2026

METAS SANITARIAS

Ministerio de Salud

GES 20 años
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

METAS SANITARIAS LEY N°18.834

Subsecretaria de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.0 diciembre 2025

Contenido

Introducción 3
Marco Legal 4
I. Metas Sanitarias Establecimientos Alta, Mediana y Baja Complejidad de la Red de Servicios de Salud. Ley 18.834 5
1. Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida. 5
2. Cobertura de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino. 7
3. Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) compensadas. 9
4. Personas con Hipertensión Arterial (HTA) compensadas 10
5. Pacientes con indicación de hospitalización desde Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas. 11
6. Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red. 12
7. Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores). 13
8. Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, ambulancias, equipos industriales, infraestructura y ejecución del gasto respecto al presupuesto asignado 14
II. Metas sanitarias y de mejoramiento de la gestión 2025 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuente con centro reguladores SAMU. 16
9. Llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos. 16
10. Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro Cardio Respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitantes. 17
11. Disponibilidad Operativa de Call Takers SAMU. 18
III. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial. 19
12. Funcionarios/as capacitados/as en temáticas transversales relevantes. 19
13. Funcionarios/as con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar. 21
14. Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud. 23

Introducción

Los y las funcionarios y funcionarias de salud en el sector público incluyen a múltiples profesionales, personal técnico y administrativo, en donde su trabajo colaborativo, coordinado y de excelencia permite la entrega de prestaciones y servicios sanitarios oportunos y de calidad a la población, dentro del territorio nacional que así lo requiera. Estas personas son funcionarios del Estado y reciben una remuneración de acuerdo con su categoría, nivel de experiencia y otros factores establecidos en las escalas y bonificaciones salariales del sector público.

En cuanto a los incentivos remuneracionales, existen diversos mecanismos para incentivar el desempeño y la productividad de los funcionarios de salud. Algunos de estos incentivos pueden incluir:

1. Bonificaciones por cumplimiento de metas: Se establecen metas y objetivos específicos, como el cumplimiento de indicadores de calidad o eficiencia, y los funcionarios que logran alcanzar o superar estas metas pueden recibir una bonificación adicional en su remuneración.
2. Pagos por turnos extras: En algunos casos, los funcionarios de salud pueden recibir remuneración adicional por trabajar turnos extras o en horarios especiales, como fines de semana o festivos.
3. Estímulos por especialización y capacitación: Los profesionales de la salud que se especializan en áreas específicas o participan en programas de capacitación y educación continua pueden recibir incentivos adicionales, como aumento salarial o bonificaciones.

Entre los principales mecanismos de incentivos remuneracionales asociados al cumplimiento de compromisos institucionales que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile se encuentran las Metas de Desempeño Institucional, para funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo de la Ley 18.834 de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

Estas metas nacionales son establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. Para estos efectos, se determinan las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año siguiente por los Servicios de Salud. El director de cada Servicio de Salud deberá establecer para cada uno de los establecimientos las metas específicas y los indicadores de actividad que permitirán la medición de las metas alcanzadas. Estas metas e indicadores deben estar vinculados a los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios y a los productos relevantes de cada uno de ellos, debiendo suscribir aquellas que le apliquen de acuerdo con su nivel de complejidad y cartera de servicio asociada a cada indicador.

Estos mecanismos de incentivo permiten modelar el desempeño individual y colectivo de los trabajadores en post del cumplimiento de objetivos para el mejoramiento de la atención proporcionada a las personas. Constituyen una herramienta relevante de apoyo a la gestión de las instituciones, impactando directamente en la atención de las personas que acceden a los establecimientos del sistema público de salud.

En este contexto, el presente documento contiene las orientaciones técnicas específicas para los indicadores asociadas a las diferentes metas que rigen para el año 2026, como una guía general para que los equipos de control de gestión y afines de los servicios de salud, establecimientos de la red asistencial dispongan de orientaciones por cada uno de los indicadores, que les permita realizar un correcto monitoreo y cumplimiento durante todo el proceso. Además, constituye un insumo orientador para la correcta evaluación del cumplimiento de las metas por parte de las distintas SEREMI de Salud del país, responsables de esta etapa del proceso.

Marco Legal

La Ley N°18.834, también conocida como Estatuto Administrativo, regula el estatuto de los funcionarios públicos en Chile. Esta ley establece los derechos, deberes, beneficios y régimen laboral aplicables a los funcionarios del Estado, incluyendo aquellos que trabajan en el sector de la salud.

