2026

METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD

Ministerio de Salud

GES 20 años
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

LEY N°20.707

Subsecretaria de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Contenido

Introducción 3
Metas de Producción y Calidad Ley 20.707. 4
Marco Legal 4
I. Área de Producción 6
1. Usuarios categorizados C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH). 6
2. Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes (Muerte encefálica certificada) 7
3. Pacientes con indicación de hospitalización desde Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas. 9
4. Reducción del porcentaje global de cesáreas. 10
II. Área de Producción y Calidad, Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) 11
5. Solicitud de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo. 11
6. Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzado o símil para médicos SAMU. 12
III. Área de Calidad 14
7. Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales. 14
8. Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos. 16
9. Capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar (RCP). 17
10. Cobertura de profesionales funcionarios capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). 19

Introducción

El presente documento entrega orientaciones técnicas para la aplicación, seguimiento y evaluación de los indicadores previamente definidos, asociados al cumplimiento de las metas de producción y calidad establecidas en el marco de la Ley N.º 20.707, para los profesionales funcionarios regidos por la Ley N.º 15.076, **para el año 2026.**

La Ley N.º 20.707, publicada en diciembre de 2013, modifica la Ley N.º 19.664 incorporando como requisito para el acceso al tramo superior de la carrera funcionaria el cumplimiento anual de metas de producción y calidad, previamente establecidas y evaluadas. En este contexto, los indicadores definidos constituyen la herramienta técnica fundamental para medir objetivamente el grado de cumplimiento de dichas metas por parte de los profesionales.

Este documento tiene por objetivo entregar criterios técnicos y operativos que orienten la correcta implementación, registro, monitoreo y validación de los indicadores establecidos, promoviendo una aplicación uniforme, objetiva y transparente en todos los establecimientos de la Red.

Las orientaciones aquí contenidas se fundamentan en el marco normativo vigente, compuesto por la Ley N.º 15.076, la Ley N.º 19.664, la Ley N.º 20.707, sus reglamentos complementarios, y las directrices emanadas desde el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Las metas nacionales son establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales y posteriormente remitidas a los Servicios de Salud. Para ello, se definen áreas prioritarias de mejora en la gestión, así como los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año siguiente por parte de los Establecimientos de Salud, especificando metas e indicadores de producción y calidad por unidad de desempeño.

Posteriormente, el director de cada Servicio de Salud debe suscribir un convenio con los directores de los establecimientos de su dependencia, en el que se incorporen las metas pertinentes en materia de producción y calidad, junto con sus respectivos indicadores, ponderadores y mecanismos de verificación.

Estas directrices están dirigidas a los equipos directivos, unidades de control de gestión de personas, referentes técnicos y profesionales sujetos a evaluación, y se configuran como una herramienta de apoyo a la gestión del recurso humano en salud, en el marco del fortalecimiento de una atención de calidad, segura y centrada en las personas.

Metas de Producción y Calidad Ley 20.707.

Marco Legal y Normativo

La Ley N.º 20.707, promulgada en 2013, tiene como objetivo mejorar las condiciones remuneracionales de los y las profesionales que desempeñan funciones como jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo en la red pública de salud. Asimismo, busca incentivar la permanencia de médicos especialistas en servicios o unidades críticas como urgencias, maternidades y residencias médicas, las cuales requieren atención continua los 365 días del año.

Entre sus objetivos fundamentales, la ley se propone:

- Reducir la brecha de especialistas en regiones con escasez de profesionales médicos, especialmente en unidades críticas.
- Establecer un incentivo remuneracional permanente, asociado a la especialidad.
- Implementar un incentivo variable, vinculado al cumplimiento de metas de producción y calidad asistencial.
- Incorporar un plan de retiro voluntario para profesionales regidos por las Leyes N° 19.664 y N° 15.076.

En este marco, la ley introduce incentivos de carácter fijo y variable para los profesionales que cumplen una jornada de 28 horas semanales bajo el régimen de la Ley N.º 15.076, con el fin de abordar de manera integral los desafíos en la gestión clínica y asegurar una atención centrada en el usuario, especialmente en unidades de urgencia.

