según decreto de obligatoriedad vigente, en los establecimientos de atención primaria de salud y vacunatorios privados en convenio. Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI): Desde el 1 de enero del 2013, el RNI es el sistema oficial de registro y recolección de los eventos de vacunación programáticas y de campañas del PNI. En el 2017 se conforma como el repositorio único nacional para todos los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con la autoridad sanitaria. Es de carácter nominal, permitiendo la trazabilidad de cada producto biológico y persona inmunizada. Grupos objetivos: poblaciones definidas anualmente por el Ministerio de Salud para recibir vacunación prioritaria (mayores de 60 años, personas crónicas, embarazadas, primera infancia, escolares, trabajadores avícolas/porcinos, personal de salud, entre otros). Población objetivo: estimación anual construida con proyecciones INE, registros administrativos y criterios de elegibilidad por grupo. Cobertura: proporción de la población objetivo que ha recibido la vacuna en el periodo evaluado. Campaña: periodo oficial definido por el Ministerio de Salud para administración de vacuna influenza.

Consideraciones Técnicas

Población de los grupos objetivos para el año en curso.

2.2. Cobertura de gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.

Este indicador mide el porcentaje de gestantes bajo control con ecografía de screening de 22-24 semanas. Se espera que los servicios de salud avancen en obtener mejores coberturas considerando que la ecografía obstétrica en atención primaria (APS) tiene por finalidad reducir la morbimortalidad asociada a problemas de salud fetal y materna neonatal prevalentes en la población, al constituirse en tamizaje esencial para gestantes que se controlan en los establecimientos de APS.

ID CG-SRA 40	Cobertura de gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Incrementar la cobertura de gestantes con ecografía obstétrica de screening 22-24 semanas de gestación, para reducir la morbimortalidad asociada a problemas de salud fetal y materna neonatal prevalentes en la población.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Total de gestantes con ecografía de 22 a 24 semanas de gestación} / \text{Total gestantes bajo control}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	25%				
Exclusiones	APS dependiente de servicios de salud				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥25%	4 puntos
≥20%	3 puntos
≥15%	2 puntos
≥10%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

22-24 semanas: Corresponde al período de gestación que se considera para el monitoreo, el cual abarca desde el inicio de la semana 22 hasta el final de la semana 24. Gestantes ingresadas: Corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal, sin importar las semanas gestacionales. Ecografía de segundo trimestre de 22-24 semanas: Examen ultrasonográfico realizado a gestante en el segundo trimestre cuyo objetivo es realizar un screening preventivo con el fin de pesquisar oportunamente factores de riesgo o condiciones que se asocian con malos resultados perinatales, permitiendo la intervención oportuna en algunas de estas situaciones. Si bien se debe promover que sea entre 22 y 24 semanas.

Consideraciones Técnicas

Al mes de julio del año 2025, los establecimientos de APS lograron a nivel nacional una cobertura del 21,2% de las ecografías de 22 - 24 semanas. Este porcentaje varía significativamente entre los Servicios de Salud. Para 2026 se establece una meta de 25%, en la cual aquellos establecimientos que tengan un cumplimiento a diciembre de 2025 superior a dicho porcentaje deben mantener o aumentar su cobertura. En el caso de aquellos establecimientos que tengan una cobertura menor al 25% deberán alcanzar o superar este porcentaje.

2.3. Reducción del Porcentaje Global de Cesárea.

Chile durante sus últimos años, promedia un porcentaje histórico de cesáreas superior al 40%, indicador que lo posiciona entre los países con más altas tasas de cesáreas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). La meta nacional es lograr una tasa global de cesárea no superior al 30% de los partos totales al 2030. El indicador mide la variación del porcentaje de cesáreas en relación al año anterior, y busca contribuir a la disminución de esta.

ID CG-SRA 36	Reducción del Porcentaje Global de Cesárea				
DIGERA Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	El objetivo del indicador es evaluar la variación del porcentaje de cesáreas entre los años 2025 y 2026, permitiendo analizar tendencias en la práctica obstétrica y su impacto en la gestión de salud materna. Su finalidad es promover una experiencia positiva en el parto y nacimiento, reduciendo los riesgos derivados de la sobre medicalización de procesos obstétricos fisiológicos.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	((Porcentaje de cesáreas año t - porcentaje de cesáreas año t-1) / porcentaje de cesáreas año t-1)				
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	Metas: Reducción para SS con LB $\geq 50\%$ (Meta reducir 6pp) Reducción para SS con LB $< 50\%$ y $\geq 40\%$ (Meta reducir 4pp) Reducción para SS con LB $< 40\%$ y $> 30\%$ (Meta reducir 3pp) Los establecimientos que presentan un porcentaje de cesárea igual o menor al 30%, deben procurar mantener o disminuir dicho indicador				
Exclusiones	Hospitales que no tienen cartera de parto declarada				
Fuente Numerador	REM	Fuente Denominador	REM		

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Porcentaje Global de cesáreas: contempla la proporción total de cesáreas (electivas más de urgencia) respecto del total de partos, de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos (81 establecimientos hospitalarios), No se considerarán los establecimientos DFL 36 para efectos de este COMGES. Total de partos: incorpora todos los partos/nacimientos informados en el registro de egresos estadísticos incluyendo partos vaginales fisiológicos, instrumentales, cesáreas de urgencia y electivas de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos (81 establecimientos hospitalarios), No se considerarán los establecimientos DFL 36 para efectos de este COMGES.

Consideraciones Técnicas

Se consideran 81 establecimientos con cartera de partos declarada.

Metas:

- Reducción para SS con LB $\geq 50\%$ (Meta reducir 6pp)
- Reducción para SS con LB $\geq 40\%$ (Meta reducir 4pp)
- Reducción para SS con LB $\geq 30\%$ (Meta reducir 3pp)

Extracción de la información: El Departamento de Análisis e Información para la Gestión realiza la extracción de datos.

Corte semestral: Se enviará un corte semestral a los referentes de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Depto. Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia DIGERA.

Revisión de los datos: El referente técnico de DIGERA revisará los datos, asegurándose de que los mismos cumplan con la línea base establecida, lo cual garantiza que la información sea consistente y precisa.

Derivación a Control de Gestión: Luego de la revisión, los datos se envían por correo electrónico a la unidad de Control de Gestión de la SRA, que tiene la responsabilidad de almacenar y gestionar la información.

Carga en SharePoint: Finalmente, la información se carga en SharePoint, una plataforma digital que los Servicios de Salud utilizan para acceder y gestionar la información, asegurando que esté disponible para los usuarios pertinentes.

2.4. Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria.

Este indicador mide el incremento de test visual/rápido realizados en la atención primaria. Se espera que el cumplimiento de este indicador permita mejorar la detección y el tratamiento oportuno de la infección por VIH en la población. Cuenta con un requisito asociado, donde se espera que exista un aumento en la realización de test en la población específica de hombres.

ID CG-SRA 24	Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Mantener y/o aumentar la realización de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	<p>Fórmula 1: (Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria en el año 2026- Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria en el año 2025) / Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria en el año 2025) x 100</p> <p>Fórmula 2: ((Número de test visual/rápido VIH realizados a hombres en establecimientos de atención primaria en el periodo (año t)- Número de test visual/rápido VIH realizados a hombres establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud del periodo (año t-1)) / Número de test visual/rápido VIH realizado a hombres en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el periodo (año t-1)) x100</p>				
Cuenta con Línea Base	Sí 2025	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Mantener y/o aumentar la producción del año 2025 según línea base 2025.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SURVIH		Fuente Denominador	SURVIH	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
Aumenta o mantiene	4 puntos

Requisitos

Comprometer un aumento de 5% de test realizados a hombres. Con la finalidad de evaluar el incremento del testeo en hombres, se utilizará la siguiente fórmula de cálculo, de manera complementaria:

$$\left(\frac{\text{Número de test visual/rápido VIH realizados a hombres en establecimientos de atención primaria en el periodo (año t)} - \text{Número de test visual/rápido VIH realizados a hombres en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud del periodo (año t-1)}}{\text{Número de test visual/rápido VIH realizado a hombres de establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el periodo (año t-1)}} \right) \times 100$$

Definición de Términos

Test visual/ Rápido VIH: corresponde a la técnica por inmunocromatografía, que detecta la presencia del virus de inmunodeficiencia (VIH) en muestra de sangre capilar. SURVIH: Sistema único de registro de VIH del MINSAL.

Establecimientos de Atención Primaria: corresponden a CESFAM, CECOSF, Hospital Comunitario, Postas, SAR, SAPU, Espacio Amigable u otro dispositivo de atención con oferta de test visual/rápido de VIH informado por el S.S, independiente de la modalidad (demanda espontánea, en consulta, EMP, actividades extramuros, ronda de salud, etc.)

Consideraciones Técnicas

Como verificador el Servicio de Salud deberá informar en archivo (planilla Excel) en formato MINSAL, 10 días hábiles luego del corte, en la plataforma destinada para ello por Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes, el Nº de número de test visual / rápido de VIH acumulado al corte por establecimiento.

Si bien la evaluación es anual, los datos de SURVIH son de reporte mensual, por lo que se sugiere a los Servicios llevar un monitoreo mensual del indicador.

Cuenta con un requisito asociado, donde se espera que exista un aumento de test realizados en la población específica de hombres. Se evaluarán solo los establecimientos que el Servicio de Salud informe que disponen de oferta de Test visual/ rápido de VIH durante el año 2025.

El monitoreo semestral consiste en un reporte de avance, enviado 10 días hábiles después del del 30 de junio del 2026 a referentes MINSAL de la División de Atención Primaria.

2.5. Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.

Este indicador busca avanzar en el cuidado del cuidador/a, mediante la evaluación del nivel de sobrecarga como parte de la valoración integral, para la aplicación de acciones promocionales, preventivas, de tratamiento y rehabilitación, dentro del plan de cuidados de cada cuidador/a, con la correspondiente vinculación a acciones comunitarias e intersectoriales. Conocer y abordar la sobrecarga facilita la mantención y/o mejora de los cuidados de la persona con dependencia y aporta al conocimiento de la repercusión de las labores de cuidado en la persona que los entrega.

ID CG-SRA 43	Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.				
DIVAP Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria					
Objetivo del Indicador	Promover el bienestar de los cuidadores/as del programa de dependencia severa a través del conocimiento del estado de evaluación de sobrecarga e implementación de estrategias de apoyo integral.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Total cuidadoras/es con evaluación de sobrecarga vigente/Total de cuidadoras/es bajo control en PADDS) x100				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Los/as cuidadores/as ingresados a PADDs pueden ser cuidadores/as informales o familiares-como ocurre en la gran mayoría de los casos- o formales, los que corresponden a cuidadores/as remunerados/as que entregan cuidados en el lugar de residencia de la persona con dependencia, como ocurre en los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores (ELEAM). La evaluación de sobrecarga debe estar contemplada como parte del proceso de valoración integral y planificación de cuidados del cuidador/a, por tanto se realiza en forma presencial durante las Visitas Domiciliarias, asociándola a las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación disponibles para la población a cargo. Programa de Atención Domiciliaria Integral para Personas con Dependencia Severa: Programa de Atención Primaria que promueve la atención integral de la persona con dependencia en su domicilio y el cuidado del cuidador/a. Plan de Cuidado Integral de la persona con dependencia: Plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera y consensado con la persona dependiente y/o cuidador/a, con objetivos específicos que comandan las acciones promocionales, preventivas y terapéuticas a realizar. Es el producto de la evaluación integral de la persona con dependencia severa realizada en la primera VDI y evaluado en la segunda. Pueden realizarse adaptaciones en visitas posteriores (tercera VDI o más visitas de seguimiento). Puede considerarse como plan de cuidado integral, el plan elaborado en el contexto del abordaje ECICEP. Plan de cuidado al cuidador/a: Plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera y consensado con el cuidador/a, con objetivos específicos focalizados en su cuidado y autocuidado. Es el producto de la evaluación integral del cuidador/a realizada en la primera VDI y evaluado en la segunda. Pueden realizarse adaptaciones en visitas posteriores (tercera VDI o más visitas de seguimiento). Puede considerarse como plan de cuidado, el plan elaborado en el contexto del abordaje ECICEP.

Consideraciones Técnicas

Todos los cuidadores/as de las personas con dependencia severa del PADDs, deben recibir la evaluación de sobrecarga, aun cuando la persona con dependencia se encuentre institucionalizada o la persona cuidadora no sea beneficiaria del centro de salud. En este último caso se aplica la evaluación de sobrecarga, se entrega información sobre la relevancia de recibir atención y prestaciones de salud por parte de su prestador de salud y se les incluye en la capacitación de cuidadores/as, según describe la Resolución Exenta N° 141 de 2025 que aprueba el PADDs.

2.6. Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.

Este indicador busca promover el cuidado integral en personas con dependencia severa, asegurando que, al momento de ingresar al programa mediante la visita domiciliaria inicial, se realice una evaluación integral por parte del equipo de salud. Esto facilita la planificación consensuada de los cuidados, integrando acciones comunitarias e intersectoriales que beneficien tanto a la persona con dependencia severa como a su cuidador(a), en el marco de un enfoque continuo y centrado en sus necesidades específicas.

ID CG-SRA 42	Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.				
DIVAP Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria					
Objetivo del Indicador	Promover el desarrollo del cuidado integral para personas con dependencia severa en la atención primaria, mediante la elaboración de Planes de Cuidado individualizados y el seguimiento de visitas de ingreso al PADDs.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Planes de Cuidado a personas con dependencia severa elaborados} / \text{Número de visita de ingreso al PADDs}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de planes de cuidado elaborados para personas con dependencia severa.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos
≥95%	3 puntos
≥90%	2 puntos
≥80%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Visita de Ingreso a PADDs: Corresponde a la primera Visita Domiciliaria Integral para un usuario nuevo del programa. En ella se deberá realizar la anamnesis y valoración integral de la persona con dependencia y el cuidador/a, para lo cual se orienta que las Visitas Domiciliares Integrales del PADDs sean realizadas al menos por dos integrantes del equipo de salud a cargo, de modo de poder interactuar en forma alternada con ambos integrantes de la diada. Plan de Cuidado Integral Consensuado: Formulado durante la VDI de ingreso, constituye la hoja de ruta que guía el proceso de cuidado y que integra las diferentes dimensiones relacionadas con los objetivos consensuados entre el equipo de salud y las personas. Este Plan formulado se desarrollará principalmente a través de las actividades de Visita Domiciliaria de Tratamiento y Procedimientos y Seguimiento remoto. Este plan será evaluado en las siguientes VDI y se actualizará de acuerdo con la reevaluación de la persona con dependencia severa.

Consideraciones Técnicas

Para garantizar el éxito del programa, es fundamental que los Servicios de Salud supervisen y acompañen técnicamente a los equipos de Atención Primaria, promoviendo su desarrollo de manera continua y ajustada a la población objetivo. Esto implica disponer de protocolos que integren estrategias disponibles en la red de salud, como el MAIS y la ECICEP y, contemplar los lineamientos de la Ley de Atención Preferente. Adicionalmente, es imprescindible que el programa esté accesible todo el año, sin restricciones de cupos y que se realicen adecuaciones oportunas para mantener un enfoque centrado en la persona y el cuidador/a.

2.7. Personas mayores de 15 años en hemodiálisis crónica con Fístula Arteriovenosa confeccionada.

Este indicador mide el porcentaje de personas adultas en hemodiálisis crónica, que cuentan con fístula arteriovenosa (nativa o protesica) como acceso vascular para su terapia dialítica, en relación al total de pacientes en hemodiálisis crónica.

ID CG-SRA 14	Personas mayores de 15 años en hemodiálisis crónica con Fístula Arteriovenosa confeccionada.				
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Aumentar la prevalencia de FAV como acceso vascular en los pacientes que se realizan hemodiálisis crónica.				
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de pacientes mayores de 15 años en hemodiálisis crónica con FAV realizada} / \text{Total de pacientes mayores de 15 años en hemodiálisis crónica}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	70%				
Exclusiones	Pacientes menores de 15 años				
Fuente Numerador	SIGGES		Fuente Denominador	SIGGES	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥70%	4 puntos
≥65%	3 puntos
≥60%	2 puntos
≥55%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Hemodiálisis: Es una técnica de depuración extracorpórea que suplente parcialmente las funciones del riñón (excreción de agua y solutos, y equilibrio electrolítico), mediante el uso de un dializador con membrana semipermeable. Cabe destacar que esta terapia no reemplaza las funciones endocrinas ni metabólicas del órgano.

Accesos Vasculares para Hemodiálisis son:

Fístula Arteriovenosa (FAV): Es el acceso vascular definitivo de elección, creado mediante cirugía ambulatoria. Se clasifica en:

FAV Nativa: Unión directa (anastomosis) entre una arteria y una vena del paciente. Requiere un periodo de maduración de 8 a 12 semanas para su uso. Su funcionalidad debe evaluarse en el postoperatorio, al primer trimestre de uso y anualmente por un especialista.

FAV Protésica (Injerto): Interposición de un conducto sintético entre una arteria y una vena. Su principal ventaja es un tiempo de espera menor, pudiendo utilizarse 4 semanas después de la intervención.

Catéter de Hemodiálisis: Acceso vascular transitorio (percutáneo o tunelizado) insertado en venas centrales. Pese a su utilidad inmediata, conlleva una alta morbilidad por complicaciones infecciosas (IAAS) y trombóticas, lo que incrementa el riesgo de largas estancias hospitalarias y mortalidad en comparación con FAV.

Consideraciones Técnicas

Indicador aplica a todos los Servicios de Salud

Se consideran todos los pacientes beneficiarios Fonasa en terapia dialítica tanto del sector público como en prestadores privados.

El registro en SIGGES debe realizarse según normativa vigente, siendo las garantías conferidas de tratamiento (HD) y en el caso de FAV las prestaciones realizadas facturadas por Fonasa (códigos 2501031;2501032;250133) los medios verificadores para este indicador.

Dado que los datos para el cálculo del indicador se extraen desde los registros SIGGES, el MV es centralizado en DIGERA. La referente de salud renal y SIGGES DIGERA envían vía correo electrónico a los referentes de salud renal y SIGGES de los SS. Se ha planificado realizar monitoreo trimestral en 2026.

2.8. Personas mayores de 15 años con enfermedad renal crónica en tratamiento de Peritoneodiálisis.

El indicador mide el porcentaje de pacientes en terapia de sustitución renal a través de Peritoneodiálisis en relación con el total de pacientes dializados (hemodiálisis y Peritoneodiálisis). El propósito es otorgar un mayor acceso, a los pacientes con ERC Etapa V a esta terapia, la que tiene múltiples beneficios clínicos y de calidad de vida.

ID CG-SRA 13	Personas mayores de 15 años con enfermedad renal crónica en tratamiento de Peritoneodiálisis.				
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Aumentar los pacientes en tratamiento de peritoneodiálisis (PD) como terapia de sustitución renal crónica.				
Responsable de gestión	Subdirección Médica del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de pacientes mayores de 15 años en tratamiento de Peritoneodialisis crónica} / \text{Total de pacientes mayores de 15 años en tratamiento de hemodiálisis y peritoneodialisis crónica}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	$\geq 20\%$ de los pacientes en tratamiento de peritoneodiálisis (PD)				
Exclusiones	No aplica a pacientes menores de 15 años.				
Fuente Numerador	SIGGES		Fuente Denominador	SIGGES	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 20\%$	4 puntos
$\geq 15\%$	3 puntos
$\geq 10\%$	2 puntos
$\geq 5\%$	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Peritoneodiálisis (PD): Es una técnica de depuración extrarrenal que utiliza el peritoneo del paciente como membrana de intercambio para líquidos y solutos. Requiere la instalación de un catéter permanente en la cavidad abdominal y puede realizarse de forma manual (ambulatoria) o automatizada (mediante cicladora), permitiendo al paciente realizar el tratamiento en su domicilio.

Consideraciones Técnicas

Indicador aplica a todos los Servicios de Salud independiente si tienen o no la cartera de prestación de Peritoneodiálisis.

Se consideran todos los pacientes beneficiarios Fonasa en terapia dialítica tanto del sector público como en prestadores privados.

El registro en SIGGES debe realizarse según normativa vigente, siendo las garantías conferidas de tratamiento (HD-PD) el medio verificador para este indicador.

Dado que los datos para el cálculo del indicador se extraen desde los registros SIGGES, el MV es centralizado en DIGERA. La referente de Salud Renal y SIGGES DIGERA envían vía correo electrónico a los referentes de Salud Renal y SIGGES de los SS. Se ha planificado realizar monitoreo semestral en 2026.

2.9. Personas que viven con VIH en control en establecimientos de los Servicios de Salud, que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y presentan carga viral indetectable.

Este indicador busca contribuir al cumplimiento de las metas ONUSIDA 95-95-95, a través de la monitorización de personas viviendo con VIH que están en TAR y que han alcanzado la supresión viral.

ID CG-SRA 88	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de los Servicios de Salud, que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y presentan carga viral indetectable.				
DIPRECE Departamento Prevención y Control VIH e ITS					
Objetivo del Indicador	Contribuir al cumplimiento de las metas 95-95-95 mediante la monitorización de personas en TAR y la verificación de la supresión virológica alcanzada				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	Personas que viven con VIH bajo control en TAR y con carga viral indetectable / Total de personas viviendo con VIH bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	95%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

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

Requisitos

Al menos el 80% de las personas bajo control y en TAR deben contar con una carga viral realizada durante los últimos 12 meses o durante el año en curso, al momento de la evaluación.

La información deberá enviarse semestralmente con corte a junio y diciembre, de acuerdo con el formato definido y elaborado para ello.

La fuente a utilizar serán registros locales

Definición de Términos

Población bajo control: Considera a las personas con atención vigente a la fecha de reporte. Se entiende por atención vigente la atención realizada por el equipo profesional del establecimiento con prestaciones para personas viviendo con VIH (presencial o telemática) y/o retiro de TAR (cualquier modalidad). Terapia antirretroviral: Fármacos indicados a las personas que viven con VIH, con el objetivo de evitar la replicación viral, lograr la supresión virológica y mejorar la calidad de vida. Carga viral indetectable: Corresponde a personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen una carga viral suprimida (< 1000 copias/ml).