La asignación de desarrollo de estímulo de desempeño colectivo, para las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos; y la asignación de acreditación individual y estimulo de desempeño colectivo para la planta de profesionales, se otorga a través del cumplimiento de un conjunto de indicadores y metas denominadas "Metas Sanitarias", las que se encuentran normadas por los siguientes cuerpos legales y reglamentarios:

Marco regulatorio	Descripción
Decreto Ley Nº249, de 1974	Fija Escala Única de Sueldos para el Personal
Art. 83° y 86 del DFL N°1/2004	Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469. Promulgado el 23 de septiembre de 2005. Publicado en el Diario Oficial el 24/04/2006. Última versión del 17 de febrero de 2012.
Ley N°18.834	Estatuto Administrativo – DFL 29 fija texto refundido y sistematizado de la presente Ley
Decreto 123/2004	Aprueba Reglamento que Regula el Otorgamiento del Componente Asociado al Cumplimiento Anual de Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención Proporcionada a los Usuarios de las Asignaciones de Desarrollo y Estimulo al Desempeño Colectivo, y de Acreditación Individual y Estimulo al Desempeño Colectivo, Conforme a lo señalado los artículos 63 y 67 del Decreto Ley Nº2.763 de 1979

A través de la Resolución Exenta N.º 649 del 09 de septiembre del año 2025, el Ministerio de Salud fijó las metas sanitarias nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2026 en conformidad al decreto Nº123 del 2004.

En este documento se establecen los objetivos de mejoramiento de la atención de la gestión 2026 de los Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial y las metas sanitarias de establecimientos de alta, mediana y baja complejidad de la red de Servicios de Salud.

I. Metas Sanitarias Establecimientos Alta, Mediana y Baja Complejidad de la Red de Servicios de Salud. Ley 18.834

1. Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de niños y niñas que reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida conforme al estándar mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es evaluar el cumplimiento de esta práctica para la promoción de la nutrición óptima y el desarrollo adecuado.

Consideraciones Técnicas.

Para el buen registro de este indicador, se entenderá como LME si el niño y niña, al momento del control del sexto mes, se ha mantenido con LME sin haber iniciado la alimentación sólida, ni introducción de fórmulas lácteas; aceptándose solo la ingesta de jarabes, gotas o agua en pequeñas cantidades y en forma ocasional. Se considerarán niños y niñas controlados entre los 5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de edad. Se incluyen lactantes que han tenido una actividad de salud realizada por algún profesional del equipo de salud, en la cual se evaluó su condición de lactancia.

Exclusiones.

Se exceptúan de la evaluación y, por tanto, procede excluir tanto del numerador como del denominador los siguientes casos:

- Niños y niñas, hijos de madres con VIH+ y HTLV
- Niños y niñas bajo tutelaje del Estado

Para formalizar este procedimiento, cada de Servicio de Salud deberá emitir un oficio dirigido a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el que se indique el número total de lactantes a excluir, según las categorías antes mencionadas.

Dado el carácter reservado de esta información, no deben incorporarse datos personales, tales como nombres, RUT ni diagnósticos.

Con el objetivo de agilizar el proceso, se solicita lo siguiente:

- Remitir una copia del oficio al correo electrónico de camilo.cea@minsal.cl y laura.morlans@minsal.cl
- Con Copia a metas@minsal.cl, fabiola.lopez@minsal.cl y cristian.sandoval@minsal.cl

El oficio debe ser enviado a más tardar el décimo día hábil de enero del año 2027.

Se envía formato sugerido para la elaboración de la justificación:

Indicador: Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida (Meta sanitarias ley 18.834)

Año evaluado:
Servicio de Salud:
Establecimiento de salud:

Tipo de situación	N° total de lactantes	Tipo de situación (Niños y niñas, hijos de madres con VIH+ y HTLV)	Tipo de situación (Niños y niñas bajo tutelaje del Estado)	Observaciones (opcional)
Total a descontar del numerador				
Total a descontar del denominador				

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida	Número de niños y niñas controlados en el período de enero a diciembre de 2026 que al control de salud del sexto mes recibieron LME	REM A03 – Sección A.5	H61
	Número de niños y niñas con control de salud del sexto mes realizado en el período de enero a diciembre de 2026	REM A03 – Sección A.5	H67

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

2. Cobertura de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Descripción del Indicador.

Las recomendaciones internacionales, junto con el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, señalan que alcanzar y mantener coberturas de tamizaje vigente (PAP o Test VPH) iguales o superiores al 80% en personas de 25 a 64 años, tiene un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Esta meta está orientada a reducir en un 30% dicha brecha, con el objetivo de alcanzar una cobertura del 80%.

