




INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED 2022



**División de Presupuesto
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Dirección de Presupuesto
Ministerio de Hacienda
Año 2022**



AUTORES

División de Presupuesto.

Ricardo Martino Bassano.
Andrea Cocio Salas.
Carolina Esturillo Vivar.
Catalina Román Ahumada.

COLABORADORES

Departamento de Auditoria, Gabinete Ministerio de Salud.

Enrique Parra Ruiz.
Ana María Martínez Silva.

Departamento de Estadistas e Información de Salud, Subsecretaria de Salud Pública.

Pamela Suárez Ojeda.
Lorena Durán Caroca.

Gabinete, Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Departamento de Participación y Trato al Usuario.

Ángelo Valladares Contreras.
Marcela Poblete Rivera.
Frank Reimberg Navarro.

Departamento de Control de Gestión.

Maximiliano Córdova Alarcón.
Sebastián Cid Alvarado.

División de Presupuesto, Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Departamento de Eficiencia Hospitalaria.

Andrea Araya Villalón.
Javier Aguayo Villablanca.
Natalia Diaz Núñez.
Elsa Jiménez Albornoz.
Christopher Lui Mi.
Karen Quezada Pérez.
Alejandra Ramos Vega.

Departamento de Gestión Presupuestaria.

Andrea Caro Oberg.
Adolfo Beck Quintanilla.
Renato Valenzuela Arroyo.
Claudio Vallejos Herrera.

División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.**

Lisset Slaibe Carrasco.
Patricia Acevedo Loyola.
Anamari Avendaño Arechavala.
Felipe Ardiles Martínez.
María Elena Campos Alarcón.
Paula Cordero Queirolo.
Maureen Gold Semmler.
Carolina Isla Meneses.
Patricio Manríquez Arriagada.
Francisca Molina Pérez.
Leonardo Molina Fuentes.
Mabel Pinilla Villalobos.
Silvana Santander Azar.
Yeni Varas Meneses.
Paulo Vilches González.

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.

Mauro Orsini Brignole.
Pamela Flores Rojas.
Javiera Fuentes Contreras.
Carol Godoy Díaz.
Elisa González Arancibia.
Cristián Lara Román.
Mónica Pohlenz Acuña.
Marcela Quintanilla Reyes.
María del Carmen Sánchez González.

Departamento GES y Redes de Alta Complejidad.

Ana María Merello Molina.
Yonathan San Martín Vega.

Unidad de Coordinación de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Juan Eduardo Sánchez.
Sandra Mardones Carreño.
Carolina Oshiro Riveros.

Departamento de Odontología.

José Rosales Caniumil.
Romina Venturino Solar.

División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**Departamento de Calidad de Vida Laboral.**

Pablo Durán Valenzuela.

Juan Pablo Compas Torres.

Christian Igor González.

Departamento Planificación y Control de Gestión de RHS

Olga Correa Flores.

Rodrigo Castro Arriagada.

Susan Marín Lizama.

Departamento de Gestión de las Personas.

Verónica Marín Fernández.

Pamela Mundaca Muñoz.

División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**Departamento de Equipamiento Médico.**

Carla Sierra Fuentes.

Juan Álvarez Fernández.

Felipe Rojas León.

ÍNDICE

AUTORES.....	3
COLABORADORES.....	3
ÍNDICE.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
I. CONTEXTO.....	10
II. ANTECEDENTES.....	11
III. REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.....	12
IV. CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO.....	14
INDICADORES BALANCED SCORECARD AÑO 2022	
Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST (A.1.1).....	28
Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas (A.1_1.4).....	29
Variación del gasto en compra de servicios (A.1_2.3).....	30
Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente (A.1_2.4).....	31
Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios (A.1.3).....	32
Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República (A.1.4).....	33
Gestión de saldos en Cuentas Corrientes (A.1.5).....	34
Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA (A.3_1.1).....	35
Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del sistema de costos (A.3_1.2).....	36
Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS) (A.3_1.7).....	37
Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto (A.3_1.8).....	38
Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos (A.3_1.9).....	39
Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina (A.4_1.3).....	40
Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).....	41
Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables (B.3_1.1).....	42
Índice funcional (B.3_1.3).....	43
Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores) (B.3_1.4).....	44
Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados (B.3_1.5).....	45
Índice de Ocupación Dental (IOD) (B.3_1.6).....	46

Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).	47
Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.3).	48
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas (B.4_1.4).	49
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas (B.4_1.5).	50
Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas (C.3.1).	51
Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red (C.4_1.1).	52
Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad (C.4_1.2).	53
Variación del promedio de días de espera para Intervención Quirúrgica (C.4_1.3).	54
Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad Odontológica (C.4_1.4).	55
Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2).	56
Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria (C.4_3.1).	57
Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica (C.4_3.4).	58
Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria (C.4_3.5).	59
Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2).	60
Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales (D.3.2).	61
Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).	62
Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría (D.3_2.2).	63
Porcentaje de despacho de receta total y oportuno (D.4_1.2).	64
Porcentaje de satisfacción usuaria (D.4_1.4).	65
Porcentaje de reingresos urgentes de pacientes antes de 7 días (D.4_1.6).	66
Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos (D.4_1.7).	67

ANEXOS.

Anexo N°01. Documento de apoyo Planilla de Saldos en Cuentas Corrientes.	68
Anexo N°02. Documentos Tributarios Electrónicos (DTE).	70
Anexo N°03. Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos.	71
Anexo N°04. Documento de apoyo Planilla de Generación REAS.	76
Anexo N°05. Documento de apoyo indicador Porcentaje de ejecución del Plan Anual de Mantenimiento preventivo y ejecución del gasto (A.3_1.8).	77
Anexo N°06. Listado de medicamentos excluidos de la medición del indicador.	81

Anexo N°07. Documento de apoyo al indicador Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).	82
Anexo N°08. Definiciones para determinar numerador y denominador de indicador Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).	85
Anexo N°09. Orientaciones Proceso de Notificación y pesquisa de Posibles/potenciales Donantes de Órganos (C.3.1).	86
Anexo N°10. Definiciones GES.	98
Anexo N°11. Definiciones del Consejo Consultivo de los Usuarios – Extracto D.S. N° 38 de 2005.	100
Anexo N°12. Definiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	101
Anexo N°13. Documento de apoyo para el indicador Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2).	103
Anexo N°14. Pauta e información de componente de Registros estadísticos.	105
Anexo N°15. Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).	109
Anexo N°16. Pauta de chequeo para evaluación anual del indicador Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, Producto de una Auditoría (D.3_2.2).	113
Anexo N°17. Instructivo Encuesta de Satisfacción Usuaría (D.4_1.4).	115
Anexo N°18. Documento de Apoyo Oportunidad y Calidad de la Respuesta a los Reclamos (D.4_1.7).	119

INTRODUCCIÓN

La Ley N°19.937, sobre Autoridad Sanitaria, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades a los Directores de éstos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

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

Un establecimiento autogestionado, es un órgano desconcentrado del correspondiente Servicio de Salud y tiene atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece a la red. No obstante, es importante mencionar que los productos que genera (prestaciones de salud), son fijados por el Director del Servicio de Salud correspondiente, quien los define de acuerdo con las necesidades de la población a cargo. Dicho de otra manera, no es el hospital quien determina su cartera de servicio, lo que explica que no sea un organismo autónomo.

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

Fundamentalmente, las exigencias impuestas a los hospitales pretenden comprobar si han alcanzado los resultados esperados definidos desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales en sus lineamientos estratégicos.

Desde el año 2011, se cuenta con un instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red, basado en la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI), la que se destaca por ser una herramienta de control de gestión que ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia a términos operativos, para ello recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad.

La versión 2022 del instrumento de evaluación contiene 40 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

Dichos indicadores, dan cuenta de todas las estrategias que se desean impulsar en estos hospitales: (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión asistencial en red y (4) Calidad de la atención. De esta manera, el instrumento constituye una efectiva herramienta de gestión a nivel hospitalario y, en consecuencia, de la red de salud.

Es importante mencionar, que su aplicación contempla mediciones mensuales y una evaluación anual, a fin de favorecer la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores.

I. CONTEXTO.

Basados en la misión institucional de MINSAL que es “Regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital”, y de las definiciones estratégicas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo 2019-2022.

- Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.
- Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.
- Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.
- Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y hospitalario de los Servicios de Salud, mediante el Plan Nacional de Inversiones y la implementación de iniciativas digitales que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud mental y tecnologías con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y satisfacción de nuestros usuarios.
- Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad.

Para el año 2022 se mantiene el enfoque en indicadores de resultados y se incorpora el concepto de segmentación de metas en algunas mediciones, según cartera de servicios (institutos de especialidad, pediátricos, hospital general) y según cada realidad local (línea base). Considerando, además un escenario aún marcado por los efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19, que impactó de gran manera en los periodos 2020 y 2021 a los principales procesos (clínicos, logísticos, financieros y de recursos humanos) de los establecimientos de la red asistencial.

II. ANTECEDENTES.

El presente “Instrumento Técnico de evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red”, tal y como lo señala el art. N°17 del D.S. N°38 de 2005, ha sido elaborado de manera conjunta por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

Este cumple con la finalidad de:

- Evaluar anualmente a los Establecimientos EAR, determinando su nivel de cumplimiento.
- Evaluar la obtención de la calidad de autogestión en red a nuevos establecimientos de alta complejidad.
- Ser una herramienta de control estratégico de los procesos claves de un establecimiento de alta complejidad.

El marco de formulación del presente instrumento es:

Marco Referencial	Objetivos Estratégicos Sub-Secretaría de Redes Asistenciales Formulario A1	Plan de Gobierno Periodo 2019-2022		
Marco Metodológico	Balanced Scorecard (Kaplan y Norton)			
	Perspectiva Usuarios	Perspectiva Procesos Internos	Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	Perspectiva Financiera

III. REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.

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

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

A su vez, según los Artículos 16 y 18 siguientes, del Decreto N°38 de 2005, serán exigibles de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud en el proceso de evaluación anual.

Los requisitos mínimos que se deben cumplir los Establecimientos Autogestionados en el articulado son los siguientes:

Artículo N°16 del D.S. N°38 de 2005.

Los requisitos mínimos que se deben cumplir los Establecimientos Autogestionados son los siguientes:

- a) Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones que establece el artículo 18 de este Reglamento, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento al Director de Servicio correspondiente.
- b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento que Establece el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.
- c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual deberá considerar, algunas de las siguientes temáticas: Gestión clínica; Gestión administrativa; Gestión

financiera-contable-presupuestaria; Gestión de las Personas; Auditoría; Satisfacción usuaria y Participación; y Sistemas de planificación y control de gestión.

- d) Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.
- e) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.
- f) Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.
- g) Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.
- h) Tener implementado, de acuerdo con su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N°18.469, procedimientos de cobro y recaudación de ingresos.
- i) Contar con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Los Comités mínimos con los que debe contar un EAR son: Capacitación; Ética clínica; Fármacos; Adquisiciones; Consejo Técnico y Comité Directivo.

Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.
- j) Deberá existir en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

Artículo N°18 del D.S. N°38 de 2005.

Los Establecimientos Autogestionados, como parte de la Red Asistencial, deberán:

- a) Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo con el marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.
- b) Atender beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio respectivo, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes.
- c) Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.
- d) Entregar la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo con sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.
- e) Contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.

- f) Dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.
- g) Efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

IV. CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO.

4.1. Aspectos Generales.

Para establecer un sistema de control eficaz en una organización, hay que definir los requerimientos, características y madurez de la organización, lo que hará que un tipo de Sistema de Control de Gestión sea más adecuado o pertinente a la realidad que nos enfrentamos. Es así como Kaplan y Norton, diseñan “El Cuadro de Mando Integral”, como una herramienta de control de gestión que ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia en términos operativos. También es visto, como un sistema de gestión estratégica, puesto que implica establecer plazos a los objetivos, facilitando los procesos de gestión definidos tales como: aclarar y traducir o transformar la visión y estrategia; comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos; planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas; y aumentar el feedback y formación estratégica.

El cuadro de mando integral se funda en la relación causa-efecto que contribuye a poder plasmar la estrategia de la organización, lograr objetivos y establecer indicadores de gestión, facilitando el diseño de un marco normativo o estructura organizacional. Facilita la toma de decisiones, generando un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad. La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar la tarea, alineando a los equipos directivos, unidades, recursos y procesos, con las estrategias de la organización.

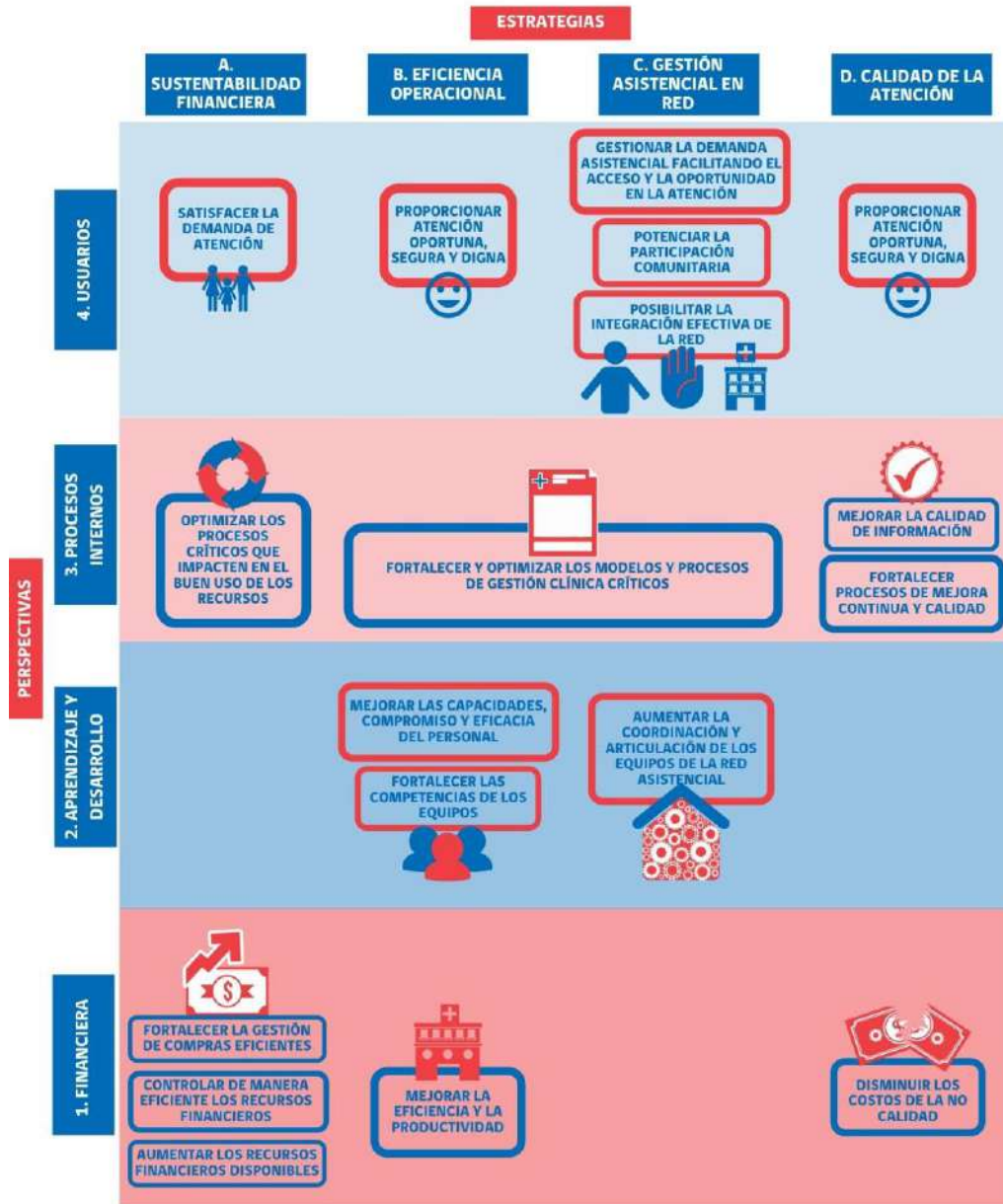
4.2. Mapa Estratégico.

El presente instrumento de evaluación, construido sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, adecuada a una organización pública, se proyecta desde un mapa estratégico, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución (ver figura 1).

El Mapa Estratégico es una herramienta que ayuda a explicar visualmente la estrategia de la organización a través de la conexión de los distintos objetivos e indicadores en relaciones de causa-efecto y agrupados según la perspectiva que aborda cada objetivo. Las cuatro perspectivas abordadas y en las cuáles se utilizó como marco para visualizar la estrategia son: Usuarios, Procesos Internos, Aprendizaje y Desarrollo, y Financiera.

La aplicación del mapa estratégico en el sector público exige únicamente introducir determinados cambios conceptuales en el modelo original (Kaplan y Norton, 2002; Niven 2003), manteniendo sus cuatro perspectivas, adaptando sus contenidos a la realidad de las organizaciones públicas y alterando circunstancialmente las relaciones de causa y efecto entre dichas perspectivas.

Figura 1. Mapa Estratégico¹.



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

¹ Fuente: Elaboración equipo redactor.

ubicación en la matriz del objetivo.

La numeración es la siguiente:

Numeración 1º. Nivel Tema Estratégico.

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

Numeración 2º. Nivel Perspectiva.

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

Numeración 3º. Nivel Objetivos Específicos y Ubicación en Mapa Estratégico.

- A.4 Satisfacer la demanda de atención.
- B.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- C.4 Potenciar la participación comunitaria.
- C.4 Posibilitar la integración efectiva de la Red.
- D.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- A.3 Optimizar los procesos críticos que impacte en el buen uso de los recursos.
- B.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.
- C.4 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.
- D.3 Mejorar la calidad de información.
- B.2 Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.
- C.2 Aumentar la coordinación y articulación de los equipos de la red asistencial.
- D.3 Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.
- A.1 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.
- A.1 Aumentar los recursos financieros disponibles.
- A.1 Fortalecer la gestión de compras eficiente.
- B.1 Mejorar la eficiencia y la productividad.
- C.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.
- D.1 Disminuir los costos de la no calidad.
- B.2 Fortalecer las competencias de los equipos.

Numeración 4. Nivel Numeración de Indicadores.

- A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST.

- A.1_1.4 Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.
- A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.
- A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- A.1.3 Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios.
- A.1.4 Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República.
- A.1.5 Gestión de saldos en Cuentas Corrientes.
- A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.
- A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del Sistema de Costos.
- A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS).
- A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto.
- A.3_1.9 Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos.
- A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina.
- B.2.3 Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.
- B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.
- B.3_1.3 Índice funcional.
- B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores).
- B.3_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados.
- B.3_1.6 Índice de Ocupación Dental (IOD).
- B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.
- B.4_1.3 Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.
- B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.
- B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.
- C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.
- C.4_1.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad.
- C.4_1.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.

- C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.
- C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.
- C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria.
- C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.
- C.4_3.5 Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria.
- D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS).
- D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de consistencia de registros estadísticos mensuales.
- D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención.
- D.3_2.2 Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.
- D.4_1.2 Porcentaje de despacho de receta total y oportuno.
- D.4_1.4 Porcentaje de satisfacción usuaria.
- D.4_1.6 Porcentaje de reingresos urgentes de paciente antes de 7 días.
- D.4_1.7 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.

En total la matriz incorpora 40 indicadores, los cuales se organizan de acuerdo con lo representado en la tabla 1. En el Figura 2, se aprecia la distribución de indicadores.

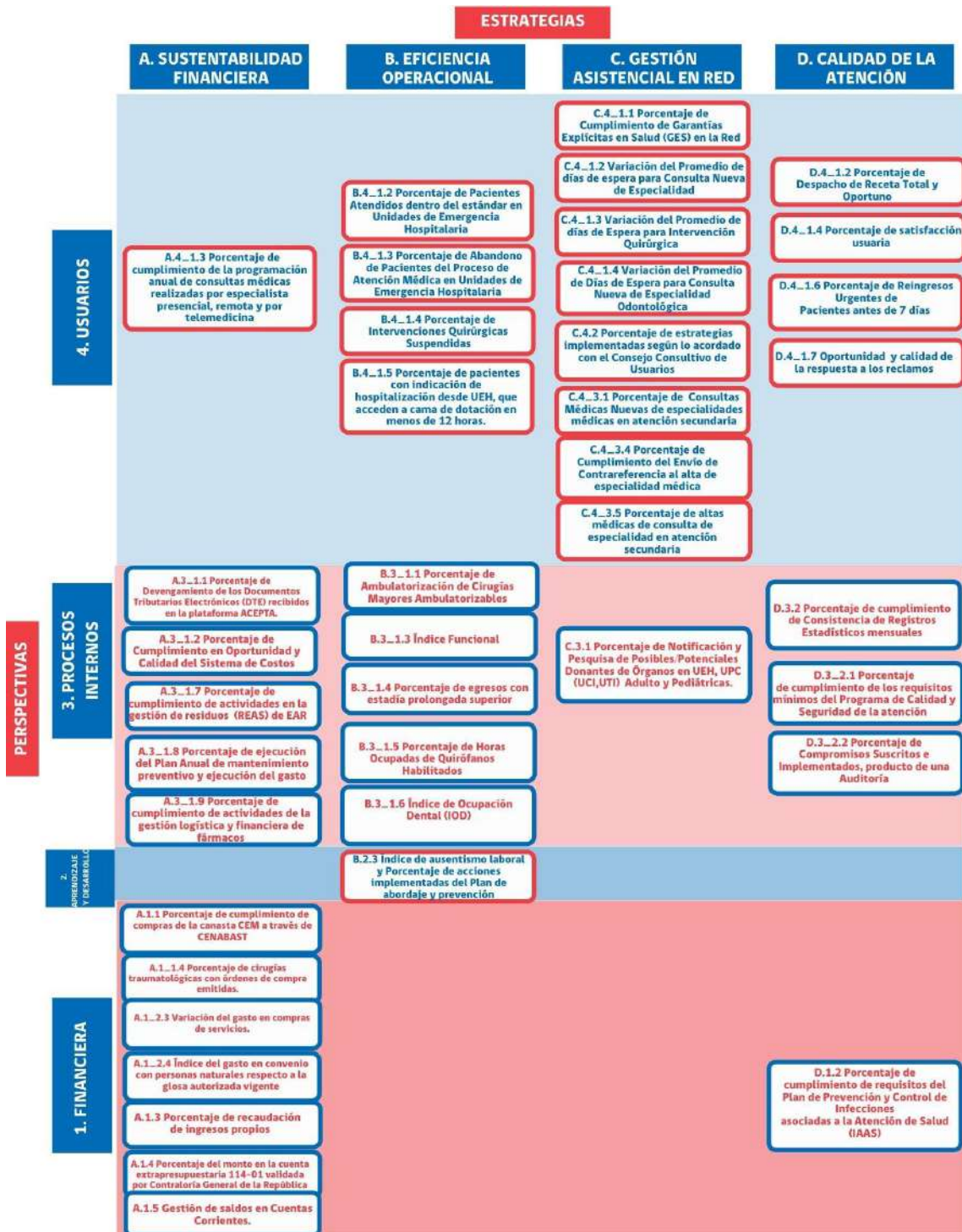
Tabla 1. Número total de indicadores por perspectivas².

Balanced Scorecard Hospitalario	Temas Estratégicos				Total Indicadores
	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	
Perspectiva Usuario	1	4	8	4	17
Perspectiva Procesos Internos	5	5	1	3	14
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	7	0	0	1	8
Total	13	10	9	8	40

Cada uno de los indicadores fue descrito en una ficha técnica, en la cual se detallan los aspectos a considerar en la medición, como: descripción, responsable, fuente del dato, fórmula de cálculo, meta, entre otros. Un elemento importante de destacar es la incorporación de iniciativas, las cuales, de ser implementadas, facilitarían el cumplimiento de la meta, así mismo, el establecimiento puede realizar más iniciativas que considere pertinente.

² Fuente: Elaboración equipo redactor.

Figura 2. Mapa de los indicadores BSC³.



³ Fuente: Elaboración equipo redactor.

4.3. Relación del BSC con los requisitos para obtener la calidad de EAR.

La relación que existe entre el BSC hospitalario y los requisitos que la Ley y el Reglamento exigen para los Establecimientos Autogestionados en Red, se ilustran en la figura 2 y 3.

Tabla 2. Relación del BSC con los requisitos de EAR – Art. 16.

Artículo 16 D.S. N°38 de 2005	Relación con el BSC
<p>Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumple con las obligaciones establecidas.</p>	<p>C.4_3.1 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria. C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica. C.4_3.5 Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria.</p>
<p>Art. 16b.- Está registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el Establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.</p>	<p>D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del programa de calidad y seguridad de la atención.</p>
<p>Art. 16c.- Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual deberá considerar, a lo menos, las siguientes temáticas: Gestión clínica; Gestión administrativa; Gestión financiera-contable-presupuestaria; Gestión de las Personas; Auditoría; Satisfacción usuaria y Participación; y Sistemas de planificación y control de gestión.</p>	
<p>Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.</p>	
<p>Art. 16e.- Mantiene el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.</p>	<p>A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.</p>

Artículo 16 D.S. N°38	Relación con el BSC
<p>Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.</p>	<p>A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del Sistema de Costos. D.4_1.4 Porcentaje de satisfacción usuaria.</p>
<p>Art. 16g.- Cumple con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.</p>	<p>C.4_1.1 Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.</p>
<p>Art. 16h.- Tiene implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N°18.469, procedimientos de cobro.</p>	<p>A.1.3 Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios.</p>
<p>Art. 16i.- Cuenta con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.</p>	
<p>Art. 16j.- Existe en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.</p>	

Tabla 3. Relación del BSC con los Requisitos para Obtener la Calidad de EAR - Art. 18.