Consideraciones Técnicas

La fuente de información para este indicador será el REM serie P 11 sección A, por lo cual es muy importante que cada establecimiento y Servicio de Salud realicen un trabajo coordinado para asegurar el correcto registro y concordancia en los datos reportados.

2.10. Nivel de cumplimiento de la meta anual de Potenciales Donantes.

Este indicador evalúa el cumplimiento de la meta en la identificación y registro de potenciales donantes de órganos (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red asistencial, utilizando el sistema SIDOT. Su cálculo se realiza en relación con el número total de fallecidos por causas neurológicas, entre 6 meses y 78 años, según los datos reportados por GRD.

ID CG-SRA 16	Nivel de cumplimiento de la meta anual de Potenciales Donantes				
DIGERA Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células					
Objetivo del Indicador	Fortalecer el proceso de identificación y registro de potenciales donantes en hospitales de la red, con el fin de incrementar la disponibilidad de órganos sólidos para trasplantes mediante la optimización del proceso de donación y procuramiento de órganos y tejidos.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Porcentaje de potenciales donantes en año t / Meta de potenciales donantes en año t-1)				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de cumplimiento de la meta establecida para el año 2026 de acuerdo a LB: Lineas Base: LB ≥ 20% = Meta 30% LB ≥ 10% < 20% = Meta 25% LB < 10% = Meta 20%				
Exclusiones	SS Arauco y Araucanía Norte no cumplen criterios para evaluación COMGES 2026. Para los Servicios de Salud Concepción, Biobío y Araucanía Sur se aplicará solo la producción de su red.				
Fuente Numerador	SIDOT		Fuente Denominador	GRD- ALCOR	

Tabla de sensibilidad

Puntaje	Cumplimiento
4 puntos	≥ 90%
3 puntos	≥ 60%
2 puntos	≥ 40%
1 punto	≥ 30%

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Potencial donante: Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica o muerte por criterio neurológico. Donante efectivo (DE): Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón.

Consideraciones Técnicas

Fórmula de cálculo porcentaje de potenciales donantes: (Número de potenciales donantes, entre 6 meses y 78 años, registrados en SIDOT/ Número total de fallecidos por causa neurológica, entre 6 meses y 78 años, reportados por GRD y registrados en SIDOT) x 100

Para establecer la meta del porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red, se consideraron los siguientes aspectos:

1.- Registro de certificaciones de muerte encefálica en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT).

El registro debe incorporar, como mínimo, la siguiente información clínica y documental:

- Escala de Coma de Glasgow.
- Resultados del TAC Cerebral.
- Evaluación clínica y resultados de los reflejos tronco-encefálicos.
- Resultados de la gasometría del Test de Apnea.
- Exámen complementario utilizado, en caso de ser requerido.

Los referentes de los Servicios de Salud deben supervisar la integridad, la calidad y oportunidad de los registros en SIDOT, así como gestionar el cierre de brechas detectadas en el proceso de certificación de muerte encefálica.

2.- Categorización y cálculo de Línea Base para las metas del año 2026, según el porcentaje obtenido en el año 2025:

En función de los resultados del año 2025, los establecimientos serán clasificados en tres categorías, con las metas correspondientes:

- $LB \geq 20\%$: Meta 30%
- $LB \geq 10\% < 20\%$: Meta 25%
- $LB < 10\%$: Meta 20%

No se aceptarán apelaciones por ausencia, omisión o completitud insuficiente del registro en SIDOT.

3.- Recomendaciones para el fortalecimiento del indicador:

- Garantizar la disponibilidad de consultores de llamado para la certificación de muerte encefálica (ME) o muerte por criterio neurológico, con atención 24/7 durante los 365 días del año, incluyendo:
 - Neurólogo o neurocirujano o médico con dedicación a la neurología.
 - Acceso a Electroencefalograma (EEG) con informe.
 - Acceso a Doppler Transcraneano (DTC) con informe, en los establecimientos que dispongan de esta tecnología.
 - Realizar una revisión anual de fichas clínicas de personas fallecidas por causa neurológica en los hospitales de la red, con el objeto de identificar oportunidades de mejora en:
 - Detección precoz de potenciales donantes.
 - Calidad y oportunidad de los registros.
 - Adopción de medidas correctivas asociadas al proceso de certificación.

Los resultados serán enviados por la referente de la Coordinación Nacional de Donación y Trasplante envían vía correo electrónico a los referentes de Procuramiento y Trasplante de los Servicios de Salud

- 1.- Referente MINSAL de GRD- ALCOR envía a Referente MINSAL de la CNPTel corte oficial del registro de total de fallecidos por causa neurológica país.
- 2.- Referente Minsal CNPT realiza match de registros en SIDOT.
- 3.- Revisión y análisis del cálculo de porcentajes por Servicio de Salud.
- 4.- Entrega de informe a Control de Gestión DIGERA.
- 5.- Entrega de resultados, aclarar dudas y retroalimentación a referentes de los SS.

Para aquellos SS que al cierre del año 2026 que hayan presentado menos de 5 fallecidos por causa neurológica, se evaluará cada caso en particular para determinar si existían condiciones que permitieran su certificación.

En caso de demostrarse que ninguno de ellos era sujeto de certificación se dará por cumplido el indicador.

Anexo indicador 2.10

Cálculo de Línea Base para el cumplimiento de la meta anual de Potenciales Donantes. Año 2026.

Servicios de Salud	Total porcentaje alcanzado SS 2025	Meta 2026
SS Arica	21,4	≥30%
SS Tarapacá	6,5	≥20%
SS Antofagasta	30	≥30%
SS Atacama	52,8	≥30%
SS Coquimbo	37,7	≥30%
SS Valparaíso San Antonio	40	≥30%
SS Viña del Mar Quillota	27,9	≥30%
SS Aconcagua	10,5	≥25%
SS Metropolitano Norte	11,1	≥25%
SS Metropolitano Occidente	29,4	≥30%
SS Metropolitano Central	31,1	≥30%
SS Metropolitano Oriente	38	≥30%
SS Metropolitano Sur	30,9	≥30%
SS Metropolitano Sur Oriente	24,2	≥30%
SS O'Higgins	22	≥30%
SS Maule	18	≥25%
SS Ñuble	28,3	≥30%
SS Concepción	55,9	≥30%
SS Arauco	N/A	N/A
SS Talcahuano	29,4	≥30%
SS Biobío	20,9	≥30%
SS Araucanía Norte	N/A	N/A
SS Araucanía Sur	33	≥30%
SS Los Rios	28,1	≥30%
SS Osorno	21,7	≥30%
SS Del Reloncaví	22,6	≥30%
SS Chiloé	42,9	≥30%
SS Aysén	25	≥30%
SS Magallanes	41,2	≥30%

2.11. Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) de personas de 65 años o más.

Este indicador evalúa el porcentaje de ingreso de personas de 65 y más años a la Estrategia de Cuidado Integral, asegurando la continuidad del proceso iniciado en 2019. Se articula con la planificación y ejecución de cuidados integrales en APS (ingreso a ECICEP, Plan de Cuidado Integral, Controles Integrales y Seguimiento), abarcando desde promoción y prevención hasta atención curativa y paliativa, mediante la colaboración entre equipos gestor de MAIS/ECICEP y diversas estrategias de atención para personas mayores.

ID CG-SRA 41	Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) de personas de 65 años o más.				
DIVAP Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria					
Objetivo del Indicador	Monitorizar el porcentaje de ingreso de personas de 65 y más años a la Estrategia de Cuidado Integral, fortaleciendo la gestión y el acompañamiento técnico de los Servicios de Salud. Esto permitirá optimizar la implementación de un cuidado integral, continuo y centrado en la persona mayor, tanto en la atención primaria como en la red asistencial.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de personas de 65 y más años ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral} / \text{Número de personas de 65 y más años comprometidas a ingresar a la Estrategia de Cuidado Integral}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de las personas de 65 y más años, según el total comprometido, ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos
≥91%	3 puntos
≥81%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

MAIS/ECICEP: El cuidado integral centrado en la persona, desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se entiende como la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad. Estas se abordan mediante planes de cuidados integrales, consensuados y continuos coordinando las prestaciones de salud.

Consideraciones Técnicas

Desde 2019, el Ministerio de Salud ha priorizado el cuidado integral de personas mayores a través de COMGES y el acompañamiento técnico de los Servicios de Salud. En 2020, se formalizó la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), basada en los principios del MAIS, para promover la prevención y el manejo de la cronicidad en adultos mayores. Su implementación, liderada por Equipos Gestores, articula diversas líneas de acción en atención primaria y especializada. La población comprometida a ingresar corresponde a personas de 65 años y más, definidas según el avance progresivo de la estrategia y el consenso entre los Servicios de Salud y el Depto. de Desarrollo e Integración de DIVAP.

Este indicador se desarrolla en todos los Servicios de Salud, quienes en consenso con DIVAP, luego de un proceso de revisión de antecedentes, fijan una meta de ingresos de personas de 65 y más años a ECICEP. Para medir este indicador los ingresos registrados por REM, deben ser consistentes con los respectivos planes de cuidado.

Se considerará como línea Base los ingresos realizados a ECICEP el año anterior, la meta comprometida el año anterior, las líneas de acción desarrolladas desde los Servicios de Salud y la población de personas mayores a cargo para la definición de la población comprometida a ingresar.

2.12. Plan Operativo Anual de la Estrategia Nacional de Salud.

La Gestión basada en resultados, como un atributo de las RISS, aporta a la organización con un enfoque de gestión en la cual se asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de resultados definidos.

En este contexto, cabe destacar que la Estrategia Nacional de Salud emplea este enfoque, definiendo objetivos y metas en temas priorizados a nivel nacional, así como la generación de cadenas de resultados, con el propósito que cada nivel genere su plan operativo.

Dicho plan es clave para ir avanzando en los resultados sanitarios, dado que una planificación conjunta, alineada y con involucramiento de la autoridad tiene mayor sostenibilidad y posibilidad de incidir en el logro de los resultados.

ID CG-SRA 116	Plan Operativo Anual de la Estrategia Nacional de Salud				
DIPLAS Departamento Estrategia Nacional de Salud					
Objetivo del Indicador	Formular y monitorear el cumplimiento de la planificación operacional anual (POA)				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de acciones ejecutadas del plan operativo anual} / \text{Número total de acciones planificadas del plan operativo anual}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Según lo establecido por la referencia técnica al 31 de marzo 2026.				
Exclusiones	Este indicador No posee Exclusiones				
Fuente Numerador	SIMPO		Fuente Denominador	SIMPO	

Tabla de sensibilidad

Porcentaje de Cumplimiento	Puntaje
$X \geq 90\%$	4 puntos
$85\% \geq X < 90$	3 puntos
$80\% \geq X < 85$	2 puntos
$X \geq 70\%$	1 punto

Requisitos

No tiene Requisitos

Definición de Términos

POA: Plan Operativo Anual SIMPO: Sistema Informático de Monitoreo del Plan Operativo

Consideraciones Técnicas

- Al 31 de marzo se debe contar con el plan formulado en SIMPO, el cual se extraerá desde dicha plataforma y constituirá el denominador para establecer el cumplimiento de ejecución.
- El referente ENS coordinará con las subdirecciones y/o departamentos la formulación del plan, basándose en la Orientaciones para la planificación operativa 2026², y comprometerán las temáticas a incluir, con objeto de formular actividades en al menos el 70% de los temas y la totalidad de los objetivos estratégicos.
- De acuerdo a las fechas presentes en la Orientación para la planificación 2026, se debe reportar trimestralmente las actividades en SIMPO, con los medios de verificación correspondientes:
 - Primer corte: reportar las actividades planificadas en enero-marzo con fecha 22 de abril.
 - Segundo corte: reportar las actividades planificadas en abril-junio con fecha 22 de julio.
 - Tercer corte: reportar las actividades planificadas en julio-septiembre con fecha 21 de octubre.
 - Cuarto corte: reportar las actividades planificadas en octubre-diciembre con fecha 08 de enero 2027.

² La Orientación para la Planificación Operativa 2026 se encuentra disponible en el SIMPO.

2.13. Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.

Este indicador mide la tasa de donantes efectivos a nivel nacional y por Servicio de Salud. Evalúa la cantidad de donantes efectivos en muerte encefálica, calculados por millón de habitantes y distribuidos según el desempeño de los Servicios de Salud. Se utiliza para medir la capacidad de los Servicios de Salud en la generación de donantes, proporcionando información clave para mejorar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplantes.

ID CG-SRA 15	Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.				
DIGERA Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células					
Objetivo del Indicador	Incrementar la disponibilidad de órganos sólidos para trasplantes en los establecimientos hospitalarios de la red asistencial, fortaleciendo el proceso de donación y procuramiento de órganos y tejidos.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	Número total de donantes efectivos en muerte encefálica generados por cada Servicio de Salud / Población censada según INE 2024 por Servicio de Salud) x 1.000.000)				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Tasa	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal Trucado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Tasa nacional y por Servicio de Salud de > 12 donantes efectivos en muerte encefálica pmp.				
Exclusiones	SS Arauco y Araucanía Norte no cumplen criterios para evaluación COMGES 2026.				
Fuente Numerador	SIDOT		Fuente Denominador	INE	

Tabla de sensibilidad

Puntaje	Cumplimiento
4 puntos	≥ 12
3 puntos	≥ 9
2 puntos	≥ 6
1 punto	≥ 4

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Potencial donante: Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica o muerte por criterio neurológico.

Donante efectivo (DE): Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón.

Consideraciones Técnicas

Los Servicios de Salud deben supervisar la existencia y/o facilitar la implementación de las siguientes medidas, orientadas a asegurar el adecuado funcionamiento del proceso de donación y procuramiento de órganos y tejidos en la red asistencial.

Diseñar y ejecutar un plan anual de capacitación anual en materias de donación, procuramiento y trasplante de órganos y tejidos, dirigido a profesionales médicos, enfermeras, kinesiólogos de las Unidades de Paciente Crítico (UPC), Unidad de Emergencia (EUH) y SAMU, así como a funcionarios del ámbito clínico en general.

Asegurar la disponibilidad de espacios físicos adecuados para la comunicación oportuna, confidencial y digna con las familias de potenciales donantes.

Desarrollar e implementar un plan de intervención que garantice la disponibilidad de quirófanos con atención 24/7 durante los 365 días del año, en hospitales generadores de donantes y en hospitales trasplantadores.

Ejecutar un plan de difusión comunitaria sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos, en coordinación con los Departamentos de Comunicaciones de los Servicios de Salud y establecimientos asistenciales de la red.

Se adjunta como anexo tabla con Líneas Base (LB) y metas de cumplimiento definidas para el año 2026, desagregadas por Servicio de Salud.

Para los Servicios de Salud Concepción, Biobío y Araucanía Sur, el cálculo de los indicadores se realizará considerando exclusivamente la población censada correspondientes a su red asistencial, conforme a la información de población censada según INE 2024.

Para efectos del cálculo de la tasa nacional se considera la población censada según INE 2024.

En conformidad con lo establecido en la Ley N° 19.451, para el cálculo de la tasa de donantes efectivos se considerará el total de donantes efectivos gestionados por las Coordinaciones Locales de Procuramiento (CLP) que hayan desarrollado procesos de donación en establecimientos de salud privados de su red asistencial.

Anexo: Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicios de Salud.

Servicios de Salud	Población censada según INE 2024	Número de donantes efectivos (Meta 2026)
SS Arica	244.569	3
SS Iquique	369.806	5
SS Antofagasta	635.416	8
SS Atacama	299.180	4
SS Coquimbo	832.864	11
SS Valparaíso San Antonio	510.450	7
SS Viña del Mar Quillota	1.118.288	15
SS Aconcagua	271.400	4
SS Metropolitano Norte	1.038.772	14
SS Metropolitano Occidente	1.253.896	16
SS Metropolitano Central	1.208.581	16
SS Metropolitano Oriente	1.335.563	17
SS Metropolitano Sur	1.215.861	16
SS Metropolitano Sur Oriente	1.352.868	18
SS O'Higgins	978.343	13
SS Maule	1.123.008	15
SS Ñuble	512.289	7
SS Concepción	684.517	9
SS Talcahuano	340.931	4
SS Biobío	421.380	6
SS Araucanía sur	803.777	10
SS Valdivia	398.230	5
SS Osorno	239.107	3
SS Del Reloncaví	474.312	6
SS Chiloé	176.865	2
SS Aysén	100.745	1
SS Magallanes	166.537	2

Compromiso de Gestión N°3: Gestión de los tiempos de espera

Objetivo estratégico

"Disminuir los tiempos y priorizar la resolución de casos de pacientes con mayor antigüedad de espera en la atención a través de la optimización de la gestión de la demanda, el uso eficiente de los recursos y la implementación de estrategias innovadoras para la resolución oportuna de consultas y procedimientos."

Contexto

El objetivo de disminuir los tiempos de espera en la atención de salud se fundamenta en la necesidad de garantizar un acceso equitativo, oportuno y de calidad para toda la población. Este propósito se alinea con políticas públicas como la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, el Régimen General de Garantías en Salud (Ley N° 19.966) y los Objetivos Sanitarios 2030. A través de la optimización de la gestión de la demanda, el uso eficiente de los recursos y la implementación de estrategias innovadoras, se busca resolver consultas de especialidad y procedimientos quirúrgicos médicos y odontológicos de manera oportuna.

Optimización de la Atención Primaria y Especializada: Garantías GES y Reducción de Tiempos de Espera en Salud.

Fomento de la resolutivez en la Atención Primaria de Salud

La derivación de casos desde especialidades médicas hacia la Atención Primaria de Salud optimiza la gestión de la demanda al descongestionar los niveles secundarios y terciarios. Esto permite una atención más rápida y eficiente, especialmente en especialidades como oftalmología y dermatología, donde la demanda es alta, la estrategia de atención de especialidad en APS espera contribuir a la disminución de casos de la Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.

La resolución de listas de espera en especialidades odontológicas como endodoncia, prótesis removible y periodoncia fortalece la capacidad resolutivez de la APS, descongestionando los niveles secundarios y reduciendo los tiempos de espera para procedimientos especializados, ofreciendo una atención en los territorios.

Mejora en los tiempos para atención de especialidad e intervenciones quirúrgica

La reducción de la mediana de espera para consultas nuevas de especialidad médica y odontológica aborda la atención a aquellos casos que requieren una evaluación inicial para continuar su atención en los niveles de especialidad, refleja una gestión eficiente de la demanda, priorizando casos según su urgencia y optimizando el uso de los recursos disponibles en la Red Asistencial. La implementación de estrategias innovadoras, como la atención en horarios extendidos y el uso de tecnologías digitales, ha permitido reducir los tiempos de espera en especialidades odontológicas y médicas, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

La disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas se logra mediante la programación eficiente de quirófanos y la priorización de casos según su complejidad y prioridad, permitiendo una resolución más oportuna de procedimientos mayores y menores.

Por otro lado, aquellos casos con mayor tiempo de espera para consulta nueva de especialidad médica y odontológica deben ser priorizados y atendidos para dar continuidad a su atención, lo que se impulsa a través de la medición de la resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad médica y odontológica, puesto que la atención prioritaria de casos en el percentil 75 de espera asegura que los pacientes con mayor tiempo en espera reciban atención oportuna, permitiendo atender casos con mayor espera de manera más rápida, utilizando estrategias como la redistribución de recursos, extensión horaria, promoviendo la equidad y optimizando la gestión de la demanda.

La priorización de intervenciones quirúrgicas mayores y menores en el percentil 75 reduce los tiempos de espera para pacientes con mayor antigüedad en la lista de espera, optimizando el uso de quirófanos y recursos humanos, por lo que la vigilancia de la resolución de lista de espera del percentil 75 de intervenciones quirúrgicas mayores y menores contribuirá a priorizar la atención en aquellas personas que llevan más tiempo esperando para atención secundaria, dando una solución a sus problemas de salud. Complementariamente la resolución de Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, pretende descongestionar la espera para hospitales de mayor complejidad, permitiendo una atención más rápida y eficiente para procedimientos electivos en los establecimientos de menor complejidad. Por último, la disminución de casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina responde a la necesidad de atender prioritariamente la salud de las mujeres, garantizando una atención oportuna y mejorando su calidad de vida.

Garantías Explícitas en Salud (GES)

El cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) asegura que los pacientes reciban atención dentro de plazos establecidos para cada problema de salud, optimizando los recursos disponibles y priorizando casos críticos. Este enfoque reduce significativamente los tiempos de espera para los problemas de salud que integran el GES.

La resolución de garantías GES exceptuadas transitorias sin prestación acumuladas, aborda aquellos casos pendientes por resolución, promoviendo la equidad en el acceso y reduciendo la acumulación de casos de espera de atención. Esto se logra mediante estrategias de priorización y gestión eficiente de los recursos.

Indicadores:

- 3.01. Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- 3.02. Nivel de resolución de garantías GES exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.03. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad médica.
- 3.04. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad odontológica.
- 3.05. Tiempo de Espera a intervenciones quirúrgicas.
- 3.06. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad médica
- 3.07. Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.
- 3.08. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica
- 3.09. Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.
- 3.10. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores.
- 3.11. Resolución de Lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores electivas en atención primaria de salud.

3.1. 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					
Objetivo del Indicador	Velar por el adecuado acceso y gestión para la entrega oportuna de las Garantías Explícitas en Salud.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$\frac{((\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}) \text{ en el año } t / (\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas}) \text{ en el año } t + \text{Garantías Retrasadas acumuladas}) \times 100}{100}$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	2 Decimal Truncado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGGES		Fuente Denominador	SIGGES	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 99,50%	4 puntos

Requisitos

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

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)

3.2. Nivel de resolución de garantías GES exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.

El indicador evalúa la eficacia en la resolución de garantías GES que fueron exceptuadas por causas transitorias. Para ello, analiza la proporción de casos acumulados sin prestación otorgada hasta el año 2025 y el avance en su resolución durante el año 2026.

La fórmula compara el número de garantías resueltas frente al total de garantías acumuladas sin prestación otorgada, reflejando la capacidad del sistema de salud para regularizar la atención de estos casos pendientes. Un valor alto del indicador sugiere una gestión eficiente en la resolución de excepciones.