Consideraciones Técnicas.

Para la fijación de la meta 2026, previamente se debe realizar un cálculo de la brecha que cada Establecimiento de APS dependiente y Hospitales de baja complejidad con APS tenga para alcanzar el 80% de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años adscritas con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

Del cálculo anterior, se obtendrá el número total de mujeres y personas transmasculinos que cada establecimiento requiere cubrir para alcanzar el 80% de cobertura a diciembre de 2026. Quienes no tengan brecha, deberán al menos mantener el número de mujeres y personas transmasculinos con PAP vigente logrado el año 2025.

La siguiente tabla muestra un ejemplo de cálculo de la brecha y el número de mujeres y personas transmasculinos a captar para alcanzar a reducir al menos el 30% de la brecha de cada establecimiento.

Componente fórmula	Descripción	Cálculo	Valores de ejemplo
A	Número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años con tamizaje vigente a diciembre de 2025		3.000 (60% cobertura)
B	Total de mujeres de 25 a 64 años adscritas para el año 2026		5.000
C	Meta de cobertura nacional de 80% de la población inscrita	B*80%	4.000
D	Brecha entre número de mujeres y personas trans masculinos con tamizaje para la detección precoz de cáncer de cuello uterino vigente a diciembre 2024 y Nº mujeres y personas trans masculinos esperadas con 80% cobertura	C-A	1.000
E	30% de la brecha	D*30%	300
F	**Número mínimo esperado de mujeres y personas trans masculinos con tamizaje vigente a DICIEMBRE 2026** Corresponde al Número de mujeres y personas trans masculinos con Test VPH tomados en los años 2022 y 2023 + número total de mujeres y personas trans masculinos con test VPH primario tomados en los años 2024, 2025 y 2026 + número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años adscritas con PAP Vigente en los últimos 3 años. (2024, 2025, 2026)	**A+E**	**3.300**
G	Cobertura esperada de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino 2026 En este ejemplo el 66% es la meta. Si bien el cálculo de brecha se hace en número absoluto de mujeres y personas trans masculinos, la meta es evaluada en porcentaje, y, de acuerdo con la fórmula de cálculo sugerida si al final del año una comuna alcanzó un 65% de cobertura, en virtud de ese 66%, su cumplimiento es de un 98,48%	**F/B*100**	**66 %**

Respecto de las fuentes a utilizar para la información sobre mujeres y personas transmasculinos con tamizaje vigente se debe utilizar el REM P12 (que el DEIS publica semestralmente), este REM de la serie P debe ser alimentado desde el sistema informático Citoweb, REVICAN o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud), y sumando el registro local de mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en extrasistema.

En el denominador, al momento de fijar y comprometer la meta, la fuente es la población adscrita de mujeres de 25 a 64 años informada por el establecimiento y validada por el Servicio de Salud previo a la fijación de la meta". La población adscrita debe ser informada por el establecimiento de salud con corte a septiembre 2025.

Exclusiones.

Sin exclusiones.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Cobertura de exámenes de detección precoz del cáncer de cuello uterino	Número de mujeres y personas TRANS masculinos de 25 a 64 años adscritas, con PAP o test de VPH vigente a diciembre 2026	REM P12 – Sección A1	B12+ B13+ B14+ B15+ B16+ B17+ B18 + B19
	Número de mujeres y personas TRANS masculinos de 25 a 64 años, adscrita para el año 2026	Población FONASA Población adscrita informada por el Servicio de Salud a la División de Atención Primaria.	N/A

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

3. Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) compensadas.

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de personas con DM2 mayores de 15 años que se encuentran compensadas (con una hemoglobina glicosilada (A1c) menor a 7% en personas entre 15 y 79 años y menor a 8% en el caso de personas mayores a 80 años) en relación con la población bajo control con DM2 del Establecimiento de Salud.

Consideraciones Técnicas.

1. Considerar como personas con diagnóstico de DM2, aquellas que cumplan con criterio diagnóstico y esté consignado en el registro clínico de la persona. https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Actualizacion-criterios-diagnostico-DM2_09122021_212031.pdf
2. Considerar como total de población de DM2 bajo control, a las personas con DM2 que han recibido a lo menos un control de salud en el Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP en los últimos 11 meses y 29 días.
3. Contar con al menos una A1c en los últimos 11 meses y 29 días.
4. Enfoque diferenciado según edad y comorbilidades.
5. Monitoreo y seguimiento periódico por parte del equipo de Salud del indicador.