El Artículo 12 de la Ley N.º 20.707 establece una asignación de estímulo por competencias profesionales del 10% para los profesionales con desempeño en cargos de 28 horas semanales, regidos por la Ley N.º 15.076, que trabajen en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Esto incluye también a los profesionales liberados de guardia que continúen ejerciendo funciones en servicios de urgencia, maternidades o unidades de cuidados intensivos.

Normativa complementaria

Marco regulatorio	Descripción
Ley N°20.707	Establece incentivos remuneracionales para profesionales de los servicios de salud, en funciones críticas.
DFL N°1	Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N.º 15.076 sobre estatuto médico.
Decreto N°172	Aprueba el reglamento que regula el pago de la asignación por cumplimiento de metas de producción y calidad, conforme al Art. 12 de la Ley N.º 20.707.
Ley N° 19.664	Que establece normas especiales para los profesionales funcionarios de los servicios de salud.
Ley N° 15.076	Que regula el ejercicio y carrera funcionaria del personal médico cirujano del sector público.
	Normas generales de acreditación institucional y estándares de calidad definidos por la Superintendencia de Salud y la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA).

A lo anterior, se suma la Resolución Exenta N° 692 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del 30 de septiembre de 2025, que establece las áreas prioritarias y compromisos del año 2026, en el marco del Artículo 12 de la Ley N.º 20.707. Dicha resolución regula los componentes de evaluación del incentivo variable, asegurando que la asignación esté ligada a criterios objetivos de productividad y calidad.

Este cuerpo normativo tiene como propósito:

- Mantener y mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas a la población.

- Garantizar que las actividades se desarrollen conforme a las normas y protocolos técnicos vigentes.
- Promover el cumplimiento de estándares generales de calidad, en atención médica, actividad quirúrgica y hospitalización.
- Fomentar la revisión continua de las prácticas clínicas, la eficiencia en el uso de recursos, y la implementación de normas de calidad y seguridad del paciente, definidas por el Ministerio de Salud.

I. Área de Producción

1. Usuarios categorizados C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH).

Descripción del Indicador.

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.

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.

Exclusiones.

Urgencias Gineco obstétricas.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
1. Usuarios categorizados C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH).	Número de usuarios categorizados C2-ESI2 con primera atención médica dentro de los 30 minutos desde la categorización en UEH	Local	N/A
	Número de usuarios categorizados C2-ESI2 en UEH	REM A08, Sección B	B62

Medios de Verificación.

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

El numerador y denominador se obtienen de un reporte que debe emitir la Unidad de emergencia del establecimiento, tomando como fuente el Dato de Atención de Urgencia y debe contener los campos indicados en la Tabla 1:

Tabla 1

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

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

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Red de Urgencia y Atención Cerrada – DIGERA

2. Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes (Muerte encefálica certificada).

Descripción del Indicador.

Mide la capacidad de las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) tanto adultas como pediátricas, de los hospitales de alta y mediana complejidad de la red asistencial, para ejecutar el proceso de certificación de muerte encefálica (ME) o muerte por criterios neurológicos en pacientes fallecidos entre los 6 meses y 78 años. Dichos casos corresponden a causas de muerte codificadas bajo criterios neurológicos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), y que se encontraban hospitalizados en estas unidades.

Así mismo, este indicador permite evaluar el nivel de cumplimiento de los protocolos establecidos para la certificación de muerte encefálica (ME) en los establecimientos de salud, en relación con la generación de donantes efectivos. Este análisis contribuye a identificar las brechas en los procesos clínico– administrativos que impactan directamente en la capacidad del sistema para la generación de donantes efectivos en el país.

Tabla de sensibilidad:

Línea base 2025	Meta 2026
LB > 20,0%	30%
LB > 10% < 20%	25%
LB < 10%	20%

Consideraciones Técnicas.

Para asegurar el correcto cumplimiento del indicador asociado a la generación de potenciales donantes, es decir realizar la certificación de muerte encefálica (ME) /muerte por criterio neurológico, conforme a los lineamientos de la CNPT, los establecimientos deben contar con las siguientes condiciones:

1. Protocolo institucional vigente para el proceso de certificación de muerte encefálica (ME) /muerte por criterio neurológico. Este documento debe estar consensuado con el/la Coordinador/a Local de Procuramiento de su hospital o de la red.