ID CG-SRA 17	Nivel de resolución de garantías GES exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.				
DIGERA Departamento GES y Redes Complejas					
Objetivo del Indicador	Garantizar la revisión y resolución eficiente de los casos GES exceptuados por causas transitorias, asegurando el cumplimiento de la norma de excepciones y evitando retrasos que afecten la oportunidad en la atención de los pacientes.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Número de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2025, resueltas / Total de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2025)				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	2 Decimal Truncado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	60% de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación, resueltas.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGGES		Fuente Denominador	SIGGES	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 60%	4 puntos
≥ 50%	2 puntos
≥ 40%	1 puntos

Requisitos

Resolución del 80% de las garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al 31 de diciembre de 2025.

Definición de Términos

SIGGES: Sistema Gestión Garantías Explícitas en Salud. SIGTE: Sistema de Gestión de Tiempo de Espera. GES: Garantías Explícitas en Salud. GO: Garantías de Oportunidad. Garantías exceptuadas transitorias sin prestación: son acciones o decisiones clínicas o administrativas del prestador de no otorgar la prestación garantizada en los plazos establecidos, por causas imputables al beneficiario, según la normativa vigente. La excepción puede ser definitiva o transitoria.

Consideraciones Técnicas

La norma señala que podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Compendio de normas administrativas en materia de procedimientos, Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso. Esta nueva gestión de caso, para las excepciones transitorias (Inasistencia, Suspensión temporal de la prestación y Solicitud aplazamiento), están dirigidas a lograr la entrega de la prestación al usuario, en una oportunidad que no supere la que originalmente le correspondía según garantía de oportunidad exceptuada. El no cumplimiento de esta indicación es un incumplimiento a la normativa vigente.

El monitoreo se hace desde SIGGES (Reporte de Garantías Exceptuadas Transitorias), considerando todas aquellas cuyo estado no se encuentre cerrado y que no se le haya entregado la prestación esperada.

La decisión de excepción tiene que estar bien respaldada y realizada según la normativa vigente. Si no se ha realizado como corresponde se debe corregir o simplemente eliminar en SIGGES la excepción quedando retrasada la garantía.

En procesos de evaluación, son apelables las excepciones transitorias que sigan pendientes por error del sistema SIGGES, falta de causal en la normativa vigente y cuando las condiciones clínicas del usuario sigan impidiendo la entrega de la prestación. Cada una debe estar bien fundamentada y se analizará cuando corresponda.

La información a nivel nacional es entregada por DIGERA, mientras que la información local es proporcionada directamente por los Servicios de Salud (SS) a Control de Gestión de la SRA. Este proceso se realiza de manera directa entre cada Servicio de Salud y Control de Gestión de la SRA. Adicionalmente, desde la referencia técnica de DIGERA se disponibilizan los resultados nacionales a Control de Gestión de la SRA a través de los medios definidos por los referentes de Control de Gestión

La fecha de corte de la evaluación es el 31 de Diciembre, la información SIGGES para evaluación es extraída según disponibilidad durante el mes de enero.

3.3. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad médica.

Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera para consultas nuevas de especialidad médica, reflejando avances en la optimización del acceso a atención. Además, incorpora el seguimiento de personas pertenecientes a grupos prioritarios, incluyendo índices Valech, familiares Ley Rettig, índices exonerados, SENAME y Ex-SENAME.

ID CG-SRA 51	Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad médica.				
DIGERA Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
Objetivo del Indicador	Disminuir los Tiempos de Espera para la consulta nueva de especialidades Médicas (CNEM)				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Días disminuidos de la mediana de espera en Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas} / \text{Total de días de la mediana de espera comprometidos a disminuir en la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	100% de la meta establecida				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

Se incorporará un monitoreo de disminución de LE asociada a universos de grupos priorizados. En el caso de PRAIS se solicita el 70% de disminución del universo del 31 de diciembre de 2025.

En el caso de la población bajo el cuidado del Estado (Servicio de Protección Especializada y Servicio de Protección de Inserción) el 80% de los casos con una antigüedad igual o mayor a 180 días.

Desde la Unidad de análisis de información de DIGERA se enviará a cada referente de lista de espera de los Servicios de Salud, con copia a coordinadores PRAIS, las nóminas de personas en lista de espera, con las instrucciones para la resolución de los casos. Realizando un monitoreo trimestral del avance de la resolución del indicador; en conjunto con Depto. PRAIS MINSAL. Misma metodología se usará para la población Servicio de Protección Especializada y Servicio de Protección de Inserción.

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, aún 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. **Servicio de Protección Especializada:** Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados. **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales. **Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales):** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas nuevas de especialidad. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME. **Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura. **Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida

o familiar de persona ejecutada política. Ley de Exoneración Política: Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

Consideraciones Técnicas

Cálculo de meta

- Mediana $X \leq 150$ días: la meta es mantener
- Mediana $X \leq 200$ días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento. (invertida)
- Mediana $201 \geq X \leq 290$ días: la meta es reducir un 15%
- Mediana $X > 290$ días: la meta es reducir un 30%

El Medio de verificación es una estructura Excel enviada vía email a cada referente de registro y gestión de LE de los Servicios de Salud a fin del mes siguiente al corte. Además, en Visor Gestor se publica la medición de mediana de días de espera actualizada que se encuentra en línea para los referentes con acceso.

3.4. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad odontológica.

Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera para consultas nuevas de especialidad Odontológica, reflejando avances en la optimización del acceso a atención. Además, incorpora el seguimiento de personas pertenecientes a grupos prioritarios, incluyendo índices Valech, familiares Ley Rettig, índices exonerados, SENAME y Ex-SENAME.

ID CG-SRA 54	Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad odontológica.				
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Disminuir los Tiempos de Espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Días disminuidos de la mediana de espera en Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades odontológicas / Total de días de la mediana de espera comprometidos a disminuir en la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades odontológicas) x 100				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	<ul style="list-style-type: none"> - Mediana $X \leq 150$ días: la meta es mantener - Mediana $X \leq 200$ días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento. (invertida) - Mediana $201 \geq X \leq 290$ días: la meta es reducir un 15% - Mediana $X \geq 290$ días: meta es reducir un 25% 				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

Se incorporará un monitoreo de disminución de LE asociada a universos de grupos priorizados; En el caso de PRAIS se solicita el 70% de disminución del universo del 31 de diciembre de 2025; En el caso de la población a la población bajo el cuidado del Estado (Servicio de Protección Especializada y Servicio de Protección de Inserción) el 80% de los casos con una antigüedad igual o mayor a 180 días.

Desde la Unidad de análisis de información de DIGERA se enviará a cada referente de lista de espera de los Servicios de Salud, con copia a coordinadores PRAIS, las nóminas de personas en lista de espera, con las instrucciones para la resolución de los casos. Realizando un monitoreo trimestral del avance de la resolución del indicador; en conjunto con Depto. PRAIS MINSAL. Misma metodología se usará para la población Servicio de Protección Especializada y Servicio de Protección de Inserción.

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. **Servicio de Protección Especializada:** Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados. **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales. **Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales):** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas nuevas de especialidad. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME. **Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura. **Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida

o familiar de persona ejecutada política. Ley de Exoneración Política: Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual calculados con la totalidad de casos incluidos en el corte del 31 de diciembre 2025.

Cálculo de meta en consideraciones técnicas

- Mediana $X \leq 150$ días: la meta es mantener
- Mediana $X \leq 200$ días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento. (invertida)
- Mediana $201 \geq X \geq 290$ días: la meta es reducir un 15%
- Mediana $X \geq 290$ días: la meta es reducir un 30%

El Medio de Verificación es una estructura Excel enviada vía email a cada referente de registro y gestión de LE de los Servicios de Salud a fin del mes siguiente al corte. Además, en Visor Gestor se publica la medición de mediana de días de espera actualizada que se encuentra en línea para los referentes con acceso.

3.5. Tiempo de Espera a intervenciones quirúrgicas.

Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas, reflejando avances en la optimización del acceso a atención. Además, incorpora el seguimiento de personas pertenecientes a grupos prioritarios, incluyendo índices Valech, familiares Ley Rettig, índices exonerados, SENAME y Ex-SENAME.

ID CG-SRA 55	Tiempo de Espera a intervenciones quirúrgicas.				
DIGERA Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
Objetivo del Indicador	Disminuir los Tiempos de Espera para intervenciones quirúrgicas				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Días disminuidos de la mediana de espera en Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas} / \text{Total de días de la mediana de espera comprometidos a disminuir en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas}) \times 100.$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Meta	100% de la meta establecida				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

Se incorporará un monitoreo de disminución de LE asociada a universos de grupos priorizados; En el caso de PRAIS se solicita el 70% de disminución del universo del 31 de diciembre de 2025; En el caso de la población a la población bajo el cuidado del Estado (Servicio de Protección Especializada y Servicio de Protección de Inserción) el 80% de los casos con una antigüedad igual o mayor a 180 días.

Desde la Unidad de análisis de información de DIGERA se enviará a cada referente de lista de espera de los Servicios de Salud, con copia a coordinadores PRAIS, las nóminas de personas en lista de espera, con las instrucciones para la resolución de los casos. Realizando un monitoreo trimestral del

avance de la resolución del indicador; en conjunto con Depto. PRAIS MINSAL. Misma metodología se usará para la población Servicio de Protección Especializada y Servicio de Protección de Inserción.

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.

Servicio de Protección Especializada: Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados.

SENAME: El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales.

Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales): Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas nuevas de especialidad. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME.

Ley VALECH: Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura.

Ley RETTIG: Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida o familiar de persona ejecutada política.

Ley de Exoneración Política: Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual calculados con la totalidad de casos incluidos en el corte del 31 de diciembre 2025.

Cálculo de meta

- Mediana $X \leq 150$ días: la meta es mantener
- Mediana $X \leq 200$ días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento. (invertida)
- Mediana $201 \geq X \leq 290$ días: la meta es reducir un 15%
- Mediana > 290 días: la meta es reducir un 30%

El Medio de verificación es una estructura Excel enviada vía email a cada referente de registro y gestión de LE de los Servicios de Salud a fin del mes siguiente al corte. Además, en Visor Gestor se publica la medición de mediana de días de espera actualizada que se encuentra en línea para los referentes con acceso.

3.6. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad médica.

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	Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad médica				
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	$(\text{Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para CNE médica sobre el percentil 75} / \text{Número total de casos en la Lista de Espera para CNE médica sobre el percentil 75}) \times 100$				
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

Requisitos

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 calculados con la totalidad de casos incluidos en el corte del 31 de diciembre 2025. 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.

3.7. Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.

Mide la reducción de casos en la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS, evaluando la capacidad de respuesta de las especialidades definidas. Se promueve la equidad en el acceso y tiempos de espera dignos para los pacientes.

ID CG-SRA 52	Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Disminuir los casos en Lista de Espera para consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Casos disminuidos de la lista de espera de CNE médicas con destino APS en especialidades definidas, ingresados con fecha igual o anterior 31 de diciembre de año 2025 / Casos comprometidos a disminuir de la lista de espera de CNE médicas con destino APS e				
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	100% de la meta definida				
Exclusiones	APS sin exclusiones				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Requisitos

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, aún 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, 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

Especialidades definidas:

Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología.

Cada establecimiento debe revisar su oferta y redestinar a nivel de atención que corresponda en caso de no contar con la prestación demandada.

3.8. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica.

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	Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica				
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

Requisitos

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.

3.9. Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.

Evalúa los egresos de lista de espera de las especialidades de endodoncia, prótesis removible y periodoncia, realizados por APS. Refleja la gestión de APS en la resolución de casos mediante los recursos que se otorgan vía PRAPS de Estrategias de Salud Bucal, considerando además criterio de antigüedad.

ID CG-SRA 53	Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Resolver casos en espera de atención de Especialidad Odontológica (endodoncia, prótesis removible y periodoncia) ingresados a Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), mediante utilización de Programas de Reforzamiento de Estrategias de Salud Bucal				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Casos egresados por APS en odontología (endodoncia, prótesis removible y periodoncia) ingresados a LE desde 2026 hacia atrás} / \text{Capacidad resolutive vía PRAPS comprometida}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% del cumplimiento de la meta comprometida por cada Servicio de Salud.				
Exclusiones	Egresos de lista de espera de las especialidades de prótesis removible, endodoncia, periodoncia realizados en nivel secundario.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥50%	2 puntos
≥25%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

LE: Lista de Espera. PRAPS: Programa de Reforzamiento de la APS. Capacidad de resolución: capacidad de egresar casos de LE con los recursos asignados vía PRAPS.

Consideraciones Técnicas

Los egresos considerados son los que se realizan por establecimientos que reciben financiamiento del Programa de Reformazamiento de la APS para resolutiveidad de especialidades de prótesis removible, endodoncia, periodoncia. Se consideran todas las causales de egreso.

Se consideran egresos válidos para los casos que ingresaron a lista de espera hasta el 31 de diciembre del 2026.

Los egresos son los que se reportan vía SIGTE, para las especialidades de endodoncia código SIGTE 09 003, prótesis removible código SIGTE 09 011 y periodoncia código SIGTE 09 010.

Las metas son diferenciadas por Servicios de Salud.

3.10. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores.

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	Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores				
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	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores pertenecientes al percentil 75 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores pertenecientes al percentil 75)				
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

Requisitos

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 MIINSAL, 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.

3.11. Resolución de Lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores electivas en atención primaria de salud.

Mide la reducción de casos en la lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores, evaluando la capacidad de respuesta. Se promueve la equidad en el acceso y tiempos de espera dignos para los pacientes.

ID CG-SRA 56	Resolución de Lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores electivas en atención primaria de salud.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Disminuir los casos en Lista de Espera para intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de atención primaria de salud.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$\left(\frac{\text{Número de casos disminuidos de la Lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores electivas del universo establecido}}{\text{Número total de casos comprometidos}} \right) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de la meta definida.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

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 atenciones 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 de Información 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

Cada servicio debe revisar su oferta para redestinar al nivel que corresponde, en caso de no contar con la prestación que se demanda.

Universo Establecido: Corresponde a todos los casos ingresados con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2025.

Compromiso de Gestión N°4: Gestión de Recursos Humanos y financieros

Objetivo estratégico

“Mejorar la planificación y uso eficiente de los recursos humanos y financieros en la Red Asistencial, asegurando su disponibilidad, distribución equitativa y sustentabilidad en el tiempo para garantizar una atención de calidad, en ambientes laborales libres de violencia”.

Contexto

El fortalecimiento de la Red Asistencial en Chile requiere una gestión estratégica que optimice los recursos humanos y financieros, asegurando su distribución equitativa y sustentabilidad. Este enfoque está alineado con políticas públicas como la Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y Gestión, la Política Nacional de Salud y los Objetivos Sanitarios 2030. Además, se busca garantizar ambientes laborales libres de violencia, promoviendo el bienestar del personal de salud y la calidad de la atención.

Planificación y uso eficiente de los recursos

La planificación presupuestaria y el seguimiento de costos de producción son esenciales para garantizar la eficiencia financiera en la Red Asistencial. Este proceso está regulado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y permite identificar áreas de mejora en la asignación de recursos, asegurando su uso sustentable y equitativo, es por lo anterior que el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de los informes de planificación presupuestaria y seguimiento de los costos de producción, contribuyen a garantizar la eficiencia financiera de la Red. Por otro lado, el uso del Sistema de Gestión de Costos (SIGCOM) permite monitorear y evaluar el desempeño financiero de los establecimientos hospitalarios. La validación de reportes cubo 9 asegura la transparencia y eficiencia en la gestión de recursos, contribuyendo a la sustentabilidad del sistema, por lo que se impulsa a través de la medición de los Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.

Por último y con el fin de disponer de equipamiento médico, infraestructura, ambulancias y equipos industriales en buenas condiciones, es que la implementación y ejecución de planes de mantenimiento preventivo asegura la continuidad operativa de los equipos críticos, reduciendo costos asociados a reparaciones y fallas, lo que se medirá a través del indicador de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias y equipos industriales.

Gestión de Riesgo de Desastres en la Red Asistencial

La gestión del riesgo de desastres en hospitales fortalece la resiliencia del sistema de salud, garantizando la continuidad de los servicios en situaciones de emergencia. Este enfoque está respaldado por la Ley N° 21.364, que establece el Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres, por lo que se medirá a los Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres.

Seguridad de la información y ciberseguridad

La protección de la información y la ciberseguridad son fundamentales para garantizar la confidencialidad y disponibilidad de los datos en la Red Asistencial. Este esfuerzo está alineado con estándares internacionales y guías técnicas del Ministerio de Salud, por lo que se medirá la implementación de controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad.

La evaluación de concordancia entre los sistemas SIDRA y REM asegura la calidad y consistencia de los datos clínicos, optimizando la planificación y gestión de recursos en la Red Asistencial. Este proceso busca identificar los procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM.

Recursos humanos en salud

El personal de salud es fundamental para el funcionamiento y la efectividad del sistema de salud, el monitoreo del ausentismo laboral permite identificar factores que afectan la productividad y el bienestar del personal de salud, el seguimiento del ausentismo a través del índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa permite implementar estrategias de prevención y apoyo biopsicosocial en el personal de salud. Además, este año se agrega la confección de un plan de ausentismo con enfoque de género. Este enfoque busca reconocer y abordar las diferencias en los factores que inciden en el ausentismo laboral entre hombres y mujeres, considerando variables como la doble carga laboral, las responsabilidades de cuidado y las condiciones particulares de trabajo. La implementación de un plan con perspectiva de género permitirá desarrollar estrategias de apoyo más equitativas, promoviendo un ambiente laboral inclusivo y con mayores oportunidades para todos los trabajadores de la salud.

El control del gasto en convenios con personal naturales asegura la eficiencia financiera y la correcta asignación de recursos en la Red Asistencial. El Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente, se vincula a los lineamientos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Ministerio de Hacienda para evaluar la eficiencia del gasto y si se está cumpliendo lo previsto.

En el contexto del convenio 190 de la OIT, sobre violencia y acoso en el trabajo, el seguimiento de los Procedimientos disciplinarios por VALS cerrados en los plazos estipulados por ley garantiza la transparencia y el respeto al debido proceso, contribuyendo al respeto de los derechos del personal de salud.

Indicadores:

- 4.1. Ejecución de actividades al proceso de planificación, ejecución y monitoreo presupuestario
- 4.2. Nivel de validación de reportes según sistema de costos vigente
- 4.3. Compras Conjuntas
- 4.4. Implementación del plan gestión del riesgo de desastres
- 4.5. Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6. Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- 4.7. Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados y en los plazos estipulados por ley 19.880.
- 4.8. Indicador comparativo de variación de gasto en RHS sobre la producción hospitalaria estandarizada

4.1. Ejecución de actividades al proceso de planificación, ejecución y monitoreo presupuestario.

Este indicador mide el cumplimiento de requisitos exigidos a los Servicios de Salud asociados al proceso de planificación y monitoreo de la ejecución presupuestaria.

ID CG-SRA 153	Ejecución de actividades al proceso de planificación, ejecución y monitoreo presupuestario				
PRESUPUESTO Departamento de Gestión Presupuestaria					
Objetivo del Indicador	Evaluar el nivel gestión de las actividades asociadas al proceso de planificación presupuestaria, ejecución y monitoreo del gasto, que facilite la toma de decisiones y la asignación eficiente de recursos.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(puntaje obtenido en gestiones ejecutadas al corte/ puntaje asociado a las gestiones planificadas al corte) x100 Se adjuntará rúbrica con cada una de las gestiones y puntaje que se asigna				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100 puntos				
Exclusiones	Excluye CRS Maipú y CRS Cordillera				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 80pts	4 puntos
≥70pts y < 80pts	3 puntos
≥60pts y < 70pts	2 puntos
≥50pts y < 60pts	1 punto
< 50pts	0 puntos

Requisitos

Los requisitos exigidos son:

1. Actividades que respalden la Planificación presupuestaria del 2026 del Servicio de Salud.
2. Entrega de informes mensuales de ejecución presupuestaria, diferenciando entre deuda de arrastre y gasto operacional.

3. Entrega de reporte de rotación de inventario mensual.
4. Revisión del listado de facturas pendientes de devengo
5. Estado de regularización de la deuda de arrastre de periodos anteriores.
6. Avances en la interoperabilidad de bodegas con CENABAST.

Definición de Términos

Los establecimientos y los Servicios de Salud, considerando sus proyecciones operacionales y compromisos vigentes, el cual es utilizado por los directivos de distintos niveles y entidades para estimar los recursos necesarios para la continuidad operacional. Este proceso se rige por lineamientos orientados a asegurar coherencia entre la programación asistencial y la disponibilidad financiera, priorizando gastos legales e ineludibles, la eficiencia en el uso de los recursos y la trazabilidad de las decisiones presupuestarias, en concordancia con la normativa vigente y los objetivos sanitarios definidos por la autoridad.

Deuda de arrastre: Obligaciones pendientes de pago correspondientes a ejercicios presupuestarios anteriores que no fueron regularizadas en su período de origen. Su adecuada identificación y control constituye un eje central de la planificación presupuestaria, dado su impacto directo en el presupuesto del ejercicio en curso, debiendo ser gestionada bajo criterios de priorización, antigüedad y continuidad operacional, conforme a los lineamientos de sostenibilidad financiera del sector.

SIGFE (Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado): Plataforma oficial de registro, ejecución y seguimiento presupuestario y contable de las instituciones públicas. Su utilización permite asegurar la consistencia, oportunidad y trazabilidad de la información financiera, constituyéndose como la base para el control presupuestario, la toma de decisiones y la rendición de cuentas ante los organismos de control.