Exclusiones.

Sin exclusiones

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) compensadas.	Número de personas con DM2 de 15 y más años compensadas	REM P04 – Sección B	C30 + C31
	Número de personas con DM2 de 15 y más años bajo control	REM P04 – Sección A	C17

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

4. Personas con Hipertensión Arterial (HTA) compensadas

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de personas de 15 a 79 años diagnosticadas con Hipertensión Arterial con presión arterial inferiores a 140/90 mmHg y personas de más de 80 años con presiones arteriales inferiores a 150/90 mmHg, en relación con la población bajo control con Hipertensión Arterial del Establecimiento de Salud.

Consideraciones Técnicas.

1. Considerar como personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial aquellas que cumplan con criterio diagnósticos, Inciso C de la guía clínica HEARTS y esté consignado el diagnóstico en el registro clínico. https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/HEARTS-nuevo-algoritmo-2022.pdf
2. Considerar como total de población de HTA bajo control, a las personas con HTA que han recibido a lo menos un control de salud en el Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP en los últimos 11 meses y 29 días.
3. Las metas de compensación individuales deben ser consideradas según edad, comorbilidades y factores de riesgo individuales.
4. El responsable de la medición periódica de la presión arterial es el funcionario de salud que realice seguimiento o control como actividad del Programa de Salud Cardiovascular o ECICEP.
5. Considerar el correcto registro de medición de presión arterial en registro clínico.

Exclusiones.

Sin exclusiones

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Personas con Hipertensión Arterial (HTA) compensadas	Número de personas con HTA de 15 y más años compensadas	REM P04 sección B	C28 + C29
	Número de personas con HTA de 15 y más años bajo control	REM P04 sección A	C16

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Cuidados Integrales en Salud - DIVAP

5. Pacientes con indicación de hospitalización desde Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.

Descripción del Indicador.

Descripción del Indicador.

Este indicador da cuenta de aquellos pacientes con indicación de hospitalización otorgada en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), y que son hospitalizados en una cama de dotación (área funcional) en un tiempo menor a 12 horas desde la indicación médica en los establecimientos de la Red Asistencial con UEH de alta y mediana complejidad, en un periodo definido, cuyo dato es expresado en porcentaje.

Consideraciones Técnicas.

Disponibilizar oferta de camas de dotación para la red utilizando (Resolución Exenta N°355) estrategias hacia la eficiencia clínica hospitalaria desde la unidad de emergencia IAS", del 08 de mayo del 2024.

Exclusiones.

Hospitalizaciones Gineco - Obstétricas.
Pacientes que acceden directamente al proceso quirúrgico.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Pacientes con indicación de hospitalización desde Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH en un tiempo menor a 12 horas para acceder a cama de dotación	REM A08 – Sección D	C107
	Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH	REM A08 – Sección D	C107 + C108 + C109 + C112

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

6. Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red.

Descripción del Indicador.

Velar por el adecuado acceso y gestión para la entrega oportuna de las Garantías explícitas en salud.

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.

Exclusiones.

Quedan excluidos los establecimientos que no están afectos al instrumento de evaluación de Metas Sanitarias.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red	(Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas) en el año t	SIGGES	N/A
	(Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas + garantías incumplidas no atendidas) en el año t + garantías retrasadas acumuladas)	SIGGES	N/A

Medios de Verificación

Reporte con datos provistos por la DIGERA, las cuales contiene la base de datos de SIGGES con el cumplimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento GES y Redes Complejas / Departamento de Análisis e Información para la Gestión - DIGERA

7. Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores).

Descripción del Indicador.

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

Consideraciones Técnicas.

Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo aquellos establecimientos que cuenten con ≥ 95% egresos hospitalarios con codificación GRD.

La Línea Base 2026 se disponibilizará en carpeta compartida del Departamento, cuando sea entregada oficialmente por la referencia técnica de la DIGERA (posterior al cierre de año).

Exclusiones.

Pacientes cuya especialidad médica es psiquiatría, judicializados CIE10 Z65.3, problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia niño, procedimiento de amparo, juicio o litigio).

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores	Exceso de estancias outlier superiores periodo t – exceso de estancias outliers superiores periodo t-1	GRD-ALCOR	N/A
	Exceso de estancias outliers superiores periodo t-1	GRD-ALCOR	N/A

Medios de Verificación.