Artículo 18 D.S. N°38 de 2005	Relación con el BSC
Art. 18a.- Desarrolla el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.	
Art. 18b.- Atiende beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°16.744, que hayan sido referidos por alguno de los Establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.	
Art. 18c.- Mantiene sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.	
Art. 18d.- Entrega la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo con sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los Establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.	D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de consistencia de registros estadísticos mensuales.
Art. 18e.- Cuenta con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumple con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.	C.4_1.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica. C.4_1.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad. C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.
Art. 18f.- Da cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.	
Art. 18g.- Efectúa auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.	

4.4. Sistema de Cálculo de Puntaje y Resultados.

El monitoreo de los indicadores de este instrumento será mensual, permitiendo así, verificar de manera oportuna para los equipos directivos, el cumplimiento de los requisitos establecidos en la legislación vigente para la autogestión en red.

4.4.1. Metodología de Cálculo.

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

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

Ejemplo de tabla de sensibilidad: Cumplimiento según un estándar exigido.

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento
0	$X < 95,00\%$
1	$95,00\% \leq X < 96,68\%$
2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$
3	$98,34\% \leq X < 100,00\%$
4	$X = 100,00\%$

- **Cumplimiento según comparación con línea base y estándar exigido:** Existen indicadores que tienen dos posibilidades de alcanzar el puntaje, una está relacionada con el cumplimiento del estándar exigido y la otra con la comparación con la línea base del año anterior (ver ejemplo), ya sea de aumento o reducción de esta. El sistema otorgará el puntaje según la primera condición que se cumpla.

Ejemplo de tabla de sensibilidad: Cumplimiento según línea base o umbral exigido.

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento	Para hospitales con LB > 6,1% Reducción p.p.
0	$X > 6,7\%$	$X < 0,4$ p.p.
1	$6,3\% < X \leq 6,7\%$	$0,6$ p.p. < $X \leq 0,4$ p.p.
2	$5,8\% < X \leq 6,3\%$	$0,8$ p.p. < $X \leq 0,6$ p.p.
3	$5,2\% < X \leq 5,8\%$	$1,0$ p.p. < $X \leq 0,8$ p.p.
4	$X \leq 5,2\%$	$X \geq 1,0$ p.p.

- **Cumplimiento de indicadores con trazadoras:** los indicadores que se componen de sub-indicadores en este instrumento se denominan Trazadoras, en algunos casos además pueden tener distintas metas que cumplir y/o distintas ponderaciones en la fórmula de cálculo.
 - **Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas únicas:** Serán evaluadas por el puntaje obtenido por cada trazadora y se promedian para el puntaje final del indicador.

Ejemplo tabla de sensibilidad con trazadoras y metas únicas:

Cumplimiento según trazadoras.

Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST (A.1.1).

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 1	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 2
0	$X < 65,0\%$	$X < 65,0\%$
1	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
3	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$	$X \geq 80,0\%$

50% del puntaje para trazadora 1: Monto de medicamentos comprados de CEM a través de CENABAST.
50% del puntaje para trazadora 2: Cantidad de medicamentos comprados de CEM a través de CENABAST

Ejemplo del puntaje a obtener: En la trazadora 1 obtiene 4 puntos y en la trazadora 2 seleccionada obtiene 2 puntos. El puntaje final del indicador será el promedio de 4 y 2, que sería 3 puntos.

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

Puntuación	Porcentaje de Compromisos Suscritos	Porcentaje Implementación Compromisos (1 a 30 compromisos/año)	Porcentaje Implementación Compromisos (31 a 70 compromisos/año)	Porcentaje Implementación Compromisos (mayor a 70 compromisos/año)
0	$X < 75,0\%$	$X < 75\%$	$X < 65\%$	$X < 55\%$
1	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$75\% \leq X < 80\%$	$65\% \leq X < 70\%$	$55\% \leq X < 60\%$
2	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	$80\% \leq X < 85\%$	$70\% \leq X < 75\%$	$60\% \leq X < 65\%$
3	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	$85\% \leq X < 90\%$	$75\% \leq X < 80\%$	$65\% \leq X < 70\%$
4	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 90\%$	$X \geq 80\%$	$X \geq 70\%$

Ejemplo tabla de sensibilidad con trazadoras y metas diferentes:

Cumplimiento según trazadoras. Caso con distintas metas a cumplir en cada trazadora.

Ejemplo del puntaje a obtener: En la trazadora 1 (porcentaje de compromisos suscritos) obtiene 2 puntos y en la trazadora 2 seleccionada (porcentaje de implementación de compromisos de 1 a 30) obtiene 4 puntos. El puntaje final del indicador será el promedio de 2 y 4, que sería 3 puntos.

- **Cumplimiento de indicadores con trazadoras con ponderación diferente en el puntaje y meta diferente:** existen además trazadoras que tienen ponderaciones distintas las cuales tienen metas diferentes. El cálculo del puntaje final se pondera según lo definido en la fórmula.

Ejemplo tabla de sensibilidad Cumplimiento según trazadoras con ponderación diferente en el puntaje y meta diferente.

Puntaje 35%: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 7 en el período de evaluación t/ Devengo de ingresos propios subtítulo 7 en el período de evaluación t) x 100

Puntaje 35%: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 8 en el período de evaluación t/ Devengo de ingresos propios subtítulo 8 en el período de evaluación t) x 100

Puntaje 30%: [(Recaudación Subtítulo 12 año t - Recaudación Subtítulo 12 año t-1) / Recaudación Subtítulo 12 año t-1] x 100

Ejemplo del puntaje a obtener:

Para este indicador las trazadoras tienen metas diferentes. En la primera meta, supongamos que cumple con 3 puntos, la segunda meta obtiene 3 puntos y la tercera meta obtiene 2 puntos.

El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

$$35\% \times 3 \text{ puntos} = 1,05$$

$$35\% \times 3 \text{ puntos} = 1,05$$

$$30\% \times 2 \text{ puntos} = 0,6$$

Suma de los ponderadores es igual a 2,7 (en los casos que el promedio tenga decimales se aproxima al número entero más próximo), lo que equivale a obtener 3 puntos en el indicador.

- **Resultados y Puntaje Total obtenido en el BSC:** La sumatoria de los puntajes obtenidos en cada indicador determinará el resultado final de la evaluación. El puntaje máximo por obtener será 160 puntos. Se dará por aprobado aquel establecimiento que obtenga 120 puntos (75%) o más del BSC, y que además cumple con el 100% los requisitos del artículo 16 y 18 del D.S. N° 38 de 2005.

En aquellos establecimientos en que no aplican uno o más indicadores, se considerará la exigencia del BSC como 75% de la totalidad del puntaje máximo a obtener en los indicadores que le fueron aplicados.

4.4.2 Consideraciones Finales.

- La variable “X” que se aprecia en las tablas de sensibilidad de los indicadores, se identifica como el resultado que se obtiene de aplicar la fórmula descrita en cada ficha y que se ubica – según su valor – entre los puntajes definidos en las tablas de sensibilidad.
- Para una correcta lectura de los rangos de cumplimiento, el lector debe posicionarse en la “X” como punto de referencia y relacionar a su derecha e izquierda los límites del rango. Por ejemplo, si se tiene el rango $85,0\% \leq X < 90,0\%$ que entrega 3 puntos, se asignarán 3 puntos como puntaje de cumplimiento si el resultado “X” (variable de comparación) del indicador es mayor o igual a 85,0% o menor a 90,0%.
- Es importante considerar el **número de decimales** que se describen en cada tabla de sensibilidad, ya que es lo que aplicará en el puntaje aplicado.
- La línea base de los indicadores, debe construirse de acuerdo con lo señalado en la ficha técnica del indicador. Existen indicadores que para su cálculo no requieren línea base.
- Los establecimientos que no les aplica uno o varios indicadores, deben ingresar en SIS-Q no aplica anual.
- En aquellos indicadores en que no les aplique un mes, deben ingresar en SIS-Q no aplica mensual para que considere el resultado acumulado.
- Es importante señalar que hay indicadores que deben cumplir con requisitos adicionales para dar cumplimiento. El no cumplimiento de estos requisitos adicionales, será descontado del puntaje de la evaluación anual, según corresponda y esté descrito en las fichas técnicas.
- Existen algunos indicadores que requieren el ingreso de valores acumulados en SIS-Q
- Para efectos de monitoreo mensual, una vez que el SIS-Q esté activo, deben ingresar sus datos de manera mensual con corte los 30 de cada mes (en caso de día inhábil el cierre será el día hábil siguiente o en caso de alguna contingencia informada por MINSAL).
- En caso de excluir de la evaluación algún indicador debe ser autorizado por la SSRA. Sin embargo, los indicadores deben seguir midiéndose para su monitoreo.
- Aquellos Establecimientos Autogestionados que no aprueben la evaluación anual deberán presentar un plan de ajuste y contingencia de acuerdo a la metodología anual instruida por el equipo EAR MINSAL. La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño, por parte del Director del establecimiento Autogestionado en Red, el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el sólo ministerio de la Ley.

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



INDICADORES BALANCED SCORECARD AÑO 2022



Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST (A.1.1).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo específico: Fortalecer la gestión de compras eficientes.	
	Objetivo indicador: Incrementar las compras a través de CENABAST, para reducir los gastos en productos farmacéuticos.	
<p>Descripción: Este es un indicador compuesto que mide dos trazadoras, la primera mide la cantidad y la segunda mide el monto de las compras de la canasta esencial de medicamentos (CEM), prestablecida para el 2022, a través de la intermediación de CENABAST.</p> <p>Cuando alguna condición de intermediación no se cumpla, los establecimientos podrán mensualmente solicitar ajustes a su indicador por causales o factores (asistencial, comercial y/o urgencia), a través de la plataforma informática SICEM (https://aplicacionesweb.cenabast.cl/inicio.asp), según calendario publicado e informado. El ajuste puede ser aceptado o rechazado, dependerá de la revisión por parte de MINSAL, quien verificará que los antecedentes aportados cumplan con los criterios establecidos en el “Instructivo Proceso de evaluación Indicador (A.1.1): Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM”, publicado en la plataforma.</p> <p>La Unidad de Farmacia debe supervisar la trazabilidad del proceso de programación, adquisición, resguardo y dispensación de los fármacos, en coordinación con las otras áreas del establecimiento que intervienen en el proceso de compra, recepción y distribución interna. Por otra parte, la Unidad de Abastecimiento es responsable de apoyar el proceso logístico asociado a la adquisición de los productos farmacéuticos. Ambas unidades coordinadas deben reportar a la Subdirección Administrativa del establecimiento los resultados de este indicador.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>50% del puntaje trazadora 1: (Monto de medicamentos comprados de CEM a través de CENABAST/ Monto total de compras de medicamentos de la CEM) x 100.</p> <p>50% del puntaje trazadora 2: (Cantidad de medicamentos comprados de CEM a través de CENABAST/ Cantidad total de compras de medicamentos de la CEM) x 100.</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: Resultado SICEM extraído de la página https://www.cenabast.cl/medicion-de-participacion-en-canasta-esencial-de-medicamentos-cem/ .		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80,0\%$ para trazadora 1 “Monto”; $\geq 80,0\%$ para trazadora 2 “Cantidad”.	
Razonamiento meta: Fortalecer las compras eficientes en torno al abastecimiento de fármacos y generar ahorros mediante la adquisición a grandes volúmenes.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Garantizar la implementación y actualización de los procesos que resguarden adecuadamente la compra de fármacos ya sea vía intermediación cuando estos estén disponibles en la canasta CEM u otros mecanismos disponibles en Mercado Público cuando la intermediación no sea viable. Desarrollar e implementar planes de mejora respecto del proceso de gestión logística de fármacos relacionados con la Canasta CEM. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 1 Monto	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 2 Cantidad
0	$X < 65,0\%$	$X < 65,0\%$
1	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
3	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$	$X \geq 80,0\%$

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas (A.1_1.4).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Fortalecer la gestión de compras eficiente.	
	Objetivo indicador: Emitir la(s) orden(es) de compra por cada acto quirúrgico realizada en el área traumatológica.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cirugías traumatológicas seleccionadas para la medición que cuenten con una orden de compra emitida, en el periodo de evaluación.</p> <p>Para este año se considerará sólo las cirugías traumatológicas que utilicen productos quirúrgicos en modalidad de consignación éstas son: cadera, rodilla y columna.</p> <p>Para el cumplimiento del indicador es importante utilizar la “Guía general para el proceso de compra para productos quirúrgicos en modalidad de consignación”, enviada por el Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto.</p>		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de cirugías traumatológicas de cadera, rodilla y columna que utilicen productos quirúrgicos en modalidad de consignación realizadas que cuentan con una orden de compra emitida en el periodo de evaluación / Número de cirugías traumatológicas de cadera, rodilla y columna que utilicen productos quirúrgicos en modalidad de consignación realizadas) x 100.</p> <p>-Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: Reporte enviado por el establecimiento de las órdenes de compras emitidas con el cruce de las cirugías traumatológicas de cadera, rodilla y columna, realizadas en el periodo.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: El emitir oportunamente las órdenes de compra, una vez recibida la recepción conforme de cada cirugía realizada en el establecimiento, contribuye a entregar información del gasto a ejecutar para la toma de decisiones financieras en el establecimiento. Además, permite optimizar los tiempos de emisión de las órdenes de compra.</p> <p>Para el cumplimiento de este indicador por parte de los establecimientos que realizan cirugías traumatológicas, los directivos, jefaturas y el equipo encargado deberán mantener procesos acordes para velar por un oportuno y adecuado registro de cirugías de prótesis e implantes de cadera, rodilla y columna, y posterior validación de esta información para la emisión de la orden de compra respectiva.</p>		
Iniciativas:	1. Definir y establecer procesos sobre compra de implantes y prótesis para cirugías traumatológicas, en consignación.	
	2. Utilizar la “Guía general para el proceso de compra para productos quirúrgicos en modalidad de consignación” para llevar a cabo el proceso de manera oportuna.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
2	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
3	$90,0\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

Perspectiva: Financiera	Nombre indicador: Variación del gasto en compra de servicios (A.1_2.3).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	
	Objetivo indicador: Controlar de manera eficiente la compra de prestaciones de servicios.	
<p>Descripción: Este indicador mide la variación del gasto en el uso de los recursos respecto de la compra de servicios en comparación al periodo 2019, del subtítulo 22-12-999, incluyendo sólo las siguientes sub-asignaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22.12.999.001 Compra De Servicios Médicos De Diálisis. • 22.12.999.002 Compra de Exámenes y de Procedimientos. • 22.12.999.003 Compra Intervenciones Quirúrgicas. • 22.12.999.004 Compra De Atención De Urgencia. • 22.12.999.006 Colocación. • 22.12.999.007 Colocación De Embarazadas De Alto Riesgo. • 22.12.999.008 Colocación Adulto Mayor Riesgo. • 22.12.999.010 Pasaje Y Traslados De Pacientes. • 22.12.999.014 Otras Compras De Servicios Y Convenios. • 22.12.999.015 Gastos Pueblos Indígenas. • 22.12.999.016 Compra De Consultas. • 22.12.999.018 Otros. • 22.12.999.020 Programa Adulto Mayor Canastas Dentales. • 22.12.999.021 Servicios de Radioterapia. • 22.12.999.022 Colocación Pacientes con Enfermedades Mentales. <p>Cabe señalar que los valores del año 2019 deben ser reajustados a valor presente. Se exigirá que el gasto total de compra de servicios no sobrepase el 20% del gasto total del subtítulo 22, lo anterior, será monitoreado mensualmente por la División de Presupuestos de MINSAL. En la evaluación final, el Servicio de Salud podrá presentar los respaldos correspondientes para no ser consideradas las compras de Servicio que fueron imputadas en la unidad demandante de SIGFE COVID-19 y/o por programas específicos Ministeriales definidos en que su ejecución sea a través de este subtítulo, e identificándose en una unidad demandante ad hoc.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: $\left(\frac{\text{Gasto en compra de servicios de las sub-asignaciones señaladas periodo t} - \text{Gasto en compra de servicios de las sub-asignaciones señaladas periodo t-3}}{\text{Gasto en compras servicio de las sub-asignaciones señaladas periodo t-3}} \right) \times 100$ -Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: SIGFE.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2019.	Meta: $\leq 0,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: El uso eficiente de los recursos propios del establecimiento y su programación son esenciales, por lo que la gestión de las compras de Servicio solo debiese ser utilizadas cuando no existan los recursos humanos ni los recursos propios.</p>		
Iniciativas:	1. Incluir las compras de servicios en los planes de compra del establecimiento.	
	2. Seguimiento y control mensual de las compras de servicios.	
	3. Control de la sub-asignación "Otros".	

Puntuación	Porcentaje de variación
0	$X > 3,0\%$
1	$2,0\% < X \leq 3,0\%$
2	$1,0\% < X \leq 2,0\%$
3	$0,0\% < X \leq 1,0\%$
4	$X \leq 0,0\%$

Perspectiva: Financiera	Nombre indicador: Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente (A.1_2.4).	Responsable: Subdirector (a) de Gestión de las Personas.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	
	Objetivo indicador: Ajustar el gasto en Honorarios Médicos y No Médicos al Marco Presupuestario Autorizado.	
Descripción: Este indicador cuantifica el ajuste del gasto en Honorarios Médicos y No Médicos del periodo a la glosa vigente respectiva. Para efectos de la evaluación, se comparará mensualmente el gasto total de honorarios médicos y no médicos con la glosa vigente o en trámite, respectivamente. 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.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
Fórmula: $\frac{[(\text{Gasto en convenio con personas naturales no médico} + \text{Gasto en convenio con personas naturales médicos}) / (\text{Glosa convenio con personas naturales no médico} + \text{Glosa convenio con personas naturales médico})]}{1}$ - Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales y el total de las glosas.		
Fuente de datos: SIGFE.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 1,00$.	
Razonamiento meta: Se espera que el equipo directivo del establecimiento gestione el gasto en convenios con personas naturales, ajustándolo a la glosa vigente respectiva. Respecto del traspaso de Honorarios a la Contrata, se enfatiza que no se debe reponer el gasto en honorarios por este concepto.		
Iniciativas:	1. Identificar el gasto en convenio con personas naturales que son ejecutados a través de programas reconocidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el gasto en convenio con personas naturales que tienen como origen otras iniciativas no autorizadas.	
	2. Identificar el gasto en convenio con personas naturales que cuentan con financiamiento y aquellos que no lo tienen, priorizando la disminución de estos últimos.	
	3. Monitoreo y contención mensual del sobregasto de Honorarios.	
	4. Establecer políticas internas y planes para contener y disminuir el gasto de honorarios, ajustándose a la normativa vigente (Oficio Circular N°78 del año 2002, del Ministerio de Hacienda).	
	5. Establecer un procedimiento de ingreso de información de Honorarios a sistema SIRH.	

Puntuación	Escala de cumplimiento
0	$X > 1,04$
1	$1,02 < X \leq 1,04$
2	$1,01 < X \leq 1,02$
3	$1,00 < X \leq 1,01$
4	$X \leq 1,00$

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios (A.1.3).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Aumentar los recursos financieros disponibles.	
	Objetivo indicador: Aumentar los márgenes de recaudación de los ingresos propios.	
<p>Descripción: Este indicador mide tres trazadoras, la primera mide la recaudación del subtítulo 7 respecto al devengado, la segunda del subtítulo 8 respecto al devengado, y la última mide la recaudación del subtítulo 12 con respecto al año anterior.</p> <p>Es importante señalar que la recaudación de los ingresos propios, deben ser consignados en los ingresos de operación y en otros ingresos corrientes (Subtítulos 07, 08 y 12).</p> <p>Se excluye de la medición del indicador subtítulo 08-01-002-001.</p> <p>Respecto al subtítulo 12, sólo se excluirá el monto relativo a COMPIN, para ello debe presentar análisis de cuentas, en el cual tenga definido el monto pendiente que tiene la COMPIN por pagar. En caso de que el establecimiento haya acreditado incobrabilidad por parte del Ministerio de Hacienda, obtendrá el máximo puntaje en esta trazadora.</p> <p>Además, los establecimientos deben cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener en funcionamiento una unidad de cobro y/o recaudación de ingresos propios, formalizada a través de una resolución y/o referente con funciones asignadas por resolución, con su respectivo manual de funcionamiento, alineado al plan de desarrollo estratégico del establecimiento. <p>Enviar a la División de Presupuesto SSRA, su incobrabilidad en base al procedimiento estipulado en Ord N°2366 del 2012 y el Ord N°811 del 2019.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>35% del puntaje trazadora 1: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 7 en el período/ Devengo de ingresos propios subtítulo 7 en el período) x 100.</p> <p>35% del puntaje trazadora 2: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 8 en el período/ Devengo de ingresos propios subtítulo 8 en el período) x 100.</p> <p>30% del puntaje trazadora 3: [(Recaudación Subtítulo 12 año t - Recaudación Subtítulo 12 año t-1) / Recaudación Subtítulo 12 año t-1] x 100.</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales y línea base del subtítulo 12 acumulada a diciembre del año anterior.</p>		
<p>Fuente de datos: SIGFE; Resolución de la unidad y/o referente con funciones asignadas; Resolución del manual de funcionamiento; Ordinario del Servicio de Salud con el envío de incobrabilidad; Acreditación del Ministerio de Hacienda en caso de que se haya declarado la incobrabilidad.</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	<p>Meta 1: $\geq 90,0\%$ del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación.</p> <p>Meta 2: $\geq 80,0\%$ del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación.</p> <p>Meta 3: $\geq 5,0\%$ del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.</p>	
<p>Razonamiento meta: El objetivo final es conseguir mayor liquidez, mediante la oportuna recuperación de los ingresos propios.</p> <p>Se espera que el establecimiento en conjunto con el Servicio de Salud realice el procedimiento de incobrabilidad de acuerdo a la normativa vigente.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar e implementar el proceso de cobranza de ingresos propios. 2. Seguimiento y control mensual de las cuentas por cobrar. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 1	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 2	Porcentaje de variación Trazadora 3
0	$X < 70,0\%$	$X < 70,0\%$	$X < 0,0\%$
1	$70,0\% \leq X < 76,8\%$	$70,0\% \leq X < 73,4\%$	$0,0\% \leq X < 2,0\%$
2	$76,8\% \leq X < 83,4\%$	$73,4\% \leq X < 76,7\%$	$2,0\% \leq X < 3,0\%$
3	$83,4\% \leq X < 90,0\%$	$76,7\% \leq X < 80,0\%$	$3,0\% \leq X < 5,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 80,0\%$	$X \geq 5,0\%$

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República (A.1.4).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	
	Objetivo indicador: Minimizar las imputaciones en las cuentas extrapresupuestarias, en especial la cuenta 114-01.	
<p>Descripción: Este indicador mide el monto de las cuentas extrapresupuestarias en específico la 114-01 que corresponde a anticipo a proveedores validadas por Contraloría General de la República (CGR). Estos fondos son entregados en calidad de anticipos para adquisiciones de bienes, prestaciones de servicios, cometidos funcionarios y otros adelantos análogos que no afectan al presupuesto al momento de su ocurrencia, ya que dichos gastos no se encuentran devengados y se contabilizan como Anticipos de Fondos.</p> <p>De acuerdo a la normativa vigente, señalado en el razonamiento de la meta, los establecimientos no deben tener registros en estas cuentas si no están autorizadas por el Servicio de Salud, ni la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p> <p>Es por lo anterior y respecto a la cuenta 114-01, que sólo se debe considerar el monto contabilizado autorizado a través de resoluciones de convenios respectivos visados por CGR o demostrando una disposición legal.</p> <p>Se excluyen del indicador, los montos de convenios con otras instituciones públicas, adjuntando los respaldos correspondientes.</p> <p>En el caso de que el establecimiento tenga la cuenta extrapresupuestaria en 0 se otorgará los 4 puntos.</p>		
Frecuencia de medición: Semestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Monto cuenta extrapresupuestaria 114-01 con resolución validado por CGR del periodo/ Monto de cuenta extrapresupuestaria 114-01 del periodo) x 100.</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: Reporte SIGFE e informe de análisis de cuenta 114-01 validado y enviado por el Servicio de Salud al cierre del año.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100%.	
<p>Razonamiento meta: Dar cumplimiento a la normativa vigente, artículo 4° del decreto ley N° 1.263, de 1975, Orgánico de Administración Financiera del Estado, y con lo concluido, en el dictamen N° 32.912 de 2015, de este origen, “todas las entradas y gastos del Estado deben reflejarse en el presupuesto del sector público, salvo que una disposición legal establezca lo contrario o por instrucciones de la Contraloría General, cuando existan fundamentos para determinar que esos aumentos o disminuciones de haberes no afectan por su naturaleza la ejecución presupuestaria al momento de su ocurrencia”.</p>		
Iniciativas:	1. Identificar causales de registro en esta cuenta 114-01 y corregir las causales que le dieron origen.	
	2. Verificar cuales están dentro de la Norma.	
	3. Regularizar casos que no se apeguen al artículo N°4 del DL.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 40\%$
1	$40\% \leq X < 55\%$
2	$55\% \leq X < 75\%$
3	$75\% \leq X < 100\%$
4	$X = 100\%$