Subtítulo 22: Clasificación presupuestaria correspondiente a Bienes y Servicios de Consumo. Incluye gastos operacionales como insumos, arriendos, servicios básicos, mantenciones, contratos de servicios y otros gastos corrientes, los cuales deben ser planificados bajo criterios de eficiencia, priorización de gastos ineludibles y coherencia con la programación asistencial, conforme a los lineamientos establecidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Consideraciones Técnicas

El objetivo es evaluar las actividades asociadas al ciclo de planificación y seguimiento de la ejecución presupuestaria. Para ello se han definido 6 hitos de trabajo, con actividades específicas, anuales o mensuales que serán evaluadas de acuerdo con su nivel de completitud, cuyo puntaje se detalla en la siguiente tabla:

PAUTA DE EVALUACIÓN				Puntaje	Mes de corte evaluación	100% del puntaje	50% del puntaje	0% del puntaje
1.	Planificación presupuestaria			34				
1.1	Informe cualitativo consolidado por Servicio de Salud			14	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.2	Planificación presupuestaria			11	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.3	Aseo			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.4	Vigilancia			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.5	Vencimiento garantía de equipos			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.6	Mantenimiento e infraestructura			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.7	Alimentación funcionarios			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.8	Arriendo de inmuebles			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.9	Fármacos			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.10	Reporte rotación de inventario			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
1.11	Compras de servicios			1	Marzo	Entrega completa	Entrega incompleta	No entrega
2.	Informes mensuales de ejecución presupuestaria			10				
2.1	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes marzo			1	Abril	Entrega completa	N/A	No entrega
2.2	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes abril			1	Mayo	Entrega completa	N/A	No entrega
2.3	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes mayo			1	Junio	Entrega completa	N/A	No entrega
2.4	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes junio			1	Julio	Entrega completa	N/A	No entrega
2.5	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes julio			1	Agosto	Entrega completa	N/A	No entrega
2.6	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes agosto			1	Septiembre	Entrega completa	N/A	No entrega
2.7	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes septiembre			1	Octubre	Entrega completa	N/A	No entrega
2.8	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes octubre			1	Noviembre	Entrega completa	N/A	No entrega
2.9	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes noviembre			1	Diciembre	Entrega completa	N/A	No entrega
2.10	Reporte deuda de arrastre/gasto operacional mes diciembre			1	Enero	Entrega completa	N/A	No entrega
3.	Rotación de inventario			10				
3.1	Reporte rotación de inventario mes marzo			1	Abril	Entrega completa	N/A	No entrega
3.2	Reporte rotación de inventario mes abril			1	Mayo	Entrega completa	N/A	No entrega
3.3	Reporte rotación de inventario mes mayo			1	Junio	Entrega completa	N/A	No entrega
3.4	Reporte rotación de inventario mes junio			1	Julio	Entrega completa	N/A	No entrega
3.5	Reporte rotación de inventario mes julio			1	Agosto	Entrega completa	N/A	No entrega
3.6	Reporte rotación de inventario mes agosto			1	Septiembre	Entrega completa	N/A	No entrega
3.7	Reporte rotación de inventario mes septiembre			1	Octubre	Entrega completa	N/A	No entrega
3.8	Reporte rotación de inventario mes octubre			1	Noviembre	Entrega completa	N/A	No entrega
3.9	Reporte rotación de inventario mes noviembre			1	Diciembre	Entrega completa	N/A	No entrega
3.10	Reporte rotación de inventario mes diciembre			1	Enero	Entrega completa	N/A	No entrega
4.	Revisión de listados de facturas pendientes de devengo			16				
4.1	Listado DTE acumulado a marzo			4	Abril	Entrega completa	N/A	No entrega
4.2	Listado DTE acumulado a junio			4	Julio	Entrega completa	N/A	No entrega
4.3	Listado DTE acumulado a septiembre			4	Octubre	Entrega completa	N/A	No entrega
4.4	Listado DTE acumulado a diciembre			4	Enero	Entrega completa	N/A	No entrega
5.	Regularización de un 90% a marzo del devengo de la deuda de arrastre			20				
5.1	% Devengo deuda de arrastre			20	Abril	Devengo de más del 90% de la deuda de arrastre	Devengo entre el 80% y 89% de la deuda de arrastre	Devengo de menos del 80% de la deuda de arrastre
1.	Interoperabilidad bodegas con Cenabast			10				
6.1	Establecimientos independientes y dependientes deben contar con los visores conectados con cenabast			10	Diciembre	Cumple con la totalidad de visores (Independientes y Dependientes)	Cumplimiento parcial	Sin Visores, ningún establecimiento
TOTAL PUNTAJE				100				

4.2. Nivel de validación de reportes según sistema de costos vigente.

El indicador busca velar por la reportabilidad oportuna y de calidad en el 100% de los establecimientos que cuentan con el sistema de costos implementado, con la finalidad de obtener información de los costos de producción de la actividad hospitalaria por cada mes del año y con esto realizar los análisis, informes y toma de decisiones correspondientes. Cada establecimiento debe reportar el cubo9 por cada mes del año, es decir deben contar con 12 reportes validados para obtener la aprobación del indicador.

ID CG-SRA 19	Nivel de validación de reportes según sistema de costos vigente				
PRESUPUESTO Departamento de Gestión Presupuestaria					
Objetivo del Indicador	Garantizar reportabilidad precisa, oportuna y de alta calidad en el 100% de los establecimientos hospitalarios, contribuyendo a la transparencia, eficiencia y toma de decisiones basada en datos, en concordancia con los objetivos sanitarios internacionales.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de Establecimientos con reporte gerencial validado según sistema de costos vigente} / \text{Número total de establecimientos hospitalarios con sistema de costos implementado}) \times 100$				
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	100%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

- Manual: documento que contiene todas las reglas del sistema y descripción de la plataforma y cómo se realiza la carga en ésta.
- Cubo 9: archivo Excel con gastos y cálculo de costos que entrega el sistema de costos una vez que el establecimiento carga los 5 archivos requeridos.
- Validación de reporte: corresponde a la aprobación de oportunidad y calidad que otorga MINSAL, luego de revisar reporte cubo 9 del mes correspondiente.
- Gastos: se obtienen del Cubo 9, reporte alimentado por la información subida por cada establecimiento. REM: resúmenes estadísticos mensuales.

Consideraciones Técnicas

La oportunidad consiste en la entrega del cubo9 de acuerdo al calendario mensual establecido (correspondiente al último día hábil del mes siguiente). La calidad consiste en la aprobación completa de la pauta establecida, la cual se indica en el manual de costos vigente.

4.3. Compras Conjuntas.

Mide el grado de cumplimiento en la ejecución de compras conjuntas de equipos médicos de alto valor, planificadas estratégicamente para optimizar el uso de recursos públicos. Este indicador busca garantizar la adquisición coordinada entre establecimientos de la red, promoviendo economías de escala, transparencia y eficiencia en la gestión sanitaria.

ID CG-SRA 161	Compras Conjuntas				
INVERSIONES Departamento de Planificación y Coordinación					
Objetivo del Indicador	Generar Ahorro en procesos de Compra de Equipos Médicos				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$\left(\frac{\text{Número de Compras Conjuntas de equipos médicos mayores a 100 millones consideradas en el Plan estratégico efectuadas en el año } t}{\text{Número de Compras Conjuntas de equipos médicos mayores a 100 millones programadas en el Plan Estratégico de Compra Conjunta para el año } t} \right) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Realización de Compra Conjunta del 100% de las compras de equipos médicos a adquirir el año 2026 con valor IVA incluido mayor o igual a 100 millones, requeridos por los establecimientos de la Red del Servicio de Salud.				
Exclusiones					
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
<90%	4 puntos
≥90%	0 puntos

Requisitos

El Servicio de Salud debe entregar vía correo electrónico, antes de finalizar el mes de junio del 2026:

- 1.- Elaboración de Planilla de Identificación de compras necesarias en su Red entregado por el Servicio de Salud.
- 2.- Documento con identificación de ítems necesarios de compra que se repiten en su red.
- 3.- Elaboración de Plan Estratégico de Compra Conjunta aprobado por la Dirección del Servicio. El plan como mínimo debe considerar.

Definición de Términos

Compra Conjunta: Proceso de adquisición coordinada entre dos o más establecimientos de salud, orientado a obtener mejores condiciones económicas y técnicas. Equipos Médicos Mayores a 100 millones: Dispositivos o equipamiento clínico cuyo valor unitario supera los \$100.000.000. Plan Estratégico de Compra Conjunta: Instrumento de planificación que define las adquisiciones prioritarias para el período anual.

Consideraciones Técnicas

Medios de Verificación para el Denominador del indicador;

De estos antecedentes resultará el número del Denominador que se establece en el indicador.

- a) Planilla de equipos médicos a adquirir el año 2026 con valor IVA incluido mayor o igual a 100 millones requeridos por los establecimientos de la Red del Servicio de Salud.
- b) Especificaciones técnicas Estandarizadas.
- c) Bases Administrativas
- d) Mandatos de los Establecimientos al Servicio de Salud. (para los casos que se requiera)

Medios de Verificación para el Numerador del indicador;

1.- Planilla que dé cuenta de la ejecución del Plan estratégico de compras conjuntas.

- a) Contrato
- b) Orden de Compra
- c) Recepción Conforme

Es importante señalar que las compras identificadas en el Plan estratégico como un paquete de compra deberá considerarse también como paquete en el numerador ello independiente de si por razones de buen servicio dicho paquete se haya dividido en más de una compra.

Tanto los datos de Numerador como del Denominador deben ser entregados por el Servicio de Salud al referente técnico MINSAL vía correo electrónico que se indique.

4.4. Implementación del plan gestión del riesgo de desastres.

Este indicador busca mejorar el nivel de gestión del riesgo de desastre, tanto en los Servicios de Salud, como en los Hospitales, conociendo las capacidades actualizadas y los distintos planes con que cuentan los establecimientos. Así también relevar la importancia de asignar al personal correspondiente para este tipo de acciones.

ID CG-SRA 50	Implementación del plan gestión del riesgo de desastres				
GABINETE MINISTRO(A) Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencia y Desastre					
Objetivo del Indicador	Fortalecer la Gestión del Riesgo de Desastres en los Servicios de Salud y Hospitales de la Red.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de hospitales que cumplen con la implementación de las acciones de gestión del riesgo de desastres} / \text{total de hospitales del Servicio de Salud}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de establecimientos con acciones cumplidas en gestión del riesgo de desastres.				
Exclusiones	Otro tipo de establecimientos que no sean Hospitales				
Fuente Numerador	LOCAL	Fuente Denominador	LOCAL		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

Requisitos

Entregar un informe de avance que indique el cumplimiento las siguientes 2 acciones en el 100% de los hospitales del Servicio de Salud.

1. Servicios de Salud y Hospitales con Encargado de Gestión del Riesgo de Desastre.
2. Servicios de Salud y Hospitales con Plan de Respuesta actualizado.

El primer informe debe entregarse antes de finalizado el mes de junio, enviado via correo electronico al RT con copia a CDG_SRA. El segundo informe debe ser entregado antes de finalizado el mes de noviembre, via correo electrónico al RT con copia a CDG_SRA.

Verificables solicitados para el requisito:

1. Resoluciones con nombramientos de encargados para GRD, desde Director del Hospital y de Servicio de Salud con fecha de corte al 30/10/2026.
2. Resoluciones con planes de Respuesta con nuevo formato enviado el 2025, desde Director del Hospital y de Servicio de Salud con fecha de corte al 15/12/2026

Definición de Términos

GRD Gestión de Riesgo y Desastre MIDAS: Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria
Ficha de capacidades: ficha en la plataforma MIDAS donde los hospitales informan autonomías, estado de líneas vitales, equipo de telecomunicaciones, gases clínicos, etc.
Plan de respuesta: es un conjunto de procedimientos y protocolos que describen cómo una organización responderá a situaciones de emergencia.
Plan de telecomunicaciones: Conjunto de procedimientos y flujos de comunicación con los distintos medios disponibles.

Consideraciones Técnicas

Meta indicador principal: Para el caso de los establecimientos, estos deben cumplir con 100% de las acciones para la implementación de la gestión del riesgo de desastres.

Implementación acciones del plan gestión del riesgo de desastres.

1. Hospitales con Plan de Telecomunicaciones de emergencia actualizado.
2. Encargados de gestión del riesgo con acceso a Módulo de Emergencia MIDAS.
3. Hospitales con fichas de capacidades identificadas y actualizadas.

Para el indicador principal cada servicio de salud uno de enviar resoluciones pertinentes a cada acción el último día hábil del mes de junio, para realizar un monitoreo y con 31 de diciembre enviar las resoluciones finales de cada establecimiento al RF encargado del indicador y subirlas a SharePoint.

Verificables solicitados al final del proceso:

1. Resoluciones con planes de telecomunicaciones, desde Director del Hospital con fecha de corte al 30/10/2026
2. Resoluciones con nombramiento de encargados de MIDAS por Resolución, desde Director del Hospital con fecha de corte al 30/10/2026
3. Relleno o actualización de las fichas de capacidades de los Hospitales en la plataforma MIDAS, con fecha de al 30/10/2026

4.5. 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 35	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.				
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 Servicio de Salud				
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	Ley de Presupuestos y Decretos Modificatorios del año	

Tabla de sensibilidad

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

Requisitos

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.

Servicios de Salud con registro desfasado en SIGFE

En el caso exclusivo 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 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.

SUBTITULO 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

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.

4.6. 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 o más días. >23 y ≤ 27 días: disminuir 2 o más días. >27 días: disminuir 3 o más días.				
Exclusiones	No tiene				
Fuente Numerador	QLIKVIEW		Fuente Denominador	QLIKVIEW	

Tabla de sensibilidad

Line base 2025	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 puntos
≤19 días	Disminuir o mantener	Aumenta 0,3 días	Aumenta 0,6 días	Aumenta 1 día
>19 y ≤ 23 días	Disminuir ≥ 1,0 días	≥0,7 días	≥0,5 días	≥0,0 días
>23 y ≤ 27 días	Disminuir ≥ 2,0 días	≥1,7 días	≥=1,3 días	≥0,0 días
>27 días	Disminuir ≥ 3,0 días	≥2,5 días	≥2,0 días	≥0,0 días

Requisitos

Plan de abordaje del ausentismo.

Implementación del Plan de abordaje del ausentismo focalizado en las principales causas identificadas con enfoque de género. De acuerdo con las indicaciones enviadas oportunamente por el Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral.

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

Las metas de reducción tanto para los Servicios de Salud como EAR, se basan en las siguientes definiciones:

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 o más días.
3. Con un IA mayor a 23 días y menor o igual a 27 días, se debe disminuir 2 o más días.
4. Con un IA mayor a 27 días, se debe disminuir 3 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".

Requisito: Plan de ausentismo con enfoque de género.

Implementación del Plan de abordaje del ausentismo focalizado en las principales causas identificadas con enfoque de género, de acuerdo con las indicaciones enviadas oportunamente por el departamento de desarrollo y calidad de vida laboral.

Plazos de envío:

Plazos de envío del Plan de abordaje del ausentismo y reportes de implementación:

- I Trimestre definición de Plan de Ausentismo: 30 de abril 2026
- II Trimestre 1er reporte de implementación del Plan: 31 de julio 2026
- III Trimestre 2do reporte de implementación del Plan: 30 de octubre 2026
- IV Trimestre 3er reporte evaluación del Plan: 31 de enero 2027

Consideraciones técnicas indicador índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa:

A fines de febrero de 2026 se enviará la línea base y metas a cumplir por Servicio, tendientes a disminuir el Índice de Ausentismo, según cronograma.

A fines de febrero de 2026, el Depto. de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral, enviará un formato estandarizado a los Servicios de Salud para la construcción, actualización y registro del Plan 2026, como también de los anexos (plantillas) que den cuenta de los avances de implementación del Plan, incorporando el avance en el cumplimiento de las metas de reducción del ausentismo.

Entregas:

I Trimestre definición de Plan de abordaje del ausentismo (30 de abril 2026). Envío del Plan anual actualizado de abordaje del ausentismo, en formato Word. Deberá incluir análisis crítico de los resultados de IA del año 2025.

II Trimestre 1er Informe del estado de avance de la implementación de las actividades del Plan de abordaje del ausentismo, incluyendo el seguimiento del índice de Ausentismo (31 de julio 2026).

III Trimestre 2do Informe del estado de avance de la implementación de las actividades del Plan de abordaje del ausentismo, incluyendo el seguimiento del índice de Ausentismo (30 de octubre 2026).

IV Trimestre 3er Informe del estado de avance de la implementación de las actividades del Plan de abordaje del ausentismo, incluyendo el seguimiento del índice de Ausentismo (31 de enero 2027).

4.7. Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados y en los plazos estipulados por ley 19.880.

Este indicador evalúa la efectividad de las medidas institucionales adoptadas para prevenir y abordar la violencia laboral en los establecimientos de la red asistencial, asegurando que la institución cumpla con los estándares establecidos cumpliendo con la normativa vigente, garantizando condiciones adecuadas para un ambiente de trabajo seguro y respetuoso.

ID CG-SRA 34	Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados y en los plazos estipulados por ley 19.880.				
DIGEDEP Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral					
Objetivo del Indicador	Asegurar que los procedimientos disciplinarios por VALS se realicen en el plazo estipulado por ley 19.880, con el fin de proteger los derechos de las personas afectadas y contribuyendo a la creación de un ambiente laboral seguro, respetuoso y libre de violencia.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(T1*50\%)+(T2*50)$ <p>Trazadora 1 (T1): Número de procedimientos disciplinarios MALS/VALS cerrados durante el 2026 / (Número de procesos disciplinarios MALS/VALS no cerrados al 31 de diciembre 2025 + N procesos disciplinarios VALS abiertos 2026)</p> <p>Trazadora 2 (T2): Número de procedimientos disciplinarios MALS/VALS cerrados durante el 2026 dentro del plazo estipulado por la Ley 19.880 / (Número de procedimientos disciplinarios MALS/VALS iniciados desde el 1° de julio 2025 y no cerrados al 31 de diciembre de 2025 + Número de procedimientos disciplinarios VALS iniciados en 2026)</p>				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de lo comprometido Meta Trazadora 1: 0,50 de los casos cerrados Meta trazadora 2: 0,50 de los casos cerrados en el plazo estipulado por la Ley 19.880				
Exclusiones	Denuncias que no cumplen con lo determinado por la LEY N°21.643.				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 50%	4 puntos
≥40% y < 50%	3 puntos
≥30% y < 40%	2 puntos
≥20% y < 30%	1 punto

Requisitos

Envío de información con registro de procedimiento VALS /MALS de acuerdo con formato requerido y dando respuesta oportuna a retroalimentación enviada por referente a nivel central.

Requisito: Envío de información con registro de procedimiento VALS /MALS de acuerdo con formato requerido y dando respuesta oportuna a retroalimentación enviada por referente a nivel central.

Fecha de envío de información:

- 1° envió al 15 de abril 2026, con el acumulado de todos los procedimientos no cerrados al 31 de diciembre 2025 y abiertos en el primer trimestre de 2026, detallando su estado al 31 de marzo del 2026.
- 2° envió al 15 de julio 2026, actualización del estado al 30 de junio de los procedimientos no cerrados al 31 de diciembre 2025 y abiertos en el primer trimestre de 2026, y aquellos abiertos al segundo trimestre de 2026.
- 3° envió al 15 de octubre 2026, actualización del estado al 30 de septiembre de los procedimientos no cerrados al 31 de diciembre 2025 y abiertos en el primer semestre de 2026, y aquellos abiertos al tercer trimestre de 2026.
- 4° envió al 15 de enero 2027, actualización del estado al 31 de diciembre de los procedimientos no cerrados al 31 de diciembre 2025 y abiertos al tercer trimestre 2026, y aquellos abiertos al cuarto trimestre de 2026.

Formato: Se deberá completar la planilla enviada por el referente ministerial, respetando estrictamente el formato.

La fecha de envío del formato (planilla excel) para ser completada por los Servicios de Salud, de enviará a más tardar el 28 de febrero de 2026.

La planilla excel deberá ser remitida mediante correo electrónico al referente ministerial Sr. Thomas Mix Jiménez, thomas.mix@minsal.cl.

Retroalimentación: Si existiesen observaciones por parte del referente ministerial, estas deberán ser respondidas dentro de dos semanas como plazo máximo.

Definición de Términos

VALS es el acrónimo que agrupa tres tipos de conductas indebidas en el ámbito laboral dentro de los Servicios de Salud: Violencia laboral: cualquier acto de agresión física o verbal en el entorno de trabajo. Acoso Laboral: toda conducta reiterada que menoscabe la dignidad del trabajador, afectando su estabilidad emocional o laboral. Acoso Sexual: cualquier comportamiento de connotación sexual

no consentido que afecte la dignidad de la persona en su espacio de trabajo. El término está enmarcado en la Ley N°21.643 sobre prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo, conocida como Ley Karin, normativa que establece medidas para la prevención y sanción de estos actos en el sector salud. Procedimientos disciplinarios por VALS: Son los procesos administrativos iniciados dentro de los Servicios de Salud a raíz de denuncias por violencia, acoso laboral o acoso sexual. Estos procedimientos pueden derivar en investigaciones sumarias o sumarios administrativos, siguiendo las normativas establecidas en el Estatuto Administrativo y la Ley Karin. El objetivo de estos procedimientos es: Determinar la veracidad de las denuncias. Sancionar a los responsables en caso de comprobarse la falta. Implementar medidas de prevención y protección para las víctimas. Plazo estipulado por la Ley (definido por la Ley Orgánica de Procedimientos de la Administración Pública) El plazo para el cierre de los procedimientos disciplinarios por VALS está determinado La Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, regula los plazos generales dentro de los cuales deben resolverse los procedimientos administrativos. Plazo para dictar resolución en procedimientos administrativos: De acuerdo con el artículo 27: El procedimiento administrativo debe resolverse en un plazo máximo de seis meses desde su inicio, salvo que una norma especial establezca un plazo distinto. Si la autoridad no dicta resolución dentro de este plazo, el interesado puede reclamar según lo dispuesto en el Artículo 64.

Consideraciones Técnicas

Normativa Aplicable:

Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Plazo estipulado por la Ley Orgánica de Procedimientos de la Administración Pública.

Plazos para Procedimientos Disciplinarios:

El plazo para el cierre de los procedimientos disciplinarios por violencia laboral está determinado por la Ley N° 19.880.

Según el artículo 27 de la Ley N° 19.880, el procedimiento administrativo debe resolverse en un plazo máximo de seis meses desde su inicio, salvo que una norma especial establezca un plazo distinto.

Si la autoridad no dicta resolución dentro de este plazo, el interesado puede reclamar según lo dispuesto en el artículo 64.

4.8. Indicador comparativo de variación de gasto en RHS sobre la producción hospitalaria estandarizada.

Indicador evalúa la relación entre la producción estandarizada de profesionales médicos y el gasto realizado en el subtítulo 21.