Descarga GRD-ALCOR
Planilla emitida por unidad GRD - MINSAL

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia / Departamento de Análisis e Información para la Gestión- DIGERA.

8. Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, ambulancias, equipos industriales, infraestructura y ejecución del gasto respecto al presupuesto asignado

Descripción del Indicador.

Ejecutar el plan de mantenimiento apunta a mejorar los niveles de cumplimiento de los estándares de calidad, en lo referido a la gestión de dispositivos electro médicos, vehículos, equipos industriales e infraestructura para conservar y asegurar el correcto funcionamiento, otorgando, además el uso eficiente de los recursos para la compra de servicio de mantenimiento y continuidad asistencial.

Consideraciones Técnicas.

Contar con un catastro actualizado de los activos y/o sistemas, una vez al año tal como se indica en Norma de Mantenimiento (Decreto Nº290/2017)

En función de la metodología de mantenimiento, determinar cuáles son los equipos o sistemas que deben ingresar al plan de mantenimiento.

Teniendo claro el punto anterior, priorizar los equipos que ingresarán al plan en función de los recursos presupuestarios disponibles.

Una vez priorizados los equipos, elaborar el plan de mantenimiento preventivo que se ejecutará durante el año.

En aquellos casos en que un establecimiento no cuente con alguno de los ítems asociados a la trazadora —particularmente la relativa a ambulancias, dado que no todos los establecimientos disponen de este tipo de vehículo— dicho ítem no se considera en su evaluación.

En consecuencia, la ponderación se distribuye en partes iguales entre las trazadoras aplicables. Es decir, si por ejemplo un establecimiento no cuenta con ambulancias, solo se evaluarían cuatro trazadoras, asignando a cada una de ellas una ponderación del 25%.

Exclusiones.

Equipos que durante la ejecución del plan de mantenimiento sean dados de baja o se encuentren en reparación por un periodo de tiempo prolongado o no se pueda ejecutar por alguna causa técnica a lo planificado como: retraso en las gestiones administrativas (licitación, trato directo, emisión de orden de compra, contratos, etc.), no se cuenta con disponibilidad presupuestaria, entre otros.
Podrán actualizar el plan de mantenimiento y la resolución que aprueba el presupuesto de este a más tardar el último día hábil del mes de octubre de cada año, lo anterior, para que no se vea afectado el cumplimiento del mismo.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, ambulancias, equipos industriales, infraestructura y ejecución del gasto respecto al presupuesto asignado	N° de mantenciones ejecutadas de equipos médicos / N° de mantenciones programadas de equipos médicos) * 0,2) + ((N° de mantenciones ejecutadas de equipos industriales / N° de mantenciones programadas de equipos industriales) * 0,2) + ((N° de mantenciones ejecutadas de ambulancias / N° de mantenciones programadas de ambulancias) * 0,2) + ((N° de mantenciones ejecutadas de infraestructura / N° de mantenciones programadas de	Local	N/A

	infraestructura) * 0,2) + ((Ejecución en SIGFE del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias		
	Programación presupuestaria de mantenimiento preventivo de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias) * 0,2	Local	N/A

Medios de Verificación.

Plan de mantenimiento 2026, y en caso de modificaciones en octubre, presentar antecedentes actualizados.
Debe presentar las planillas de mantenimiento y la resolución que aprueba el presupuesto de mantenimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

División de Inversiones – Subsecretaría de Redes Asistenciales

II. Metas sanitarias y de mejoramiento de la gestión 2025 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuente con centro reguladores SAMU.

9. Llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de llamadas que ingresan al nivel 131 y que son contestadas en un tiempo menor a 10 segundos, sólo se contabilizan las llamadas entrantes que permanezcan en cola por al menos 3 segundos, debiendo excluirse aquellas llamadas "Ghost", correspondientes a llamadas abandonadas antes de alcanzar dicho tiempo. Evalúa la capacidad de respuesta del Centro Regulador ante una emergencia, siendo un indicador de acceso de la atención prehospitalaria.

Consideraciones Técnicas.

- Se debe garantizar una dotación operativa adecuada de operadores radiotelefónicos.
- Contar con un Distribuidor Automático de Llamadas (ACD) correctamente configurado y en funcionamiento que permita el registro confiable de llamadas y tiempos de respuesta.
- Asegurar proceso de mantenimiento continuo de sistema de telecomunicaciones que garanticen la disponibilidad de líneas y equipos.
- Contar con protocolo de recepción de llamadas.
- Monitorear la disponibilidad de operadores para contestar la llamada, tiempos reales de atención y carga de trabajo a fin de evitar sobrecargas.