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Gestión de saldos en Cuentas Corrientes (A.1.5).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	
	Objetivo indicador: Informar los saldos de sus cuentas corrientes así como también la utilización de los recursos en las cuentas corrientes de los establecimientos EAR.	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de dos trazadoras relacionadas a la gestión de las cuentas corrientes del establecimiento.</p> <p>Trazadora 1: Mide el envío mensual del “Informe origen y destino de saldos de cuentas corrientes” (según anexo N°01), el cual contiene el estado de los saldos de las cuentas corrientes de los establecimientos respecto a: Reintegros al Tesoro Público, Recursos Condicionados y/o Gasto Operacional (anexo N°01). La información de los informes será extraída de la Cartola Bancaria SIGFE al 15 de cada mes y enviada a más tardar el 25 del mes. El total informado deberá cuadrar con la cartola bancaria de dicho periodo. Este informe debe ser enviado a la División de Presupuesto al correo gestionpresupuestaria@minsal.cl.</p> <p>Trazadora 2: Mide el cumplimiento de los saldos máximos de las cuentas corrientes operacionales del establecimiento según la metodología que establecerá la División de Presupuesto Minsal en conjunto con un comité de expertos de los Servicios de Salud. En dicha metodología se unificarán ciertos ítems que compondrán al saldo de la cuenta corriente operacional, por ejemplo: servicios básicos, telefonía, empresas en lista blanca, incentivo al retiro, pago de compra de servicios, aprovisionamiento para sentencias ejecutadas, etc. El establecimiento deberá aplicar dicha metodología en los plazos establecidos por la División de Presupuesto para establecer su saldo máximo en sus cuentas corrientes operacionales. Cabe señalar que solo se excluirán cuentas debidamente justificadas que no apliquen en la metodología enviadas por la División de Presupuesto. Será como requisito adicional que el establecimiento aplique dicha metodología en los plazos establecidos por la División de Presupuesto para establecer su saldo máximo en sus cuentas corrientes operacionales. En caso de no cumplir con esta metodología, el puntaje total del indicador es 0 puntos.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmulas: 50% del puntaje trazadora 1: (N° de informes de saldos de cuentas corrientes enviadas a la División de Presupuesto/ Total de Informes de Saldos de Cuentas del año (12)) x 100. 50% del puntaje trazadora 2: (Saldo en cuenta corriente “Gasto Operacional” informada por el Establecimiento/ Cuenta corriente máxima por medio de metodología) x 100. Saldo en cuenta corriente “Gasto Operacional” informada por el Establecimiento: Corresponde al saldo informado en anexo 1 cuentas corrientes al mes de diciembre 2022 como gasto operacional. Cuenta corriente máxima por medio de metodología: Corresponde al monto máximo declarado en la metodología que será enviada por la División de Presupuesto. - Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: Información propia Servicios de Salud, en base a Cartera Financiera Bancaria SIGFE, según lo definido en anexo N°01.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta Trazadora 1: 100% de informes enviados. Meta Trazadora 2: ≤ 100% de gasto máximo de saldo en cuentas corrientes.	
Razonamiento meta: Informar los saldos de sus cuentas corrientes como también la utilización de los recursos en las cuentas corrientes de los establecimientos EAR. Se espera que el establecimiento en conjunto con el Servicio de Salud realice el correcto uso de las cuentas corrientes.		
Iniciativas:	1. Seguimiento y control mensual de saldo de cuentas corrientes.	
	2. Mantener actualizada las conciliaciones bancarias.	
	3. Aplicación de Metodología de Cuentas Corrientes.	
	4. Establecer cuentas corrientes separadas para cuentas condicionadas.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 1	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 2
0	X < 100,0%	X > 130,0%
1	-----	120,0% < X ≤ 130,0%
2		110,0% < X ≤ 120,0%
3		100,0% < X ≤ 110,0%
4	X = 100,0%	X ≤ 100%

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA (A.3_1.1).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Optimizar los procesos críticos que impacte en el buen uso de los recursos.	
	Objetivo indicador: Reconocer todos los compromisos por pagar con los proveedores devengando la totalidad de los DTE recibidos por plataforma ACEPTA.	
<p>Descripción: Este indicador mide el número de documentos tributarios electrónicos (D.T.E.) recibidos en plataforma ACEPTA y que hayan sido devengados, considerando como ingreso la fecha de recepción en el SII, y como término la fecha en que se realiza el devengo de cada DTE ya sea en plataforma ACEPTA o SIGFE 2.0.</p> <p>La medición se realizará en relación con la cantidad de DTE que se devenguen dentro del período contable, del total de los DTE recibidos en la casilla de intercambio de ACEPTA hasta el último día del mes a medir.</p> <p>Cada establecimiento podrá solicitar excluir aquellos DTE correspondientes a compras realizadas a través de fondo fijo, devengadas de manera conjunta en la misma rendición de Fondo Fijo. Asimismo, podrán solicitar excluir aquellos DTE reclamados, como también las notas de crédito y notas de débito asociadas a facturas reclamadas u otra diferente a las anteriores.</p> <p>Los datos se obtendrán de un reporte que disponibilizará DIPRES, en el cual se indica el estado de cada DTE ingresado a cada establecimiento. El instructivo para para solicitar las exclusiones y obtener el resultado del indicador es enviado por el Departamento de Eficiencia Hospitalaria, MINSAL.</p> <p>En anexo N°02 aparecen los documentos tributarios electrónicos que serán evaluados.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de D.T.E. acumulados recibidos en plataforma ACEPTA y devengados en plataforma ACEPTA o SIGFE 2.0 al mes contable / Número total de D.T.E. recibidos en plataforma ACEPTA acumulados al mes calendario) x 100. - Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: Reporte estado de D.T.E. enviado mensualmente por el Departamento de Eficiencia Hospitalaria.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 90,0%.	
<p>Razonamiento meta: El devengar oportunamente los D.T.E. recibidos en el establecimiento, contribuye a entregar información temprana de la ejecución presupuestaria para la toma de decisiones financieras en el establecimiento. Es importante devengar la totalidad de D.T.E. que hayan sido recibidos correctamente, y reclame aquellos D.T.E. que por error de emisión o validación no se podrán devengar, para mantener un registro real de reconocimiento de la deuda.</p> <p>Para el cumplimiento de este indicador por parte del EAR, los directivos, jefaturas y el equipo encargado deberán mantener procesos acordes para velar por un oportuno y adecuado registro, validación y posterior devengo de todos los D.T.E.</p>		
Iniciativas:	1. Definir y establecer procesos sobre la trazabilidad de D.T.E., que incluyan la recepción electrónica, recepción conforme, devengo y pago.	
	2. Utilizar la plataforma ACEPTA para realizar el devengo de D.T.E.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 75,0\%$
1	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
2	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
3	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del sistema de costos (A.3_1.2).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo Subdirector (a) Médico.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.	
	Objetivo indicador: Fortalecer la entrega oportuna y la calidad de la imputación de los gastos y producción en el sistema de costos.	
<p>Descripción: Este indicador mide la oportunidad y calidad de la data respecto del proceso de imputación de los costos en las diferentes unidades del establecimiento, utilizando para ello la herramienta SIGCOM (Sistema de Gestión de Costos MINSAL) que disponen los establecimientos y que se administra desde nivel central (sistema que está definido en el anexo N°03).</p> <p>La medición del indicador se hará en base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento mensual de la carga de información en el sistema SIGCOM en concordancia con la fecha de entrega establecida en el anexo N°03. - Cumplimiento mensual de la calidad de la información cargada en el sistema SIGCOM según se establece en el anexo N°03, todo ello en concordancia con los centros de costos previamente definidos por el establecimiento. <p>El mecanismo de cálculo del puntaje se establece en el anexo N°03.</p> <p>Como requisito adicional los establecimientos deben enviar de manera semestral un informe que contemple el costo del recurso humano de las trazadoras por actividad hospitalaria del establecimiento, lo anterior según se indica en el anexo N°03. Los informes semestrales deben ser enviados al referente MINSAL (Departamento de Eficiencia Hospitalaria) al correo sistemadecostos@minsal.cl. La no entrega de ambos informes restará un punto en el puntaje final del indicador.</p> <p>Nota: Independiente de los resultados mensuales, el requisito mínimo para considerar el cumplimiento del indicador contempla el tener los 12 meses de reportes validados (enero a diciembre). De no cumplir con aquello el puntaje final será 0.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula:</p> $(((\text{Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos} \times 0,3) + ((\text{Puntaje de calidad por reporte sistema de costos}) \times 0,7)) / (\text{Total de puntaje que aplica para el período de evaluación})) \times 100.$ <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar puntajes mensuales validados por MINSAL.</p>		
Fuente de datos: Certificado mensual y acumulado emitido por Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
Razonamiento meta: El disponer de valores de costos asociados a la producción hospitalaria y ambulatoria realizados en el establecimiento constituye una herramienta fundamental para la gestión administrativa y financiera del establecimiento, apoyo a la toma de decisiones y a entender los procesos y el cómo estos se interrelacionan en relación con el presupuesto.		
Iniciativas:	1. Utilizar la información que provee SIGCOM a través del cubo 9 para monitorear e identificar focos de mejora en los respectivos procesos.	
	2. Análisis de los costos del establecimiento que permitan orientar la toma de decisiones en el uso eficiente de los recursos.	
	3. Realizar análisis cualitativo del costo del recurso humano por cada actividad hospitalaria y contrastar esta con otros establecimientos que le sean comparables.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 80,0\%$
1	$80,0\% \leq X < 85,0\%$
2	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
3	$90,0\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS) (A.3 1.7).	Responsable: Director (a) establecimiento.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos.	
	Objetivo indicador: Monitorear los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos y la correcta gestión REAS en los establecimientos.	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de las etapas críticas relacionadas al monitoreo del ciclo de vida de los Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), los cuales contemplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segregación. - Almacenamiento. - Declaración por sistema sectorial SIDREP (Sistema de Seguimiento y declaración de residuos peligrosos). - Devengo de Facturas por servicio de retiro y disposición final por empresas autorizadas. <p>Los REAS se definen de acuerdo a lo establecido en el D.S. N°6/08, Reglamento Sanitario REAS D.S. N°148/03, Reglamento Sanitario de Residuos Peligrosos y R. E. N° 1093, Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Trabajadores Expuestos a Citostáticos. Estos cuerpos legales señalan que los residuos generados en establecimientos de atención de salud, se clasifican en Residuos Peligrosos, Residuos Radioactivos de Baja Intensidad, Residuos Especiales y Residuos Sólidos Asimilables a Domiciliarios.</p> <p>A través de los procedimientos internos para el manejo de REAS o “Plan de Manejo REAS”, se requiere el cumplimiento de las siguientes actividades exigidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo y reporte trimestral del registro de Residuos Peligrosos (Mercurio, Citostáticos, Fármacos Vencidos, otros). Utilizando el sistema sectorial SIDREP, alojado en ventanilla única https://vu.mma.gob.cl/index.php?c=home. 2. Monitoreo y reporte trimestral del registro de Residuos Especiales (Cortopunzantes, Contaminados, Patológicos, otros). Utilizando el sistema sectorial SIDREP, alojado en ventanilla única https://vu.mma.gob.cl/index.php?c=home. 3. Monitoreo y reporte trimestral de la cantidad de Residuos Asimilables a Domiciliario (kg). 4. Monitoreo y reporte trimestral del registro de Residuos asimilables a Reciclado (Papel, Cartón, Plástico, otros.), en kg. 5. Reporte trimestral de facturas devengadas asociadas al transporte y disposición final de Residuos Peligrosos y Residuos Especiales. Reporte trimestral de facturas REAS devengadas por el establecimiento (Finanzas), relacionadas con las declaraciones de residuos generadas en ventanilla única. 		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de actividades exigidas cumplidas/Total de actividades exigidas) x 100. -Para registro en SIS-Q, una vez cumplido (según periodicidad) se ingresa SI, el resto de los meses N/A mensual.</p> <p>Fuente de datos: Para puntos 1 y 2, sistema sectorial SIDREP (impresiones de pantalla correspondiente), alojado en ventanilla única https://vu.mma.gob.cl/index.php?c=home. Para puntos 3 y 4, Registros internos de los responsables del manejo de residuos asimilables a domiciliario, como recursos Físicos, Servicios Generales u otro atingente (Ver anexo N°04). Para punto 5, Registros en SIGFE o planilla de elaboración propia con registros trimestrales de facturas REAS devengadas por el establecimiento.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100%.	
<p>Razonamiento meta: Mantener una correcta segregación y registro de generación, la cual permite planificar y gestionar de mejor manera los retiros de REAS desde bodega hacia su disposición final o Reciclaje. Por otro lado, el devengo oportuno de facturas relacionadas a residuos, evita la suspensión del servicio de retiro y, por ende, una acumulación excesiva en bodegas REAS, con el consecuente riesgo a la salud pública, vectores, malos olores, contaminación y de fiscalizaciones o sumarios de parte de la Autoridad Sanitaria Local.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar las condiciones de segregación y almacenamiento de REAS. 2. Mejorar los registros REAS para la correcta declaración vía SIDREP en Ventanilla Única. (Incorporar residuos Cortopunzantes, contaminados y patológicos a SIDREP). 3. Monitorear que los recursos financieros entregados por FONASA “Disposición Final Responsable de Residuos Peligrosos y REAS”, se estén utilizando para estos fines. 4. Impulsar la mejora del indicador de (Fracción de Residuos Reciclables /Total Residuos Asimilables a Domiciliarios) x 100. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 20%
1	20% ≤ X < 40%
2	40% ≤ X < 60%
3	60% ≤ X < 100%
4	X =100%

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto (A.3_1.8).		Responsable: Subdirector (a) Administrativo.	
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo específico: Optimizar los procesos críticos que impacte en el buen uso de los recursos.			
	Objetivo indicador: Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de dispositivos electro médicos, equipos industriales y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.			
<p>Descripción: Este indicador mide cuatro trazadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos y ambulancias. 2. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de equipos médicos relevantes. 3. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de equipos industriales. <p>Estas trazadoras están de acuerdo a lo planificado por el establecimiento y según la normativa del Decreto N°290. Se solicita remitir a más tardar el 31 de marzo del año en evaluación a los correos (felipe.rojas@minsal.cl; juan.alvarez@minsal.cl), los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Archivo con catastro actualizado de todo el equipamiento médico, equipos industriales y ambulancias. - Archivo con planificación del mantenimiento preventivo para equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias según priorización por cada establecimiento. - Resolución exenta que aprueba la ejecución del plan de mantenimiento preventivo del año en curso para equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias. 4. Concordancia entre el gasto ejecutado del plan de mantenimiento preventivo en relación a las sub-asignaciones señaladas según anexo N°05 respecto al gasto total en programas de mantenimiento e imputado en las sub-asignaciones señaladas en SIGFE, según anexo. <p>Adicionalmente se solicita remitir semestralmente (junio y diciembre) a los correos antes mencionados, los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Archivo con gasto asociado al mantenimiento preventivo y correctivo, según anexo N°05. - Informe de cumplimiento semestral de ejecución del programa de mantenimiento preventivo. <p>*Los formatos a utilizar son los instruidos en el anexo N°05. El Departamento de Equipos Médicos de MINSAL, realizará durante el año visitas de manera presencial y aleatoria para revisar las tareas de mantenimiento y cumplimiento de las planificaciones; el establecimiento deberá disponer de respaldos medidos en este indicador.</p>				
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.		Polaridad: Los valores altos son buenos.	
<p>Fórmulas: 20% del puntaje para trazadora 1: (Número de mantenciones preventivas de equipos médicos críticos y ambulancias realizadas en el periodo de evaluación / N° total de mantenciones preventivas de equipos médicos críticos y ambulancias programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p>20% del puntaje para trazadora 2: (Número de mantenciones preventivas de equipos médicos relevantes realizadas en el periodo de evaluación / N° total de mantenciones preventivas de equipos médicos relevantes programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p>20% del puntaje para trazadora 3: (Número de mantenciones preventivas de equipos industriales realizadas en el periodo de evaluación/ N° total de mantenciones preventivas de equipos industriales programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p>40% del puntaje para trazadora 4: (Gasto ejecutado del plan de mantenimiento preventivo en relación a las sub-asignaciones señaladas*/ Gasto total en programas de mantenimiento e imputado en las sub-asignaciones señaladas) x 100.</p> <p>*Sub-asignaciones señaladas en anexo N°05.</p> <p>-Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales.</p>				
Fuente de datos: 1. Resolución del plan anual de mantención preventiva de equipos médicos críticos, relevantes, equipos industriales y ambulancias; 2. Catastro actualizado; 3. Planilla anual de planificación del mantenimiento preventivo; 4. Resolución de disponibilidad presupuestaria para el mantenimiento preventivo y correctivo por sub-asignación; 5. Planilla de control de gastos asociado a mantención preventiva y correctiva; 6. Informe de cumplimiento semestral de ejecución del programa de mantenimiento preventivo.				
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 70,0% para trazadora 3 y ≥ 90,0% para trazadora 4.			
Razonamiento meta: 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 y equipos industriales y de esta manera conservar y asegurar el correcto funcionamiento, otorgando, además el uso eficiente de los recursos para la compra de servicio de mantenimiento.				
Iniciativas:	1. Programar y ejecutar presupuesto en mantenimiento preventivo.			
	2. Control de las Sub Asignaciones definidas para imputación de gasto del mantenimiento preventivo y correctivo.			
	3. Identificar el gasto total en mantenimiento preventivo y correctivo, de acuerdo a lo planificado anualmente.			
Puntuación	Trazadora 1 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 3 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 4 Porcentaje de cumplimiento
0	X < 90,0%	X < 70,0%	X < 60,0%	X < 80,0%
1	90,0% ≤ X < 93,0%	70,0% ≤ X < 73,0%	60,0% ≤ X < 63,0%	80,0% ≤ X < 83,0%
2	93,0% ≤ X < 95,0%	73,0% ≤ X < 75,0%	63,0% ≤ X < 65,0%	83,0% ≤ X < 85,0%
3	95,0% ≤ X < 100%	75,0% ≤ X < 80,0%	65,0% ≤ X < 70,0%	85,0% ≤ X < 90,0%
4	X = 100%	X ≥ 80,0%	X ≥ 70,0%	X ≥ 90,0%

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos (A.3_1.9).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo logísticos.	
	Objetivo indicador: Mejorar los procesos asociados a la gestión logística de productos farmacéuticos desde la selección, adquisición, almacenamiento, dispensación, devolución y registro financiero contable.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras, la primera el porcentaje de las actividades exigidas para mejorar los procesos asociados a la gestión logística de productos farmacéuticos, y la segunda mide el porcentaje de medicamentos mermados valorizado del establecimiento, de acuerdo con la "Guía de Organización y Funcionamiento de Atención Farmacéutica para los Hospitales del SNSS" y bajo las normas contables NICSP, entendiéndose que los productos farmacéuticos deberán tener tratamiento dentro de la partida contable de existencias.</p> <p>Trazadora 1: Esta trazadora mide que el establecimiento cuente con las siguientes actividades exigidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Elaborar y/o Actualizar Procedimiento de inventario valorizado de medicamentos. 2.- Elaborar y/o Actualizar Procedimiento para la baja y destrucción de Productos Farmacéuticos, que incluya el ámbito sanitario, administrativo y financiero-contable. 3.- Inventario valorizado de las existencias de los medicamentos (productos farmacéuticos) semestral de bodega de abastecimiento y Farmacia donde éstos se almacenen. <p>Trazadora 2: Esta trazadora mide la cantidad de recursos perdidos relacionados a la merma de productos farmacéuticos en un periodo, del establecimiento. Para estos efectos, se considera como merma de medicamento aquellos fármacos que quedan imposibilitados de su uso a causa de: caducidad por fecha de vencimiento; productos que en forma posterior a su recepción perdieron su cadena de frío o no fueron almacenados en las condiciones apropiadas; productos que presentan defectos o roturas por su manipulación en forma posterior a su recepción conforme; y aquellos productos que presentan diferencias negativas en el inventario físico.</p> <p>Se podrán excluir de la segunda trazadora: Productos Farmacéuticos pertenecientes al carro de paro, antídotos definidos en anexo N°06, Productos Farmacéuticos que se hayan vencido a causa de estar en cuarentena por alerta sanitaria emitida por el ISPOCH.</p>		
Frecuencia de medición: Semestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Trazadora 1: Los valores altos son buenos. Trazadora 2: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>Puntaje 50% Trazadora 1: (Número de actividades exigidas realizadas en el periodo/Total de actividades exigidas según periodicidad) x 100.</p> <p>Puntaje 50% Trazadora 2: (Valorizado de medicamentos mermados en el periodo / Total ingresos (compra del semestre) de medicamentos valorizados en el mismo periodo) x 100.</p> <p>-Para registro SISQ, trazadora 1 una vez cumplidos los requisitos (según periodicidad), se ingresa SI y el resto de los meses no aplica mensual; trazadora 2 se debe ingresar valores semestrales.</p>		
Fuente de datos: Resolución de procedimientos solicitados; Inventario valorizado semestral; Reporte de productos farmacéuticos mermados y sus causas.		
Línea de base: Sin línea base.	<p>Metas:</p> <p>Trazadora 1: 100%.</p> <p>Trazadora 2: $\leq 0,75\%$.</p>	
Razonamiento meta: Medir el nivel de adopción e implementación de procedimientos asociados a la gestión logística de medicamentos almacenados en los establecimientos y disminuir la merma de productos farmacéuticos para hacer más eficiente el uso de recursos financieros.		
Iniciativas:	1. Mejorar los procedimientos de registro de toda la cadena de suministro de Productos Farmacéuticos dentro del establecimiento, tanto al ingreso a bodega, farmacias, punto de dispensación, y sus respectivas salidas a paciente. A fin de mantener un control de activos y existencias y responder a la necesidad de tratamientos farmacológicos de los pacientes.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 1	Porcentaje de cumplimiento Trazadora 2
0	$X < 100,0\%$	$X > 1,26\%$
1	-----	$1,15\% < X \leq 1,26\%$
2		$0,95\% < X \leq 1,15\%$
3		$0,75\% < X \leq 0,95\%$
4		$X = 100,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina (A.4_1.3).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Satisfacer la demanda de atención.	
	Objetivo indicador: Optimizar el recurso de horas médicas del área ambulatoria.	
<p>Descripción: El objetivo de este indicador, es medir el porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas de especialidad, en la modalidad presencial, remota y telemedicina, respecto a la totalidad de horas institucionales contratadas y validadas por SIRH.</p> <p>Esta programación debe ser realizada con antelación al año a aplicar, según las directrices de OO.TT Programación y Planificación 2022 MINSAL y contar con validación de Comité de Programación del Servicio de Salud y MINSAL.</p> <p>El proceso de programación contará con ajustes a realizar en las reprogramaciones validadas, las cuales se deben justificar en los plazos que se determinen por DIGERA.</p> <p>No se deben incluir en la programación, ni en la producción a informar las prestaciones por compras de servicios, horas médicas de especialistas de programas gubernamentales o especiales de carácter transitorio (honorarios igual o menor a tres meses y honorarios por prestaciones), debiendo llevar un registro separado.</p> <p>Aquellos establecimientos que demuestren que la pérdida de consultas médicas fue debido a bloqueos de agenda por situación epidemiológica en su zona geográfica, pueden presentar un informe de gestión de programación detallando cuantitativamente las cifras las que deben ser concordante con los periodos que la condición sanitaria así lo justifique.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de consultas médicas de especialidad realizadas de manera presencial, remota y vía telemedicina realizadas durante el periodo/ Total de consultas médicas especialidad programadas o reprogramadas presencial, remota y vía telemedicina para el periodo) x 100.</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar en el numerador valores mensuales y el denominador corresponde a la programación o reprogramación anual validada.</p>		
Fuente de datos: Numerador: REM A07 + A30 + A32; Denominador: Programación, reprogramación y horas contratadas de especialistas según registros SIRH validadas por comité de programación del Servicio de Salud y MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
Razonamiento meta: Gestionar eficientemente la totalidad de horas médicas de especialidad contratadas, busca optimizar la oferta, para dar resolución a las necesidades de atención de la población beneficiaria.		
Iniciativas:	1. Realizar monitoreo mensual por especialidad identificando la sub o sobreproducción, con el fin de implementar acciones de mejora oportunas en el proceso de ejecución o programático según corresponda.	
	2. Actividades mínimas del Comité de Programación, de cada EAR: Reuniones al menos trimestrales; Realizar el diagnóstico de su red; Caracterizar la demanda; programar la oferta y gestionar las brechas; Confeccionar plan de trabajo anual (corto/mediano/largo plazo); Contar con Carta Gantt y seguimiento de Actividades.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 65,0\%$
1	$65,0\% \leq X < 75,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 85,0\%$
3	$85,0\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo.	Nombre indicador: Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).	Responsable: Subdirector (a) de Gestión de las Personas.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo Específico: Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.	
	Objetivo Indicador: Disminuir el índice de ausentismo y definir e implementar acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral previniendo las consecuencias negativas en funcionarias y funcionarios a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras, la primera relacionada con la disminución del índice de ausentismo y la segunda busca la generación de acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral a través del Plan de abordaje y prevención.</p> <p>Trazadora 1: Mide la reducción del índice de ausentismo laboral en comparación con resultado del año 2021 de las licencias médicas curativas del tipo 1 “Enfermedad común” y tipo 2 “Prorroga de medicina preventiva”, incluyendo días de licencias médicas de funcionarios a Contratas, Titulares, Suplencia y Reemplazos, sobre el promedio de la dotación efectivas en cargo de funcionarios titulares y a contrata vigentes al último día del mes de corte, incluyendo funcionarias y funcionarios con calidad de suplentes y reemplazos.</p> <p>Trazadora 2: El Plan de abordaje y prevención mide el porcentaje de cumplimiento de acciones implementadas dirigidas al abordaje y prevención del ausentismo laboral por licencias médicas curativas y de prevención de consecuencias negativas en funcionarias y funcionarios a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19. Este plan debe estar en coherencia con el plan elaborado por el Servicio de Salud respectivo. Cada establecimiento deberá enviar al correo autogestión@minsal.cl, a más tardar el 29 de abril de 2022, el plan formulado de acuerdo a los contenidos mínimos y formatos detallados en anexo N°07.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número y Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>50% del puntaje de índice de ausentismo laboral: (Índice ausentismo 2021 – Índice de ausentismo 2022).</p> <p>50% puntaje para Plan de abordaje y prevención: (Número de acciones implementadas por el establecimiento acumuladas al periodo / Total de acciones comprometidas por el establecimiento acumuladas al periodo del Plan de abordaje y prevención) x 100.</p> <p>- Para registro SISQ de ambas trazadoras, se ingresan valores acumulados.</p>		
<p>Fuente de datos: Los días de ausentismo y las dotaciones tanto efectiva como de suplencias y reemplazos se obtienen del Modelo de gestión de Ausentismo Licencias Médicas Curativas, Qlikview (recomendado: “Reporte Ausentismo con Suplencia”).</p> <p>Plan de abordaje y prevención del establecimiento validado por el Departamento de Calidad de Vida Laboral de la División de Gestión y Desarrollo de Personas (DIGEDEP) de MINSAL.</p>		
Línea de base: Índice de ausentismo a diciembre del año 2021.	<p>Metas:</p> <p>Trazadora 1: Disminución en 2 días del Índice de Ausentismo 2022 respecto a línea base Índice de Ausentismo 2021.</p> <p>Trazadora 2: $\geq 90\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de Apoyo y Cuidado a los equipos de Salud en el contexto de la pandemia del establecimiento.</p>	
<p>Razonamiento meta: Durante los últimos años se ha observado en el sector salud, un incremento progresivo en el índice de ausentismo laboral por licencias médicas curativas, fenómeno multifactorial que se correlaciona con aspectos de la calidad de vida laboral. Este ausentismo impacta directamente sobre la capacidad operativa del sistema público de salud; y representa una mayor carga financiera para el sector.</p> <p>La emergencia sanitaria por COVID-19 ha impactado en la salud de las funcionarias y los funcionarios de salud, y con ello el índice de ausentismo laboral. Por otro lado, en respuesta a la alta demanda por servicios de salud, se requiere de la generación e implementación de planes locales con estrategias para el abordaje y prevención del ausentismo y de prevención de posibles consecuencias en los equipos de salud del enfrentamiento de la enfermedad por COVID-19 como mejorar las condiciones laborales del personal, fomentar la prevención y apoyar y acompañar de forma integral a los funcionarios que se encuentren afectados en su salud desde la perspectiva biopsicosocial.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Incorporación de los ejes definidos para la confección del Plan de Abordaje y Prevención a los equipos de Salud. Incorporar enfoque biopsicosocial del ausentismo, especialmente en cómo impactan sobre éste algunos factores organizacionales; así como el desarrollo en los establecimientos de las líneas de trato laboral, conciliación y salud funcionaria. 	