2. El establecimiento debe garantizar la disponibilidad 24/7 los 365 días del año de:
   - Neurólogo o neurocirujano o médico dedicado a la neurología.
   - Electroencefalograma (EEG) con informe.
   - Doppler Transcraneano (DTC) con informe disponible en los establecimientos que cuenten con la capacidad de realizarla.

3. Registro completo en SIDOT y en la ficha clínica de:
   - 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.
   - Prueba complementaria utilizada, si corresponde.

4. Capacitación anual en procuramiento de órganos y tejidos; dirigidos a profesionales y técnicos de las unidades de UPC, de la Unidad de Emergencia Hospitalaria y del SAMU.

5. Incorporación sistemática en la entrega de turno de médicos y profesionales de los antecedentes de potenciales donantes generados en los turnos.

6. Revisión o auditorías de fichas clínicas, acerca de los procesos de certificación de muerte encefálica (ME) /muerte por criterio neurológico.

El nivel de aplicación para este indicador corresponde a hospitales de alta y mediana complejidad en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) adultas y pediátricas por separado.

Línea Base por establecimiento se disponibilizará en la carpeta compartida “Metas 2026” una vez finalizados los resultados del año 2025.

La CNPT enviará el informe semestral a los establecimientos que adscribieron el indicador.

Exclusiones.

En aquellos establecimientos que, al cierre del año 2026, presenten menos de cinco fallecidos por causa neurológica en el rango etario definido, podrá aplicarse un criterio de excepción o “cumplimiento automático”, siempre que se documente que los casos fueron evaluados y no correspondía certificar muerte encefálica, o bien que existían causas clínicas o legales debidamente justificadas para su exclusión. Este criterio deberá estar respaldado por supervisión técnica y evidencia clínica verificable.

Así mismo, no se considerarán válidas las certificaciones de muerte encefálica en los casos que presenten registros incompletos o ausentes según lo descrito en el punto N°3 de las Consideraciones Técnicas.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes (Muerte encefálica certificada)	Número de potenciales donantes, entre 6 meses y 78 años registrados en SIDOT	SIDOT - GRD	N/A
	Número de egresos fallecidos por causa neurológica, según CIE-10, entre 6 meses y 78 años reportados en GRD y registrados en SIDOT	SIDOT - GRD	N/A

Medios de Verificación.

Informe semestral (para efectos de monitoreo) será emitido por la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante (CNPT). Para su elaboración, se considerarán los datos registrados en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT) y la información extraída desde la plataforma GRD.

- Para efectos del análisis, los registros deben encontrarse completos y oportunos en la plataforma SIDOT a la fecha de corte establecida, conforme a lo señalado en el punto N°3 de las Consideraciones Técnicas. No se aceptarán apelaciones por ausencia, omisión o completitud insuficiente del registro en SIDOT.

Las fechas de corte para la extracción de los datos desde GRD y SIDOT serán el 20 de julio 2026 y el 18 de enero 2027. Los resultados del informe serán remitidos el 31 de julio del 2026 y el 29 de enero del 2027, respectivamente.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos - DIGERA

3. 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.

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 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 UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	Número total de personas con indicación de hospitalización que espera en UEH en un tiempo menor a 12 horas para acceder a cama de dotación	REM A08, Sección D	C107
	Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH	REM A08	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

4. Reducción del porcentaje global de cesáreas.

Descripción del Indicador.

En los últimos años, Chile ha registrado un porcentaje históricamente elevado de cesáreas, con un promedio superior al 40%, lo que lo posiciona entre los países con las tasas más altas dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). La meta nacional es alcanzar una tasa global de cesáreas no superior al 30% del total de partos para el año 2030. El indicador asociado mide la variación porcentual de cesáreas en comparación con el año anterior y tiene como objetivo contribuir a la reducción sostenida de este procedimiento.

Consideraciones Técnicas.