Exclusiones.

- Llamadas Ghost o abandonadas antes de los 3 segundos.
- Llamadas de prueba, administrativas o internas que se hayan identificado correctamente en el sistema y no correspondan a llamados de emergencias.
- Eventos de falla técnica documentada del sistema ACD o corte general de comunicaciones, siempre que exista respaldo técnico y acta de contingencia activada.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos	Número de llamadas al 131 contestadas en menos de 10 segundos	Distribuidor automático de llamadas (ACD)	N/A
	Número de llamadas totales entrantes al 131 – número de llamadas abandonadas por el usuario antes de 3 segundos de espera	Distribuidor automático de llamadas (ACD)	N/A

Medios de Verificación.

Reporte extraído del Distribuidor Automático de Llamadas (ACD)

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencias - DIGERA

10. Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro Cardio Respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitantes.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de llamados al nivel 131 por Paro Cardiorrespiratorio (PCR) en los cuales se entregan instrucciones de Soporte Vital Básico (SVB) telefónico a los testigos o solicitantes en la escena. Evalúa la capacidad del Centro Regulador para activar precozmente la cadena de supervivencia, proporcionando indicaciones que permitan iniciar maniobras de RCP antes de la llegada de la ambulancia y mejorar la posibilidad de sobrevida al paro.

Consideraciones Técnicas.

- Asegurar que el personal del Centro Regulador cuente con capacitación formal y actualizada en protocolos de atención del paro y entrega de reanimación cardiopulmonar telefónica.
- Implementar protocolo de RCP telefónica para el Centro Regulador.
- Contar con sistema de registro de la entrega o no de instrucciones de RCP telefónico en cada caso atendido.
- Supervisión clínica continua de registros y grabaciones a fin de verificar calidad, adherencia al protocolo y corrección de situaciones que no se ajusten al protocolo.

Exclusiones.

- Llamadas en que se pesquise hay signos de muerte evidente, no se pueda establecer tiempo de inicio del PCR o no haya posibilidad de realizar RCP guiada telefónicamente.
- Llamadas duplicadas por la misma solicitud.
- Eventos en que se interrumpe la comunicación y no es posible reestablecerla.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Llamados telefónicos de emergencia 131 por Paro Cardio Respiratorio (PCR) con entrega de instrucciones de Soporte Vital Básico a testigos o solicitante	Números de llamados telefónicos con instrucciones de soporte vital básico entregadas a testigos en caso de PCR	Sistema de información del Centro Regulador	N/A
	Total de llamados telefónicos de atención de pacientes por CPR	Sistema de información del Centro Regulador	N/A

Medios de Verificación.

Planilla de cumplimiento del indicador, de acuerdo con los datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencias – DIGERA

11. Disponibilidad Operativa de Call Takers SAMU.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de tiempo dentro del turno en que los call takers del Centro Regulador del SAMU están efectivamente conectados y disponibles para recibir llamadas de emergencia; excluyendo los periodos en pausa, modo auxiliar o desconexión. Evalúa la eficiencia operativa y la disponibilidad real del recurso humano clave en la atención telefónica prehospitalaria, lo que incide directamente en la capacidad de respuesta oportuna del sistema.

Consideraciones Técnicas.

- Garantizar la planificación y cobertura de turnos.
- Supervisar los tiempos de conexión efectiva de los Call Takers, utilizando herramientas de monitoreo y reportes.
- Asegurar el correcto uso de los estados de conexión (disponible, pausa o modo auxiliar).
- Implementar protocolos de descanso, autorizados con sistema de registros auditables.

Exclusiones.

- Periodos de caída de línea 131.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Disponibilidad Operativa de Call Takers SAMU	Minutos totales del turno – minutos en pausa, modo auxiliar o desconectado	Distribuidor Automático de Llamadas ACD	N/A
	Minutos totales del turno	Distribuidor Automático de Llamadas ACD	N/A

Medios de Verificación.

Reportes de Distribuidor Automático de Llamadas ACD.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencias – DIGERA

III. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.

12. Funcionarios/as capacitados/as en temáticas transversales relevantes.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de la dotación de personal de salud capacitado/a en al menos un (1) tema transversal relevante.