ID CG-SRA 169	Indicador comparativo de variación de gasto en RHS sobre la producción hospitalaria estandarizada			
DIGERA Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico				
Objetivo del Indicador	Medir y comparar la variación del gasto en Recursos Humanos en Salud (RHS) en relación con la producción hospitalaria estandarizada, con el propósito de evaluar la eficiencia en el uso del recurso humano, identificar desalineaciones entre crecimiento del gasto y resultados asistenciales, y apoyar la toma de decisiones de gestión, planificación y control presupuestario a nivel de establecimiento, servicio de salud y red asistencial.			
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento			
Fórmula de Cálculo	Fórmula : $ICVGP = (A-B)/B$ A: Gasto(t)/Producción_estandarizada(t) B: Gasto(t-1)/Produccion_estandarizada(t-1)			
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad
Meta	Menor o igual a cero			
Exclusiones				
Fuente Numerador	REM	Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\leq 0 \rightarrow 100\%$	4 puntos
$0 < x \leq 3\% \rightarrow 75\%$	3 puntos
$3\% < x \leq 5\% \rightarrow 50\%$	2 puntos
$5\% > x \rightarrow 0\%$	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Este indicador no tiene definición de términos

Consideraciones Técnicas

No se requiere medio de verificación por parte de los Servicios de Salud a Minsal, ya que el dato corresponde a la fuente oficial REM Y SIGFE. La consolidación se realiza por Minsal, de manera centralizada, de acuerdo a los cortes definidos y visualizados por los Servicios de Salud y Establecimientos de manera mensualizada. Por otra los Referentes Técnicos Minsal del indicador envía por correo electrónico a Control de Gestión de Gabinete los resultados de los indicadores por Servicio de Salud con fecha del corte a evaluar.

Compromiso de Gestión N°5: Calidad y seguridad del paciente.

Objetivo estratégico

“Fortalecer los estándares de calidad y seguridad en la atención de salud, garantizando la adherencia a protocolos, la capacitación del personal y la implementación de sistemas de monitoreo y mejora continua”.

Contexto

El fortalecimiento de los estándares de calidad y seguridad en la atención de salud es un objetivo prioritario para garantizar una atención efectiva, equitativa y centrada en el paciente. Este propósito se alinea con políticas públicas como la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, el Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales y el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos. A través de la adherencia a protocolos, la capacitación del personal y la implementación de sistemas de monitoreo, se busca promover la mejora continua en la Red Asistencial.

La supervisión de los eventos centinela es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y prevenir la recurrencia en el tiempo. Este proceso está regulado por la Ley N° 20.584 y las Normas Generales Técnicas sobre Calidad de la Atención, que establecen procedimientos de reporte, análisis y seguimiento de eventos adversos y centinela. La implementación de sistemas de vigilancia permite identificar brechas en la calidad y aplicar medidas correctivas oportunas (Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados).

La acreditación de prestadores de salud en Atención Primaria de Salud asegura el cumplimiento de estándares mínimos de calidad y seguridad en la atención. Este proceso, regulado por el Decreto Supremo N° 15/2007, fomenta la mejora continua mediante la evaluación periódica de los prestadores de salud para asegurar estándares mínimos de seguridad de la atención, a través del proceso de acreditación se promueve la adherencia a protocolos y la implementación de prácticas seguras en la atención, a través de la mejora continua de la calidad, por lo que a través del indicador Cumplimiento del proceso de acreditación para prestadores de salud en APS, se realizará un monitoreo del estado de avance del proceso en los establecimientos de atención primaria de salud.

El Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos tiene como objetivo preservar la eficacia de los antimicrobianos para garantizar la prevención y el tratamiento efectivo de enfermedades infecciosas, por medio del Monitoreo de consumo de antimicrobianos en establecimientos de atención primaria de salud APS y hospitales comunitarios, es clave para prevenir la resistencia antimicrobiana y garantizar el uso racional de estos medicamentos a nivel comunitario. Por otro lado, a nivel de los hospitales de alta y mediana complejidad se continuará con el monitoreo de consumo y gasto de las DDD para antibióticos seleccionados, contribuye a evaluar el uso adecuado de estos medicamentos y a controlar los costos asociados, permite comparar el consumo entre establecimientos y ajustar las políticas de prescripción.

Indicadores:

- 5.1. Cumplimiento del proceso de acreditación en la etapa de ingreso de los establecimientos de Salud.
- 5.2. Cumplimiento de supervisión del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI).
- 5.03. Nivel de cumplimiento comunal en monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.
- 5.04. Nivel de cumplimiento del monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de la Red Asistencial.

5.1. Cumplimiento del proceso acreditación en la etapa de ingreso de los establecimientos de Salud.

Este indicador refleja el número de Establecimientos de Salud de Atención Primaria que ingresan al proceso de acreditación por Servicio de Salud, dando cumplimiento a la Garantía de Calidad establecida en el Decreto GES 2025-2028.

ID CG-SRA	Cumplimiento del proceso de acreditación en la etapa de ingreso de los establecimientos de Salud.				
9	DIGERA Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención				
Objetivo del Indicador	Contribuir a mejorar la calidad y seguridad del paciente, a través del cumplimiento de la Garantía de Calidad en la Atención Primaria de Salud.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Número de establecimientos de salud de APS del Servicio de Salud con ingreso al proceso de acreditación a la SIS / Número de establecimientos comprometidos en la meta según lo programado) x 100				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100%				
Exclusiones	No hay				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Ingreso proceso de acreditación: para efectos de COMGES, se refiere al ingreso de solicitud a la Superintendencia de Salud (SIS), teniendo cumplido todos los requisitos obligatorios, que permitan iniciar el proceso de acreditación o bien su reacreditación. APS: Atención Primaria de Salud Establecimiento de Salud de APS: establecimientos de atención primaria de salud (establecimientos de atención abierta de baja complejidad de dependencia municipal, delegados o de Servicio de Salud), puede incluir CESFAM, CGR, CGU. CESFAM: Centro de Salud Familiar CGR: Consultorio General Rural CGU: Consultorio General Urbano SIS: Superintendencia de Salud.

Consideraciones Técnicas

Los Establecimientos de Salud de Atención Primaria (APS) considerados son los Centro de Salud Familiar (CESFAM), Consultorio General Urbano (CGU) y Consultorio General Rural (CGR) con sus diversas dependencias (postas de salud rural, CECOSF, Urgencia, otros).

Cada Servicio de Salud apoyará a los establecimientos de su red para presentar la solicitud de acreditación o de reacreditación antes del 31 de diciembre del 2026 o según su vigencia. El número de CESFAM por cada Servicio de Salud será definido por el Ministerio de Salud a fin de alcanzar progresivamente una cobertura del 80% al 1° de julio del 2028.

Responsable del envío del informe: Referente de Seguridad y Calidad del Servicio de Salud.

Dirigido a: Departamento de Seguridad y Calidad, DIGERA, MINSAL.

Fecha de envío: 15 días después del corte semestral (Julio 2026 y Enero 2027)

Medio de envío: correo electrónico.

5.2. Cumplimiento de supervisión del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI).

Este indicador refleja las acciones y gestiones de supervisión realizadas por el Servicio de Salud de los Eventos Centinela Priorizados (ECPRI) reportados por su red de Establecimientos de Salud de Atención Cerrada.

ID CG-SRA 8	Cumplimiento de supervisión del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI)				
DIGERA Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención					
Objetivo del Indicador	Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente, a través de la supervisión del proceso de notificación y análisis de ECPRI.				
Responsable de gestión	Dirección del Establecimiento				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de ECPRI de hospitales con supervisión realizadas por el Servicio de Salud} / \text{Total de ECPRI reportados de hospitales en el SS}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	$\geq 90\%$ de los ECPRI supervisados				
Exclusiones	ECPRI notificados en las últimas 15 días ³ , antes de elaborar el informe				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 90\%$	4 puntos

³ Corresponde a días corridos

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Eventos Centinela Priorizados (ECPRI): Todo evento, confirmado o en sospecha, que cumple con las características que se especifican en la tabla 2 del “Manual de eventos centinela priorizados para reporte inmediato” disponible en: <https://www.minsal.cl/seguridad-y-calidad-de-la-atencion-marco-legal/>

Supervisión por Servicio de Salud (SS): Para efectos de este COMGES, se entenderá por “supervisión realizada” a las acciones de apoyo del Servicio de Salud correspondiente al menos a dos actividades por ECPRI. Cuyo verificador será el “Informe de supervisión de los ECPRI del Servicio de Salud”.

Consideraciones Técnicas

Los ECPRI que deben considerarse en la supervisión de los Servicios de Salud, son los señalados en el Manual de eventos centinela priorizados para reporte inmediato vigente. Las acciones de supervisión pueden realizarse en cualquier etapa del proceso de manejo del ECPRI, las que deben quedar documentadas.

Se debe utilizar el formato establecido por referencia técnica para informar. El MV es elaborado por el Departamento de Calidad y Seguridad del Servicio de Salud y entregado a su equipo de Control de Gestión, para que el equipo de Control de Gestión lo envíe a su contraparte de Control de Gestión del Ministerio de Salud, por los medios que el equipo ministerial ha establecido para ello. La fecha de envío está asociada a la establecida por Control de Gestión como corte.

5.3. Nivel de cumplimiento comunal en monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.

Mide la instalación de equipos PROA de los establecimientos que otorgan prestaciones de atención primaria municipales, dependientes y Hospitales comunitarios pertenecientes al Servicio de Salud, a través de la capacidad para monitorizar consumo y resistencia a los antimicrobianos, a lo menos en un establecimiento de salud por comuna.

ID CG-SRA 10	Nivel de cumplimiento comunal en monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios				
DIPLAS Plan Nacional contra la Resistencia Antimicrobiana					
Objetivo del Indicador	Monitorear el consumo y resistencia de antimicrobianos en las comunas que cuentan con establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de comunas que cuentan con informe de monitoreo de consumo y resistencia a los antimicrobianos según lineamiento técnicos} / \text{total de comunas Comprometidas}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	90,00%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥90%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥50%	2 puntos
<50%	1 punto

Requisitos

Plan de intervención para disminuir el consumo

Definición de Términos

- PROA: Programa de optimización de Uso de Antimicrobianos.
- Comuna con informe de monitoreo de consumo y resistencia a los antimicrobianos: se refiere a las comunas que cuentan con realización de monitoreo de al menos un establecimiento de APS municipal, dependiente u hospital comunitario.
- Establecimiento de APS: incluye establecimientos de atención abierta de baja complejidad municipal o dependiente.
- Informe de monitoreo del consumo y resistencia según lineamientos técnicos: corresponde al informe en formato establecido en ficha técnica (formato obligatorio)

Consideraciones Técnicas

Para la evaluación de este indicador se solicitará la información de parte del equipo técnico del Nivel Central en dos evaluaciones:

Primera entrega: entrega de la información a más tardar el 31 de julio de 2025.

El plan de trabajo del Servicio de Salud diseñado para el año 2025 en formato estándar (formato A) que contemple las actividades detalladas en la tabla 1 del anexo.

El monitoreo de consumo de antimicrobianos de los establecimientos de atención primaria seleccionados por cada comuna, en formato estándar (formato B) desde enero a junio del 2025.

El monitoreo de la resistencia de E. coli en urocultivos solicitados en los establecimientos de atención primaria seleccionados, en formato estándar (formato B) desde enero a junio del 2025.

Segunda entrega: entrega de la información a más tardar el 31 de enero de 2026.

El monitoreo de consumo de antimicrobianos de los establecimientos de atención primaria seleccionados por cada comuna, en formato estándar (formato B) desde enero a diciembre del 2025.

El monitoreo de la resistencia de E. coli en urocultivos solicitados en los establecimientos de atención primaria seleccionados, en formato estándar (formato B) desde enero a diciembre del 2025.

Los formatos A y B serán enviados a los referentes técnicos de los Servicios de Salud en archivos para completar. No se aceptarán modificaciones de los formatos.

Para el cálculo de consumos y del porcentaje de resistencia se deben utilizar las fórmulas descritas en el anexo 1 de los documentos complementarios entregados por la referencia.

Para el cumplimiento del requisito los informes deben ser entregados en plazo y forma de acuerdo a lo señalado anteriormente.

5.4. Nivel de cumplimiento del monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de la Red Asistencial.

Mide la capacidad de los equipos PROA para monitorizar el consumo de antimicrobianos y los niveles de resistencia en los hospitales de alta y mediana complejidad pertenecientes al Servicio de Salud.

ID CG-SRA 11	Nivel de cumplimiento del monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de la Red Asistencial				
DIPLAS Plan Nacional contra la Resistencia Antimicrobiana					
Objetivo del Indicador	Monitorear el consumo de antimicrobianos y la resistencia bacteriana en hospitales de alta y mediana complejidad del Servicio de Salud.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Número de hospitales con informe de monitoreo según lineamientos técnicos / Números de hospitales seleccionados) x 100				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos

Requisitos

Vigilancia de la resistencia para bacterias seleccionadas

Definición de Términos

PROA: programas de optimización de uso de antimicrobianos Informe de monitoreo del consumo y resistencia según lineamientos técnicos: informe con formato definido desde el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos (formato obligatorio) Establecimientos de mediana y alta complejidad, según lo indicado en norma 210.

Consideraciones Técnicas

Requisito principal

Informe de monitoreo semestral en formato definido por el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos (uso obligatorio).

Elaborado por el Servicio de Salud.

Responsabilidad y entrega

Información solicitada por el equipo técnico del Nivel Central en dos evaluaciones:

Primera entrega: Fecha límite: 31 de julio de 2026

Contenido:

Monitoreo de consumo de antimicrobianos (enero-diciembre 2024) en hospitales de alta y mediana complejidad (UPC y servicios básicos adultos/pediátricos) – Formato C

Monitoreo de infecciones invasoras por:

S. aureus meticilino resistente

Enterococo resistente a vancomicina

Pseudomona aeruginosa resistente a cefalosporinas antipseudomónicas

(enero-junio 2025) – Formato D

Segunda entrega:

Fecha límite: 31 de enero de 2026

Contenido:

Monitoreo de consumo de antimicrobianos (enero-diciembre 2025) – Formato C

Monitoreo de infecciones invasoras (enero-diciembre 2025) – Formato D

Formatos y metodología

Formatos C y D enviados por el Nivel Central, sin modificaciones permitidas.

Cálculo de consumo y porcentaje de resistencia según fórmulas del Anexo 1 de documentos complementarios.

Condición para cumplimiento

Informes entregados en plazo y forma, según lo señalado.

Compromiso de Gestión N°6: Prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer.

Objetivo estratégico

“Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer, garantizando el acceso equitativo a la atención oncológica, la reducción de tiempos de espera y la mejora en la calidad de vida de los pacientes.”

Contexto

El fortalecimiento de la atención oncológica en Chile requiere estrategias integrales que aborden la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer, asegurando el acceso equitativo y la reducción de los tiempos de espera. Este enfoque está alineado con políticas públicas como el Plan Nacional del Cáncer, el Régimen General de Garantías en Salud (Ley N° 19.966) y los Objetivos Sanitarios 2030. A través de la implementación de protocolos, la capacitación del personal y el monitoreo de indicadores clave, se busca garantizar una atención efectiva y centrada en el paciente.

Fortalecimiento de la Prevención del Cáncer: Cobertura de Vacunación contra el VPH y Tamizaje Cervicouterino en la Atención Primaria

La vacunación contra el virus papiloma humano VPH es una medida preventiva esencial para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer asociados a este virus en la población. En Chile, la vacuna contra el VPH se incorporó al *Programa Nacional de Inmunización* en 2014, inicialmente dirigida a niñas y, desde 2019, extendida a niños de 4° básico. La estrategia de vacunación busca alcanzar una alta cobertura para garantizar la protección de la población escolar y contribuir a la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública, por lo que se mide la cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en niños, niñas y adolescentes que cursan 4° año básico con dosis nonavalente.

Para potenciar este objetivo, la cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud, es una estrategia clave para la detección temprana de lesiones precancerosas y la reducción de la mortalidad por esta enfermedad. En Chile, este procedimiento está inserto en el *Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino*, iniciado en 1987 y basado en recomendaciones de la OPS/OMS. La cobertura de este tamizaje en la Atención Primaria de Salud es fundamental para garantizar el acceso equitativo a la prevención, especialmente en poblaciones vulnerables.

Cumplimiento atención en problemas de salud oncológicos

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas oncológicas No GES representan un desafío para la equidad en el acceso a la atención, además de ser una prioridad de Gobierno, por lo que la gestión eficiente de estas listas, mediante estrategias de priorización y optimización de recursos, permite reducir los tiempos de espera y garantizar el tratamiento oportuno de los pacientes. La implementación de sistemas de monitoreo y mejora continua es fundamental para asegurar la

resolución de estos casos dentro de los plazos establecidos, lo que se medirá a través del indicador Lista de espera de intervención quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES resueltos en menos de 90 días.

Indicadores:

- 6.1. Nivel de cumplimiento efectivo de garantías GES en problemas de salud oncológicos
- 6.2. Casos oncológicos No GES en lista de espera quirúrgica con espera menor a 90 días
- 6.3. Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.
- 6.4. Cobertura efectiva de vacuna contra el VPH de NNA que cursan 4to año básico con dosis nonavalente.

6.1. Nivel de cumplimiento efectivo de garantías GES en problemas de salud oncológicos.

Este indicador mide el nivel del cumplimiento en la red a la Ley GES, según los problemas de salud y sus garantías definidas en el decreto vigente (N°72/2022). Se enfoca en resolver 17 problemas de salud clasificados como oncológicos. 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 18	Nivel de cumplimiento efectivo de garantías GES en problemas de salud oncológicos				
DIGERA Departamento GES y Redes Complejas					
Objetivo del Indicador	Fortalecer la detección temprana de patologías oncológicas y la entrega oportuna de prestaciones para los pacientes oncológicos.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}) / (\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas})$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de cumplimiento GES oncológico				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGGES		Fuente Denominador	SIGGES	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

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 (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 monitoreo de la gestión se realiza directamente desde la plataforma SIGGES, con reportería actualizada diariamente. La oportunidad del registro impacta directamente en el cumplimiento del indicador.

Para lograr un buen cumplimiento, es esencial gestionar las garantías de oportunidad dentro de su plazo de vigencia. Esto permite conocer la demanda real de prestaciones en la red, programar la oferta y identificar brechas para definir estrategias que aseguren el cumplimiento del 100%, según la normativa.

La medición se realiza mensualmente desde el nivel central. FONASA entrega la información a DIGERA cada mes, y esta se pone a disposición de la red mediante 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.

Los problemas de Salud considerados para la evaluación del presente indicador se enumeran a continuación:

- 03- CÁNCER CERVICOUTERINO
- 04- ALIVIO DEL DOLOR
- 08- CÁNCER DE MAMA
- 14- CÁNCER INFANTIL
- 16- CÁNCER DE TESTÍCULO
- 17- LINFOMA
- 27- CÁNCER GÁSTRICO
- 28- CÁNCER DE PRÓSTATA
- 45- LEUCEMIA ADULTO

- 70- CÁNCER COLORECTAL
 - 71- CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL
 - 72- CÁNCER VESICAL
 - 73- OSTEOSARCOMA
 - 81- CÁNCER DE PULMÓN
 - 82- CÁNCER DE TIROIDE
 - 83- CÁNCER RENAL
 - 84- MIELOMA MÚLTIPLE
-
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)

6.2. Casos oncológicos No GES en lista de espera quirúrgica con espera menor a 90 días.

Este indicador evalúa la gestión de los casos en la lista de espera quirúrgica oncológica no GES, enfocándose en la respuesta oportuna del sistema de salud. Su adecuada gestión garantiza la continuidad del tratamiento oncológico, priorizando la urgencia médica, la oportunidad, la equidad y la eficiencia en la reasignación de recursos para minimizar impactos negativos en el pronóstico de los pacientes y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos.

ID CG-SRA 22	Casos oncológicos No GES en lista de espera quirúrgica con espera menor a 90 días				
DIGERA Departamento GES y Redes Complejas					
Objetivo del Indicador	Disminuir los tiempos de espera para cirugía de pacientes oncológicos no GES clasificados como Oncológicos tratamiento.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{((Número de casos en LEIQ * con un tiempo de espera igual o menor a 90 días desde el ingreso al registro / Número Total de casos en LEIQ que requieren resolución quirúrgica desde el ingreso al registro*))}}{\text{(Número de casos en LEIQ * que reciben cirugía antes de 90 días/ Número Total de casos en LEIQ que reciben cirugía*)}}$ <p>*Identificados como casos confirmados de cáncer y clasificados como Oncológicos tratamiento, que requieren resolución quirúrgica por cada Servicio de Salud*</p>				
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	80% de casos en LEIQ clasificados como Oncológicos tratamiento* con un tiempo de espera igual o menor a 90 días.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	SIGTE		Fuente Denominador	SIGTE	

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

SIGTE: Sistema de Gestión de Tiempo de Espera. LEIQ: Lista de espera de intervenciones quirúrgicas.

Consideraciones Técnicas

1. El Departamento de Análisis de la Información para la Gestión realiza corte mensual de Lista de Espera Quirúrgica.
2. El mismo departamento aplica de algoritmo de clasificación de casos sospechosos de cáncer y envía la los SS para su revisión, clasificación y registro (edición directa en SIGTE).
3. Los SS revisan, clasificación y registran (edición directa en SIGTE).
4. La unidad de Oncología del Depto. Ges evalúa cumplimiento del indicador de acuerdo con fórmula de cálculo y registra en Sistema de registro de Control de Gestión de la SRA, para conocimiento y revisión por parte de SS.

6.3. Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.

Este indicador mide la variación porcentual de la cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud, del año 2026 en relación con el año 2025. Se espera que los Servicios de Salud avancen en cobertura, reduciendo la brecha en un 30% (para llegar al gold estándar 80%). Este compromiso de gestión viene a contribuir al indicador de cobertura de cada establecimiento, comuna, servicio de salud y región, como también a la meta nacional, donde se espera lograr y mantener una cobertura de 80% de mujeres entre 25-64 años tamizaje vigente en establecimientos municipal (meta sanitaria N°2 de la ley 19.813), junto con contribuir a la meta sanitaria N°3 Ley 18.834, de los establecimientos APS dependiente.