Se consideran 81 establecimientos con cartera de partos declarada.

Metas:

- **Reducción para establecimientos con LB ≥ 50%:** Meta reducir 6 pp.
- **Reducción para establecimientos con LB < 50% y ≥ 40%:** Meta reducir 4 pp.
- **Reducción para establecimientos con LB < 40% y > 30%:** Meta reducir 3 pp.
- **Establecimientos con LB ≤ 30%:** Meta no exceder el 30%.

Línea Base y meta por establecimiento se disponibilizará en la carpeta compartida “Metas 2026” una vez finalizados los resultados del año 2025.

La ruta de extracción del dato (REM), se disponibilizará en carpeta compartida “Metas 2026” una vez validada por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS).

Exclusiones.

No se consideran los establecimientos DFL 36.
Hospitales que no tienen cartera de parto declarada.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Reducción del porcentaje global de cesáreas	Número de cesáreas del período t	REM A24, Sección A	C15 + C16
	Número total de partos del período t	REM A24, Sección A	C13 + C14 + C15 + C16 + C17

Medios de Verificación

Reporte REM

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

II. Área de Producción y Calidad, Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

5. Solicitud de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la proporción de solicitudes de transporte secundario realizadas al SAMU que han sido reguladas por un médico, conforme a los protocolos clínicos establecidos por el centro regulador.
Evalúa el grado de cumplimiento del subproceso de regulación médica en el transporte secundario, con el objetivo de garantizar la seguridad y la oportunidad en la atención.

Consideraciones Técnicas.

Debe asegurar la presencia continua de un médico regulador durante toda la jornada operativa del Centro Regulador.

Contar con protocolos de regulación médica para el transporte secundario de pacientes críticos, los cuales deben estar formalizados, actualizados y difundidos entre el equipo médico y de coordinación.

Disponer de un sistema de registro que permita identificar si una solicitud de transporte secundario recibida por el nivel 131 fue regulada por un médico, asegurando la trazabilidad del proceso conforme a los procedimientos establecidos.

Contar con planes de contingencia formalizados, actualizados y difundidos entre los equipos, que garanticen la continuidad del proceso de regulación ante la ausencia del médico regulador.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Solicitud de transporte secundario de SAMU reguladas por médico, según protocolo	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo	Sistema de información del Centro Regulador SAMU	N/A
	Número de solicitudes de transporte secundario	Sistema de información del Centro Regulador SAMU	N/A

Medios de Verificación

Datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador SAMU y validada por el Servicio de Salud.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA

6. Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzado o símil para médicos SAMU.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la cobertura de médicos capacitados/as en reanimación cardiopulmonar RCP o símil.

Consideraciones Técnicas.

Se debe considerar cada profesional funcionario/a capacitado/a una (1) sola vez, a pesar de que puede haber realizado más de una actividad.

Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP avanzada): actualizada es un programa de formación especializado dirigido a profesionales de la salud, que proporciona conocimientos y habilidades técnicas avanzadas para la identificación y el tratamiento eficaz de paros cardio respiratorios y otras emergencias cardiovasculares. Este programa abarca un conjunto de intervenciones médicas y técnicas avanzadas para tratar a pacientes que han sufrido un colapso o que presentan situaciones críticas con riesgo de paro cardíaco, incluyendo el uso de medicamentos, técnicas de monitoreo avanzado y manejo de las vías respiratorias. La capacitación se basa en las últimas guías y recomendaciones de organismos internacionales como la American Heart Asociación (AHA) y el European Resuscitation Council (ERC).

Curso aprobado con antigüedad menor a 5 años. Se contarán como vigentes las actividades de capacitación iniciadas desde el 01 de enero del 2022 hasta el 31 de diciembre de 2026 (5 años).

Debe tener duración mínima de 20 horas pedagógicas y aprobado con nota igual o mayor a 4.0

Dotación: profesionales funcionarios/as regidos por la Ley 15.076, al corte 31 de marzo del 2026.