Consideraciones Técnicas.

Los temas transversales relevantes, a los que apunta medir este indicador, son los relacionados a: trato usuario, humanización en la atención, derechos humanos, integridad y prevención en corrupción y violencia en espacios de trabajo (probidad, transparencia).

Las actividades de capacitación en temas transversales relevantes deben tener duración mínima de 20 horas pedagógicas, que al menos aborde una (1) de las temáticas transversales relevantes y ser realizadas en el periodo enero a diciembre 2026.

Estas actividades pueden desarrollarse en modalidad presencial, e-learning (a distancia) y b-learning (semipresencial).

Funcionarios/as capacitados corresponde a aquellos que se encuentren en situación de “Aprobado” y obtienen nota igual o mayor a 4,0. Se debe contabilizar cada funcionario/a capacitado/a, individualizado por RUN, una sola vez en temáticas asociadas a temas transversales relevantes, a pesar de que puede haber realizado más de una actividad.

La dotación corresponde al personal, individualizadas por número de RUN, al 31 de marzo de 2026, bajo Estatuto Administrativo Ley 18.834, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente.

Exclusiones.

Se excluye personal en calidad de honorarios, código del trabajo y personal con contrato transitorio (reemplazo).

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Funcionarios/as capacitados/as en temáticas transversales relevantes	Número de funcionarios/as de la dotación del personal capacitados en temáticas transversales relevantes en el año t	SIRH, considera corte de funcionarios en dotación de personal capacitado al 31 de diciembre de 2026	N/A
	Número total de funcionarios/as de la dotación del personal del establecimiento de salud en el año t	SIRH, considera corte de funcionarios en dotación de personal capacitado al 31 de marzo de 2026	N/A

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con registro del personal en dotación individualizadas por número de RUN, contratada bajo Estatuto Administrativo Ley 18.834, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente, al 31 de marzo de 2026. Se deberá informar a más tardar el 17 de abril del 2026, vía planilla Excel que será enviada oportunamente.

Con fin de determinar las actividades comprometidas que abordan las temáticas transversales relevantes, cada Servicio de Salud deberá informar vía oficio, a más tardar el 17 de abril del 2026, las actividades programadas de cada establecimiento que permitirán dar cumplimiento a este indicador.

Base de datos (Excel) con registro del personal capacitado en temáticas transversales relevantes, extraído de módulo de capacitación de SIRH. La base de datos deberá detallar: Servicio de Salud, Establecimiento, RUN, Nombre, Actividad desarrollada, Fechas de ejecución, Nota obtenida, Situación (aprobado), entre otros datos que será definido en formato Excel enviado oportunamente. Se solicita respetar este formato estrictamente con fin de facilitar la comprobación del cumplimiento del indicador.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador.

Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

13. Funcionarios/as con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la cobertura de funcionarios/as capacitados/as en reanimación cardiopulmonar (RCP).

Consideraciones Técnicas.

Considerar actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP.

Funcionarios/as capacitados, individualizado por RUN, que hayan aprobado alguna capacitación en RCP, u otra que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP, con antigüedad menor o igual a 5 años. Se contarán como vigentes las actividades de capacitación desarrolladas entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2026.

Estas actividades pueden desarrollarse en modalidad presencial o b-learning (semipresencial), asegurando un módulo presencial para la adquisición de la técnica de reanimación cardiopulmonar.

Se debe considerar cada funcionario/a capacitado/a una (1) sola vez, a pesar de que puede haber realizado más de una actividad. Se contabilizará como funcionario/a capacitados aquellos contratados bajo Estatuto Administrativo Ley 18.834, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente, vigentes al 31 de diciembre 2026.

La dotación corresponde al personal, individualizadas por número de RUN, al 31 de marzo de 2026, bajo Estatuto Administrativo Ley 18.834, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente.

Exclusiones.

Se excluye personal en calidad de honorarios, código del trabajo y personal con contrato transitorio (reemplazo).

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Funcionarios/as con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar	Número de funcionarios/as de la dotación del personal con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar	SIRH, considera corte de funcionarios en dotación de personal, a diciembre de 2026, capacitado en reanimación cardiopulmonar entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2026	N/A
	Número total de funcionarios/as de la dotación del personal	SIRH, considera corte de funcionarios en dotación de personal al 31 de marzo de 2026	N/A

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con registro del personal en dotación individualizadas por número de RUN, contratada bajo Estatuto Administrativo Ley 18.834, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente, al 31 de marzo de 2026. Se deberá informar a más tardar el 17 de abril del 2026, vía planilla Excel que será enviada oportunamente.