Puntuación	Disminución en días del Índice de Ausentismo 2022 respecto a LB 2021	Porcentaje de cumplimiento Plan de abordaje
0	$X \leq 0$ días	$X > 0\%$
1	$0 > \text{días } X < 1$ día	$0\% \leq X < 30\%$
2	$1 \geq \text{día } X < 1,5$ días	$30\% \leq X < 60\%$
3	$1,5 \geq \text{días } X < 2$ días	$60\% \leq X < 90\%$
4	$X \geq 2$ días	$X \geq 90\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables (B.3_1.1).	Responsable: Encargado (a) Área Quirúrgica.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo indicador: Aumentar el porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores programadas de tipo ambulatoria que cumplen con los criterios de ambulatorizables.	
Descripción: Este indicador mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores del total de cirugías realizadas en el establecimiento en el periodo de evaluación.		
<p>La definición de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación menor o igual a 23:59 horas, es dado de alta y que su estadía se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin y no en una cama hospitalaria.</p> <p>Este indicador aplica a establecimientos con sistema GRD implementado en el periodo correspondiente a la evaluación y a egresos hospitalarios ambulatorizables que cumplen con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beneficiario de Fonasa modalidad institucional (incluye Ley PRAIS). - Severidad sea menor. - Peso GRD sea \leq a 1,0000. - Tipo de ingreso sea programado. - Motivo de egreso o destino al alta sea domicilio. 		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de egresos de CMA en el periodo}}{\text{Número total de egresos de CMA} + \text{Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales. Fuente sistema GRD.		
Fuente de datos: Sistema GRD en uso y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: \geq 70,0%.	
Razonamiento meta: El potenciar esta modalidad de asistencia trae beneficios para el paciente (mayor satisfacción usuaria) como para el Establecimiento: Evita estancias hospitalarias innecesarias; disminuye el riesgo de presentar complicaciones y efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, optimiza el uso del recurso cama, reduce el número de suspensiones al no competir con casos urgentes, con una utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del Área Quirúrgica.		
Iniciativas:	1. Revisar y redefinir áreas y estructuras para realizar las CMA.	
	2. Realizar levantamiento de las cirugías posibles de ambulatorizar en el establecimiento.	
	3. Evaluar ampliación de cartera de servicios de cirugías ambulatorizables.	

Puntuación	Porcentaje cumplimiento
0	$X < 40,0\%$
1	$40,0\% \leq X < 50,0\%$
2	$50,0\% \leq X < 60,0\%$
3	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
4	$X \geq 70,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Índice funcional (B.3_1.3).	Responsable: Subdirector (a) Médico.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo Específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo Indicador: Aumentar la eficiencia en el uso del recurso camas.	
<p>Descripción: Este indicador mide la eficiencia relativa de cada hospital en el uso de sus camas respecto del estándar nacional. Este estándar y/o también llamado “Norma de comportamiento de las estadias hospitalarias” permite poner en igualdad, la condición clínica y la complejidad de los casos para su comparación.</p> <p>El índice funcional (IF), es el cociente entre la estancia media ajustada por casuística (EMAC) y la estancia media del estándar y/o de la Norma. Se mide sólo con los GRDs comunes o presentes en el hospital y en el estándar. Cuando el valor del IF es menor o igual que 1,00 se dice que el Hospital es más eficiente que el estándar en término de uso de sus camas y a la inversa, si es mayor que 1 será menos eficiente que el estándar.</p> <p>Aplica a establecimientos con sistema operativo GRD, en el periodo correspondiente a la evaluación.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número.	Polaridad: Los valores bajos reflejan mayor eficiencia.
<p>Fórmula: IF = EMAC / EM Norma (*). (*) GRDs Comunes o presentes en el hospital. -En SIS-Q corresponde ingresar el resultado del índice funcional acumulado a la fecha del corte, obtenido de plataforma GRD vigente.</p>		
Fuente de datos: Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 1,00$.	
Razonamiento meta: Si las estadias o estancias para tratar la casuística se encuentran dentro de los parámetros establecidos por la Norma en uso, se evidencia una mayor eficiencia en el uso de camas para tratar sus egresos.		
Iniciativas:	1. Monitorear y controlar estancias prolongadas.	
	2. Identificar factores causales de IF mayor a uno.	
	3. Implementar y realizar estrategias de mejora continua de procesos clínicos y administrativos.	

Puntuación	Escala de cumplimiento
0	$X > 1,03$
1	$1,02 < X \leq 1,03$
2	$1,01 < X \leq 1,02$
3	$1,00 < X \leq 1,01$
4	$X \leq 1,00$

Perspectiva: Eficiencia Operacional	Nombre indicador: Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores) (B.3_1.4).	Responsable: Subdirector (a) Médico y Jefes (as) de Servicio.
Estrategia: Procesos Internos.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.	
	Objetivo indicador: Disminuir el porcentaje de egresos con estadías prolongadas.	
<p>Descripción: Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística.</p> <p>La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.</p> <p>Incluye los egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización. Se excluyen pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casos cuya especialidad médica es Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil). - Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio). 		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de egresos con estadías prolongadas (Outliers superiores) en el período/ Total de egresos codificados en el período) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	Meta: ≤ 5,2%. Para establecimientos con LB > 6,1% disminuir 1,0 punto porcentual.	
<p>Razonamiento meta: Usar de manera eficiente el recurso cama de los hospitales, ajustado a la complejidad de la casuística.</p> <p>Para el cálculo de meta del indicador se consideró: análisis 2016-2019 (con tendencia a la disminución); se deja como período base para el cálculo de la meta el año 2019; y se define que para aquellos hospitales alejados de cumplir la meta mantener la disminución parcial en puntos porcentuales.</p>		
Iniciativas:	1. Revisar sistemáticamente el resultado de este indicador y evaluar con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria.	
	2. Elaborar planes de mejora continua en los procesos clínicos y administrativos, atendiendo a las causas que apunten a mejorar este indicador.	
	3. Establecer planes atención al ingreso de cada caso previniendo situaciones que puedan prolongar estadías.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento	Para hospitales con LB > 6,1% Reducción p.p.
0	$X > 6,7\%$	$X < 0,4$ p.p.
1	$6,3\% < X \leq 6,7\%$	$0,4$ p.p. $\leq X < 0,6$ p.p.
2	$5,8\% < X \leq 6,3\%$	$0,6$ p.p. $\leq X < 0,8$ p.p.
3	$5,2\% < X \leq 5,8\%$	$0,8$ p.p. $\leq X < 1,0$ p.p.
4	$X \leq 5,2\%$	$X \geq 1,0$ p.p.

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados (B.3_1.5).	Responsable: Encargado (a) Pabellón Quirúrgico.
Estrategia: Eficiencia operacional.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo indicador: Utilizar de forma eficiente el recurso de quirófano electivo habilitados.	
<p>Descripción: Este indicador mide el tiempo expresado en porcentaje de horas, en los cuales se utilizan los quirófanos habilitados para cirugías electivas. El número de horas mensuales disponibles de quirófanos se debe calcular respecto al número de horas de quirófanos habilitados en cirugía mayor.</p> <p>Consideraciones:</p> <p>Total de horas ocupadas: Corresponde a las horas ocupadas en la intervención quirúrgica, más las horas de preparación (limpieza, desinfección). Se deben medir en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.</p> <p>Horas disponibles de quirófanos habilitados: cada quirófano debe estar disponible para cirugía mayor electiva a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontado 45 min de colación, respecto a las 44 horas contratadas semanales. Por tanto, el cálculo es: 8 horas x número de días hábiles en el mes x número de quirófanos habilitados.</p> <p>Horario hábil: Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de 08:45 horas por día de lunes a viernes generalmente en el horario comprendido entre las 08:00 y las 17:00.</p> <p>Horario inhábil de lunes a viernes: es el horario posterior al término del horario hábil generalmente comienza a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente.</p> <p>Horario de fines de semana y festivos: es horario en día inhábil.</p> <p>La medición no incluye quirófanos de urgencia general, ni quirófanos de urgencia obstétrica. En caso de uso de quirófanos o máquinas de anestesia para apoyo ventilatorio de pacientes hospitalizados COVID-19, los establecimientos podrán descontar las horas disponibles, información que debe ser coherente con registros REM.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados en el periodo / Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A21.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80,0\%$.	
Razonamiento meta: Una utilización apropiada de la capacidad instalada en los pabellones quirúrgicos, da cuenta del uso eficiente de un recurso altamente demandado.		
Iniciativas:	1. Mejorar coordinación área quirúrgica y pabellones para optimizar los recursos disponibles de quirófanos.	
	2. Programación y gestión diaria de tabla quirúrgica.	
	3. Distribución de la programación de especialista según requerimiento de acuerdo demanda quirúrgica.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 65,0\%$
1	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
3	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Índice de Ocupación Dental (IOD) (B.3_1.6).	Responsable: Jefe (a) de Servicio Odontología especialidad.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo indicador: Utilizar eficientemente las unidades dentales disponibles en los establecimientos.	
<p>Descripción: Este indicador mide la eficiencia del establecimiento en el uso de las unidades dentales respecto de la ocupación esperada según estándar. El Índice de Ocupación Dental (IOD) corresponde al cociente entre la ocupación observada en la unidad dental en base a la producción y la ocupación esperada según un estándar determinado en base a un 85% de ocupación.</p> <p>Definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Números de unidades dentales en dotación: Corresponde a la cantidad de unidades dentales asignados al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar una atención odontológica (informados por resolución) y que funcionan regularmente. El número de unidades dentales en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales. - Promedio mensual de unidades dentales habilitadas: Corresponde al promedio mensual de unidades dentales que se encuentran en condiciones de uso para realizar una atención odontológica, esto es que cuente con la infraestructura y el equipamiento necesario para funcionar. - Promedio mensual de unidades dentales en trabajo: Corresponde al promedio mensual de unidades dentales que se encuentran en condiciones de uso para realizar una atención odontológica, esto es que cuente con la infraestructura, el equipamiento necesario y que además cuenta con la dotación de recursos humanos necesarios para funcionar. - Total de horas semanales disponibles de unidades dentales habilitadas: Cada unidad dental debe estar disponible al menos 36 horas semanales de lunes a viernes. A este número se consideraron los descuentos legales y el horario de colación. - El Número de semanas a evaluar en el mes y los rendimientos por subespecialidad, serán enviados por el Departamento Odontológico de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA). <p>Adicionalmente, se solicitará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro mensual en SIS-Q de los siguientes datos: Números de unidades dentales en dotación, promedio mensual de unidades dentales habilitadas, promedio mensual de unidades dentales en trabajo y cargar un informe que respalde el número de unidades dentales habilitadas declaradas. Solo se excluyen en el reporte mensual las unidades dentales que se encuentren en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH). - Trimestralmente, el Director del establecimiento deberá enviar un Ordinario al Subsecretario de Redes Asistenciales que contenga: justificaciones, y medios verificables que respalden las unidades dentales no habilitadas declaradas; además de indicar las estrategias y acciones que realizaron en el periodo para aumentar la habilitación de unidades dentales. <p>Este indicador aplica a los establecimientos que tengan atención odontológica de especialidad.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\{[(\text{Total de consultas nuevas de subespecialidad dental realizadas en el mes por rendimiento de cada subespecialidad}) + (\text{Total de controles de subespecialidad dental realizados en el mes por rendimiento de cada subespecialidad}) + (\text{Total de consultas de urgencia GES y No GES realizados en el mes por } 0,45)] / [(\text{Unidades dentales en dotación} \times 36^1 \times \text{Número de semanas a evaluar en el mes}) \times 0,85]\}$.</p> <p>¹ Total de horas semanales disponibles de unidades dentales.</p> <p>-Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
<p>Fuente de datos: REM A09 Sección I; Registro reportado en SIS-Q realizado por el establecimiento; calendario de evaluación mensual enviado por el Departamento Odontológico de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA); Ordinario trimestral emitido por el Director del establecimiento dirigido al Subsecretario de Redes Asistenciales que informe las unidades dentales no habilitadas, justificaciones, estrategias y acciones del periodo.</p>		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: $\geq 1,00$.
<p>Razonamiento meta: Se espera una mayor eficiencia en el uso de unidades dentales para realizar atenciones odontológicas de especialidad.</p>		
Iniciativas:	1. Aumentar la proporción de unidades dentales habilitadas de la dotación disponible en el establecimiento.	
	2. Gestión de Agenda (incluye confirmación de cita) para aumentar la cantidad de atenciones que se realizan en cada unidad dental.	
	3. Implementar el Modelo de Contraloría Clínica para mejorar la pertinencia de las Interconsultas.	
Puntuación		Escala de cumplimiento
0		$X < 0,35$
1		$0,35 \leq X < 0,50$
2		$0,50 \leq X < 0,70$
3		$0,70 \leq X < 1,00$
4		$X \geq 1,00$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).	Responsable: Médico Jefe (a) de UEH.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	Objetivo indicador: Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la UEH.	
<p>Descripción: Este indicador mide el tiempo de permanencia de los pacientes en el subproceso de atención clínica de urgencia, el cual no debe superar las seis horas. Este subproceso se inicia con la primera interacción del paciente con el equipo de salud, dentro del sector de atención, posterior a la categorización y termina con el cierre del proceso de atención de urgencia. Por ende, este subproceso incluye todas las actividades involucradas para ello (diagnóstico, tratamiento e indicaciones, reevaluaciones). Para la medición de este indicador el hito trazador o hito electrónico (T1), que marca esta primera atención es la primera acción objetivable por parte del equipo, (TENS, EU atención clínica, Médico). A modo de ejemplo: la primera toma de signos vitales en box de atención, el primer registro en la ficha clínica (médico o de enfermería). Para el cierre se debe utilizar el hito: "Indicación de Alta Médica", (T2). Para efectos de este indicador, el alta Médica del proceso de UEH incluye las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alta a domicilio (Indicación en ficha clínica). Alta por fallecimiento. Alta por ingreso al proceso de hospitalización, (indicación de hospitalización en ficha clínica). Alta por ingreso al proceso quirúrgico hospitalario. (Indicación en ficha clínica). Alta por ingreso a Hospitalización Domiciliaria. (Indicación en ficha clínica). Alta por traslado a otro establecimiento público o privado. (Indicación en ficha clínica). <p>Se excluye atención UEH gineco-obstetra y odontológica. En el anexo N°08 se presentan las indicaciones para realizar los registros y posteriormente construir el numerador.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de pacientes con estadía ≤ 6 horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo / Total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: Reporte de sistema informático local basado en registros DAU.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 90,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: El tiempo de permanencia en las UEH, es el reflejo de la eficiencia en todas las actividades incluidas en el proceso de atención. El estándar internacional se encuentra alrededor de las 4 horas y el estándar nacional se establece un máximo de 6 horas. Durante dicho tiempo se debe velar de manera continua por los estándares de seguridad y calidad de atención; satisfacción usuaria; y deberes y derechos de los pacientes.</p>		
Iniciativas:	1. Mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes que consultan en las UEH.	
	2. Mejorar la gestión clínica y administrativa del proceso de atención de urgencia.	
	3. Utilizar los protocolos de ingreso a unidades críticas y pertinencia de hospitalización.	
	4. Mejorar la seguridad, calidad de atención y satisfacción usuaria durante el proceso de UEH.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 70,0\%$
1	$70,0\% \leq X < 76,7\%$
2	$76,7\% \leq X < 83,3\%$
3	$83,3\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.3).	Responsable: Médico Jefe (a) UEH.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.	
	Objetivo indicador: Disminuir el porcentaje de pacientes que no completan el proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes que no completan la atención médica, por sobre el total de la demanda de atención de urgencia.</p> <p>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.</p> <p>La demanda de atención de urgencia se define como el total de pacientes admitidos, que solicitaron atención de urgencia con generación de DAU, con o sin el Proceso de Atención de Urgencia completo.</p> <p>Para efectos de cálculo del indicador, se deberá considerar la demanda de atención de urgencia y el total de atenciones de urgencia.</p> <p>Total de pacientes admitidos (DAU). Total de pacientes con alta médica (incluyendo todas sus variables).</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Total de pacientes admitidos en la UEH adulto y pediátrica con generación de DAU con o sin alta médica} - \text{Total de atenciones en la UEH adulto y pediátrica con alta médica}}{\text{Total de pacientes admitidos en la UEH adulto y pediátrica con generación de DAU con o sin alta médica}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A 08.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 10,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: La importancia del proceso de atención de urgencia es que el total de pacientes que solicitan atención, alcancen el alta médica. Los pacientes que no completaron el proceso de atención de urgencia con alta médica corresponden a un abandono, independiente de la parte del proceso en que hayan abandonado.</p> <p>La cuantificación global de este porcentaje de abandono es el primer paso para identificar sus causas y permitir ofrecer sus soluciones.</p>		
Iniciativas:	1. Construir un sistema métrico de indicadores del proceso de urgencia aplicable a todas la UEH.	
	2. Definir un modelo predictivo del proceso de urgencia de la UEH.	
	3. Potenciar el registro completo y de calidad de las atenciones generadas en la UEH.	
	4. Motivar, apoyar y capacitar a los equipos clínicos de las UEH, en el buen uso de los registros del proceso de atención de urgencia.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X > 14,0\%$
1	$12,0\% < X \leq 14,0\%$
2	$11,0\% < X \leq 12,0\%$
3	$10,0\% < X \leq 11,0\%$
4	$X \leq 10,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas (B.4_1.4).	Responsable: Encargado (a) Pabellón Quirúrgico.
Estrategia: Eficiencia operacional.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	Objetivo indicador: Disminuir las suspensiones quirúrgicas.	
Descripción: Este indicador mide el porcentaje de las intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas de todas las especialidades quirúrgicas en el periodo, respecto del total de intervenciones quirúrgicas electivas, programadas en la tabla quirúrgica para el mismo periodo.		
Cabe señalar, que este indicador se focaliza en la persona y no solamente en el uso del pabellón, es decir, si una persona es reemplazada por otra ya estando programada en la tabla quirúrgica difundida, igual se debe considerar como una suspensión. La medición es sobre todo lo programado ya sea en horario hábil o inhábil y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
Fórmula: (Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo / Total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.		
Fuente de datos: REM A21.		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: $\leq 7,0\%$.
Razonamiento meta: La suspensión de un acto quirúrgico programado, afecta la calidad de la atención y en consecuencia impacta la satisfacción usuaria. En muchas circunstancias, las suspensiones quirúrgicas obedecen a causas donde el establecimiento puede intervenir para su disminución, como coordinaciones ineficientes con las unidades de apoyo, falta de chequeo preoperatorio, fallas en el proceso interno de coordinación de pabellón con los equipos quirúrgicos y ausentismos de pacientes, entre otras.		
Iniciativas:	1. Desarrollo de proceso prequirúrgico, según orientación técnica MINSAL.	
	2. Planificación eficiente de la tabla quirúrgica y del recurso pabellón.	
	3. Evaluación, análisis y plan de trabajo para gestionar causas de suspensión según ámbitos.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X > 10,0\%$
1	$9,0\% < X \leq 10,0\%$
2	$8,0\% < X \leq 9,0\%$
3	$7,0\% < X \leq 8,0\%$
4	$X \leq 7,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas (B.4_1.5).	Responsable: Gestor (a) de Pacientes o Subdirector (a) Médico.
Estrategia: Eficiencia operacional.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	Objetivo indicador: Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía Unidad de Emergencia Hospitalaria.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento.</p> <p>En los casos que existan camas en la UEH y que esta atención sea realizada por personal de la urgencia no se deben considerar como acceso a cama de dotación.</p> <p>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).</p> <p>Para este indicador también se considerará medir como parte del denominador los pacientes que permanecieron en la UEH y que nunca accedieron a una cama de dotación.</p> <p>Se excluyen pacientes de la UEH obstétrica y pacientes que ingresan directamente al proceso quirúrgico.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH menos de 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo/ Total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A08.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80,0\%$	
<p>Razonamiento meta: La oportunidad de acceso al proceso de hospitalización influye directamente en el pronóstico de recuperación de los pacientes que ingresan desde la UEH. El permanecer más de 12 horas o incluso realizar todo el proceso de hospitalización en la UEH, constituye un riesgo clínico y de la calidad de atención; bloquea camillas, ocupa recursos humanos lo que altera significativamente el flujo y la oportunidad de atención de pacientes nuevos que consultan a la UEH.</p>		
Iniciativas:	1. Implementación de gestores de pacientes.	
	2. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador.	
	3. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización.	
	4. Plan anual con elaboración de estrategias del Hospital (no solo de la Urgencia), para la disminución de pacientes en espera de camas, con seguimiento, registro y evaluación de las intervenciones.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 65,0\%$
1	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
3	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas (C.3.1).	Responsable: Subdirector (a) Médico.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo Específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.	
	Objetivo del Indicador: Aumentar la notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en las UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de notificados y pesquisados de posibles/potenciales donantes que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), adultas y pediátricas, como aquellos que ingresaron a las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) (UCI – UTI) adultas y pediátricas.</p> <p>- La medición se realizará en la UEH, UPC (UCI y/o UTI), respecto al total de egresos fallecidos por causa neurológica entre los 6 meses y los 78 años, reportados en GRD. Para este indicador 78 años se considera como 78 años, 11 meses, 29 días.</p> <p>Este indicador aplica a todos los establecimientos que conforman la red de procuramiento nacional 2022 (anexo N°09). Adicionalmente se solicita:</p> <p>- Cumplir con todos los requisitos exigidos en el anexo N°09.</p> <p>- Enviar trimestralmente según formato: Certificado de notificación y pesquisa de posibles donantes y el informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, a sandra.mardones@minsal.cl con copia a carolina.oshiro@minsal.cl.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de posibles y potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados y pesquisados en UEH y UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, registrados en SIDOT por la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento}}{\text{Total de egresos fallecidos UEH y UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD}} \right] \times 100.$ </p> <p>- Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales diferenciando Urgencia de UPC.</p>		
<p>Fuente de datos: Registro en Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT); Reporte GRD según Listado de códigos CIE 10 (anexo N°09); Certificado de Validación “Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH y UPC (UCI – UTI) adulta y pediátrica” e “Informe cualitativo de descartes de posibles donantes”, ambos emitidos por la CLP, enviados de manera trimestral a MINSAL y validados por éste; Protocolo de la Unidad de Procuramiento, que debe explicitar el proceso de notificación y pesquisa intrahospitalario y de la red, actualizado (anexo N°09) aprobado por resolución y difundido a todo el personal de las Unidades de Emergencia, UPC (UCI – UTI) adultas y pediátricas. Se considerará para las UEH todos los fallecidos por causa neurológica entre 6 meses y 78 años en el proceso de urgencia (aquellos fallecidos en el reanimador, en el proceso de atención de urgencia y en el proceso de espera de cama de dotación) y requisitos mínimos exigidos en anexo N°09.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 90,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: La notificación de posibles/potenciales donantes a Unidades de Coordinación de Procuramiento, es una obligación legal dispuesta en: Decreto N° 35 Reglamento de la Ley 19.451, 2013; Título I Artículo 2° quáter Ley N° 21.145, 2019; Ord. MINSAL A15/N°3965, 2019; Ratificación Calidad de Donante Diario Oficial 15-02-2020. Junto con la pesquisa oportuna de posibles/potenciales donantes por parte de los Coordinadores Locales de Procuramiento (CLP), son las estrategias que contribuyen a elevar el universo de posibles/potenciales donantes, lo que favorecerá el incremento del número de donantes efectivos del país.</p>		
Iniciativas:	1. Liderazgo de Subdirección Médica y equipo directivo en la supervisión e implementación de estrategias dirigidas al aumento permanente y continuo de la notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes.	
	2. Realizar capacitación continua al personal sanitario, de las unidades generadoras, sobre donación y procuramiento.	
	3. Demostrar el cierre de brechas informadas por los establecimientos, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 70,0\%$
1	$70,0\% \leq X < 75,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 80,0\%$
3	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red (C.4_1.1).	Responsable: Subdirector (a) Médico.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Cumplir con las Garantías GES en las prestaciones otorgadas por los establecimientos.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento GES, para los problemas de salud incluidos en el decreto GES vigente en el periodo a evaluar. Dentro de su estructura, el indicador considera cada uno de los estados en los cuales se encuentran las garantías al momento de la evaluación o corte. Con el fin de facilitar el proceso de evaluación, se incluye glosario de términos asociados (ver anexo N°10).</p> <p>Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la resolución deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias.</p> <p>Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas}}{\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas} + \text{Garantías incumplidas no atendidas} + \text{Garantías retrasadas acumuladas}} \right] \times 100$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: SIGGES – FONASA, Base de datos disponible por Unidad de Gestión de la Información/DIGERA.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100%.	
<p>Razonamiento meta: Cumplir con la realización de las prestaciones garantizadas de acuerdo con el decreto vigente; incluyendo en el indicador, tanto a la garantía de oportunidad como la de acceso. Se consideran como cumplidas todas aquellas garantías que ya se realizaron, ya sea en los tiempos o pasados los tiempos garantizados y las garantías exceptuadas registradas durante el período de evaluación.</p>		
Iniciativas:	1. Registro oportuno en SIGGES de la información asociada a la gestión de garantías.	
	2. Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad.	
	3. Aplicación del modelo de gestión de garantías en su ámbito de responsabilidad.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 98,0\%$
1	$98,0\% \leq X < 98,5\%$
2	$98,5\% \leq X < 99,0\%$
3	$99,0\% \leq X < 99,5\%$
4	$X \geq 99,5\%$

Perspectiva: Usuarios	Nombre Indicador: Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad (C.4_1.2).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria (CAE o similar).
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Reducir el promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad.	
Descripción: Este indicador mide la reducción del promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad (tiempo que espera el usuario), según la demanda asociada al establecimiento, de acuerdo con los registros en la plataforma SIGTE. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades médicas, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.		
El porcentaje de reducción estará determinado para cada establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de lista de espera de consulta nacional y el promedio de días de espera consulta del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es reducir el promedio de espera de consultas de cada establecimiento como así mismo el promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año.		
Se debe considerar que, para la medición de cierre de año, se excluirán los pacientes con causal 3 y postergaciones, que cumplan el criterio de haber sido asignado en un tiempo determinado, de la misma forma que se evaluó el año 2021 y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: $\left[\frac{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica} - \text{Promedio de días de espera en el total de las consultas nuevas de especialidad médica}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.		
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	Meta: Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre de dicha línea base.	
Razonamiento meta: Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención de consulta nueva de especialidad médica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.		
Iniciativas:	1. Identificar las brechas causales de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad médica.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Optimizar los procesos de atención ambulatoria, tales como programación de especialistas y agenda.	

Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 20,0%)
[-1,9%, 4,9%]	≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%
≥ 100%	≥ 15%

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 50,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$40,0\% < X \leq 50,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$X \leq 20,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre Indicador: Variación del promedio de días de espera para Intervención Quirúrgica (C.4_1.3).	Responsable: Encargado (a) Área Quirúrgica.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Reducir el promedio de días de espera para una Intervención Quirúrgica.	
Descripción: Este indicador mide la reducción del promedio de días de espera para una intervención quirúrgica (tiempo que espera el usuario), según la demanda asociada al establecimiento, de acuerdo con los registros en la plataforma SIGTE. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades y tipo de Intervenciones Quirúrgicas, mayores y menores, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.		
El porcentaje de reducción estará determinado para cada establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de lista de espera quirúrgica nacional y el promedio de días de espera quirúrgica del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es acercar el promedio de espera quirúrgico de cada establecimiento al promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año.		
Se debe considerar que, para la medición de cierre de año, se excluirán los pacientes con causal 3 y postergaciones, que cumplan el criterio de haber sido asignado en un tiempo determinado, de la misma forma en que se evaluó el año 2021 y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: $\left[\frac{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas} - \text{Promedio de días de espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.		
Fuente de datos: Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	Meta: Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre de dicha línea base.	
Razonamiento meta: Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención quirúrgica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.		
Iniciativas:	1. Identificar las brechas causales de la lista de espera quirúrgica.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Optimizar el proceso quirúrgico, así como el prequirúrgico y programación de la tabla quirúrgica.	

Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 20,0%)
[-1,9%, 4,9%]	≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%
≥ 100%	≥ 15%

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 50,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$40,0\% < X \leq 50,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$X \leq 20,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre Indicador: Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad Odontológica (C.4_1.4).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria de Especialidades Odontológicas.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Reducir el promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad Odontológica.	
Descripción: Este indicador evalúa el promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, según la demanda asociada al establecimiento, en relación con los datos registrados en la plataforma oficial SIGTE. En la evaluación se consideran todas las especialidades Odontológicas que oferta el establecimiento, de acuerdo a programación de actividades, contenida en las orientaciones técnicas, elaboradas por el Departamento Odontológico de DIGERA.		
El porcentaje de reducción estará determinado para cada establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de lista de espera de consulta nacional y el promedio de días de espera consulta del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este indicador es disminuir el promedio de días de espera de CNE odontológica de cada establecimiento, como así mismo el promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: $\left[\frac{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica} - \text{Promedio de días de espera en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.		
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	Meta: Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los establecimientos con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la línea base del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre de dicha línea base.	
Razonamiento meta: Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención de consulta nueva de especialidad odontológica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.		
Iniciativas:	1. Identificar las causas que generan lista de espera de consultas nuevas de especialidad odontológicas.	
	2. Monitorear y gestionar los tiempos de espera.	
	3. Intencionar la gestión de lista de espera en eje horizontal, disminuyendo casos antiguos, favoreciendo eficiencia en el uso de recursos.	

Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 20,0%)
[-1,9%, 4,9%]	≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%
≥ 100%	≥ 15%

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 50,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$40,0\% < X \leq 50,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$X \leq 20,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2).	Responsable: Director (a) del establecimiento.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Potenciar la participación comunitaria.	
	Objetivo indicador: Implementar estrategias generadas por las instancias formales de participación efectiva.	
<p>Descripción: Este indicador mide las acciones de participación ciudadana implementadas por la institución, a través del Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) (ver anexo N°11) y otros actores de la comunidad formalmente organizados (*). El director/a del establecimiento de Salud junto al Consejo Consultivo definen e implementan estrategias que den respuesta a los acuerdos establecidos en el Plan Institucional, dando cuenta de la ejecución de las actividades comprometidas. Adicionalmente para cumplir con el indicador se deben considerar las siguientes instancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Consejo Consultivo de Usuarios elabora un cronograma de trabajo que considera, a lo menos cuatro reuniones de asesoría hacia la dirección del establecimiento, de manera presencial o virtual: Asesoría relacionada con la fijación de políticas, definiciones y evaluaciones de planes institucionales, calidad de la atención y otras materias de interés para los usuarios/as. 2. Director/a del establecimiento de Salud presenta un Plan Anual Institucional del establecimiento al Consejo Consultivo, generando un espacio de retroalimentación (consultas, propuestas, opiniones, entre otros) desde la comunidad. 3. Director/a del establecimiento de Salud socializa con la comunidad usuaria y funcionaria los resultados alcanzados en las estrategias implementadas. <p>Se considera que las actividades de carácter presencial se pueden realizar también a través de otras vías como teleconferencias, correo electrónico, cartas certificadas, página web, las que se puedan reprogramar en caso de contingencia.</p> <p>(* Se entiende como actores de la comunidad a representantes de los distintos grupos etarios, migrantes, voluntariado, trabajadores, estudiantes, entre otros, vinculados con el establecimiento.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de acciones implementadas por el establecimiento con el CCU / Total de acciones comprometidas por el establecimiento con el CCU) x 100.</p> <p>- Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales de las acciones implementadas y lo comprometido. Adicionalmente una vez cumplido los requisitos 1,2 y 3 se ingresa SI y resto de meses N/A.</p>		
<p>Fuente de datos: Cronograma de trabajo del CCU y actas de reuniones realizadas; resolución del Plan Anual Institucional del establecimiento y acta con lista de asistencia de la reunión realizada durante el primer semestre; verificable de las acciones realizadas e informe anual del director del establecimiento reportando las acciones cumplidas respecto de los compromisos acordados con el CCU.</p>		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: 100%.
<p>Razonamiento meta: El modelo de salud centrado en el usuario debe recoger las opiniones, expectativas y sugerencias de éstos. Para ello, es indispensable generar instancias formales de participación a fin de responder a los objetivos del modelo.</p>		
Iniciativas:	1. Recoger opiniones y/o análisis de los integrantes del CCU, para ser incorporadas como antecedentes de trabajo en el Comité de Gestión Usuaria del establecimiento.	
	2. Relevar y visibilizar la figura del CCU como espacio efectivo de participación ciudadana entre la comunidad funcionaria y usuaria.	
	3. Realizar acciones de presentación y difusión del Plan Anual Institucional con actores sociales y/o comunitarios distintos al CCU, con posterioridad a la presentación del mencionado Plan al CCU.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 25%
1	25% ≤ X < 50%
2	50% ≤ X < 75%
3	75% ≤ X < 100%
4	X = 100%

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria (C.4_3.1).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Mejorar acceso y oportunidad de atención.	
	Objetivo indicador: Aumentar el porcentaje de cupos para consulta nueva de especialidad.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica realizadas en relación con el total de consultas médicas de especialidad efectuadas en el período. Se considerarán tanto las atenciones presenciales como remotas.</p> <p>En el caso de los establecimientos de especialidad (Institutos), se medirán de acuerdo a metas específicas a validar por MINSAL. Para ello, estos establecimientos deben presentar un informe con la propuesta de meta a más tardar el 31 de marzo 2022, a autogestion@minsal.cl. Posterior a la validación de la meta, la puntuación junto al porcentaje de cumplimiento específico para cada Instituto, estará disponible en plataforma SIS-Q.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de consultas nuevas de especialidad realizadas en el periodo/Total de consultas médicas de especialidad realizadas en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales y línea base.</p>		
Fuente de datos: REM A07 + REM A32.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	Meta: $\geq 32,0\%$ o aumento de 10,0 puntos porcentuales sobre su línea base.	
Razonamiento meta: El aumento de las consultas nuevas de especialidad médica, es un indicador que contribuye a un mayor ingreso de pacientes nuevos y disminuye los tiempos de espera de pacientes en lista de espera, con esto se mejora el acceso y la oportunidad de la atención para los usuarios de la red.		
Iniciativas:	1. Asegurar disponibilidad de oferta de consultas nuevas de especialidad a los usuarios de la Red.	
	2. Contar con protocolos de atención en red definidos para las distintas especialidades.	
	3. Potenciar la gestión de listas de espera de Consulta Nueva de Especialidad.	

Puntuación	Aumento puntos porcentuales (p.p.) sobre LB	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 1,0$ p.p.	$X < 24,0\%$
1	$1,0$ p.p. $\leq X < 4,0$ p.p.	$24,0\% \leq X < 26,7\%$
2	$4,0$ p.p. $\leq X < 7,0$ p.p.	$26,7\% \leq X < 29,3\%$
3	$7,0$ p.p. $\leq X < 10,0$ p.p.	$29,3\% \leq X < 32,0\%$
4	$X \geq 10,0$ p.p.	$X \geq 32,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica (C.4_3.4).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Posibilitar la integración efectiva de la Red.	
	Objetivo indicador: Mejorar la contrarreferencia del área ambulatoria de manera de garantizar una adecuada continuidad de los cuidados en la red asistencial.	
Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del proceso de contrarreferencia realizada en el momento del alta de consulta ambulatoria. Incluye a todos los pacientes derivados, dentro o fuera de su red. En el anexo N°12 se presentan definiciones y conceptos.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de contrarreferencias en el alta médica realizadas en el periodo / Número total de altas médicas realizadas en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales		
Fuente de datos: Fuente SIDRA, de no contar con sistema informático, resguardar información de las contrarreferencias al alta con listado rutificado; REM A07 + REM A32.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	Meta: $\geq 80,0\%$ o aumento de 10,0 puntos porcentuales a partir de su línea base.	
Razonamiento meta: Basado en las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el usuario circula por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados, lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior sea realizado de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente.		
Iniciativas:	1. Monitorear el cumplimiento del proceso de contrarreferencia al alta.	
	2. Integrar y entregar información suficiente y de calidad que ayude a la toma de decisiones y a mejorar la gestión en red para la continuidad de los cuidados y resolución de problemas de salud.	
	3. Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contrarreferencia.	

Puntuación	Aumento puntos porcentuales sobre LB	Porcentaje de Cumplimiento
0	$X < 7,0$ p.p.	$X < 50,0\%$
1	$7,0$ p.p. $\leq X < 8,0$ p.p.	$50,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$8,0$ p.p. $\leq X < 9,0$ p.p.	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
3	$9,0$ p.p. $\leq X < 10,0$ p.p.	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 10,0$ p.p.	$X \geq 80,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria (C.4_3.5).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Aumentar el porcentaje de altas de usuarias(os) en especialidades médicas, para favorecer el tránsito oportuno de las(os) usuarias(os) entre los diferentes niveles de atención de la Red Asistencial.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad. Las altas médicas es una decisión clínica efectuada por un médico especialista en la cual un(a) usuario(a), que ya ha finalizado su plan diagnóstico y terapéutico por el cual fue referente a un nivel de especialidad, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contrarreferencia. Se incluyen las altas realizadas de atenciones presenciales y de atenciones remotas del establecimiento.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de altas médicas realizadas en el periodo/ Número de consultas médicas realizadas en el periodo) x 100. -Para el registro en SIS-Q ingresar los valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A07 + A30 + A32.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 10,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: La gestión de la oferta disponible para la atención ambulatoria de usuarios(as) en especialidades médicas, requiere de la adopción de prácticas clínicas y administrativas que aumenten la eficiencia y la seguridad en la atención. Una de las formas de mejorar el tránsito oportuno del usuario(a) por la Red, es aumentar el porcentaje de altas médicas en el nivel secundario, a través de la generación de protocolos clínicos y planes terapéuticos que estandaricen el número de controles en las patologías de mayor frecuencia, a través de la coordinación clínico-administrativa con el nivel primario de salud y a través de la gestión activa de los usuarios(as) que se encuentran en tratamiento en el nivel de especialidad. Al aumentar el número de altas, permitirá que las especialidades puedan recibir nuevos usuarios(as) que se encuentren en lista de espera de consultas médicas, reduciendo los tiempos de espera por atención y generando mayor satisfacción y calidad en la entrega de prestaciones de salud a nuestra población.</p>		
Iniciativas:	1. Monitorear el cumplimiento del registro del alta médica de las consultas de especialidad.	
	2. Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contrarreferencia.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 5,5\%$
1	$5,5\% \leq X < 7,0\%$
2	$7,0\% \leq X < 8,5\%$
3	$8,5\% \leq X < 10,0\%$
4	$X \geq 10,0\%$

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2).	Responsable: Director (a) del Establecimiento.
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Disminuir los costos de la no calidad.	
	Objetivo indicador: Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por MINSAL.	
<p>Descripción: Este indicador mide la elaboración y cumplimiento de un Plan anual del establecimiento que fortalezca el Programa de Control de Infecciones (PCI), de acuerdo con normativa vigente, el que debe contar con monitoreo, desarrollo de actividades de prevención y control, evaluación de las metas programadas e identificación de aspectos a mejorar. En anexo N°13 se detallan las consideraciones para cada uno de los siguientes requisitos mínimos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo cuatrimestral de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en vigilancia en el establecimiento. 2. Informe de Brotes de IAAS según normativa. 3. Análisis de la resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS en el establecimiento, realizado según normativa de forma cuatrimestral. 4. Descripción de las medidas de control planificadas y realizadas para los problemas identificados (programas de supervisión de prácticas u otras medidas de intervención), de forma cuatrimestral. 5. Descripción de otras actividades establecidas para el periodo anual en base a los objetivos programáticos locales, de forma cuatrimestral. 6. Cumplimiento de las actividades programadas en el plan anual, según porcentaje solicitado en cada periodo establecido. Ver anexo N°13. 7. Informe anual del impacto de las intervenciones realizadas en los procesos (nivel de cumplimiento en prácticas de atención), o en los resultados (variación en las tasas de infecciones). <p>El Plan anual se debe elaborar a más tardar en el mes de marzo 2022 y estar aprobado formalmente por el Director del Establecimiento e informado al Director del Servicio de Salud y su referente IAAS.</p>		
Frecuencia de medición: Según corresponda.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de requisitos exigidos realizados en el periodo/Total de requisitos en el plan según periodicidad) x 100. -Para registro SISQ una vez cumplidos los requisitos (según periodicidad), se ingresa SI y el resto de los meses no aplica mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: Plan anual aprobado en el primer trimestre por el Director del establecimiento e informado al Director de Servicio de Salud a través de memo, mail u otro medio, que incluya los requisitos mínimos exigidos; Req. N°1.- Informe trimestral IAAS; Req. N°2.- Informe de Brotes (según ocurrencia) descargable de Sicars para cada brote o informe local con resumen de brotes; Req. N°3.- Informe de análisis de resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS en el establecimiento realizado según normativa 2 veces al año (abril y septiembre); Requisito N°4,5 y 6 informe local que contenga puntos mínimos del formato señalado en anexo N°13; Req. N°7.- Informe anual de impacto del establecimiento.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: Se requiere que los establecimientos fortalezcan su PCI, en particular como equipos de carácter técnico-ejecutor local más allá del rol "consultor", para lo cual uno de los elementos esenciales consiste en disponer de recurso humano calificado con tiempo suficiente para desarrollar las actividades propias del PCI, así como con información que les permita contar con un diagnóstico certero de los problemas identificados y el impacto de las intervenciones realizadas.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener actualizada la información de vigilancia epidemiológica de IAAS, brotes de IAAS y estado de ejecución de actividades relacionadas con el PCI (cobertura de capacitación, ejecución de programas de supervisión, actualización de directrices). 2. Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del plan de actividades del PCI. 	
Puntuación		Porcentaje de cumplimiento
0		$X < 80,0\%$
1		$80,0\% \leq X < 85,0\%$
2		$85,0\% \leq X < 90,0\%$
3		$90,0\% \leq X < 95,0\%$
4		$X \geq 95,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales (D.3.2).	Responsable: Jefe (a) de Estadística.
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Mejorar la calidad de información.	
	Objetivo indicador: Mejorar la consistencia de registros estadísticos.	
<p>Descripción: Este indicador mide la consistencia de registros REM, en siete ámbitos de revisión, estos son: 1) Intervenciones quirúrgicas, 2) Consultas de Especialidad, 3) CMA, 4) Partos, 5) Días camas ocupados, 6) Índice de Cirugías por paciente (complementa medición del ámbito1), 7) Índice de pacientes Intervenido.</p> <p>Ver detalles en anexo N°14.</p> <p>Cabe destacar que en la medición no se considerará la apertura adicional de carga de datos. Las actualizaciones posteriores al período en evaluación no implican la modificación en el cumplimiento de los ámbitos para los meses anteriormente evaluados.</p> <p>Sin embargo, en caso de no existir en algún mes en particular producción en CMA, IQ o consultas médicas y/o por el aumento en los días cama ocupados de pacientes no beneficiarios, se deben presentar los antecedentes a través de Estadística de su Servicio de Salud a DEIS, el que validará la información y realizará la actualización anual de los certificados mensuales, a la condición No Aplica según corresponda.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de ámbitos que cumple de la pauta de consistencia en el periodo / Total de ámbitos de la pauta de consistencia que aplican al establecimiento en el periodo) x 100.</p> <p>-Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales, según lo publicado en DEIS MINSAL.</p>		
Fuente de datos: Publicación DEIS reporte indicador D.3.2.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100,00%.	
<p>Razonamiento meta: Los Registros Estadísticos Mensuales (REM) representan las estadísticas de producción de actividades de los establecimientos, constituyen una herramienta fundamental para el monitoreo de programas y convenios de salud, por lo que la calidad y consistencia de la información es fundamental para los objetivos del sector. Se debe lograr que los establecimientos empleen las mismas definiciones conceptuales y operacionales, en ambas series A y BS, al registrar su producción y además aplicar concordancia en el uso de la estructura hospitalaria en los ámbitos que aplique.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer procesos de validación de los datos, asegurando la completitud y calidad de los registros en ambas series del REM. 2. Monitorear cumplimiento del indicador, haciendo uso del reporte, dispuesto en la Intranet del DEIS. 3. Comunicación y coordinación permanente entre estadísticos y referentes técnicos EAR, para contar con registros consistentes. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 95,00\%$
1	$95,00\% \leq X < 96,68\%$
2	$96,68\% \leq X < 98,34\%$
3	$98,34\% \leq X < 100,00\%$
4	$X = 100,00\%$

Perspectiva: Procesos internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).	Responsable: Director (a) del Establecimiento.
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.	
	Objetivo indicador: Implementar un Programa de Calidad y Seguridad de la Atención que incluya Acreditación, Seguridad de la Atención y Prevención y Control de IAAS.	
<p>Descripción: Este indicador mide la elaboración y cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención (en adelante el Programa), que incluye materias relacionadas con Acreditación, Seguridad de la Atención y aspectos específicos relacionados con el Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en particular con la supervisión de brotes de IAAS. Este Programa debe considerar al menos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Revisión y actualización documental asociada a características de acreditación. 2.Autoevaluación de cumplimiento de al menos las características obligatorias asociadas a la acreditación. 3.Monitoreo y análisis de los resultados de los indicadores de Seguridad y Calidad de la Atención, según frecuencia de medición establecida en sus respectivas normas y definición de planes de mejoras, si es pertinente. 4.Informe de oportunidad de notificación de brotes de la institución, considerando los de IAAS y los relacionados a Salud Ocupacional (no IAAS) 5.Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen en la institución, según normativa vigente (Circular C13 N° 1 de 16 enero 2015 en https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotos(3).pdf). 6.Oficialización del Programa ante directivos locales y del Servicio de Salud. El Programa de Calidad y Seguridad de la Atención del Establecimiento se debe elaborar a más tardar en el mes de marzo y estar aprobado por el (la) Director(a) del Establecimiento e informado al (la) Director(a) del Servicio de Salud, Unidad de Calidad (Servicio de Salud) y referente de IAAS (Servicio de Salud). 7.Evaluación y difusión del cumplimiento del Programa, al menos semestralmente en reunión de Comité Técnico ampliado (presencial o telemática), coordinada y dirigida por la Dirección del establecimiento, con acta de reunión e informe de cumplimiento. En el anexo N°15, se presenta documento de apoyo al indicador. 		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de requisitos mínimos exigidos para el Programa cumplidos en el periodo / Total de requisitos mínimos exigidos para el Programa en el periodo) x 100.</p> <p>-Para registro en SIS-Q, una vez cumplido los requisitos se ingresa SI (según periodicidad o según corresponda en el caso de brote), resto de los meses ingresar N/A Mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: 1.-Listado de los documentos que vencen en el año y los actualizados en el periodo; 2.-Informe de autoevaluación;3.- Informe de análisis de resultados de medición de indicadores de Seguridad y Calidad de la Atención según frecuencia establecida en la normativa; 4.-Informe de oportunidad de notificación de brotes de IAAS y de brotes de infecciones relacionadas con salud ocupacional no IAAS (COVID-19) según formato anexo N°15; 5.- Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados según formato anexo N°15 ;6.- Programa aprobado por el Director del establecimiento e informado al Director del Servicio de Salud a través de memo, mail u otro medio verificable; 7.-Informe semestral de evaluación de cumplimiento del Programa; Actas de reunión de Comité Técnico ampliado en que se difunde informe de manera semestral.</p>		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: ≥ 80%.
<p>Razonamiento meta: Se requiere que los establecimientos se comprometan y trabajen permanentemente en el mejoramiento de la calidad y la seguridad de los pacientes, de manera que la Acreditación, la implementación de las Normas de Seguridad y el cumplimiento de la Prevención de IAAS permitan establecer una cultura y política de calidad institucional.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener una cultura de calidad en el quehacer diario de todos los integrantes de la organización. 2. Mantener actualizada la información de brotes IAAS e indicadores de Normas de Seguridad en SICARS. 3. Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 40%
1	40% ≤ X < 55%
2	55% ≤ X < 70%
3	70% ≤ X < 80%
4	X ≥ 80%