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
Cobertura de capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzado o símil para médicos SAMU	Número de médicos con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar avanzada o símil	SIRH	N/A
	Número total de médicos	SIRH	N/A

Medios de Verificación

- Base de datos (Excel) con registro del personal en dotación individualizadas por número de RUN, contratada bajo Ley 15.076, 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 el propósito de facilitar la comprobación del cumplimiento del indicador. Esta información se deberá remitir en dos oportunidades:
    - El 30 octubre de 2026, con el detalle de capacitados en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP al mes de septiembre, con fin de monitoreo.

- El 29 de enero de 2027, con el detalle de capacitados en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP al mes de diciembre de 2026, con fin de evaluar el cumplimiento del indicador.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia – DIGERA
Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

III. Área de Calidad

7. Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales.

Descripción del Indicador.

El Indicador mide que la presencia de un CUP se encuentre debidamente fundamentada de acuerdo con los criterios médicos vigentes institucionalmente; alineados con la normativa vigente, por lo que considera que tanto el criterio de instalación como el criterio de su permanencia en un paciente sean los correctos.

Consideraciones Técnicas.

Criterios de indicación médica de acuerdo con Norma General Técnica N° 95 de "Prevención de Infecciones del tracto urinario asociadas a uso de Catéter Urinario Permanente en Adultos", exenta 457 del 8 de mayo 2007:

1. Manejo de retención urinaria, particularmente por obstrucción y
2. Control de diuresis en pacientes hemodinámicamente inestables.
3. De señalarse una excepción a los criterios antes mencionados, deberá existir consignada una justificación médica en el registro clínico del paciente por parte el equipo médico tratante.

La medición se realiza mediante la evaluación de un muestreo aleatorio simple de 40 pacientes con CUP en uso en cada uno de los servicios y/o unidades que realizan el procedimiento durante el periodo evaluado. Lo anterior, a partir del consolidado obtenido del listado total de pacientes en vigilancia epidemiológica por uso de CUP disponible por el equipo del programa local de prevención y control de IAAS (la muestra será seleccionada por la jefatura del PCIAAS).

Si el número de pacientes en vigilancia con uso de CUP durante el año es inferior a 40 en cada uno de los servicios y/o unidades que realizan el procedimiento y comprometieron el indicador en el establecimiento de salud, se seleccionará al total de pacientes.

La evaluación de la correcta o no indicación y mantención del CUP será efectuada por auditoría médica del hospital o su unidad equivalente.

Para resguardar la imparcialidad del proceso, esta evaluación no deberá ser realizada por el equipo de IAAS del hospital ni por médicos/as pertenecientes a los servicios evaluados. En su lugar, podría considerarse solicitar formalmente la colaboración de la Auditoría Médica del Servicio de Salud correspondiente.

Exclusiones.

1. Servicios o unidades clínicas en las cuales no se identifiquen pacientes usuarios de CUP.
2. Servicios o unidades clínicas en los cuales los pacientes con CUP no se encuentren en vigilancia epidemiológica de IAAS de acuerdo con las instrucciones ministeriales vigentes (https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/09/Manual-vigilancia-de-IAAS-segunda-version-2023.pdf)

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación	N° de pacientes con Catéter urinario permanente que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales	Fuente Local	N/A

médica de acuerdo con las directrices institucionales locales	Total de pacientes con catéter urinario permanente	Fuente Local	N/A

Medios de Verificación

Informe elaborado por auditoría médica autorizado por el PCIAAS del hospital y la Dirección Técnica del hospital, que contenga el listado de los pacientes evaluados auditados y el porcentaje de cumplimiento de indicación médica de CUP de acuerdo con criterios institucionales locales.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención - DIGERA.

8. Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos.

Descripción del Indicador.

Este indicador mide el porcentaje de pacientes quirúrgicos hospitalizados en los que se evaluó su riesgo de desarrollar ETE.

Consideraciones Técnicas.

La evaluación de riesgo de ETE debe ser de acuerdo con lo establecido en protocolo local y debe estar consignado en la ficha clínica del paciente.

Aplica a pacientes quirúrgicos hospitalizados de cualquier servicio clínico de adultos.