ID CG-SRA 38	Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino obtenida en el año 2026 / meta de cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino) x 100				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de la meta establecida para contribuir a reducir el 30% la brecha de para cumplir 80% de cobertura.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

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

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Cobertura: Corresponde al porcentaje de población que es cubierta por un determinado programa. PAP: Papanicolau o citología exfoliativa. Corresponde al estudio de celular del cuello uterino que, mediante análisis microscópico, permite evaluar alteraciones celulares que pudieran reflejar una patología. APS: Atención Primaria de salud que considera establecimientos dependientes del Servicio de Salud y municipios. PIV: Población inscrita y validez de Fonasa. Corresponde a la cantidad de beneficiarios inscritos en el sistema público de salud y que es reportada por Fonasa, y que son cubiertos según tipo de dependencia. VPH: Virus papiloma humano Tamizaje Primario por VPH: corresponde a los tamizajes para CaCu realizados solo con test de VPH. CO-TEST: corresponde al tamizaje para CaCu que considera la prueba VPH en el mismo momento que la toma del PAP.

Consideraciones Técnicas

Cobertura: $(N^{\circ} \text{ de mujeres}^* \text{ de 25 a 64 años con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino} / N^{\circ} \text{ de mujeres}^* \text{ de 25 a 64 años pertenecientes a la atención primaria}) * 100$

Número de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino: mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino.

N° de mujeres de 25 a 64 años pertenecientes a la atención primaria: corresponde a las mujeres inscritas validadas en establecimientos de APS municipal + adscritas en establecimientos dependientes de Servicio de Salud + beneficiarias de establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL 36 *incluye mujeres y personas transmasculinos

La meta corresponde a reducir el 30% de brecha para alcanzar el 80% de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

En los establecimientos APS sin implementación Test de VPH, mantendrán su población en base a tamizaje por PAP:

Número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas (y adscritas en el caso de APS dependiente) con PAP vigente a diciembre 2026.

En los establecimientos APS que cuentan con PAP y Test de VPH, incluyendo los tomados en el extrasistema, corte diciembre.

Una vez implementado el tamizaje primario por VPH (cualquier modalidad de toma), como oferta de la red, financiamiento propio del servicio de salud, proyectos locales o iniciativas intersectoriales, deberán sumarse en el cálculo:

Número de mujeres con PAP vigente 25 a 64 años Vigente en los últimos 3 años (2024, 2025, 2026).

Número de mujeres con Test VPH tomados en los años 2022 y 2023.

Número de mujeres con VPH vigente 30 a 64 años como tamizaje primario (tomados desde la fecha de inicio de tamizaje primario por VPH)

Para establecimientos que cuentan con Citoweb, la cobertura conjunta de mujeres con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino, considerando PAP y VPH, se extraerá en forma automatizada.

Los servicios de salud que no tengan brecha para llegar al 80%, deberán al menos mantener la cobertura de tamizajes lograda el año 2025.

Respecto de las fuentes:

-En el numerador: mujeres y personas transmasculinos con tamizaje vigente se debe utilizar el REM P12, sección A, este REM de la serie P debe ser alimentado desde:

Sistema informático Citoweb, REVICAN o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud),

Registro local de mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en extra sistema.

Registro local de VPH tomados en estrategias institucionales.

-En el denominador, para la APS municipal, se debe considerar lo informado por FONASA en la última validación de la población de mujeres de 25 a 64 años del año 2026 (el denominador utilizado para la meta 2 de la ley 19.813). Para la APS dependiente de servicio de salud, considerar la población de mujeres de 25 a 64 años adscritas para el año 2026 (el denominador utilizado para la meta 3 de la ley 18.834 validado por el referente técnico de servicio de salud). Ambas poblaciones se deben sumar para obtener el denominador.

Nota: Los servicios de salud que tengan coberturas $\geq 60\%$ en el 2026 y mantengan su cobertura respecto del año anterior, tendrá puntaje 4.

Se solicitará a través de Ordinario, que cada Servicio de Salud valide la población de sus establecimientos dependientes y de los establecimientos DFL 36.

6.4. Cobertura efectiva de vacuna contra el VPH de NNA que cursan 4to año básico con dosis noavalente.

El indicador mide la cobertura de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en niños, niñas y adolescentes que cursan cuarto básico. La administración de la vacuna se realiza principalmente en establecimientos educacionales, como parte de una estrategia de salud pública orientada a la prevención de enfermedades asociadas al VPH y a la protección de la población infantil y juvenil.

ID CG-SRA 59	Cobertura efectiva de vacuna contra el VPH de NNA que cursan 4to año básico con dosis noavalente.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Aumentar la cobertura de vacunación, en escolares residente en Chile que cursa 4to año básico, como estrategia de prevención, para disminuir la incidencia de patologías asociadas al contagio por Virus de Papiloma humano.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{NNA vacunados con dosis única de VPH noavalente en 4to básico} / \text{NNA matriculados en 4to básico}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	≥90% de NNA de cuarto año básico vacunados contra VPH.				
Exclusiones	La única contraindicación para la vacunación es por indicación médica que denote alguna condición de salud que exceda los riesgos a los beneficios de la inmunización.				
Fuente Numerador	PNI		Fuente Denominador	PNI	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥90%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥65%	2 puntos
≥55%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI): Su misión es “proteger a la población contra las enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública de acuerdo con la evidencia científica y el desarrollo biotecnológico” a través del acceso garantizado de vacunas e inmunoglobulinas según decreto de obligatoriedad vigente, en los establecimientos de atención primaria de salud y vacunatorios privados en convenio.

Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI): Desde el 1 de enero del 2013, el RNI es el sistema oficial de registro y recolección de los eventos de vacunación programáticas y de campañas del PNI. En el 2017 se conforma como el repositorio único nacional para todos los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con la autoridad sanitaria. Es de carácter nominal, permitiendo la trazabilidad de cada producto biológico y persona inmunizada.

NNA: niños, niñas y adolescentes.

Virus Papiloma Humano (VPH): Grupo de más de 200 virus relacionados que pueden causar verrugas o, en algunos casos, cáncer. Algunos tipos de VPH de alto riesgo pueden causar cáncer de cuello uterino, ano, pene, vulva, vagina y garganta.

Vacunas contra VPH dosis nonavalente: Protege contra 9 tipos de VPH que son de bajo riesgo oncogénico (6 y 11) pero producen verrugas y de alto riesgo oncogénico (16,18, 31, 33, 45, 52, 58).

Consideraciones Técnicas

El denominador estará compuesto por los matriculados en 4° año básico, según informe el Ministerio de Educación (MINEDUC) durante el primer semestre de 2026.

Este avance se medirá por ocurrencia a nivel comunal, esto es el número de vacunados en una comuna dividido por los matriculados en dicha comuna.

Con respecto a la evaluación anual, se deberá cumplir el 100% de la meta esperada de vacunación acumulada de julio a diciembre del 2026, esto es 90% de avance del proceso de vacunación con VPH. El sobrecumplimiento se considerará como un 100%.

La vacunación se realiza en todos los establecimientos educacionales públicos y privados del país y es ejecutada por el personal de los vacunatorios de los establecimientos de salud de atención primaria (APS).

Aquellos NNA que por algún motivo no fueron vacunados en su establecimiento educacional, podrán acudir a cualquier otro vacunatorio del sistema público o privado en convenio con la SEREMI de Salud correspondiente.

Aquellos NNA que se vacunen directamente en un establecimiento de salud serán considerados en el numerador correspondiente a la comuna donde pertenece el centro vacunador.

La vacunación escolar se realiza durante el segundo semestre de cada año, según las orientaciones emitidas por el nivel central y de acuerdo con la planificación de los establecimientos de salud.

Se debe asegurar la vacunación para el grupo objetivo que presenta deserción escolar y aquellos que no asisten a establecimientos educacionales en forma regular o los que rinden exámenes libres, realizando una adecuada identificación de esta población vulnerable.

Se debe vacunar a la población que se encuentre en instituciones públicas o privadas como aulas hospitalarias, residencias, hogares, ejemplo: SENAME y Mejor Niñez, Pequeño Cottolengo, Fundación San José, entre otros.

En las Escuelas Especiales de enseñanza básica la vacunación se debe realizar en el curso correspondiente definido en el Decreto N°83/2015 (MINEDUC), según niveles homologables a los cursos a vacunar (edad correspondiente al curso + 2 años).

Se debe respetar la edad mínima de 9 años para la administración de la vacuna de acuerdo al registro sanitario autorizado por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Compromiso de Gestión N°7: Participación social, satisfacción Usuaría e interculturalidad en la Gestión de la Red Asistencial.

Objetivo estratégico

“Fortalecer la Participación Social, la gestión usuaria y la Interculturalidad en la Gestión y Prestación de Servicios de Salud, promoviendo una atención inclusiva, con pertinencia cultural y enfoque comunitario y territorial”

Contexto

La Norma General de Participación Social en Salud en consistencia con el Instructivo Presidencial de Participación en la Gestión Pública, plantea que la Participación Social es un derecho humano fundamental, el que reconoce a las personas la posibilidad de incidir en la vida pública de una manera activa, libre y significativa. Implica que cada persona, por su sola condición humana, tiene la legitimidad de ser parte de la toma de decisiones de los asuntos públicos, a través de formas institucionalizadas, más allá de participar en los actos eleccionarios. El ejercicio de este derecho contribuye a la construcción de ciudadanía, al fortalecimiento de capacidades y confianza, al fortalecimiento de la democracia y Estado de Derecho, y al mejoramiento de la formulación de políticas públicas en favor del bienestar y calidad de vida de los y las habitantes de nuestro país.

Así también, al mejoramiento de la calidad de los servicios y prestaciones de salud y, como resultado, a una mayor satisfacción usuaria. La medición de esta proporciona insumos para la toma de decisiones y planes de mejora de la gestión y la atención en las Redes Asistenciales.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la fragmentación de los sistemas y redes de salud constituye una de las principales barreras para garantizar atención oportuna, continua y centrada en las personas. Esta fragmentación —caracterizada por servicios dispersos, débil articulación entre niveles de atención y respuestas institucionales poco coordinadas— limita la capacidad del sistema para resolver necesidades reales del territorio y profundiza inequidades estructurales. En este contexto, se vuelve imprescindible avanzar hacia un diseño de red integrado, con énfasis en la cohesión y articulación entre establecimientos, equipos y comunidades, favoreciendo trayectorias de cuidado continuas y culturalmente pertinentes. La construcción de redes integradas no solo fortalece la eficiencia y calidad de las prestaciones, sino que habilita un ejercicio más pleno de la participación social, promoviendo decisiones compartidas, corresponsabilidad y un modelo de atención que reconoce la diversidad territorial como núcleo de su legitimidad.

Redes Integradas: Hacia una Gestión Articulada, Inclusiva y Territorial del Sistema de Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) constituyen el modelo organizativo más adecuado para superar la histórica fragmentación de los sistemas sanitarios en América Latina. Esta fragmentación se expresa en servicios desconectados, duplicación de funciones, vacíos de continuidad asistencial y una débil coordinación entre niveles de atención. Como consecuencia, las personas—especialmente quienes

habitan territorios rurales, indígenas o altamente vulnerados—se enfrentan a circuitos de atención discontinuos, poco resolutivos y culturalmente distantes de sus realidades. Frente a ello, la OPS propone avanzar hacia redes integradas que garanticen la continuidad del cuidado, la pertinencia territorial y la equidad en el acceso, situando la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia ordenadora del sistema.

En consonancia con el mandato nacional de fortalecer la participación social, la gestión usuaria y la interculturalidad, las RISS permiten comprender que la calidad de la atención no depende únicamente de la oferta prestacional, sino de la capacidad del sistema para articular actores, niveles y saberes en función de necesidades reales del territorio. Un diseño de red articulado reconoce que la toma de decisiones debe ser compartida, informada y situada, integrando a las comunidades como protagonistas legítimas del proceso de cuidado. Esto habilita trayectorias de atención continuas y culturalmente pertinentes, fortaleciendo la confianza, la corresponsabilidad y el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Asimismo, una red integrada consolida un enfoque de gestión que promueve prácticas inclusivas, mejora la capacidad resolutive local y favorece la coordinación clínica y administrativa. Esto se traduce en circuitos más eficientes, reducción de brechas y una respuesta sanitaria coherente con las determinantes sociales, culturales y territoriales de la salud. En definitiva, avanzar hacia RISS no solo responde a estándares internacionales de calidad y equidad, sino que constituye una condición para profundizar la democracia sanitaria, fortalecer la ciudadanía y asegurar que los servicios de salud se organicen en torno a las personas, sus comunidades y sus modos de vida.

Participación Social y Pertinencia Cultural en Salud: Transparencia, Satisfacción Usuaria y Equidad en la Atención.

El Plan Quinquenal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria impulsa estrategias para fortalecer la relación entre los establecimientos de salud y la comunidad promoviendo espacios de diálogo, participación, transparencia e inclusión en la toma de decisiones. Su cumplimiento permite evaluar el impacto de las acciones y ajustar estrategias para mejorar la experiencia de los usuarios. En este contexto, la medición de satisfacción usuaria, enmarcada en el Sistema de Calidad de Servicio y Experiencia Usuaria, es clave para optimizar la atención, reducir tiempos de espera y mejorar la comunicación. La implementación de encuestas y mecanismos de retroalimentación refuerza la confianza en el sistema de salud, alineando la gestión con los compromisos del Ministerio de Salud.

La implementación de Modelos de Salud Intercultural (MSI) en hospitales priorizados y servicios de salud responde a la necesidad de garantizar una atención con pertinencia cultural para los pueblos indígenas. Este modelo se fundamenta en la Ley N° 20.584 y en la Política de Salud y Pueblos Indígenas, promoviendo la integración de conocimientos tradicionales y la participación de facilitadores interculturales. La adecuación de los servicios de salud a las necesidades de las comunidades indígenas contribuye a la equidad en el acceso y a la reducción de barreras culturales en la atención médica.

Indicadores:

- 7.1. Implementación de protocolos de atención nuevos o adaptación de aquellos vigentes en establecimientos de salud, incorporando criterios de pertinencia cultural en la APS.
- 7.2. Implementación de Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud.
- 7.3. Implementación del Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS
- 7.4. Proporción de establecimientos que cumplen el objetivo de desempeño en la medición de satisfacción usuaria.

7.1. Implementación de protocolos de atención nuevos o adaptación de aquellos vigentes en establecimientos de salud, incorporando criterios de pertinencia cultural en la APS.

Este indicador evalúa el grado de implementación de protocolos de atención, nuevos o adaptados con pertinencia cultural, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), como parte de la estrategia de transversalización de los cuidados interculturales impulsada en el marco del rediseño del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).

Su finalidad es medir la capacidad institucional de los establecimientos de APS para integrar criterios de pertinencia cultural en la atención de salud de la población indígena conforme al Decreto 21.

ID CG-SRA 147	Implementación de protocolos de atención nuevos o adaptación de aquellos vigentes en establecimientos de salud, incorporando criterios de pertinencia cultural en la APS.				
DIVAP Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria					
Objetivo del Indicador	Asegurar una atención de salud con pertinencia cultural, mediante la implementación progresiva de protocolos de atención nuevos o adaptados en la atención de salud y en coherencia con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de establecimientos de APS con protocolos de atención nuevos o adaptados con pertinencia cultural implementados} / \text{Número total de establecimientos de APS programados}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100%				
Exclusiones	No hay				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥50%	2 puntos
≥25%	1 punto

Requisitos

Cada establecimiento de salud deberá, al menos tener un (1) protocolo adaptado a una línea técnica o programa asistencial específico.

Definición de Términos

Modelo de Salud Intercultural: Forma en que se diseña, organiza, implementa, evalúa y actualiza la gestión y atención de salud realizada por los equipos de salud de un establecimiento, de manera conjunta y coordinada con los pueblos indígenas, respetando la pertinencia cultural en la atención de salud.

Protocolo de Atención en Salud: Instrumento técnico-operativo que establece instrucciones sistemáticas para el manejo de un problema de salud específico en un contexto determinado, incluyendo criterios clínicos, roles, flujos de atención, registros y mecanismos de seguimiento. Tiene carácter referencial, salvo resolución contraria que disponga su obligatoriedad, y su propósito es estandarizar los procesos asistenciales para asegurar la calidad, seguridad y continuidad de la atención sanitaria.

Transversalización de los Cuidados: Se comprende como el proceso mediante el cual los cuidados integrales, continuos, equitativos y culturalmente pertinentes se instalan como eje articulador de la atención en salud en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS). Operativamente, implica la adaptación de protocolos de atención, con pertinencia cultural, elaborados de manera participativa entre los equipos de salud, los terapeutas indígenas y los representantes de los pueblos indígenas, en coherencia con los contextos socioculturales y territoriales.

Población a cargo: Conjunto de personas beneficiarias, inscritas o adscritas a un establecimiento de salud, sobre cuya salud, dicho centro asume la responsabilidad de brindar y coordinar servicios integrales de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Esta población se organiza y sectoriza geográficamente con el propósito de favorecer la continuidad de los cuidados y fortalecer el vínculo entre los usuarios, sus familias y el equipo de salud, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitaria.

Pertinencia cultural: La relación respetuosa y horizontal entre los equipos de salud y las personas, familias y comunidades pertenecientes a pueblos indígenas en el proceso de atención de salud, con comprensión de la cosmovisión de los pueblos indígenas, el reconocimiento de su cultura, filosofía de vida, conceptos de salud-enfermedad y sistemas de sanación propios.

Consideraciones Técnicas

La implementación de protocolos nuevos o adaptados con pertinencia cultural se estructura en tres fases secuenciales:

Fase 1. Diagnóstico y diseño participativo.

- Conformación de mesas técnicas interculturales con participación de referentes comunitarios, pueblos indígenas y equipos APS. Se recomienda incluir a la o el profesional responsable del área de calidad por la experiencia que tienen en estos procesos.
- Elaboración del borrador del protocolo de atención nuevo o adaptado con pertinencia cultural, definiendo principios, ámbitos de aplicación y responsabilidades.

Fase 2. Validación técnica y cultural

- Evaluación del protocolo nuevo o adaptado, por parte de los Servicios de Salud y representantes de comunidades indígenas locales.
- Ajustes de contenido según lineamientos técnicos del PESPI, el MAIS y las orientaciones del nivel central.
- Emisión del acto administrativo formal que aprueba el protocolo.

Fase 3. Implementación y seguimiento

- Capacitación a equipos de atención primaria de salud sobre la aplicación del protocolo nuevo o adaptado con pertinencia cultural.
- Incorporación del protocolo de atención nuevo o adaptado, en los procedimientos de atención, registros clínicos y estrategias de participación comunitaria.
- Monitoreo periódico de avances, identificando buenas prácticas, brechas y recomendaciones para el fortalecimiento de sistema de registro.

Cada Servicio de salud deberá reportar a través de una planilla Excel con formato MINSAL, los protocolos nuevos o adaptados de forma semestral, 10 días hábiles luego de la fecha de corte, en la plataforma definida de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes para informar los medios de verificación.

Igualmente deberán subir en dicha plataforma, la copia del protocolo de atención nuevo o actualizado, aprobado mediante un acto administrativo, y ser enviado también al correo electrónico del referente técnico MINSAL, encargado del programa.

El monitoreo semestral consiste en un informe de avance y posibles alertas, enviado 10 días hábiles después del del 30 de junio del 2026 a referentes Minsal de la División de Atención Primaria.

7.2. Implementación de Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud.

Este indicador mide el grado de instalación de los Modelos de Salud Intercultural en Servicios de Salud y Hospitales, conforme al Decreto ley 21/2023. Mide el porcentaje de indicadores de instalación cumplidos en ambos niveles, en el marco de un COMGES de continuidad para el 2026, ya que se debe cumplir la instalación de los indicadores en el 100% de los hospitales de 1 nivel, 2 nivel y 3 nivel.

ID CG-SRA 33	Implementación de Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud.				
DIGERA Departamento de Gestión Territorial					
Objetivo del Indicador	Medir el grado de cumplimiento de la instalación de los Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud, en el marco de los estándares definidos en el Decreto 21 de 2023 de MINSAL.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de indicadores de instalación MSI de Servicio de Salud cumplidos} + \text{Número de indicadores de instalación MSI de hospitales cumplidos} / \text{Número total de indicadores de instalación de los Modelos de Salud Intercultural}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Cumplir con el 100% de indicadores de instalación de Modelos de Salud Intercultural de Hospitales y Servicio de Salud.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥80%	4 puntos
≥50%	3 puntos
≥20%	2 puntos
<20%	1 punto

Requisitos

Contar con resolución exenta que formaliza la conformación del equipo de salud intercultural, junto con el Plan Anual de Implementación del Modelo de Salud Intercultural (MSI) 2026, debidamente elaborado y firmado por la autoridad directiva del Servicio de Salud.

Plazo: debe ser entregado el 30 de junio 2026.

Verificables: Resolución exenta de la conformación del equipo, validada por el Gestor de Red y cargada a carpeta compartida COMGES, Anexo N°1: Plan Anual de implementación de MSI, validado por la o el Director de Servicio y cargada a carpeta compartida COMGES .

Definición de Términos

Pueblos indígenas: Aquellos que el Estado reconoce como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra y su modo colectivo de vida el fundamento principal de su existencia y cultura, y que se encuentran enumerados en el artículo 1º de la ley N° 19.253.

Modelo de salud intercultural: Forma en que se diseña, organiza, implementa, evalúa y actualiza la gestión y atención de salud realizada por los equipos de salud de un establecimiento, de manera conjunta y coordinada con los pueblos indígenas, respetando la pertinencia cultural en la atención de salud y en base a mecanismos institucionalizados de participación. Contempla adecuaciones técnicas y organizacionales para que los prestadores institucionales públicos atiendan con pertinencia cultural a los pueblos indígenas en forma coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales, considerando la diversidad existente entre aquellos. Para hacer tangible la atención de salud con pertinencia cultural, los prestadores y los pueblos indígenas a través de sus representantes, elaborarán procedimientos, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales para responder a sus necesidades de salud.

Indicadores de instalación: Se trata de 9 indicadores de proceso y estructura descritos en la Norma Técnica de Modelos de Salud Intercultural del MINSAL, cuya implementación conduce al progresivo cumplimiento del Decreto 21 de 2023. Se trata de 3 indicadores a ser ejecutados a nivel de Servicio de Salud y 6 indicadores a nivel de establecimientos de la red.