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría (D.3_2.2).	Responsable: Jefes (as) de Áreas Auditadas.
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.	
	Objetivo indicador: Suscribir e implementar compromisos en las áreas auditadas.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras. La primera trazadora mide la suscripción de los compromisos por las unidades auditadas del establecimiento en relación con el total de hallazgos detectados en auditorías realizadas en el periodo de evaluación. La información debe estar contenida en la planilla de Compromisos de Auditorías Generales enviada al CAIGG (Consejo Auditoría Interna General de Gobierno). Los compromisos deben coincidir con los hallazgos detectados de las auditorías realizadas.</p> <p>No serán considerados, para efectos de suscripción de compromisos, los reportes trimestrales solicitados por el CAIGG y los hallazgos de las auditorías realizadas en el mes de diciembre.</p> <p>La segunda trazadora mide que se hayan implementado los compromisos vencidos en el año de evaluación en las unidades auditadas. En relación a los compromisos pendientes de implementar, éstos se pueden reprogramar sólo una vez.</p> <p>Esta información debe estar contenida en el programa de seguimiento de auditorías o planilla de compromisos no implementados en año anterior, enviados al CAIGG.</p> <p>Respecto de los compromisos de mejora, se debe incluir las observaciones de las Auditorías de la Contraloría General de la República y se excluyen de la medición, auditorías que no generan observaciones.</p>		
Frecuencia de medición: Trimestral o Semestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>50% puntaje Trazadora 1: (Número de compromisos suscritos del establecimiento asociado a auditoría (s) en el periodo de enero a diciembre / Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) realizadas de enero a noviembre) x 100.</p> <p>50% puntaje Trazadora 2: ((Número de compromisos de Auditoría interna implementados en el año de evaluación + Número de compromisos de CGR implementados en el año de evaluación) / (Número de compromisos suscritos cuyo cumplimiento se encuentran vencido en el año de evaluación + Número de compromisos de CGR vencidas en el año de evaluación)) x 100.</p> <p>-En SIS-Q para trazadora "Compromisos suscritos" ingresar información acumulada a lo menos semestralmente, resto de los meses ingresar N/A.</p> <p>Para la trazadora "Implementación de compromisos" deben seleccionar sólo una opción (1 a 30, 31 a 70 o mayor a 70). Las dos trazadoras que no ingresen datos, deben seleccionar N/A anual. El registro, en la trazadora seleccionada, debe ser acumulada a lo menos semestralmente, resto de los meses ingresar N/A mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: 1. Plan anual de auditoría, del año en evaluación y del anterior; 2. Compromisos suscritos formalizados por el auditado (vía memorándum, mail o documento firmado por el responsable de la unidad auditada), en respuesta a los hallazgos detectados producto de las auditorías. 3. Planilla en Formato Excel con "Anexo Compromisos de Auditorías Generales" (ver anexo N°16); 4. Observaciones de Contraloría General de la República (CGR): Compromisos y actividades suscritos con CGR y registrados en el sistema informático de seguimiento de CGR. 5. Mail, oficio o memo que respalde las reprogramaciones de los compromisos.</p>		
Línea de base: Sin línea base	<p>Metas:</p> <p>Trazadora 1: $\geq 90,0\%$ compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo.</p> <p>Trazadora 2: $\geq 90,0\%$, $\geq 80,0\%$ o $\geq 70,0\%$ de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.</p>	
<p>Razonamiento meta: Realizar auditorías, sólo tiene sentido si apunta a mejorar los aspectos detectados como deficitarios. Los compromisos de mejora suponen que existe una formalización del resultado del informe de auditoría en el establecimiento y también que el director del establecimiento exige del auditado la formalización de medidas tendientes a solucionar situaciones de riesgo detectados, con la identificación de los responsables de la implementación y fecha comprometida. El desarrollo, implementación y seguimiento de ellos, constituye la herramienta más efectiva para lograr el objetivo.</p>		
Iniciativas:	<p>1. Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.</p> <p>2. Gestionar el monitoreo y cumplimiento de planes de acción de CGR, mediante el sistema informático dispuesto para ello.</p>	

Puntuación	Porcentaje de Compromisos Suscritos	Porcentaje Implementación Compromisos (1 a 30 compromisos/año)	Porcentaje Implementación Compromisos (31 a 70 compromisos/año)	Porcentaje Implementación Compromisos (mayor a 70 compromisos/año)
0	$X < 75,0\%$	$X < 75,0\%$	$X < 65,0\%$	$X < 55,0\%$
1	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	$55,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	$60,0\% \leq X < 65,0\%$
3	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 80,0\%$	$X \geq 70,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de despacho de receta total y oportuno (D.4_1.2).	Responsable: Encargado (a) de Farmacia.
Estrategia: Calidad Atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna, segura y digna.	
	Objetivo indicador: Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna.	
<p>Descripción: El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado.</p> <p>Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en Farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día en que el usuario solicita la entrega. Este concepto corresponde en el registro REM a “la receta despachada con oportunidad”.</p> <p>Debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, se incorpora en la medición las recetas despachadas a domicilio. Entendiendo que estas deben ser despachadas de manera total y oportuna (anticipada) al domicilio del usuario y para aquellas recetas despachadas a través de la gestión territorial con otros establecimientos de salud en los casos que corresponda. Debido a que el REM no diferencia esto último, se recomienda establecer un registro de los despachos para gestión territorial de manera de tener coordinación en los REM con los otros establecimientos.</p> <p>Se podrán excluir de la medición, aquellos medicamentos que durante el año presenten quiebres de stock por desabastecimiento a nivel local. Lo anterior, debe ser respaldado por informe semestral de los medicamentos en quiebre de stock con carta formal del proveedor señalando la no disponibilidad del medicamento y un certificado de Unidad de Finanzas que acredite que no mantiene deudas con el o los proveedores del medicamento en quiebre de stock. Dicha exclusión, no considera los quiebres de CENABAST.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo / Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A04.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 99,5\%$.	
<p>Razonamiento meta: La demora en el inicio del tratamiento puede incrementar la morbilidad y la mortalidad. Diferir la entrega de medicamentos, implica la realización de nuevos trámites para el usuario y una nueva asistencia al centro hospitalario. Una entrega total y oportuna mejora adherencias terapéuticas y resulta una mejora en la satisfacción usuaria.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar un sistema de registro de la demanda de fármacos del área ambulatoria. 2. Gestionar la entrega total y oportuna de todos los proveedores. 3. Definición de stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad del establecimiento. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 86,0\%$
1	$86,0\% \leq X < 90,5\%$
2	$90,5\% \leq X < 95,0\%$
3	$95,0\% \leq X < 99,5\%$
4	$X \geq 99,5\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de satisfacción usuaria (D.4_1.4).	Responsable: Director (a) del establecimiento.
Estrategia: Calidad de la atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna, segura y digna. Objetivo indicador: Medir la satisfacción usuaria en las áreas diferenciadas.	
<p>Descripción: Este indicador mide el nivel de satisfacción usuaria, detectado a través de un cuestionario aplicado a los/as pacientes o sus acompañantes, atendidos en el servicio de urgencia y área ambulatoria. Las encuestas serán proporcionadas por MINSAL (anexo N°17) y contendrán los elementos básicos que se quieren medir, con un lenguaje claro y sencillo. Para disminuir el sesgo en las respuestas, este cuestionario debe ser aplicado por personal no clínico y capacitado en el tema. La metodología para obtener el tamaño de la muestra, las indicaciones para aplicar la encuesta y el cálculo a realizar para el porcentaje de satisfacción usuaria están en el anexo N°17. El establecimiento de salud podrá incorporar preguntas en el cuestionario que vayan en beneficio de la mejora continua, tomando en consideración la extensión del documento, de modo que no influya en la calidad de respuesta y no suprimir las que se envían en el anexo.</p>		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Sumatoria del puntaje total obtenido en las encuestas aplicadas en el periodo / Sumatoria del puntaje máximo a obtener del total de las encuestas aplicadas en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores trimestrales.</p>		
Fuente de datos: Cuestionarios utilizados y registro trimestral con resultados de las encuestas aplicadas.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: Conocer la opinión de los usuarios (pacientes o sus acompañantes) respecto de la atención recibida. Es una herramienta de gestión que debe permitir a los equipos de salud, identificar demandas, introducir planes de mejoras concretos y realizar seguimiento de los cambios e innovaciones efectuados a los servicios entregados.</p>		
Iniciativas:	1. Realizar análisis trimestral de los resultados de la medición de la satisfacción usuaria en las áreas diferenciadas.	
	2. Realizar seguimiento, evaluación trimestral y difusión de las estrategias implementadas para la mejora y analizar su impacto en las siguientes evaluaciones de satisfacción usuaria.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 50,0\%$
1	$50,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
3	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de reingresos urgentes de pacientes antes de 7 días (D.4_1.6).	Responsable: Subdirector (a) Médico.	
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención de calidad, segura y digna.		
	Objetivo indicador: Disminuir el porcentaje de reingresos urgentes.		
<p>Descripción: Este indicador mide todos los episodios de pacientes que reingresan en forma urgente antes de 7 días a un Centro Hospitalario, luego de haber tenido otro episodio de ingreso en el mismo Centro.</p> <p>A partir del año 2020 posterior a realizar durante un año el monitoreo y análisis de la totalidad de los reingresos en conjunto entre los equipos GRD y clínicos de las diferentes especialidades.</p> <p>En forma paralela los establecimientos deben realizar monitoreo mensual de la totalidad de los pacientes con reingresos antes de los 7 días, especialmente aquellos en que su diagnóstico principal se encuentra entre los códigos CIE10 T80 y T88.9, que recogen específicamente las complicaciones postquirúrgicas.</p> <p>Incluye egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización y Hospitalización en Urgencia.</p> <p><u>Se excluyen para:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hospitales pediátricos: pacientes adultos (\geq a 15 años). Hospitales de adultos: pacientes pediátricos ($<$ a 15 años). 			
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.	
<p>Fórmula: (Número de reingresos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales y línea base acumulada al año anterior.</p>			
<p>Fuente de datos: Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD de MINSAL.</p>			
Línea de base: Acumulada a diciembre del año 2021.	<p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reingresos Pacientes Adultos \leq 2,34%. Para aquellos establecimientos con línea base $>$2,50% disminuir 1,0 punto porcentual. -Reingreso Pacientes Pediátricos \leq 2,16%. Para aquellos establecimientos con línea base $>$2,50% disminuir 1,0 punto porcentual. 		
<p>Razonamiento meta: El reingreso hospitalario está influenciado por múltiples factores, entre los cuales están los clínicos, derivados del hospital y los del propio paciente. Constituyen un problema relevante por su impacto en la morbilidad, mortalidad y los costos. Este indicador mide indirectamente la calidad y eficiencia de las prestaciones asistenciales en salud y su monitorización puede utilizarse como una herramienta costo-efectiva para identificar posibles errores del equipo de salud, al igual que los factores de riesgo asociados a los pacientes.</p> <p>Se consideró un análisis de resultados entre 2016 hasta 2019. Para el reingreso pediátrico existe un aumento global del 27% y para el reingreso adulto existe un aumento global del 17%, respecto de la metodología vigente y la nueva propuesta de eliminar las exclusiones actuales. En base a lo anterior se procede a definir la meta mediante el incremento según los porcentajes anteriormente señalados.</p>			
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Identificar y caracterizar la casuística que reingresa en un plazo menor de 7 días y sus causalidades. Plan de mejora de los procesos clínicos y administrativos involucrados en la generación de los casos. Generar plan de evaluación y mejora del total de los casos de reingresos. 		
Puntuación	Porcentaje cumplimiento reingreso pacientes adultos	Porcentaje cumplimiento reingreso pacientes pediátricos	Establecimientos con LB $>$2,50% en pacientes adultos y pediátricos reducción de puntos porcentuales
0	$X > 2,95\%$	$X > 3,00\%$	$X < 0,4$ p.p.
1	$2,74\% < X \leq 2,95\%$	$2,76\% < X \leq 3,00\%$	$0,4$ p.p. $\leq X < 0,6$ p.p.
2	$2,54\% < X \leq 2,74\%$	$2,46\% < X \leq 2,76\%$	$0,6$ p.p. $\leq X < 0,8$ p.p.
3	$2,34\% < X \leq 2,54\%$	$2,16\% < X \leq 2,46\%$	$0,8$ p.p. $\leq X < 1,0$ p.p.
4	$X \leq 2,34\%$	$X \leq 2,16\%$	$X \geq 1,0$ p.p.

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos (D.4_1.7).	Responsable: Director (a) del establecimiento.
Estrategia: Calidad de la atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención de calidad, segura y digna.	
	Objetivo indicador: Gestionar y dar respuesta a los reclamos de manera oportuna y efectiva.	
<p>Descripción: El indicador mide el cumplimiento de dos trazadoras respecto de la respuesta de los reclamos, de acuerdo con los siguientes requisitos:</p> <p>Trazadora 1 Oportunidad: Que la respuesta al reclamo sea en un periodo no superior a los 15 días hábiles (según lo establecido en la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes). Es importante señalar, que cuando un reclamo es enviado desde otra institución, los días para su gestión comienzan a contar desde el siguiente día hábil que ingresa al establecimiento objeto del reclamo. Para asegurar el cumplimiento de esto, el establecimiento deberá contar con un procedimiento formal de gestión de reclamos, que establece responsabilidades, tiempos de respuesta interno y controles de las unidades involucradas en el proceso.</p> <p>Trazadora 2 Calidad: Que la respuesta cumpla con todos los requisitos de calidad, la cual será medida por el establecimiento de salud con la Pauta de Evaluación de la Calidad de la Respuesta (muestra representativa), detallada en anexo N°18 para obtener el máximo puntaje en este ámbito.</p> <p>El o la director/a del establecimiento de salud deberá velar por un oportuno y adecuado cumplimiento de las normativas legales vigentes en términos de los plazos formales de gestión y respuesta a los reclamos (Ley N° 20.584; Decreto N° 35, art. 11).</p>		
Frecuencia de medición: Mensual y trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>50% del puntaje Trazadora 1 Oportunidad: (Número de reclamos contestados en el plazo establecido en el periodo/ Total de reclamos contestados en el periodo) x 100.</p> <p>50% del puntaje Trazadora 2 Calidad: (Puntaje obtenido en evaluación de calidad de la respuesta de los reclamos / Puntaje esperado en la evaluación de la calidad de la respuesta de los reclamos) x 100.</p> <p>-Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales en oportunidad. En calidad ingresar valores trimestrales y en los meses que no tenga datos ingresa N/A.</p>		
<p>Fuente de datos: Oportunidad: REM, Resolución del procedimiento formal de gestión de reclamos que establece responsabilidades, tiempos de respuesta interno y controles de las unidades involucradas en el proceso; Calidad: Informe trimestral de resultados de la evaluación de la calidad de la respuesta.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Metas: 100,0% en oportunidad; ≥ 80,00% en calidad.	
<p>Razonamiento meta: Que la institución conteste los reclamos de forma oportuna y de calidad, como realice mejoras sobre las áreas críticas priorizadas; indica que se ocupa de los temas que inquietan a sus usuarios/as y asegura el cumplimiento de las normativas legales vigentes. En términos de cumplimiento de los plazos formales de gestión y respuesta a los requerimientos ciudadanos, para garantizar el derecho de las personas a dar su opinión y recibir respuesta.</p>		
Iniciativas:	1. Fortalecer las OIRS como espacios de gestión usuaria y promoción del buen trato a los usuarios/as.	
	2. Contribuir al bienestar de los usuarios, a través de la mejora permanente de las gestiones en OIRS, las que permitan dar respuestas de calidad a sus requerimientos.	
	3. Generar altos niveles de eficiencia y eficacia en la gestión de las OIRS, mejorando los niveles de resolutivez y oportunidad de las respuestas a los reclamos.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento oportunidad	Porcentaje de cumplimiento calidad
0	$X < 70,0\%$	$X < 60,00\%$
1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	$60,00\% \leq X < 65,75\%$
2	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	$65,75\% \leq X < 71,50\%$
3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	$71,50\% \leq X < 80,00\%$
4	$X = 100,0\%$	$X \geq 80,00\%$

ANEXOS.

Anexo N°01.

Documento de apoyo Planilla de Saldos en Cuentas Corrientes.

Planilla “Informe origen y destino de saldos de cuentas corrientes” para envío mensual a División de Presupuesto al correo gestionpresupuestaria@minsal.cl.



SUBSECRETARÍA DE REDES
ASISTENCIALES
División de Presupuesto
Depto. Gestión Presupuestaria

INFORME ORIGEN Y DESTINO DE SALDOS CUENTAS CORRIENTES

Información de saldos al 18 10

Saldo de cuentas corrientes del Servicio M\$ se el servicio de salud celda C21

01 Reintegro Tesoro	-
02 Aplicación Gasto operacion	-
03 Recursos Condicionados	-
Gestión de Saldos	-

Automático		Paso I	Automático	PASO II Seleccionar			PASO III Ingresar informacion solicitada			
CD DIPRES	ID SERV	SERVICIOS DE SALUD	CD ESTAB	ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO	Tipo (1 Reintegro Tesoro, 2 Aplicación Gasto operacional; 3 Recursos condicionados)	Cuenta Bancaria	Detalle de Destinación	Monto M\$ a Destinar	Observaciones	

CD DIPRES: Corresponde al Capítulo Presupuestario del Servicio de Salud. Dicho código es automático.

ID SERV: Corresponde la Partida, Capítulo y Programa Presupuestario del Servicio de Salud. Dicho código es automático.

Servicio de Salud: Corresponde al Servicio de Salud que pertenece vuestro establecimiento, se genera una lista desplegable que el establecimiento debe ingresar.

CD ESTAB: Corresponde al código presupuestario del establecimiento. Dicho código es automático.

Establecimiento Hospitalario: Corresponde al Establecimiento, dicho campo está vinculado con el nombre del Servicio de Salud el cual debe ingresarse primero. Se genera una lista desplegable que el establecimiento debe ingresar.

Tipo (1 Reintegro Tesoro, 2 Aplicación Gasto Operacional; 3 Recursos Condicionados) Se debe indicar el tipo de saldo de cuentas corrientes, las cuales son:

1. Reintegros al Tesoro Público: Corresponde a los montos de las cuentas corrientes que deben ser reintegrados al Tesoro Público, en base a los saldos iniciales de caja establecidos por la Contraloría General de la República, para lo anterior, el Servicio de Salud debe hacer las gestiones correspondientes y gestionar su devolución en base a lo presupuestado en el Subtítulo 25 “Integros al Fisco” y/o gestionar el aumento de marco si corresponde.

En el caso de las licencias médicas, cabe señalar que el artículo 22 de la Ley de Presupuestos 2022 establece que “*Los servicios públicos deberán efectuar todas las gestiones que sean necesarias para recuperar los montos correspondientes a los subsidios por licencias médicas, desde las instituciones de salud previsional, en un plazo máximo de seis meses contado desde la fecha de pago de la respectiva remuneración mensual, e ingresarlos a rentas generales de la Nación. Para tales efectos, la Tesorería General de la República emitirá instrucciones técnicas generales para materializar estos procesos.*” Es por lo anterior que, en el mes de agosto del 2021, la CGR establece el tratamiento presupuestario y contable y dictaminado en el oficio C.R.R. N°E139782/21. Además, se informa que los montos del Subtítulo 08.01 “Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas” tiene su contrapartida presupuestaria en el Subtítulo 25 “Integros al Fisco” en su presupuesto base.

Para el indicador puede ajustarse luego de haber algún decreto de Subtítulo 25 si correspondiera.

2. Aplicación Gasto Operacional: Corresponde a los saldos para el gasto operacional del establecimiento y que deberán ser utilizado de acuerdo a las transferencias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y/o fondos empozados de años anteriores.

Para el indicador, solo se excluirán cuentas debidamente justificadas enviada por la División de Presupuesto.

3. Recursos Condicionados: Estos recursos corresponden a transferencias sujetas a condiciones establecidas en leyes, regulaciones o convenios, entendiéndose que las condiciones son estipulaciones que especifican que los recursos incorporados en el activo deben ser consumidos por el destinatario para lo cual se especificó. Su incumplimiento significaría que dichos recursos deben restituirse al otorgante. El procedimiento contable queda establecido en el dictamen C.R.R. N°E139782/21 que actualiza el manual de procedimientos contables para el sector público en especial el procedimiento F-12 “Transferencias con Condición otorgada a otras entidades Públicas” y el artículo 23 de la ley de Presupuesto.

Es por lo anterior que saldos de las cuentas de recursos condicionados, el Servicio deberá efectuar un análisis para su utilización. Lo anterior, no quita lo establecido en procedimiento F-12 que establece que si la entidad receptora no utiliza la totalidad de los recursos transferidos deberá remitir un informe a la CGR que acredite dicha situación, el cual servirá de base para reconocer el efecto en el resultado del ejercicio.

DETALLE DE DESTINACIÓN: Indica una pequeña descripción de la utilización de los fondos, ejemplo “Programa APS - SAR”, “Programa Ministerio Desarrollo Social – Programa Calle”. En caso de ser programas rendibles, se solicita indicar en detalle el nombre del programa.

MONTO M\$ A DESTINAR: Corresponde al monto al último día del mes de la Cartera Financiera Bancaria.

Cartera Financiera Bancaria

Criterios de Búsqueda [Ir a Búsqueda Avanzada](#)

* Ejercicio Fiscal	2021	* Fecha	Desde 01/01/21 Hasta 31/01/21
* Cobertura	<input type="text"/>	* Contenido	Saldos o Flujos
Cuenta Contable	<input type="text"/>	* Expresión Valores	Unidad
Tipo de Demanda	Ley de Presupuestos		

El monto total, de la Cartera Financiera Bancaria es el que se debe ocupar para el Anexo Cuentas Corrientes.

OBSERVACIONES: Se debe indicar las observaciones en caso que corresponda.

Fuente de información: División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Anexo N°02.**Documentos Tributarios Electrónicos (DTE).**

Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA (A.3_1.1).

Los documentos tributarios electrónicos que serán considerados en la evaluación son los siguientes:

Tipo documento	Nombre tipo documento
33	Factura electrónica
34	Factura no afecta o exenta electrónica
56	Nota de débito electrónica
61	Nota de crédito electrónica

Fuente de información: División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Anexo N°03.

Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos.
Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del sistema de costos (A.3_1.2).

1. Fecha límite de entrega de los Reportes y Cuadros Gerenciales, así como de los porcentajes de cumplimiento y puntuación asociada a la escala respectiva.

A continuación, se entregan las fechas de reporte solicitados para el indicador en el año 2022:

Mes que informa	Mes de Reporte
Enero	31 de marzo
Febrero	31 de marzo
Marzo	29 de abril
Abril	31 de mayo
Mayo	30 de junio
Junio	29 de julio
Julio	31 de agosto
Agosto	30 de septiembre
Septiembre	28 de octubre
Octubre	30 de noviembre
Noviembre	30 de diciembre
Diciembre	03 de febrero 2023

Por tanto, para el ingreso en SIS-Q o en la plataforma que esté disponible, una vez validada el acta mensual por MINSAL, se debe ingresar el puntaje obtenido mes por mes.

2. Actividades y aspectos generales sobre los reportes:

El establecimiento debe reportar mensualmente al correo que se encuentra disponible (sistemadecostos@minsal.cl) la información asociada a su establecimiento, incluyendo información que considere necesaria para justificar algún antecedente del reporte. Estos reportes serán evaluados en el ítem "Oportunidad" según fecha de envío de acuerdo con el cuadro que se presenta a continuación:

Día de atraso en la entrega del reporte según calendario entregado precedentemente	Puntos	Observación
0 días hábiles	4	*Las fechas de entrega podrán eventualmente ser modificadas por el equipo MINSAL. Si fuese el caso, el equipo MINSAL informará oportunamente vía correo al referente que el establecimiento tiene designado y será responsabilidad del referente del establecimiento, informar internamente el cambio. En caso de tener que corregir un reporte, el establecimiento contará con 2 días hábiles para realizar la corrección sin que ello implique descuento de puntaje por Oportunidad.
1 día hábil	3	
2 días hábiles	2	
3 días hábiles	1	
4 o más días hábiles	0	

Los reportes, también serán evaluados con puntaje según "Calidad" de la data, según se indica a continuación:

Cantidad de correcciones por calidad en el reporte entregado según calendario ya indicado	Puntos
≥ 4	0
3	1
2	2
1	3
0	4

Por cada vez que el equipo MINSAL solicite corregir el reporte asociado a la carga de la data (calidad del dato ingresado al sistema), el puntaje del establecimiento (disminuirá en 1 punto según el escalafón del primer envío de reporte tal como se señala en la tabla).

Una vez cerrado el mes correspondiente, el establecimiento no está habilitado para hacer modificaciones. MINSAL determinara e informara oportunamente cualquier apertura del sistema para hacer modificaciones retroactivas.

3. Aspectos que se consideraran para evaluar el cumplimiento del ítem “Calidad” en los reportes mensuales que se deben proveer:

- i. Se requerirá el reporte del Cubo9 que provee SIGCOM el cual debe ser enviado al correo sistemadecostos@minsal.cl.
- ii. Todos los CC que tengan gastos, también deben presentar producción imputada (salvo Administración y Abastecimiento).
- iii. Aludiendo al punto anterior, si existe un centro de costo sin producción, este se debe justificar. Los centros de costos de apoyo (CCA) que tenga gastos no pueden estar sin producción. Esta última situación produce un descuadre el cual consiste que el Costo Directo ingresado no es igual a la sumatoria de los Totales de los centros de costos finales.
- iv. Deberán revisar los costos unitarios de las producciones para determinar si están bien imputados los gastos.
- v. Las producciones ingresadas a SIGCOM deben corresponder a las reportadas por REM.
- vi. Las imputaciones de gastos deben corresponder al consumo del periodo. La cuadratura del sistema de costeo (SIGCOM) con SIGFE, si bien a través del panel de Power BI se indica mes a mes y esta no necesariamente podría cuadrar, la misma se revisará al final del año. Es decir, al cabo de un año calendario (diciembre), los costos totales del establecimiento informado en el sistema de costeo (SIGCOM) y sus devengados informados en SIGFE no deben tener una diferencia mayor a un 5% sumando los subtítulos 21 y 22.
- vii. Los Centros de Costos que tienen actividad deben tener sus respectivos gastos. Es decir, no puede haber un CC que tenga producción y no gastos y viceversa (salvo Administración el cual no tiene producción en el sistema de costeo).
- viii. Los centros de costos (salvo el Centro de Costos Externo) deberían tener gastos de RRHH, Gastos Generales e Insumos si es que tienen actividad. De haber una excepción se debe justificar esta. El Centro de Costo Externo debería tener sólo costos indirectos. De no ser así se debe justificar.
- ix. Servicio Farmacéutico no debería tener gastos de Medicamentos, salvo aquellos que son dados de baja por vencimiento u otra causal. En ese caso se debe incluir la justificación.
- x. Si existiesen costos de medicamentos, material quirúrgico, de Central de Esterilización, exámenes u otros gastos que no suponen un gasto necesario para el funcionamiento de Administración, estos costos deben ser justificados.
- xi. Si se ingresaron costos de servicios básicos, todos los CC que tuvieron actividad (salvo el Centro de Costo externo) tienen que tener gastos asociados del mismo ítem.
- xii. Las compras de camas al extrasistema y las compras de intervenciones quirúrgicas no deben asignarse a Administración, ni a Consultas ni a ningún otro centro de costo que no utilice cama o IQ para su funcionamiento, sino que al centro de costo de Hospitalización o Quirófano de especialidad correspondiente.
- xiii. Las compras de servicio que correspondan a horas hombre, donde la actividad se realizó en el establecimiento (paciente no derivado), se deben imputar como RRHH en el sistema de costeo y no en gastos generales.