Se debe hacer un estudio de prevalencia de manera trimestral de acuerdo con lo indicado en la norma vigente N° 005 sobre "Prevención Enfermedad Tromboembólica en Pacientes Quirúrgicos".

Exclusiones.

Para efectos de esta meta, se excluyen las Cirugías Mayores Ambulatorias y pacientes pediátricos.

Unidades Clínicas que no tengan pacientes quirúrgicos hospitalizados.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos	Número de pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE.	Fuente Local	N/A
	Número pacientes quirúrgicos hospitalizados.	Fuente Local	N/A

Medios de Verificación.

Informe consolidado de cumplimiento de protocolo de prevención de ETE, de acuerdo con lo señalado en la norma vigente N° 005 sobre "Prevención Enfermedad Tromboembólica en Pacientes Quirúrgicos".

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Gestión hospitalaria y Red de Urgencia - DIGERA.

9. Capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar (RCP).

Descripción del Indicador.

Este indicador mide la cobertura de profesionales 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.

Las actividades de capacitación 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 Ley 15.076, 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 Ley 15.076, 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
capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar (RCP)	Número de profesionales funcionarios/as con capacitación actualizada reanimación cardiopulmonar	SIRH	N/A
	Número total de profesionales funcionarios/as en dotación	SIRH	N/A

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con registro del personal en dotación individualizadas por número de RUN, contratada bajo Ley 15.076, 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 el propósito de facilitar la comprobación del cumplimiento del indicador.
Esta información se deberá remitir en dos oportunidades:

- El 30 octubre de 2026, con el detalle de capacitados en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP al mes de septiembre, con fin de monitoreo.

- El 29 de enero de 2027, con el detalle de capacitados en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP al mes de diciembre de 2026, con fin de evaluar el cumplimiento del indicador.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

10. Cobertura de profesionales funcionarios capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

Descripción del Indicador.

El indicador mide el porcentaje de profesionales funcionarios/as que cuentan con alguna capacitación en precauciones estándares aprobada durante los últimos 5 años.

Consideraciones Técnicas.

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.

Se contarán como vigentes las actividades de capacitación desarrolladas entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2026.

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 Ley 15.076, 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 Ley 15.076, en calidad jurídica: titular, contrata y suplente.

Exclusiones.

Sin exclusiones.

Fuente de información para cálculo del indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CELDA
Cobertura de profesionales funcionarios capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).	Número de profesionales funcionarios/as con curso de prevención y control IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años	SIRH	N/A
	Número total de profesionales funcionarios/as en dotación	SIRH	N/A

Medios de Verificación.

Base de datos (Excel) con registro del personal en dotación individualizadas por número de RUN, contratada bajo Ley 15.076, 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 prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), 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 el propósito de facilitar la comprobación del cumplimiento del indicador.
Esta información se deberá remitir en dos oportunidades:

- El 30 octubre de 2026, con el detalle de capacitados en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP al mes de septiembre, con fin de monitoreo.

- El 29 de enero de 2027, con el detalle de capacitados en actividades específicas de RCP o aquellas que dentro de sus contenidos tengan al menos un módulo de RCP al mes de diciembre de 2026, con fin de evaluar el cumplimiento del indicador.

Unidad o departamento responsable de la información del indicador

Departamento de Seguridad y Calidad en la Atención – DIGERA
Departamento de Formación, Capacitación, y Educación Continua – DIGEDEP

AUTORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

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

COLABORADORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua
Luis Echavarría Rocamora
Jessie Morales Quezada
Andrea Farías Caicedo

División de Gestión de la Red Asistencial.

Departamento de Análisis e Información para la Gestión
María Elena Campos
Felipe Ardiles Martínez
Marco Olea Rojas

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.
Roberto Araneda Ortega
Maureen Gold Semmler
Paulo Vilches González
Paola Arévalo Leal
Claudio Riutor Paz

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

Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.
José Luis Rojas Barraza
Carolina Oshiro Riveros

Ministerio de Salud

GES 20 años
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Ley 20.707

Subsecretaria de Redes Asistenciales
Departamento de Control de Gestión

Versión 1.0 diciembre 2025