Consideraciones Técnicas

El porcentaje de instalación del Modelo de Salud Intercultural (MSI) se calcula con la fórmula: (Número de indicadores MSI cumplidos en Servicios de Salud + Número de indicadores MSI cumplidos en hospitales) / Número total de indicadores definidos en la Norma Técnica MSI \times 100. El indicador se basa en los 9 indicadores de instalación vinculados al Decreto 21/2023, los cuales exigen evidencia formal para su verificación, incluyendo resoluciones, protocolos, actas de participación indígena, instrumentos de gestión intercultural y registros administrativos. Según el Decreto 140, Art. 8 letra e), los Servicios de Salud con alta concentración indígena deben programar, ejecutar y evaluar, junto a representantes de comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen el enfoque intercultural en el modelo de atención y en los programas de salud, lo que fundamenta la obligatoriedad de implementar los indicadores del MSI. Los referentes interculturales de los Servicios deben supervisar el avance, calidad del registro y cierre de brechas, consolidando la información en el Plan Anual de Implementación del MSI. DIGERA y DIPOL realizan acompañamiento técnico, revisiones documentales y monitoreo virtual y en terreno para validar el cumplimiento. La meta se fija en 100%, considerando que el diagnóstico inicial arrojó un 47% de cumplimiento en hospitales priorizados y que la normativa establece instalación total al 30 de diciembre de 2026. El MINSAL avanza en la actualización y estandarización de fuentes oficiales de información para asegurar la medición nacional del indicador.

Responsable del envío: referentes de salud intercultural SS.

A quien va dirigido: Equipo DIGERA-DIPOL.

Envío 30 de Junio (Resolución exenta de la conformación del equipo, validada por el Gestor de Red y cargada a carpeta compartida COMGES, Anexo N°1: Plan Anual de implementación de MSI, validado por la o el Director de Servicio y cargada a carpeta compartida COMGES).

Envío 30 de Septiembre (Anexo N°2 Informe estado de avance del Plan Anual de implementación de MSI)

Envío 31 de Diciembre (Anexo N°3: Informe final del Plan Anual de implementación de MSI)

7.3. Implementación del Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS.

Este indicador mide el porcentaje de establecimientos perteneciente a un Servicio de Salud que implementan la plataforma Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS en las Redes Asistenciales de los servicios de salud durante el año 2026, según los lineamientos definidos por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria del Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Para dar cuenta de este indicador, además se trabajará en líneas complementarias a la implementación del soporte informático, considerando su incorporación a las acciones contenidas en el Plan Quinquenal de Participación Social y Gestión Usuaria.

ID CG-SRA 155		Implementación del Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS			
GABINETE SRA Departamento Participación Social y Gestión Usuaria					
Objetivo del Indicador	Implementar el Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS en las Redes Asistenciales basado en el uso de plataforma digital facilitada por el MINSAL.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de establecimientos que implementan la plataforma Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS} / \text{Total de Establecimientos comprometidos}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100% de los establecimientos comprometidos.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	LOCAL		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
100%	4 puntos

Requisitos

1. Conformación de equipo de soporte técnico y tecnológico para la implementación local de la plataforma SIAP-OIRS conformado por encargados o integrantes de los Departamentos o Unidades de Participación Social y Gestión Usuaria, OIRS y TICS de los servicios de salud.
2. Capacitación a operadores OIRS y encargados OIRS, asistentes técnicos, encargados de Participación Social y Gestión Usuaria, TICS y equipos técnicos involucrados en el uso de la plataforma SIAP- OIRS con foco en la gestión del cambio y transformación digital de la gestión usuaria.
3. Difusión del funcionamiento e implementación de la plataforma SIAC-OIRS a través de instancias de participación tales como; COSOC, CCU, CDL, CTT, CIRA, Comité de Gestión Usuaria y otras similares, así como a través de la publicación en portal web y redes sociales administradas por los servicios de salud.
4. Implementación gradual de la plataforma en las redes asistenciales de los servicios de salud, considerando un alcance del 50% de los establecimientos en el primer semestre con corte al 31 de julio y el 100% al 31 de diciembre 2026.

Definición de Términos

El Sistema Integral de Atención a Personas SIAP- OIRS es un sistema que permite la recepción y registro de requerimientos de la población usuaria de las redes asistenciales y servicios de salud, su resolución y respuesta considerando los marcos normativos vigentes basados en las leyes que garantizan derechos de las personas en salud y se sostiene en una plataforma que permite trazabilidad y gestión de la información.

Consideraciones Técnicas

Se dará por cumplido este indicador en la medida que se cumpla con todos los requisitos que hacen parte de este indicador señalados en la sección "requisitos" y OOTT emanadas desde el Minsal.

1.4. Proporción de establecimientos que cumplen el objetivo de desempeño en la medición de satisfacción usuaria.

Este indicador mide la proporción de establecimientos del Servicio de Salud que realizan la medición de satisfacción usuaria durante 2026, siguiendo los lineamientos del Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, y que mantienen o mejoran su calificación respecto de la línea base 2025. Además, incorpora tres líneas complementarias de trabajo: atención hospitalaria, atención primaria y acciones asociadas al Plan Quinquenal de Participación Social y Gestión Usuaria.

ID CG-SRA 87	Proporción de establecimientos que cumplen el objetivo de desempeño en la medición de satisfacción usuaria.				
GABINETE SRA Departamento Participación Social y Gestión Usuaria					
Objetivo del Indicador	Incrementar la proporción de establecimientos del Servicio de Salud que aumentan o mantienen su nota promedio, en la medición de satisfacción usuaria durante el año 2026, respecto de su línea base 2025.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	Número de Establecimientos evaluados que cumplen con el objetivo de desempeño/ Número total de establecimientos evaluados *100				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	Cumplir con la meta establecida para cada Servicio de salud.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

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

Requisitos

El cumplimiento del requisito contempla la implementación de estrategias/acciones para la medición de la satisfacción usuaria contenidas en el Plan Quinquenal del Servicio de Salud en su programación y ejecución Anual 2026, así como sus medios de verificación, que serán reportados mediante informes de lo realizado al Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, quien proveerá de los formatos correspondientes para el 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 la jefatura del Departamento con copia a ana.becerra@minsal.cl

Cumplimiento de la ejecución anual 2026 del Plan Quinquenal del Servicio de Salud:

Se debe considerar la implementación de estrategias/acciones contenidas en el Plan, relacionadas con la gestión participativa y la satisfacción usuaria como:

1. Incorporación de resultados de medición de satisfacción usuaria en cuenta pública participativa del Servicio de Salud.
2. Difusión de resultados de medición de satisfacción usuaria a Consejo de la Sociedad Civil- COSOC y a la comunidad usuaria.
3. Elaboración y ejecución participativa de planes de mejora en conjunto con los Comités de Gestión Usuaria, COSOC y representantes de los Consejos Consultivos de Usuarios 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
5. Implementación y evaluación de estrategias de humanización de la atención.

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

Definición de Términos

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).

Universo y línea base (LB): Para 2026, el indicador considera el 100% de establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud (con LB desde 2024) y el 25% de establecimientos de APS (con LB desde 2025).

Aplicación y fórmula 2026: En estos dos subconjuntos (Hospitales 100% + APS 25% con LB) sí aplica la condición de mantener o aumentar la nota promedio, conforme a la fórmula propuesta para 2026.

Consideraciones Técnicas

Para el cálculo de la meta asociada a cada Servicio de Salud, se considera como universo el total de establecimientos que cuentan con una línea base construida en la medición de satisfacción usuaria del año 2025.

Se dará por cumplido este indicador al ser aplicada la encuesta de medición de satisfacción usuaria, de acuerdo con las OO.TT. y el diseño muestral provistos por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria. Esta será aplicada una vez en el año, durante el mes de **septiembre de 2026**, en espacios de atención definidos como: hospitalización, urgencias y/o atención ambulatoria. Debe realizarse en el **100% de los establecimientos hospitalarios** de baja, mediana y alta complejidad y en el **50% de los establecimientos de APS de la red asistencial**.

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

Durante el **primer corte**, se espera que los Servicios de Salud informen la realización de acciones de difusión de los resultados de la medición anterior (2025) en distintas instancias de participación, así como su incorporación en la cuenta pública participativa, además del avance de los planes de mejora construidos participativamente.

En el **segundo corte**, se espera que se informe sobre acciones vinculadas al proceso de medición de satisfacción usuaria: coordinación de la aplicación de la encuesta, capacitación en la aplicación del instrumento, difusión del proceso, análisis de resultados proporcionados por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, elaboración de planes de mejora, entre otras actividades.

Los informes deben ser enviados a la Jefatura del Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria en las fechas señaladas en el requisito de cumplimiento y cargados en la carpeta SharePoint correspondiente.

Medio de Verificación:

1. Reporte del indicador con foco de cumplimiento 100% en el total de establecimientos de atención Hospitalaria, según formato entregado por el departamento de Participación Social y Gestión Usuaria
2. Reporte del indicador con foco de cumplimiento 100% en el total de establecimientos de Atención Primaria considerados en el porcentaje muestral para 2026, según formato entregado por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria.
3. Informe con la incorporación de las acciones vinculadas a la medición de satisfacción usuaria en el Plan Quinquenal de Participación Social y Gestión Usuaria.
4. Reporte que da cuenta de la aplicación del instrumento de satisfacción usuaria en un 25% adicional de establecimientos APS del territorio del Servicio de Salud.

Compromiso de Gestión N°8: Salud mental en la Red Asistencial.

Objetivo estratégico

"Desarrollar y consolidar una red de atención en salud mental accesible y resolutive, que permita la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los problemas de salud mental, con un enfoque comunitario e integral".

Contexto

El fortalecimiento de la red de atención en salud mental en Chile requiere estrategias integrales que garanticen el acceso equitativo, la promoción y la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los problemas de salud mental. La operacionalización de la entrega de cuidados de salud mental en la red de salud se enmarca en el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, en coherencia con las estrategias contenidas en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, y la Estrategia Nacional de Salud. A través de la implementación de consultorías de salud mental, intervenciones psicosociales grupales y el monitoreo de indicadores clave, se busca consolidar un sistema accesible y resolutive.

Consultorías y teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil y adultos recibidos por establecimientos de APS e intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental en APS.

Dos estrategias clave para fortalecer la salud mental en la APS son las consultorías y teleconsultorías de salud mental, junto con las intervenciones psicosociales grupales dirigidas a personas en tratamiento por alguna condición de salud mental. Estas instancias promueven un abordaje integral, fomentan la toma de decisiones compartidas y aseguran la continuidad de los cuidados.

Las consultorías y teleconsultorías permiten el acompañamiento a los equipos de APS por parte del nivel especializado, a través de un espacio sistemático de análisis conjunto. Su propósito es apoyar la toma de decisiones clínicas, fortalecer las competencias del equipo y mejorar la calidad de los cuidados. Se constituyen como una estrategia clave de articulación entre niveles de atención, y contribuyen a la construcción de redes integradas, particularmente relevantes en territorios rurales o de difícil acceso, donde también se potencia el uso de tecnologías digitales.

Por su parte, las intervenciones psicosociales grupales se orientan al abordaje terapéutico colectivo, permitiendo a las personas compartir experiencias, desarrollar habilidades personales y sociales, y generar vínculos significativos en un espacio protegido. Estas intervenciones fortalecen factores protectores individuales y comunitarios, promueven la recuperación desde una perspectiva de derechos y mejoran la adherencia al tratamiento.

Indicadores:

- 8.01. Consultorías y teleconsultorías de Salud Mental en Establecimientos de Atención Primaria.
- 8.02. Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por Salud Mental.

8.1. Consultorías y teleconsultorías de Salud Mental en Establecimientos de Atención Primaria.

Este indicador compuesto mide el cumplimiento de las consultorías y teleconsultorías de salud mental infante adolescente y de adultos/as programadas en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), como parte del fortalecimiento de la capacidad resolutive local y la implementación del cuidado integral.

ID CG-SRA 47	Consultorías y teleconsultorías de Salud Mental en Establecimientos de Atención Primaria.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Asegurar que los establecimientos de Atención Primaria reciban consultorías de Salud Mental infante adolescente y adultos/as.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$((a / b) \times 0,5) + ((c / d) \times 0,5) \times 100$ donde: a) Número de consultorías infante adolescentes recibidas b) Número de consultorías infante adolescentes programadas c) Número de consultorías adultos/as recibidas d) Número de consultorías adultos/as programadas				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	83%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	LOCAL	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥83%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥66%	2 puntos
<58%	1 punto

Requisitos

El Servicio de Salud debe enviar programación de consultorías de salud mental adultos/as e infanto adolescente hasta el 30 de marzo de 2026.

Definición de Términos

Componentes de la fórmula: a) Número de consultorías infanto adolescentes recibidas b) Número de consultorías infanto adolescentes programadas c) número de consultorías adultos/as recibidas d) número de consultorías adultos/as programadas
Conceptos Consultoría: Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales. La Consultoría constituye un recurso de formación y una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas, entre el nivel primario de atención y el nivel de especialidad en salud mental.

Consideraciones Técnicas

Se espera que cada establecimiento realice 12 consultorías anuales para población infanto adolescente y 12 para adultos/as, con un cumplimiento de 83% en cada componente. Ambos subcomponentes tienen un peso del 50% en el cálculo final, de modo que solo se logra el 100% al cumplir ambos grupos.

Adaptación local: en casos justificados, los Servicios de Salud podrán ajustar la cantidad de consultorías programadas por grupo según características del territorio y necesidades detectadas, resguardando la proporcionalidad y la cobertura de ambos componentes.

Los Servicios de Salud deben enviar la programación de consultorías adultos/as e infanto adolescente hasta el 30 de marzo de 2026

8.2. Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por Salud Mental.

Este indicador refleja el comportamiento de la proporción de intervenciones psicosociales grupales como parte del tratamiento de salud mental de APS en relación al total de controles de tratamiento de salud mental de APS (controles individuales y grupales).

ID CG-SRA 46	Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por Salud Mental.				
DIVAP Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
Objetivo del Indicador	Aumentar la proporción de intervenciones psicosociales grupales, en relación al total de controles realizados (individuales y grupales) a personas en tratamiento por Salud Mental en la APS.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por Salud Mental} / \text{Número de controles de salud mental realizados a personas en tratamiento por salud mental (grupales e individuales)}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	20% de aumento de la proporción de intervenciones psicosociales grupales, en relación al total de controles realizados (individuales y grupales) a personas en tratamiento por Salud Mental en la APS, respecto del cumplimiento del año anterior.				
Exclusiones	No aplica para Postas de Salud Rural ni CECOSF; sin embargo si algún Servicio de Salud estima incorporar dichos establecimientos, debe señalarlo a MINSAL hasta el 30 de marzo.				
Fuente Numerador	REM		Fuente Denominador	REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
Cumplimiento 100% si el aumento de la proporción es 20%	4 puntos
cumplimiento 50% si el aumento de proporción es de 10%	3 puntos
cumplimiento 25% si el aumento de proporción es de 5%	2 puntos

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Intervención psicosocial grupal: es un control de salud mental que consiste en una intervención grupal realizada en el contexto de la atención integral de personas que ingresan a tratamiento por algún condicionante de la salud mental, factor de riesgo y/o trastornos mentales.

Control de salud mental: es la intervención individual realizada por profesionales, técnicos y/o gestores comunitarios del equipo de sector, con formación en salud mental.

Consideraciones Técnicas

Las intervenciones psicosociales grupales son intervenciones que se otorgan en el contexto de los tratamientos de salud mental de Atención Primaria, las cuales han ido en aumento en los últimos años en nuestro país. Se requiere un aumento de la proporción de este tipo de intervenciones en relación con el total de controles de salud mental que se otorgan en APS. Se debe considerar un aumento del 20% de esta proporción que incorpore un aumento paulatino de estas actividades.

Compromiso de Gestión N°9: Sistemas de información y Salud Digital.

Objetivo estratégico

“Implementar y fortalecer un sistema de información integrado en la Red Asistencial, que permita compartir datos clínicos y de gestión entre los distintos establecimientos, favoreciendo la continuidad del cuidado, la coordinación inter-niveles y la toma de decisiones basada en información oportuna y de calidad”

La literatura sobre sistemas integrados enfatiza que la interoperabilidad entre plataformas clínicas y administrativas constituye uno de los determinantes más importantes para la mejora de la gestión sanitaria. Diversos estudios muestran que los sistemas de información integrados permiten mayor coordinación asistencial, disminuyen eventos adversos, optimizan la referencia y contrarreferencia, y fortalecen la vigilancia epidemiológica basada en el territorio. Además, facilitan procesos de planificación estratégica, monitoreo de calidad y evaluación de resultados sanitarios relevantes.

La OPS establece que las RISS deben disponer de “un sistema de información integrado que vincule todos los establecimientos y niveles de atención, apoye la toma de decisiones clínicas y de gestión, y permita el seguimiento continuo de las personas a lo largo de la red” (OPS, 2010). Esta orientación coincide con la evidencia internacional que propone que la transformación de sistemas de salud no se logra solo mediante reformas organizacionales, sino también mediante la creación de infraestructuras tecnológicas robustas, seguras y accesibles, capaces de sostener modelos de atención más equitativos, eficientes y centrados en el ciclo vital.

De este modo, el objetivo formulado no solo responde a un estándar técnico, sino que se alinea con los principios de cuidado continuo, enfoque territorial, pertinencia cultural y participación informada de usuarios y comunidades. En síntesis, avanzar en sistemas de información integrados permite materializar una red que trabaja de forma articulada, dialoga entre niveles, reconoce trayectorias reales de cuidado y reduce las brechas derivadas de la fragmentación histórica.

Indicadores:

- 9.1. Nivel de cumplimiento de tiempos de cierre en Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital.
- 9.2. Nivel de implementación de estrategias y/o células de Hospital Digital en establecimientos del Servicio de Salud.
- 9.3. Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.
- 9.4. Plan de Ciberseguridad conforme a Ley 21.663.
- 9.5. Implementación de Estrategia Tiempos De Espera Interoperable.

9.1. Nivel de cumplimiento de tiempos de cierre en Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital.

Este indicador mide el porcentaje de Teleinterconsultas asincrónicas resueltas por las Células de Especialidad en la plataforma de Hospital Digital que han sido cerradas en un período igual o menor a 30 días desde la respuesta del especialista.

Un mayor porcentaje de cierres de casos dentro del plazo establecido garantiza la entrega de información oportuna al usuario y resolución efectiva de las Teleinterconsultas en la plataforma de Hospital Digital.

ID CG-SRA 45	Nivel de cumplimiento de tiempos de cierre en Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital				
Salud Digital Unidad de Estadística y Control de Gestión					
Objetivo del Indicador	Garantizar el cierre oportuno de casos resueltos por Hospital Digital, asegurando continuidad del cuidado y gestión clínica eficiente para mejorar la atención al usuario.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Casos cerrados dentro del plazo definido} / \text{Número total de casos respondidos por especialistas en la plataforma de Hospital Digital}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	85%				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	Sistema de Registro de HD	Fuente Denominador	Sistema de Registro de HD		

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥85%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥65%	2 puntos
<50%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Teleinterconsulta: corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Telemedicina Asincrónica: corresponde a la interacción “diferida”, que permite el almacenamiento y transmisión de datos e imágenes, los que son enviados a un profesional de la salud junto con antecedentes clínicos del paciente, para que este emita un diagnóstico y/o tratamiento.

Cierre de caso: se considera un caso cerrado en la plataforma de Teleinterconsulta de Hospital Digital, cuando una vez respondida esta por el especialista, se registra la fecha de entrega de información al usuario y se guarda el Formulario en estado “Completo”.

Formulario completo: corresponde al cambio de estado a “completo” en el formulario del médico tratante en la plataforma de HD. Se debe seleccionar esta opción al guardar el formulario.

Consideraciones Técnicas

Se considera que un caso está cerrado cuando la Teleinterconsulta asincrónica ha sido resuelta por el especialista, registrada la fecha de entrega de información al usuario y completado el formulario en la plataforma de Hospital Digital dentro del plazo de 30 días. Estos días se contabilizan desde la fecha de respuesta del especialista hasta la fecha en que el caso es cerrado administrativamente en la plataforma.

Solo se consideran las especialidades implementadas de Hospital Digital con mayor cobertura en la red asistencial: Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriátría, Reumatología, Endocrinología, Patología Oral, Trastornos Temporomandibulares y Ortodoncia.

9.2. Nivel de implementación de estrategias y/o células de Hospital Digital en establecimientos del Servicio de Salud.

Este indicador mide el porcentaje de establecimientos de salud de un Servicio de Salud que ha implementado al menos 2 estrategias o Células de Hospital Digital en un período determinado. Evalúa el grado de adopción y expansión de las estrategias digitales en la Red Asistencial, asegurando que los establecimientos de salud integren soluciones digitales para mejorar el acceso, eficiencia, calidad y oportunidad de la atención en salud.

ID CG-SRA 44		Nivel de implementación de estrategias y/o células de Hospital Digital en establecimientos del Servicio de Salud			
Salud Digital Unidad de Estadística y Control de Gestión					
Objetivo del Indicador	Promover la implementación y desarrollo de la telemedicina en la red asistencial mediante estrategias y Células de Hospital Digital en todos los niveles de atención.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Establecimientos que cumplen con el mínimo de estrategias definidas / Número de establecimientos evaluados) x 100				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	100%				
Exclusiones	No están considerados los establecimientos que clasificados según Listado de Establecimientos DEIS, corresponde a Postas de Salud Rural. No se considera la Célula Oftalmología (DART) y Hospital Digital Rural				
Fuente Numerador	Sistema de Registro de HD		Fuente Denominador	Sistema de Registro de HD	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥50%	2 puntos
<50%	1 punto

Requisitos

Sin Requisito Definido.

Definición de Términos

Línea Base: corresponde a la cantidad de establecimientos con producción en 2 o más estrategias de HD durante el año 2025, sin considerar las Postas de Salud Rural.

Un mayor porcentaje de cumplimiento indica que más establecimientos han incorporado al menos 2 estrategias de Hospital Digital, promoviendo un avance en la transformación digital del sistema de salud. Mientras que un porcentaje bajo refleja una adopción limitada, lo que podría señalar la necesidad de mayor apoyo técnico, capacitación o incentivos para la implementación.