Base de datos (Excel) con registro del personal vigente al 31 de diciembre del 2026, capacitado en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP, extraído de SIRH. La base de datos deberá detallar: Servicio de Salud, Establecimiento, RUN, Nombre, Actividad desarrollada, Fechas de ejecución, Nota obtenida, Situación (aprobado), entre otros datos que será definido en formato Excel enviado oportunamente. Se solicita respetar este formato estrictamente con fin de facilitar la comprobación del cumplimiento del indicador.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador.

Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

14. Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de integrantes del equipo de salud que cuentan con alguna capacitación en precauciones estándares aprobada durante los últimos 5 años.

Consideraciones Técnicas.

- Para fines del cálculo del indicador, se considerará como personal de salud con atención clínica directa al personal de las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEP".
- Se considerarán como "vigentes" los cursos certificados desde el 01 de enero 2022 en adelante, anterior a esta fecha se considerarán como no vigentes, pudiendo abordarse todos los contenidos mínimos requeridos en una o más actividades certificadas. De igual manera, se van a considerar actividades de capacitación hasta el 31 de diciembre de 2026.
- Curso con duración mínima de 20 horas pedagógicas que al menos aborde precauciones estándares (higiene de manos, uso de equipo de protección personal prevención de lesiones cortopunzantes, inyecciones seguras, limpieza y desinfección de superficies, desinfección del alto nivel y esterilización de dispositivos médicos) y técnica aséptica, aprobado por el Programa de Control y Prevención de IAAS del establecimiento de salud.
- La dotación corresponde al personal, individualizadas por número de RUN, al 31 de marzo de 2026 bajo Estatuto Administrativo Ley 18.834, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente.
- Funcionarios/as capacitados, individualizado por RUN.
- Estas actividades pueden desarrollarse en modalidad presencial, e-learning (a distancia) y b-learning (semipresencial).

Exclusiones.

- Personal de salud de unidades no consideradas en el "Clasificador Unidades DIGEDEP".
- Se excluye personal en calidad de honorarios, código del trabajo y personal con contrato transitorio (reemplazo).

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	N° de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años	SIRH	N/A
	Número total de personal de salud con atención clínica directa	SIRH	N/A

Medios de Verificación.

Informe elaborado por la Unidad de capacitación o equivalente, con el número y nómina de personal de salud con atención clínica directa contratados por la ley 18.834 de las unidades definidas del "Clasificador Unidades DIGEDEP", con capacitación vigente de acuerdo con requisitos solicitados, aprobado por la jefatura del Programa Prevención y Control de IAAS del Hospital y por el director(a) o Dirección Técnica del Establecimiento.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Seguridad y Calidad en la Atención - DIGERA

AUTORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Departamento de Control de Gestión, Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Ernesto Gonzalez Bernal
Fabiola López Plaza
Cristian Sandoval Peñailillo

COLABORADORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria

Departamento de información para la gestión
Laura Morlans Huaquin
Nicolás Figueroa

Departamento de Cuidados Integrales en Salud
Milena Pereira Romero
Álvaro Campos Muñoz
Margarita Curutchet Bustamante
Macarena Riquelme Rivera
Damaris Meza Lorca
Juan Herrera Burott

División de Gestión de la Red Asistencial

Departamento de Análisis e Información para la Gestión
Leonardo Molina Fuentes
Yeni Varas Meneses
Janette Toledo Reyes
Yonathan San Martín Vega
Felipe Ardiles Martínez

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.
Paulo Vilches González
Maureen Gold Semmler
Ronny Zuñiga Araneda
Claudio Riutor Paz

Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico
Claudia Campos Ponce
Pablo Norambuena Mateluna

Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.
Cristian Parra Becerra
Marlene Valenzuela Valdenegro

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.
Javiera Fuentes Contreras
Mauro Orsini Brignole

División de Inversiones

Departamento Monitoreo de Obras
Juan Álvarez Fernández

Departamento de Planificación y Coordinación
Macarena Castro Brugueras

División de Gestión y Desarrollo de las Personas

Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua
Luis Echavarría Rocamora
Rosamaría Gonzalez Rogers
Jessie Morales Quezada

Ministerio de Salud

GES 20 años
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Metas Sanitarias
Ley N°18.834

Subsecretaria de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.0 diciembre 2025