Consideraciones Técnicas

Para la evaluación del indicador se consideran a todos los establecimientos salud, en sus 3 niveles de atención según Listado de Establecimientos DEIS (versión actualizada a la fecha de evaluación), con excepción de las Postas de Salud Rural.

Para la definición de cumplimiento los establecimientos de la línea base deberán mantenerse o aumentar en la cantidad de prestaciones solicitadas a HD para ser considerados.

Se medirá también:

Mantener y/o aumentar la producción de prestaciones de Hospital Digital solicitadas por los establecimientos del Servicio de Salud, en el período a evaluar, respecto al mismo periodo 2025. Este punto es considerado como exigencia mínima para evaluar el indicador, es decir, si la producción al corte 2026 es menor a la producción en el mismo corte del año 2025, se asigna 0% cumplimiento.

9.3. Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.

Este indicador busca que exista una concordancia de un 98% entre los Registros Clínicos Electrónicos (RCE) de cada proceso y establecimiento comprometido por los Servicios de Salud respecto a lo informado a DEIS para esos mismos procesos y establecimientos a través de los REM.

ID CG-SRA 48	Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.				
GABINETE MINISTRO(A) Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones					
Objetivo del Indicador	Fortalecer la estrategia SIDRA mediante equipos interdisciplinarios que impulsen la implementación y uso de los sistemas de RCE en los establecimientos de salud, asegurando la calidad y completitud de los registros a través de procesos de validación de datos.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Total de procesos clínicos que cumplen umbral del } \geq 98,0\% \text{ de concordancia} / \text{Total de procesos clínicos evaluados}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	98% concordancia de los procesos clínicos (SIDRA – REM)				
Exclusiones	Se excluyen los establecimientos que no generan SIC para CNE al ámbito electivo y/o que no cuenten con registro clínico electrónico (o no tengan contrato vigente con su proveedor) o no tengan conectividad a internet.				
Fuente Numerador	LOCAL	Fuente Denominador		REM	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥98%	4 puntos
≥92%	3 puntos
≥86%	2 puntos
≥80%	1 punto

Requisitos

Sin requisito Definido.

Definición de Términos

Estrategia SIDRA: Sistema de Información de la Red Asistencial.

REM: Resúmenes Estadísticos Mensuales Concordancia.

SIDRA- REM: comparación entre los registros clínicos electrónicos (RCE) informados por el Servicio de Salud para un determinado establecimiento y proceso con lo informado por DEIS a través de REM.

RCE: Registro Clínico Electrónico.

TIC: Tecnología de la Información y Telecomunicaciones.

SS: Servicio de Salud

Consideraciones Técnicas

El envío y/o actualización fuera de plazo de cualquiera de los verificadores implica el no cumplimiento de la meta.

Los medios de verificación que se envíen incompletos no serán considerados en la evaluación.

La Información asociada al REM será entregada directamente por DEIS MINSAL a TIC MINSAL.

Formaran parte del universo de establecimientos a considerar aquellos informados en producción durante el año 2024.

Aquellos establecimientos que se encuentren en proceso de puesta en marcha de su implementación sólo serán monitoreados. El Servicio de Salud deberá informar al referente MINSAL la fecha de entrada en producción para su consideración en la evaluación.

Toda solicitud de modificación a considerar en las evaluaciones deberá ser solicitada por medio oficial, a través de ordinario con fecha anterior a la evaluación del corte, especificando establecimiento, proceso y justificación de la no evaluación.

9.4. Plan de Ciberseguridad conforme a Ley 21.663

De cara al 2025, el foco del Indicador se centró en la implementación prioritaria de los controles críticos identificados en la brecha y avanzar en la conformación de Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) para los Servicios de Salud y Hospitales de Alta Complejidad.

Para el año 2026, el principal desafío será cumplir con las nuevas exigencias de la Ley N° 21.663 de Ciberseguridad, que establece obligaciones para los Organismos de Interés Vital (OIV), entre ellos el sector salud. Esto implica que cada institución deberá prepararse mejor, contando con una gobernanza clara, monitoreo permanente, y planes de respuesta ante incidentes que sigan buenas prácticas y estándares reconocidos como ISO 27001 y el Marco Nacional de Ciberseguridad.

El presente COMGES busca ayudar a las instituciones del Sector a avanzar en esa dirección, implementando un Plan de Ciberseguridad propio, que permita cumplir con las exigencias de la ley, proteger sus servicios críticos y fortalecer la capacidad de respuesta ante posibles ataques o fallas tecnológicas.

ID CG-SRA 138	Plan de Ciberseguridad conforme a Ley 21.663				
GABINETE MINISTRO(A) Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones					
Objetivo del Indicador	Garantizar la implementación del Plan de Ciberseguridad para el Sector Salud conforme con la Ley N° 21.663 y la línea base del MINSAL, contribuyendo a la protección de servicios críticos y continuidad operativa				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	(Medidas implementadas del Plan de Ciberseguridad/ Total de medidas definidas según línea base) x 100				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Anual
Número de Decimales	Entero sin decimales			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	80%				
Exclusiones	No hay				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central	Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central		

Tabla de sensibilidad

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

Requisitos

Frecuencia de medición: Anual.

Periodo de evaluación del cumplimiento: Anual.

Meta sugerida para 2026: Alcanzar un 80% de implementación efectiva de las medidas del Plan de Ciberseguridad Institucional, conforme a la línea base definida por el MINSAL.

Fuente de verificación: Informe de avance del Plan de Ciberseguridad, validado por la Unidad de Ciberseguridad y Seguridad de la Información del MINSAL.

Fuente de datos: Políticas y procedimientos formalizados, resoluciones exentas, registros de sistemas de información, informes de proveedores, herramientas de monitoreo de seguridad y reportes complementarios.

Criterio por eje estratégico: Para considerar un eje como cumplido, deberá verificarse el 100% de los medios de verificación asociados.

Definición de Términos

Activos de información: toda información o recurso relacionado para la creación, almacenamiento, gestión o transmisión de dicha información. Podrán ser activos materiales (RRHH especializados, aparatos, equipos, redes, instalaciones, soportes y sistemas de almacenamiento) o intangibles (datos, aplicaciones, sistemas operativos, bases de datos, imagen, reputación, marcas de la organización)

Activo informático: toda información almacenada en una red y sistema informático que tenga valor para una persona u organización.

Autenticación: propiedad de la información que da cuenta de su origen legítimo.

Agencia: la Agencia Nacional de Ciberseguridad, que se conocerá en forma abreviada como ANCI.

Auditorías de seguridad: procesos de control destinados a revisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos que se derivan del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.

Ciberataque: intento de destruir, exponer, alterar, deshabilitar, o exfiltrar u obtener acceso o hacer uso no autorizado de un activo informático.

Incidente de ciberseguridad: Todo evento que perjudique o comprometa la confidencialidad o integridad de la información, la disponibilidad o resiliencia de las redes y sistemas informáticos, o la autenticación de los procesos ejecutados o implementados en las redes y sistemas informáticos.

Ciberseguridad: Preservación de la confidencialidad e integridad de la información y de la disponibilidad y resiliencia de las redes y sistemas informáticos, con el objetivo de proteger a las personas, la sociedad, las organizaciones o las naciones de incidentes de ciberseguridad.

Confidencialidad: Propiedad que consiste en que la información no es accedida o entregada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Continuidad de servicios: Adoptar las medidas que permitan proveer un nivel mínimo de servicio, entendiendo por esto las prestaciones propias del sistema, reduciendo el riesgo de eventos que puedan dar lugar a una interrupción o inestabilidad en las operaciones de la entidad, manteniendo niveles aceptables y propiciando la recuperación de los servicios de las tecnologías de la información (TI) en el menor tiempo posible.

Concienciación, Educación y Capacitación en Seguridad de la Información: Es el proceso de sensibilización y formación continua del personal sobre riesgos de ciberseguridad, buenas prácticas y cumplimiento normativo. Se deben realizar programas de capacitación periódicos, simulacros de incidentes y campañas de concienciación para fortalecer la cultura de seguridad en la organización.

Derechos de Acceso: Privilegios y permisos asignados a usuarios, sistemas y aplicaciones para acceder a recursos de información dentro de una organización. Su objetivo es garantizar que solo las personas o sistemas autorizados puedan visualizar, modificar o administrar información y activos tecnológicos, minimizando el riesgo de accesos no autorizados o uso indebido de los datos.

Disponibilidad: Propiedad que consiste en que la información está disponible y es utilizable cuando es requerida por un individuo, entidad o proceso autorizado.

Datos Personales o datos de carácter personal: los datos relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables, con independencia de su soporte.

Datos Sensibles: Datos personales que se refieren a características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad Informática o CSIRT: Centros multidisciplinarios que tienen por objeto prevenir, detectar, gestionar y responder a incidentes de ciberseguridad o ciberataques, en forma rápida y efectiva, y que actúan conforme a procedimientos y políticas predefinidas, ayudando a mitigar sus efectos.

Gestión de incidentes: Procedimientos para la detección, análisis, manejo, contención y resolución de un incidente de ciberseguridad y responder ante ésta.

Gestión de Cambios: Comprende la planificación, control y auditoría de modificaciones en sistemas, aplicaciones o infraestructura tecnológica, con el objetivo de minimizar riesgos de seguridad. Debe incluir la evaluación de impactos, pruebas previas, aprobación formal y documentación de cada cambio implementado.

Incidente: Evento inesperado o no deseado con consecuencias en detrimento de la seguridad de las redes, equipos y sistemas de información (véase también ciberincidente).

Interrupción: Se refiere a cualquier evento que afecte la continuidad operativa de los servicios de información, pudiendo ser causado por incidentes de seguridad, fallos técnicos o desastres naturales.

Se deben implementar planes de continuidad del negocio (BCP) y recuperación ante desastres (DRP) para mitigar el impacto de interrupciones y asegurar la resiliencia de los sistemas.

Infraestructura crítica: las instalaciones, sistemas físicos o servicios esenciales y de utilidad pública, redes, servicios y equipos físicos y de tecnología de la información cuya afectación, degradación, denegación, interrupción o destrucción cause un grave daño a la salud o al abastecimiento de la población, a la actividad económica esencial, al medioambiente o a la seguridad del país. Se entiende por este concepto la infraestructura indispensable para la generación, transmisión, transporte, producción, almacenamiento y distribución de los servicios e insumos básicos para la población, tales como energía, gas, agua o telecomunicaciones; la relativa a la conexión vial, aérea, terrestre, marítima, portuaria o ferroviaria, y la correspondiente a servicios de utilidad pública, como los sistemas de asistencia sanitaria o de salud.

Integridad: Propiedad que consiste en que la información no ha sido modificada o destruida sin autorización.

Nube privada: La infraestructura de la nube se aprovisiona para uso exclusivo de una única organización aun cuando comprenda múltiples unidades de dicha organización. Puede ser propiedad, administrado y operado por la organización, un tercero o una combinación de ellos, y puede existir dentro o fuera de las instalaciones de la organización.

Nube pública: La infraestructura y los recursos lógicos que forman parte del entorno se encuentran disponibles para el público en general a través de Internet. Suele ser propiedad de un Prestador de Servicios que gestiona la infraestructura y el servicio o servicios que se ofrecen.

Protección de los activos de información: Adoptar las medidas que resguarden la seguridad física de los dispositivos, así como los accesos a éstos.

Red y sistema informático: conjunto de dispositivos, cables, enlaces, enrutadores u otros equipos de comunicaciones o sistemas que almacenen, procesen o transmitan datos digitales.

Resiliencia: Capacidad de las redes y sistemas informáticos para seguir operando luego de un incidente de ciberseguridad, aunque sea en un estado degradado, debilitado o segmentado, y la capacidad de las redes y sistemas informáticos para recuperar sus funciones después de un incidente de ciberseguridad.

Respaldo: La información de respaldo (backup) se refiere al proceso de copiar y almacenar datos críticos para garantizar su disponibilidad en caso de pérdida, corrupción, o incidentes de seguridad como ataques cibernéticos, fallas de hardware o desastres naturales.

Riesgo de Ciberseguridad: Toda circunstancia o hecho razonablemente identificable que tenga un posible efecto adverso en la seguridad de las redes, equipos y sistemas de información. Se puede cuantificar como la probabilidad de materialización de una de las amenazas antes mencionadas que

produzca un impacto en términos de operatividad, o de integridad, confidencialidad o disponibilidad de datos.

Seguridad de la información: Conjunto de medidas preventivas y reactivas de los organismos administradores y sus respectivos sistemas tecnológicos, que tienen por objeto resguardar y proteger la información, asegurando la confidencialidad, integridad, autenticidad y disponibilidad de los datos, continuidad de servicios y protección de activos de información.

Seguridad de la Información en la Relación con Proveedores: Define la importancia de establecer requisitos de seguridad en los contratos con proveedores de tecnología y servicios, asegurando que cumplan con normativas y estándares de seguridad. Deben incluirse cláusulas sobre confidencialidad, gestión de accesos, protección de datos y cumplimiento de auditorías de seguridad.

Tratamiento de datos: Cualquier operación o complejo de operaciones o procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan recolectar, almacenar, grabar, organizar, elaborar, seleccionar, extraer, confrontar, interconectar, disociar, comunicar, ceder, transferir, transmitir o cancelar datos de carácter personal, o utilizarlos en cualquier otra forma.

Vulnerabilidad: Debilidad de un activo o control que puede ser explotado por una o más amenazas informáticas.

Consideraciones Técnicas

Detalle de consideraciones técnicas se incluirá en anexo Orientaciones Técnicas del Indicador.

9.5. Implementación de Estrategia Tiempos De Espera Interoperable.

Evaluar el despliegue territorial de la implementación de la Estrategia de Tiempos de Espera Interoperable en el contexto de las solicitudes de Consulta Nueva de Especialidad No GES para usuarios de la red asistencial.

ID CG-SRA 145	Implementación de Estrategia Tiempos De Espera Interoperable				
GABINETE MINISTRO(A) Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones					
Objetivo del Indicador	Porcentaje de establecimientos de un Servicio de Salud que están interoperando para el caso de uso 2.				
Responsable de gestión	Dirección de Servicio de Salud				
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de establecimientos APS interoperando para el CNE origen y destino APS}) / (\text{Número total de establecimientos APS que cumplen condiciones habilitantes}) \times 100$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Semestral
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Meta	70% de los establecimientos del SS interoperando para CNE de APS a APS al 31 de diciembre de 2026				
Exclusiones	Se excluyen los establecimientos que no generan SIC para CNE al ámbito electivo y/o que no cuenten con registro clínico electrónico (o no tengan contrato vigente con su proveedor) o no tengan conectividad a internet.				
Fuente Numerador	Datos con Validación de Nivel Central		Fuente Denominador	Datos con Validación de Nivel Central	

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥70%	4 puntos

Requisitos

El 100% de los establecimientos del Servicio de Salud comprometidos en la expansión territorial deben tener implementado el Caso de Uso APS-Secundario a junio de 2026. El cumplimiento del requisito, que corresponde al 25% del total del indicador, será validado por el Coordinador de Implementación de Tiempos de Espera Interoperable con el reporte de los establecimientos que se encuentren interoperando la referencia de solicitud de interconsulta para nueva consulta de especialidad No Ges desde un establecimiento de APS en origen a un establecimiento de nivel secundario al 30 de junio de 2026. El reporte del cumplimiento será emitido antes del término del mes siguiente.

Definición de Términos

Interoperabilidad: Capacidad de los distintos sistemas y aplicaciones de acceder, intercambiar, integrar y usar datos de forma colaborativa y coordinada mediante la utilización de interfaces y estándares semánticos y sintácticos comunes, dentro o fuera de un mismo ámbito institucional, regional y nacional, para proporcionar una usabilidad rápida y fluida de la información dentro de los procesos sanitarios y asistenciales. FHIR: Estándar sintáctico para el intercambio de información de salud. Estrategia Tiempos de Espera Interoperable: Estrategia Ministerial para modernizar el proceso de Lista de Espera a través de la Interoperabilidad de la solicitud de interconsulta. Guía de Implementación: Conjunto de directrices para el desarrollo de sistema de información que garanticen la interoperabilidad. Para el caso de Tiempos de Espera Interoperable, la Guía de Implementación actualizada será la informada a la red mediante la resolución correspondiente.

Consideraciones Técnicas

Para el cálculo del denominador, se utilizará como fuente primaria la tabla de establecimientos DEIS publicada al 31 de marzo de 2026, la cual debe ser validada por el Servicio de Salud, justificando con evidencia aquellos establecimientos que cumplan con alguna de las causales de exclusión.

Para el cálculo del numerador, cada Servicio de Salud deberá informar los establecimientos que están interoperando para el caso de uso de nueva consulta de especialidad origen y destino APS, lo que será verificado a través del análisis de la mensajería almacenada en la plataforma de Interoperabilidad MINSAL.

Para la comprobación del cumplimiento del requisito se utilizará la misma metodología que para la verificación del indicador.

Consideraciones técnicas propias del proceso y la implementación estarán contenidas en el lineamiento normativo correspondiente.

6. Índice indicadores

Compromiso 1

- 1.1. Ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- 1.2. Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- 1.3. Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Médicas, Odontológicas y no médicas.
- 1.4. Cumplimiento de rendimiento de box en Centros de Especialidad Ambulatoria de Atención en Salud (CEAAS).
- 1.5. Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.
- 1.6. Especialidades médicas que cumplen con estándar de Consultas nuevas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.7. Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.8. Especialidades médicas que cumplen con estándar de inasistencia (NSP) en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.9. Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
- 1.10. Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico.
- 1.11. Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- 1.12. Cumplimiento global del IAAPS.
- 1.13. Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.
- 1.14. Cumplimiento de la tasa de donación de sangre.
- 1.15. Camas disponibles respecto de la dotación vigente.

Compromiso 2

- 2.1. Cobertura de vacunación anti-influenza
- 2.2. Cobertura de gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.
- 2.3. Reducción del Porcentaje Global de Cesárea
- 2.4. Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria.
- 2.5. Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.
- 2.6. Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.
- 2.7. Personas mayores de 15 años en hemodiálisis crónica con Fístula Arteriovenosa confeccionada.
- 2.8. Personas mayores de 15 años con enfermedad renal crónica en tratamiento de Peritoneodiálisis.
- 2.9. Personas que viven con VIH en control en establecimientos de los Servicios de Salud, que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y presentan carga viral indetectable.
- 2.10. Nivel de cumplimiento de la meta anual de Potenciales Donantes
- 2.11. Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) de personas de 65 años o más.
- 2.12. Plan Operativo Anual de la Estrategia Nacional de Salud

2.13. Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.

Compromiso 3

- 3.1. Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- 3.2. Nivel de resolución de garantías GES exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.3. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad médica.
- 3.4. Tiempo de Espera a Consultas Nuevas de Especialidad odontológica.
- 3.5. Tiempo de Espera a intervenciones quirúrgicas.
- 3.6. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad médica
- 3.7. Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.
- 3.8. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica
- 3.9. Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.
- 3.10. Monitoreo del percentil 75 de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores
- 3.11. Resolución de Lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores electivas en atención primaria de salud.

Compromiso 4

- 4.1. Ejecución de actividades al proceso de planificación, ejecución y monitoreo presupuestario
- 4.2. Nivel de validación de reportes según sistema de costos vigente
- 4.3. Compras Conjuntas
- 4.4. Implementación del plan gestión del riesgo de desastres
- 4.5. Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6. Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
- 4.7. Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados y en los plazos estipulados por ley 19.880.
- 4.8. Indicador comparativo de variación de gasto en RHS sobre la producción hospitalaria estandarizada

Compromiso 5

- 5.1. Cumplimiento del proceso de acreditación en la etapa de ingreso de los establecimientos de Salud.
- 5.2. Cumplimiento de supervisión del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI).
- 5.3. Nivel de cumplimiento comunal en monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios
- 5.4. Nivel de cumplimiento del monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de la Red Asistencial

Compromiso 6

- 6.1. Nivel de cumplimiento efectivo de garantías GES en problemas de salud oncológicos
- 6.2. Casos oncológicos No GES en lista de espera quirúrgica con espera menor a 90 días
- 6.3. Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.
- 6.4. Cobertura efectiva de vacuna contra el VPH de NNA que cursan 4to año básico con dosis nonavalente.

Compromiso 7

- 7.1. Implementación de protocolos de atención nuevos o adaptación de aquellos vigentes en establecimientos de salud, incorporando criterios de pertinencia cultural en la APS.
- 7.2. Implementación de Modelos de Salud Intercultural en Hospitales y Servicios de Salud.
- 7.3. Implementación del Sistema Integral de Atención a Personas SIAP – OIRS
- 7.4- Proporción de establecimientos que cumplen el objetivo de desempeño en la medición de satisfacción usuaria.

Compromiso 8

- 8.1. Consultorías y teleconsultorías de Salud Mental en Establecimientos de Atención Primaria.
- 8.2. Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por Salud Mental.

Compromiso 9

- 9.1. Nivel de cumplimiento de tiempos de cierre en Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital
- 9.2. Nivel de implementación de estrategias y/o células de Hospital Digital en establecimientos del Servicio de Salud
- 9.3. Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.
- 9.4. Plan de Ciberseguridad conforme a Ley 21.663
- 9.5. Implementación de Estrategia Tiempos De Espera Interoperable

Autores

Departamento de Control de Gestión Subsecretaría Redes Asistenciales

- Lucía Astorga Inostroza
- Andrea Cocío Salas
- Hector Henríquez Serey
- Alejandro Gómez Muñoz

Colaboradores

Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencia y Desastre

- Carlos del Real Barrenechea
- Renato Calcagno Soto

División de Gestión de la Red Asistencial

- Felipe Ardiles Martínez
- Marco Olea Rojas

División de Atención Primaria

- Laura Morlans Huaquin

División de Gestión y Desarrollo de Personas

- Andrea Farías Caicedo

División de Inversiones

- Macarena Castro Brugueras

División de Presupuesto

- Marco Vásquez Zúñiga

Departamento de Salud Digital

- Carolina Cunill Leppe
- Jorge Neira Oyarzo

Departamento de Tecnología de Información

- José Villa Catalan

Departamento de Planificación Sanitaria

- Marisol Cofré Albornoz
- Tania Herrera Martínez
- Odette Urrutia Pumeyrau



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

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento Control de Gestión 2026

Departamento de Control de Gestión

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ministerio de Salud de Chile

2026

comges@minsal.cl

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