- xiv. En las Consultas de Especialidad se deben considerar los Totales del REM 7, las consultas por compras de servicio.
- xv. En los centros de Hospitalización sólo colocar los egresos de dichos CC. Aquellos egresos/altas desde las UCI o UTI no deben incluirse en Hospitalización. Las diferencias que pudiesen ocasionar los egresos de las Hospitalizaciones con las del DEIS debido a los egresos por UPC, se considerarán al final de año con el cruce de datos DEIS.
- xvi. Debe haber una cuadratura entre el Costo Directo y el Total de Costos de los centros de costos finales.
- xvii. Todo centro de costo que tenga costo indirecto de Servicio Farmacéutico deberá tener los respectivos costos de Medicamentos.
- xviii. De haber RRHH, Gastos Generales o Insumos subvencionados por otro establecimiento, se debe detallar dicho aporte recibido por el hospital.

En los puntos anteriormente mencionados, si existe una justificación, ésta deberá estar contenida en el correo (sistemadecostos@minsal.cl) junto con el reporte correspondiente. De no estar ahí se entiende que se incurrió en un error y se observará descontando el puntaje correspondiente.

Con el fin de ir mejorando la data ingresada al sistema, de identificarse un punto de mejora en la imputación de los datos, éstas se enviarán con tiempo y serán motivo de revisión de Calidad para los meses posteriores. También mencionar que los puntos anteriormente descritos podrían requerir ser complementados o ajustados durante el año, en concordancia a la evolución de la red. De producirse, se informará.

4. Envío de Informe Semestral

Este informe debe contemplar el costo del recurso humano para el grupo de trazadoras que se relacionan a la actividad hospitalaria del establecimiento. Es decir, mide la relación entre el gasto en personal y la producción de las actividades hospitalarias definidas en un periodo determinado, con ese personal. Por cada trazadora se define un producto asociado y el gasto en personal que involucra cada una de ellas, definida según los centros de costos designados para cumplir con la producción.

Se considera el total del gasto en personal incluido el gasto en compras de servicios de personal, según lo definido en el punto N°5. Se definen las siguientes trazadoras:

- A) Hospitalización (Egresos).
- B) Consultas Médicas de especialidad.
- C) Cirugía Mayor Ambulatoria.
- D) Atenciones de Emergencia.

Cada informe semestral debe contener el análisis correspondiente respecto a las variaciones mes a mes de los costos y explicar aquellas alzas o bajas, para ese periodo.

Adicionalmente debe contener el costo unitario promedio de cada unidad de producción y su respectivo análisis.

El informe semestral enviado por el establecimiento será validado por el equipo de Costos MINSAL y evaluará la concordancia en el cálculo del costo por actividad productiva.

La entrega de dicho informe debe realizarse al correo sistemadecostos@minsal.cl en los siguientes plazos:

Período que informa	Fecha de entrega
Informe correspondiente al primer semestre	05 de agosto 2022
Informe correspondiente al segundo semestre	03 de febrero 2023

5. Obtención del cálculo del costo del recurso humano por actividad productiva.

Numerador: Se debe considerar el gasto de RRHH de SIGCOM en el ítem “recursos humanos”

Para los centros de costos de SIGCOM a considerar como numerador, se debe tener en consideración la configuración de cada establecimiento. A continuación, se incluyen los correspondientes a cada trazadora, para que el establecimiento determine, de acuerdo a su configuración, cual o cuales le aplican.

a. Trazadora “Hospitalización” (Egresos).

HOSPITALIZACIÓN DE TRASPLANTES	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUEMADOS
HOSPITALIZACIÓN TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO ADULTO
HOSPITALIZACIÓN CARDIOVASCULAR	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO CARDIOQUIRÚRGICA
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO CORONARIOS
HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGÍA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO NEONATOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA
HOSPITALIZACIÓN NEONATOLOGÍA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO QUIRÚRGICA
HOSPITALIZACIÓN NEUROCIRUGÍA	QUIRÓFANOS CIRUGIA CARDIACA
HOSPITALIZACIÓN NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA	QUIRÓFANOS CIRUGÍA PLÁSTICA
HOSPITALIZACIÓN NEUROLOGÍA	QUIRÓFANOS CIRUGÍA TORACICA
HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA	QUIRÓFANOS CIRUGÍA VASCULAR
HOSPITALIZACIÓN OFTALMOLOGÍA	QUIRÓFANOS GINECOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN ONCOLOGÍA	QUIRÓFANOS NEUROCIRUGÍA
HOSPITALIZACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA	QUIRÓFANOS OFTALMOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	QUIRÓFANOS OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN PENSIONADOS	QUIRÓFANOS PROCTOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	QUIRÓFANOS TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia
HOSPITALIZACIÓN TRAUMATOLOGÍA	QUIRÓFANOS UROLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN UROLOGÍA	QUIRÓFANOS ODONTOLOGICA
HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA	QUIRÓFANOS CABEZA Y CUELLO
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	QUIRÓFANOS CARDIOVASCULAR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOQUIRÚRGICA	QUIRÓFANOS DERMATOLOGÍA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOS	QUIRÓFANOS DIGESTIVA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA	QUIRÓFANOS OBSTETRICIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS	UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA	

b. Trazadora “Consultas Médicas” (de especialidad).

CONSULTA ANESTESIA	CONSULTA MEDICINA INTERNA
CONSULTA CARDIOLOGÍA	CONSULTA NEFROLOGÍA
CONSULTA CIRUGIA CARDIACA	CONSULTA NEONATOLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA GENERAL	CONSULTA NEUMOLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA MAXILOFACIAL	CONSULTA NEUROCIRUGÍA
CONSULTA CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CONSULTA NEUROLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA PLÁSTICA	CONSULTA NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA CIRUGÍA PROCTOLOGÍA	CONSULTA NUTRIOLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	CONSULTA OBSTETRICIA

CONSULTA DE INMUNOLOGÍA	CONSULTA OFTALMOLOGÍA
CONSULTA DE PARASITOLOGÍA	CONSULTA ONCOLOGÍA
CONSULTA DE REHABILITACIÓN	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGÍA
CONSULTA DERMATOLOGÍA	CONSULTA PEDIATRÍA GENERAL
CONSULTA ENDOCRINOLOGÍA	CONSULTA PSIQUIATRÍA
CONSULTA GASTROENTEROLOGÍA	CONSULTA REUMATOLOGÍA
CONSULTA GENÉTICA	CONSULTA SALUD OCUPACIONAL
CONSULTA GERIATRÍA	CONSULTA TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA GINECOLOGICA	CONSULTA UROLOGÍA
CONSULTA HEMATOLOGÍA	CONSULTAS MÉDICAS
CONSULTA HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	PROGRAMA ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SEXUAL
CONSULTA INFECTOLOGÍA	PROGRAMA MANEJO DEL DOLOR
CONSULTA MÉDICA DE TRAUMATOLOGÍA	PROGRAMA VIH
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR	

c. Trazadora “Cirugía Mayor Ambulatoria”

QUIRÓFANOS MAYOR AMBULATORIA	QUIRÓFANOS AMBULATORIO DE EMERGENCIA
------------------------------	--------------------------------------

d. Trazadora “Atenciones de Emergencia”

EMERGENCIAS	EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
EMERGENCIAS ADULTO	EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS	

Denominador: Es la producción asociada a cada trazadora, la cual debe ser concordante con lo registrado en SIGCOM. datos que se obtienen de las siguientes fuentes:

- a. Trazadora “Hospitalización” (Egresos).
 - Para aquellos que tienen GRD, se utiliza el número de egresos de *tipo actividad* “Hospitalizados”. La fórmula de Costo Actividad debe incluir el respectivo PM GRD.
 - Para aquellos que no tienen GRD se utiliza el número de Egresos del REM 20.
- b. Trazadora “Consultas Médicas” (de especialidad).
 - Total de Consultas Médicas de Especialidad del período.
- c. Trazadora “Cirugía Mayor Ambulatoria”
 - Total de Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias del período.
- d. Trazadora “Atenciones de Emergencia”.
 - Número de Atenciones de Emergencia del período.

Fuente de información: Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Anexo N°06.

Listado de medicamentos excluidos de la medición del indicador.
 Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos (A.3_1.9).

FÁRMACO (NOMBRE GENÉRICO)	FORMA FARMACÉUTICA (FF)	PRESENTACIÓN
ANTITROBINA HUMANA	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	500UI/1000UI
BASILIXIMAB	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	20MG
CARBON ACTIVADO USP	POLVO	GR
DANTROLENO	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	20 MG
FACTOR ANTIHEMOFILICO VII	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	2 MG.
FLUMAZENILO	SOLUCION INYECTABLE	0,1 MG/ML
NALOXONA	SOLUCION INYECTABLE	0,4 MG/ML
INMUNOGLOBULINA ANTI-TETANICA	SOLUCION INYECTABLE	250 UI
INMUNOGLOBULINA VARICELA ZOSTER	SOLUCION INYECTABLE	125 UI/5 ML
N-ACETIL CISTEINA	SOLUCION PARA NEBULIZACION	100 MG/ML
OXIMA REACTIVADORA ACETILCOLINESTERASA (OBIDOXIMA)	SOLUCION INYECTABLE	250 MG/ML
PREPARADOS MAGISTRALES	TODAS	
GAMMAGLOBULINA ANTI-RH	FA	0.25 MG
GLUCAGON ADN RECOMBINANTE	SOLUCION INYECTABLE	1 MG/ML
PROTAMINA SULFATO	SOLUCION INYECTABLE	50 MG/5 ML

Anexo N°07.

Documento de apoyo al indicador Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).

Fuente de información: Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Trazadora 1: Reducción del índice de ausentismo laboral en comparación con resultado del año 2021.

El índice de ausentismo mide el promedio de días de ausentismo laboral por licencias médicas curativas del tipo 1 “Enfermedad común” y tipo 2 “Prorroga de medicina preventiva” acumulados en el periodo, incluyendo días de licencias médicas de funcionarios a Contratas, Titulares, Suplencia y Reemplazos, sobre el promedio de la dotación efectivas en cargo de funcionarios titulares y a contrata vigentes al último día del mes de corte, incluyendo funcionarias y funcionarios con calidad de suplentes y reemplazos. Dado el contexto de pandemia, el monitoreo y análisis del índice de ausentismo se considera como una herramienta técnica que permite la definición de estrategias de cuidado para el personal de salud, considerando las estrategias preventivas y de resguardo.

Cálculo de índice ausentismo: (Total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos del período) / (Promedio de dotación efectiva vigente en cargos más las dotaciones de las suplencias y reemplazos vigente al último día del mismo periodo de evaluación).

Numerador: Corresponde a la sumatoria de días de licencias médicas tipo 1 “Enfermedad Común” y Tipo 2 “Prorroga de medicina preventiva”, acumulados al periodo que se informa. Incluye días de LM de funcionarios a Contrata, Titulares, Suplencias y Reemplazos.

Denominador: Corresponde al promedio de la dotación efectiva en cargos de funcionarios titulares y a contrata vigentes al último día del mes de corte, incluyendo funcionarios/as con calidad de suplentes y reemplazos en cargos titulares vacantes, funcionarios/as que se encuentran en comisión de servicio y funcionarios/as que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.

Trazadora 2: Plan de abordaje y prevención de los equipos de salud en el contexto de pandemia.

Las actividades a desarrollar en el Plan de Abordaje y Prevención tienen como fin la disminución del índice de ausentismo, así como la prevención de consecuencias negativas en funcionarias y funcionarios a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19.

Debe ser elaborado en base a los ejes priorizados y mencionados en este anexo, además debe contener como mínimo los siguientes puntos:

- 1.- Contextualización de los efectos que ha generado la pandemia en los equipos de trabajo en los establecimientos,
- 2.- Las actividades a desarrollar, con responsables y plazos definidos.

El Plan debe ser validado en primera instancia por el equipo a cargo del Comité Central de Ausentismo, quien generará certificado con validación realizada, y presentado al Departamento de Calidad de Vida Laboral de la División de Gestión y Desarrollo de Personas (DIGEDEP) de MINSAL, no debe superar las 10 páginas.

Medidas institucionales para el abordaje del ausentismo asociado a COVID-19.

Dentro de las medidas institucionales que favorezcan las condiciones de seguridad en los ambientes laborales y contribuyan al manejo de la situación de pandemia que enfrentan los Servicios de Salud, se reconocen todas aquellas enfocadas a generar ambientes laborales saludables que favorezcan el bienestar integral de los funcionarios y funcionarias, abarcándolo desde una perspectiva biopsicosocial que considere los distintos momentos del ciclo de vida laboral.

Las distintas acciones planteadas deben ser diseñadas de acuerdo con el contexto actual, beneficiando la utilización de medios digitales.

A continuación, se detallan las medidas a desarrollar para concretizar esas declaraciones.

Eje Ciclo de Vida Laboral.

Para la incorporación de medidas relativas al ciclo de vida laboral, se debe considerar, como marco normativo, la revisión y diagnóstico de las Políticas de Gestión y Desarrollo de Personas. Dentro de las actividades a incorporar se encuentran:

- **Desarrollo de proceso de inducción.** Dado el contexto actual se debe general las instancias de inducción necesarias a nuevos funcionarios y funcionarias, considerando los elementos mínimos; clarificar perfil de cargo, funciones, deberes y derechos según Ley de contratación, beneficios institucionales, etc.; explicitando la normativa asociada al uso de Licencia Médica, los riesgos que suponen sus labores (Decreto Supremo N° 40) y lo contenido en la Ley 16.744, así como asegurar el conocimiento de los protocolos de atención, precauciones estándar.

Eje Salud Funcionaria.

El objetivo de este ámbito es cautelar la salud de los funcionarios en un contexto de pandemia, que demanda mayores cuidados de los espacios de trabajo y condiciones laborales, requiriéndose medidas en los siguientes ámbitos:

- **Resguardo de las condiciones de trabajo.** Se debe generar de acciones para resguardar las condiciones de los ambientes laborales para el cuidado, prevención y promoción de la salud considerando las exigencias que supone el enfrentamiento de la pandemia por COVID19.
- **Avanzar progresivamente en las coberturas del EMP de la totalidad de la dotación, incluyendo a funcionarios en proceso de inducción.** Se debe continuar con la aplicación del EMP, de acuerdo con las posibilidades de cada equipo de Salud funcionaria, de forma tal que permita mantener la identificación de los funcionarios en grupos de riesgos.
- **Cuidado de la salud mental de los equipos de salud.** Considerando las exigencias que supone el enfrentamiento de la pandemia, se deben generar estrategias que favorezcan el cuidado de la salud mental de funcionarias y funcionarios. Se debe considerar la promoción, prevención y atención en salud mental de funcionarias y funcionarios.

Eje Conciliación de la vida personal y familiar con el trabajo.

Dado el contexto que se vive como país y la crisis sanitaria actual, los ámbitos de la vida personal, social y familiar se ven fuertemente afectados. Para el personal de salud, además, se suma el desafío que significa hacer frente a la crisis como principales actores. Este ámbito debe estar enfocado a reconocer las tensiones conciliatorias que significa esta crisis y plantear acciones que permitan disminuir sus efectos en funcionarias y funcionario. Este eje involucra.

- **Detección de las tensiones conciliatorias y generación de acciones que permitan enfrentarlas.** Actualización de los protocolos de conciliación de vida personal, familiar y laboral
- **Generar instancias de trabajo a distancia como alternativa a funcionarios y funcionarias que cumplan condiciones de vulnerabilidad de salud frente a COVID19.** Considerando las instrucciones e indicaciones emanadas por la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- **Seguimiento a la demanda de cuidado infantil.** A partir de esta demanda y de las orientaciones entregadas respecto al funcionamiento de Salas Cunas y Jardines Infantiles planificar la atención de los dispositivos de cuidados infantiles.

Eje Protección de la Dignidad y promoción del Buen Trato.

- **Adaptación del programa de Buen Trato Laboral al contexto actual,** se debe realizar las modificaciones necesarias en el plan en ejecución según parámetros de la DNSC con fin de adaptarlo a las condiciones actuales. Fortaleciendo la promoción y la prevención del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual.
- **Aplicación de los Procedimientos de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual, actualizados.** Enfocado en la resolutivez de los procesos sumariales. Para lo cual, se debe considerar lo contenido en las Orientaciones para la Elaboración de un Procedimiento de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual emanadas por la Dirección Nacional del Servicio Civil (Dirección Nacional del Servicio Civil, 2018).

Medidas institucionales de abordaje a ausencia laboral en pandemia.

- **Seguimiento y acompañamiento a funcionarias y funcionarios ausentes,** se deben establecer las medidas de acompañamiento a funcionarias y funcionarios con ausentismo declarado según requerimientos del caso y realidad local. Este acompañamiento se debe generar especialmente a aquellos funcionarios y funcionarias identificados con diagnóstico de COVID-19, ya sea por contacto comunitario o laboral. Se recomienda la gestión a través de seguimiento telefónico, gestión de lista de espera, activación de intersector, entre otras.

Fuente de información: Departamento Calidad de Vida Laboral, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Ministerio de Salud.

Anexo N°08.**Definiciones para determinar numerador y denominador de indicador.**

Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).

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 que debe contener:

Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6
DAU	Nombre	RUT	Fecha y hora de primera atención médica	Fecha y hora de alta médica	Tiempo = (columna 5 - columna 4)

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

Se considerarán los siguientes tiempos:

- Tiempo 1 (T1): Hora de primera atención médica en DAU.
- Tiempo 2 (T2): Hora de alta médica (que cumple con criterios establecidos) en DAU.
- Tiempo de estadía del paciente: T2 - T1 por cada paciente.

Fuente de información: Unidad de Atención de Urgencia Hospitalaria, Depto. de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Anexo N°09.

Orientaciones Proceso de Notificación y pesquisa de Posibles/potenciales Donantes de Órganos (C.3.1).

Documento de apoyo para el indicador

Porcentaje de Notificación y Pesquisa de Posibles/Potenciales Donantes de Órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) Adultas y Pediátricas.

1.-Definiciones:

Posible donante en UEH Adulta y/o Pediátrica: es todo aquel paciente que haya presentado al ingreso o durante su estancia en el Servicio de Urgencia las siguientes características:

Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 y daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

Posible Donante en UPC (UCI y/o UTI) Adulta y/o Pediátrica: es todo aquel paciente que al ingreso o durante su estancia en la Unidad de Paciente Crítico (UCI y/o UTI) presente diagnóstico con las siguientes características:

Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 y daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

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

La notificación y pesquisa, con fines de donación multiorgánica y multitejidos, debe realizarse estando el paciente vivo o posterior a la certificación de muerte encefálica, estando aún con perfusión orgánica. No se podrán ingresar al SIDOT pacientes post asistolia no recuperada.

La notificación y pesquisa, con fines de donación de tejidos, de un cuerpo inerte que se encuentre en Anatomía Patológica u otra unidad, debe ocurrir ante la factibilidad de extracción de tejidos con fines de implante en humanos.

Tanto en Urgencia como en UPC, para el BSC C.3.1 se considerarán entre 6 meses y 78 años (*).

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

Coordinación Local de Procuramiento: Corresponde a la unidad encargada de gestionar la obtención de órganos y tejidos para trasplantes en los centros asistenciales con capacidad generadora de donantes, pertenecientes a la red de salud pública, privada y de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública del país.

Esta Coordinación deberá tener disponibilidad los 365 días del año, en un horario 24 horas/7 días a la semana (24/7).

Su funcionamiento incluye el nivel intrahospitalario de la red y del territorio perteneciente al Servicio de Salud.

Para mayores antecedentes se recomienda revisar las Orientaciones Técnicas “Proceso de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos” vigente.

2.- Requisitos mínimos que deben cumplir los establecimientos hospitalarios

Es responsabilidad de la dirección de cada centro asistencial, proveer los recursos necesarios para que se realicen todas las actividades asociadas al proceso de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos y tejidos, dentro de las iniciativas del liderazgo se considerarán para el cierre de brechas:

- Velar por el cumplimiento de Ordinario A15 /N°3965 del 12.09.2019 del Ministerio de Salud, “Reitera vigencia de obligación legal, de prestadores individuales públicos y privados, de notificar estado de muerte encefálica de un paciente”.
- Tramitar y contar con la Resolución Sanitaria Especial emitida por la SEREMI respectiva, la cual será fiscalizada según Ord. B35/N° 315 del 07 de febrero 2020.
- Reuniones semestrales con jefaturas de unidades UEH, UPC, NC y/o NL si procede, y CLP para evaluar y controlar el cumplimiento de estrategias implementadas con el fin de enfocar el fortalecimiento de:
 - Notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes en sus establecimientos de salud.
 - Aumento de donantes efectivos fallecidos.
- Las personas en potestad de los cargos correspondientes a las Coordinaciones Locales de Procuramiento (CLP), deben cumplir la función para la que fueron destinadas preservando dedicación exclusiva al programa.
- Notificar a la correspondiente Coordinación Local de Procuramiento, vía telefónica o presencial, a todo posible/potencial donante. Esta acción es independiente de contar con un sistema de “Alarma en línea” desde la UEH o UPC. La notificación oportuna es el hito inicial fundamental del proceso y debe ser registrada consistentemente en la ficha clínica del paciente.
- Complementar la notificación con pesquisa mediante vigilancia activa de posibles y potenciales donantes. Esta actividad consiste en visitas presenciales regulares a las unidades generadoras de los establecimientos de salud de su red y territorio. Episódicamente, en condiciones debidamente justificadas, se podrá efectuar un contacto remoto mediante llamadas telefónicas. Se sugiere contar con una calendarización de visitas a estos efectos.
- Toda notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes debe ser registrada por el Coordinador Local de Procuramiento en el Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT). El plazo máximo para ello es 24 horas desde la detección del posible o potencial donante.
- En aquellas situaciones en que la Coordinación Local de Procuramiento no asiente en la propia institución, deben designar un responsable o coordinador hospitalario clínico que supervise e implemente mejoras continuas para el cumplimiento de la notificación de posibles donantes hacia la CLP.
- El protocolo de la Unidad de Procuramiento, debe explicitar el proceso de notificación y pesquisa intrahospitalario y de la red. La construcción del mismo, debe estar asentado en la legislación vigente y debe ser actualizado regularmente de acuerdo a lo dispuesto. Este protocolo debe considerar al menos:
 - Identificación de los responsables del proceso de notificación.
 - Flujo de comunicación con la Coordinación Local de Procuramiento correspondiente al establecimiento y/o red.
 - Acciones clínicas que favorezcan la correcta selección del posible/potencial donante, solicitud y toma de exámenes del posible donante, solicitud formal de cama a UPC (UCI y/o UTI), manejo clínico inicial y precoz del posible donante, y/o todas aquellas medidas que favorezcan la obtención de donantes de órganos y tejidos, según protocolo.
 - Requisitos mínimos de mantenimiento y traslado del posible donante en el caso de requerir traslado hacia un centro de mayor complejidad.
- Las Coordinaciones Locales de Procuramiento deben contar con un médico perteneciente a la Unidad de Pacientes Críticos, sea esta de adultas o pediátrica según corresponda, en cada hospital de la red, que ejerza labores como referente en términos de instalar el proceso de notificación, mantenimiento y soporte de posibles y potenciales donantes, como también en lo que dice relación con la certificación de muerte encefálica y su comunicación a familiares y próximos. Cabe destacar que este referente debe constituirse en un facilitador, que asegure el debido flujo en acuerdo con la priorización que representa este tipo de pacientes para las Unidades de Pacientes Críticos. La identidad del citado referente debe contar con resolución del hospital y ser comunicada a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud.
En caso de no haber informado la resolución durante el año 2021 o ante cambio de referente, la fecha límite para comunicarlo será el 30 de abril de 2022. Los correos para remitir la información antes señalada son: sandra.mardones@minsal.cl y carolina.oshiro@minsal.cl.
- Realizar capacitación continua e inducción al personal sanitario, considerando a los equipos clínicos de las unidades generadoras. Se podría considerar incorporación en los PAC de capacitación. Entre las temáticas propuestas se encuentran: “Notificación de posibles donantes. Donación y procuramiento de órganos y tejidos”, “Comunicación de muerte humanizada en el proceso de donación”, entre otras.

- Realizar y/o colaborar en Auditorías de fichas clínicas según programación local o del Ministerio de Salud.
- Enviar, en forma trimestral, el Certificado de validación de notificación y pesquisa y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, a sandra.mardones@minsal.cl con copia a carolina.oshiro@minsal.cl
- Los certificados de validación local deben ser enviados firmados por: Coordinador Local de Procuramiento, Subdirector Médico o Referente en Control de Gestión Hospitalaria.

La Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos (CNPT) realizará visitas técnicas con equipo directivo del establecimiento y de la red, con la finalidad de establecer aspectos a mejorar en el proceso de notificación y pesquisa para el aumento de donantes efectivos en muerte encefálica.

Si bien se mantendrán los porcentajes (meta) del año 2021 en la tabla de cumplimiento, será requisito demostrar el cierre de brechas informadas por los establecimientos, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento.

**ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS CON SEGUIMIENTO DEL INDICADOR BSC C.3.1 Y
COORDINACIONES LOCALES DE PROCURAMIENTO CORRESPONDIENTES**

SERVICIO DE SALUD	Hospitales de la Red	Coordinación Local de Procuramiento a la que SE NOTIFICA
Servicio de Salud Arica	Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.	Hospital de Arica Dr. Juan Noé Crevani
Servicio de Salud Iquique	Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique.	Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique.
Servicio de Salud Antofagasta	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta.	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta.
	Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.	
Servicio de Salud Atacama	Hospital San José del Carmen, Copiapó.	Hospital San José del Carmen, Copiapó.
	Hospital Prov. del Huasco Monseñor Fdo Aristía Ruiz, Vallenar.	
Servicio de Salud Coquimbo	Hospital San Pablo, Coquimbo.	Hospital San Pablo De Coquimbo.
	Hospital San Juan de Dios, La Serena.	
	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle).	
	Hospital Illapel.	
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Burén, Valparaíso.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.
	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio).	
	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). (*)	
Servicio de Salud Viña Del Mar - Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.	Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
	Hospital San Martín, Quillota.	
	Hospital Quilpué.	
Servicio de Salud Aconcagua	Hospital San Camilo, San Felipe.	Hospital San Camilo, San Felipe.
	Hospital San Juan de Dios, Los Andes.	
Servicio de Salud Metropolitano Norte	Hospital de Niños Roberto del Río.	Complejo Hospitalario San José, M. Norte.
	Complejo Hospitalario San José. M. Norte.	
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.
	Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda.	
	Hospital Adalberto Steeger, Talagante.	
Servicio de Salud Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja Arriarán.	Hospital de Urgencia Asistencia Pública, M. Central.
	Hospital Clínico Metrop. El Carmen. Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú.	

SERVICIO DE SALUD	Hospitales de la Red	Coordinación LOCAL DE Procuramiento a la que SE NOTIFICA
	Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador, M. Oriente. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.	Hospital Del Salvador, M. Oriente.
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Hospital Padre Alberto Hurtado Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, M. Sur Oriente.
Servicio de Salud O'Higgins	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua. Hospital San Juan de Dios San Fernando	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.
Servicio de Salud Maule	Hospital Dr. César Garavagno, Talca. Hospital San Juan de Dios Curicó Hospital Gral. Carlos Ibáñez del Campo Linares	Hospital Dr. Cesar Garavagno, Talca.
Servicio de Salud Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán. Hospital San Carlos.	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.
Servicio de Salud Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Arauco	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Talcahuano	Hospital Las Higueras, Talcahuano. Hospital de Tomé.	Hospital Las Higueras, Talcahuano.
Servicio de Salud Biobío	Hospital Víctor Ríos, Los Ángeles.	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
Servicio de Salud Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol). Hospital Victoria.	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
Servicio de Salud Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
Servicio de Salud Valdivia	Hospital Base de Valdivia.	Hospital Base de Valdivia.
Servicio de Salud Osorno	Hospital Base San José de Osorno.	Hospital Base San José de Osorno.
Servicio de Salud Reloncaví	Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.	Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.
Servicio de Salud Chiloé	Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro.	Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro.
Servicio de Salud Aysén	Hospital Regional Coyhaique.	Hospital Regional Coyhaique.
Servicio de Salud Magallanes	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.
Servicio de Salud Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau. Hospital El Pino. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.	Hospital Barros Luco Trudeau, M. Sur.

(*) El hospital señalado con asterisco, se encontrará en marcha blanca el primer semestre y será reevaluado de esta condición al fin del mismo.

Los centros con capacidad generadora de donantes deben comunicarse con la coordinación de su Servicio de Salud, según se especifica en la tabla, cada vez que detecten un posible o potencial donante de órganos.

3.-OBTENCIÓN DE LOS DATOS DEL NUMERADOR

3.1 Trazadora Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) Adultas y Pediátrica

El numerador representa todos aquellos pacientes hospitalizados y/o con estadía en las UEH, que ingresaron a seguimiento como posibles/potenciales donantes de órganos y que se encuentran contenidos en el registro del denominador (cruce y verificación uno a uno).

Numerador: Número de posibles/potenciales donantes, entre los 6 meses a 78 años, notificados a la Coordinación Local de Procuramiento y/o pesquisados por la Coordinación Local de Procuramiento.

3.2 Trazadora Unidad de Paciente Crítico-UPC (Unidad de Cuidados Intensivos-UCI y/o Unidad de Tratamiento Intermedio-UTI) Adultas y Pediátrica

El numerador representa todos aquellos pacientes hospitalizados y/o con estadía en las UPC (UCI y/o UTI) que ingresaron a seguimiento como posibles/potenciales donantes de órganos y que se encuentran contenidos en el registro del denominador (cruce y verificación uno a uno).

Numerador: Número de posibles/potenciales donantes, entre los 6 meses a 78 años notificados a la Coordinación Local de Procuramiento y/o pesquisados por la Coordinación Local de Procuramiento.

Para el cálculo final se considerará el total de los pacientes hospitalizados y/o con estadía en las UEH y en la UPC (UCI y/o UTI) que ingresaron a seguimiento como posibles/potenciales donantes de órganos y **que se encuentran contenidos en el registro del denominador (cruce y verificación uno a uno).**

Numerador: Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados y pesquisados en UEH y UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, registrados en SIDOT por la Coordinación Local de Procuramiento

Fuente de datos: Registros en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT) de la Coordinación Local de Procuramiento.

Todos los posibles/potenciales donantes que fueron notificados y/o pesquisados por las UEH y UPC (UCI – UTI) deberán estar registrados en el SIDOT.

Certificado de Validación (separando Urgencia de UPC) e Informe cualitativo de descartes de posibles donantes, en forma trimestral.

4.-OBTENCIÓN DE LOS DATOS DEL DENOMINADOR

4.1 Trazadora Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) Adultas y Pediátrica : Los pacientes hospitalizados en Urgencia que se miden en este indicador se refieren a aquellas personas que, teniendo indicación de hospitalización, no ocuparon cama de dotación hospitalaria e hicieron su estadía completa en camilla u otro en esa unidad y que de acuerdo con definición DEIS, no corresponden a un egreso hospitalario.

El denominador de esta trazadora debe evidenciar los pacientes que realizaron su proceso de hospitalización en la UEH, cuya causa fallecimiento es neurológico.

- Denominador: Total de Egresos Fallecidos en UEH Adultas y Pediátrica, por causa neurológica, entre los 6 meses a 78 años, reportados en GRD.

La selección de casos informados por GRD para la medición del indicador, debe considerar los casos codificados en Tipo de Actividad de Hospitalización en Urgencia Adulta y Pediátrica.

4.2 Trazadora Unidad de Paciente Crítico-UPC (Unidad de Cuidados Intensivos-UCI y/o Unidad de Tratamiento Intermedio-UTI) Adulta y Pediátrica

El denominador debe evidenciar los pacientes que ingresaron a UPC (UCI y/o UTI) cuya causa de fallecimiento es neurológica.

- Denominador: Total de egresos fallecidos en UPC (UCI, UTI) Adulta y Pediátrica, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 Años reportados en GRD.

La selección de casos informados por GRD para la medición de este indicador, debe considerar los egresos de los fallecidos en UPC (UCI y/o UTI) Adulta y Pediátrica.

Para el cálculo final del indicador se considerará el total de los pacientes fallecidos por causa neurológica, en Urgencia y UPC (UCI y/o UTI).

Denominador: Total de Egresos Fallecidos en UEH y UPC (UCI, UTI) Adulta y Pediátrica, por causa neurológica, entre los 6 meses a 78 años, reportados en GRD.

5.- CRUCE DE INFORMACIÓN Y VALIDACIÓN DE NUMERADOR Y DENOMINADOR INGRESADO A SIS-Q:

- La información que entreguen las fuentes GRD (denominador) y de la Coordinación Local de Procuramiento registrados en SIDOT (numerador), deben individualizar la identidad de los fallecidos (nombre y Rut), lo que permitirá realizar el correcto cruce de la información (entre numerador y denominador) y así poder realizar una correcta construcción del numerador mensual.
- Como elemento verificador, trimestralmente la Coordinación Local de Procuramiento del hospital o red, debe emitir un Certificado de Validación, informe donde quedarán consignados los posibles/potenciales donantes notificados por el establecimiento o los establecimientos de la red o los posibles/potenciales donantes pesquisados por la CLP, y los posibles/potenciales donantes que debieron haberse notificado. Estos deberán enviarse a Sandra Mardones sandra.mardones@minsal.cl con copia a Carolina Oshiro carolina.oshiro@minsal.cl.
- Deberán complementar con el informe cualitativo de descarte de posibles donantes, en forma trimestral.
- Los datos registrados en SIS –Q debe reflejar lo informado en el Certificado de Validación local y lo finalmente validado por MINSAL.
- En los meses en que no existan casos que reportar para el denominador, debe registrarse en SIS-Q como No Aplica (N/A).

Certificado de Validación 2022
Los certificados de Urgencia y UPC (UCI, UTI) se realizan separadamente



COORDINACIÓN NACIONAL DE DONACIÓN, PROCURAMIENTO Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Certificado de Validación año 2022:
Indicador C.3.1 "Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH Y UPC (UCI y/o UTI) adulta y pediátrica".

En ...XXXXX.....a ...XX de ...XXXX... 20XX

Certificado de validación de datos registrados en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT) registro de fallecidos en GRD del Hospital.....durante el periodo de 01 de Enero al 31 de Diciembre (cambiar fecha según trimestre) 2022.

Unidad de paciente

MES	REGISTRO EN GRD RUT	REGISTRO N° SIDOT	NOTIFICACIÓN / PESQUISA			OBSERVACIONES/ JUSTIFICACIONES
			NOTIFICADO	PESQUISADO	NO	
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						
JULIO						
AGOSTO						
SEPTIEMBRE						
OCTUBRE						
NOVIEMBRE						
DICIEMBRE						
TOTAL						

OBSERVACIONES:.....

En Observaciones/Justificaciones solo va información cuando NO existe notificación ni pesquisa. Aquellos casos que **no son posibles donantes, registrar en Observaciones/Justificaciones el fundamento**, en forma breve. La medición del indicador es acumulativa, por lo que deben ir agregando los trimestres a lo largo del año.

Nombre completo y firma del Coordinador/a Local de Procuramiento.	Nombre completo y firma de referente en Control de Gestión Hospitalario.
--	---



Listado de códigos CIE 10 Denominador notificación y pesquisa posibles y potenciales donantes– 2022.

D32.0 – Tumor benigno de las meninges cerebrales
D32.9 – Tumor benigno de las meninges, parte no especificada
D33.0 – Tumor benigno del encéfalo, supratentorial
D33.1 – Tumor benigno del encéfalo, infratentorial
D33.3 – Tumor benigno de los nervios craneales
D33.7 – Tumor benigno de otras partes especificadas del sistema nervioso central
D33.9 – Tumor benigno del sistema nervioso central, sitio no especificado
D35.2 – Tumor benigno de la hipófisis
D35.6 – Tumor benigno del cuerpo aórtico y de otros cuerpos cromafines
D42.0 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido de las meninges cerebrales
D43.0 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, supratentorial
D43.1 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, infratentorial
D43.2 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, parte no especificada
D43.3 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido de los nervios craneales
D43.9 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del sistema nervioso central, sitio no especificado
D44.3 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula hipófisis
D44.4 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del conducto craneofaríngeo
D44.5 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula pineal
D44.7 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del cuerpo aórtico y otros cuerpos cromafines
G00 - Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte
G00.0 - Meningitis por hemofilos
G00.1 – Meningitis neumococica
G00.2 - Meningitis estreptococica
G00.3 - Meningitis estafilococica
G00.8 – Otras meningitis bacterianas
G00.9 – Meningitis bacteriana, no especificada
G03.8 – Meningitis debidas a otras causas especificadas
G03.9 – Meningitis, no especificada
G04.8 – Otras encefalitis, mielitis y encefalomielitis
G04.9 – Encefalitis, mielitis y encefalomielitis, no especificadas
G06.0 – Absceso y granuloma intracraneal
G06.2 – Absceso extradural y subdural, no especificado
G08 – Flebitis y tromboflebitis intracraneal e intrarraquídea
G91.1 – Hidrocéfalo obstructivo
G91.3 – Hidrocéfalo postraumático, sin otra especificación
G92 - Encefalopatía toxica
G93.1 - Lesión cerebral Anoxica, no clasificada en otra parte
G93.6 – Edema cerebral
G93.8 – Otros trastornos especificados del encéfalo
G97.8 – Otros trastornos del sistema nervioso consecutivos a procedimientos
I60 - Hemorragia subaracnoidea
I60.0 - Hemorragia subaracnoidea de sifón y bifurcación carotidea
I60.1 - Hemorragia subaracnoidea de arteria cerebral media
I60.2 – Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante anterior

I60.3 – Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante posterior
I60.4 – Hemorragia subaracnoidea de arteria basilar
I60.5 – Hemorragia subaracnoidea de arteria vertebral
I60.6 – Hemorragia subaracnoidea de otras arterias intracraneales
I60.7 – Hemorragia subaracnoidea de arteria intracraneal no especificada
I60.8 – Otras hemorragias subaracnoideas
I60.9 – Hemorragia subaracnoidea no especificada
I61 – Hemorragia intraencefálica
I61.0 – Hemorragia intracerebral en hemisferio subcortical
I61.1 – Hemorragia intracerebral en hemisferio cortical
I61.2 - Hemorragia intracerebral en hemisferio, no especificada
I61.3 - Hemorragia intraencefálica en tallo cerebral
I61.4 - Hemorragia intraencefálica en cerebelo
I61.5 - Hemorragia intraencefálica intraventricular
I61.6 - Hemorragia intraencefálica de localizaciones múltiples
I61.8 - Otras hemorragias intraencefálica

Listado de códigos CIE 10 Denominador notificación y pesquisa posibles y potenciales donantes- 2022.

I61.9 - Hemorragia intraencefálica no especificada
I62 - Otras hemorragias intracraneales no traumáticas
I62.0 - Hemorragia subdural (aguda) (no traumática)
I62.1 - Hemorragia extradural no traumática
I62.9 - Hemorragia intracraneal (no traumática) no especificada
I63 - Infarto cerebral
I63.0 - Infarto cerebral debido a trombosis de arterias pre cerebrales
I63.1 - Infarto cerebral debido a embolia de arterias pre cerebrales
I63.2 - Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias pre cerebrales
I63.3 - Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales
I63.4 - Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales
I63.5 - Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales
I63.6 - Infarto cerebral debido a trombosis de venas cerebrales, no piógeno
I63.8 - Otros infartos cerebrales
I63.9 - Infarto cerebral, no especificado
I64 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico
I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares
I67.0 - Disección de arterias cerebrales, sin ruptura
I67.1 - Aneurisma cerebral, sin ruptura
I67.3 - Leucoencefalopatía vascular progresiva
I67.4 - Encefalopatía hipertensiva
I67.5 - Enfermedad de Moyamoya
I67.6 - Trombosis apiógena del sistema venoso intracraneal
I67.7 - Arteritis cerebral no clasificada en otra parte
I67.8 - Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas
I67.9 - Enfermedad cerebrovascular, no especificada
I68 - Trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte
I68.0 - Angiopatía cerebral amiloide

I68.2 - Arteritis cerebral en otras enfermedades clasificadas en otra parte
I68.8 - Otros trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte
I72 - Otros aneurismas
I72.0 - Aneurisma y disección de la arteria carotídea
I72.5 - Aneurisma y disección de arterias pre cerebrales
I72.6 - Aneurisma y disección de arteria vertebral
I72.8 - Aneurisma y disección de otras arterias especificadas
I77.6 - Arteritis, no especificada
Q28.0 - Malformación arteriovenosa de los vasos pre cerebrales
Q28.1 - Otras malformaciones de los vasos pre cerebrales
Q28.2 - Malformación arteriovenosa de los vasos cerebrales
Q28.3 - Otras malformaciones de los vasos cerebrales
S02 - Fractura de huesos del cráneo y de la cara
S02.0 - Fractura de la bóveda del cráneo
S02.00 - Fractura de la bóveda del cráneo, cerrada
S02.01 - Fractura de la bóveda del cráneo, abierta
S02.1 - Fractura de la base del cráneo
S02.10 - Fractura de la base del cráneo, cerrada
S02.11 - Fractura de la base del cráneo, abierta
S02.3 - Fractura del suelo de la órbita
S02.30 - Fractura del suelo de la órbita cerrada
S02.31 - Fractura del suelo de la órbita Abierta
S02.7 - Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara
S02.70 - Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara cerrada
S02.71 - Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara, abierta
S02.8 - Fracturas de otros huesos del cráneo y de la cara
S02.80 - Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara, cerrada
S02.81 - Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara, abierta
S02.9 - Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada
S02.90 - Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada, cerrada

Listado de códigos CIE 10 Denominador notificación y pesquisa posibles y potenciales donantes- 2022.

S02.91 - Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada, abierta
S06 - Traumatismo intracraneal
S06.1 - Edema cerebral traumático
S06.2 - Traumatismo cerebral difuso
S06.20 - Traumatismo cerebral difuso, sin herida intracraneal
S06.21 - Traumatismo cerebral difuso, con herida intracraneal
S06.3 - Traumatismo cerebral focal
S06.30 - Traumatismo cerebral focal, sin herida intracraneal
S06.31 - Traumatismo cerebral focal, con herida intracraneal
S06.4 - Hemorragia epidural
S06.40 - Hemorragia epidural, sin herida intracraneal
S06.41 - Hemorragia epidural, con herida intracraneal
S06.5 - Hemorragia subdural traumática

S06.50 - Hemorragia subdural traumática, sin herida intracraneal
S06.51 - Hemorragia subdural traumática, con herida intracraneal
S06.6 - Hemorragia subaracnoidea traumática
S06.60 - Hemorragia subaracnoidea traumática, sin herida intracraneal
S06.61 - Hemorragia subaracnoidea traumática, con herida intracraneal
S06.7 - Traumatismo intracraneal con coma prolongado
S06.70 - Traumatismo intracraneal con coma prolongado, sin herida intracraneal
S06.71 - Traumatismo intracraneal con coma prolongado con herida intracraneal
S06.8 - Otros traumatismos intracraneales
S06.80 - Otros traumatismos intracraneales, sin herida intracraneal
S06.81 - Otros traumatismos intracraneales, con herida intracraneal
S06.9 - Traumatismo intracraneal, no especificado
S06.9 - Traumatismo intracraneal, no especificado sin herida intracraneal
S06.9 - Traumatismo intracraneal, no especificado con herida intracraneal
S07 - Traumatismo por aplastamiento de la cabeza
S07.0 - Traumatismo por aplastamiento de la cara
S07.1 - Traumatismo por aplastamiento del cráneo
S07.8 - Traumatismo por aplastamiento de otras partes de la cabeza
S07.9 - Traumatismo por aplastamiento de la cabeza parte no especificada
S08 - Amputación traumática de parte de la cabeza
S09 - Otros traumatismos y los no especificados de la cabeza
S09.0 - Traumatismos de los vasos sanguíneos de la cabeza no clasificados en otra parte
S09.7 - Traumatismos múltiples de la cabeza
S09.8 - Otros traumatismos de la cabeza, especificados
S09.9 - Traumatismo de la cabeza no especificado
T71 - Asfixia
T17.9 - Cuerpo extraño en las vías respiratorias parte no especificada.

A continuación, se detallan los hospitales en los que **No Aplica la medición del indicador**. La notificación de posibles/potenciales es obligatoria para los médicos de cualquier establecimiento, sea o no tributario del seguimiento mediante el indicador antes señalado (texto refundido de la ley de trasplante). Por tanto, todo posible/potencial donante debe ser notificado a la Coordinación Local de Procuramiento de su red y no debe limitarse a los criterios que componen el indicador BSC C.3.1.

SERVICIO SALUD	ESTABLECIMIENTO	Coordinación LOCAL DE Procuramiento a la que SE NOTIFICA
Servicio de Salud Metropolitano Norte	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa	Complejo Hospitalario San José, M. Norte.
	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Hospital Metropolitano.	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.
	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	
	Hospital San José Melipilla	
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Instituto Nacional Geriátrico Presidente Eduardo Frei Montalva	Hospital Del Salvador, M. Oriente.
	Instituto Nacional Rehabilitación Infantil Pdte. Pedro Aguirre Cerda	
Servicio de Salud Metropolitano Sur	Hospital San Luis Buin	Hospital Barros Luco Trudeau, M. Sur.
	Hospital Dr. Lucio Córdova	
	Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez ,Rengo	

Servicio de Salud O'Higgins	Hospital de Santa Cruz	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.
Servicio de Salud Del Maule	Hospital de Constitución	Hospital Dr. Cesar Garavagno, Talca.
	Hospital San José Parral	
	Hospital San Juan de Dios Cauquenes	
	Hospital San Javier	
Servicio de Salud Concepción	Hospital San José Coronel	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
	Hospital de Lota	
Servicio de Salud Talcahuano	Hospital Penco-Lirquén	Hospital Las Higueras, Talcahuano.
Araucanía Norte	Hospital Dr. Dino Stagno M. Traiguén	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
Servicio de Salud Araucanía Sur	Hospital Intercultural de Nueva Imperial	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
	Hospital de Pitrufquen	
	Hospital Dr. Abraham Godoy Lautaro	
	Hospital de Villarrica	
Servicio de Salud Aysén	Hospital de Puerto Aysén	Hospital Regional Coyhaique.
Servicio de Salud Magallanes	Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos Natales	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.

Documentos de apoyo para la gestión:

Ley de Trasplante N° 19.451, 10-04-1996; Ley N° 20.413, 15-01-2010; Ley N° 20.673, 01-10-2013; Ley N° 20.988, 11-02-2017; Ley N° 21.030, 23-09-2017; Ley N° 21.145, 12-03-2019; Ratificación Calidad de Donante Diario Oficial 15-02-2020; Decreto N° 35 Reglamento de la Ley N° 19.451, 17-06-2013; Ord. A15 N° 3965, 12.09.2019, del Ministerio de Salud; Ord. C26 N° 1064, 09-04-2020, del Ministerio de Salud; Libro "Redes de atención GES y no GES" 2021; Orientaciones Técnicas de Procuramiento de Órganos, Vigente; Guía Comunicación de Muerte y Donación de Órganos y Tejidos, octubre 2020.

Fuente de Información: Departamento de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante De Órganos y Tejidos, DIGERA, Ministerio De Salud.

Anexo N°10. Definiciones GES.

Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red (C.4_1.1).

1. Glosario de Términos de Garantías de Oportunidad GES

- 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 (Circular IF N°248 del 27 julio 2015 y Circular IF N°288 del 06 de julio 2017 de la 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 Incumplidas no Atendidas: 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: Corresponde a aquellas en que se ha superado el tiempo garantizado y en las cuales no se evidencia en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

2. Detalles de la confección del indicador.

Fuente de información: SIGGES – FONASA, Base de datos disponible por Unidad de Gestión de la Información.

Referente Técnico MINSAL: Monitor SIGGES - Unidad de Gestión de la Información – Depto. De Estudios, Innovación e Información para la Gestión-División de Gestión de la Red Asistencial – Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la medición mensual del indicador de cumplimiento GES que se necesita por SIS-Q en los EAR, se señala lo siguiente:

- La Unidad de Gestión de la Información dejara disponible mensualmente a los Servicios de Salud, la información de las garantías de cumplimiento y por email se envía información de garantías retrasadas, por lo tanto, los Servicios de Salud debe proveer la información a los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).
- La información compartida es la base acumulada del año al mes de corte, esto quiere decir con las Garantías de Oportunidad con Fecha Límite del 01 de enero al último día del mes a evaluar (ej.: si es marzo, al 31 de marzo).
- En el universo de Garantías de Oportunidad, las garantías retrasadas se deben considerar todas las garantías retrasadas de años anteriores.

Por ejemplo:

Garantías Cumplidas	X
Garantías Exceptuadas	X
Garantías Incumplida atendida	X
Garantías Incumplida no atendida	X
Garantías Retrasadas	X
Total de Garantías	X

- En la evaluación final, en caso de haber inconsistencias entre la base compartida y el SIGGES, deben enviar las diferencias a la Unidad de Gestión de la Información, del Depto. De Estudios, Innovación e Información para la Gestión, para validación y autorización de la corrección en la base, esto antes de la fecha indicada el corte anual SIS-Q.
- Para conceptos de la evaluación anual EAR (cierre de año), es el Servicio de Salud a través de su Director(a) quien debe certificar el cumplimiento GES de los EAR correspondientes a su red.
- Para ello debe considerar la información disponible por la Unidad de Gestión de la Información con la condición fecha límite de la garantía entre el 1º de enero al 31 de diciembre del año a evaluar (base acumulada anual, proporcionada por el nivel central).

Fuente de información: Departamento GES y Depto. de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Artículo 30.- El Consejo Consultivo de Usuarios estará compuesto por cinco representantes de la comunidad vecinal, que no podrán ser trabajadores del establecimiento, y dos representantes de los trabajadores del Establecimiento.

Se entenderá por comunidad vecinal todas aquellas personas u organizaciones de carácter territorial o funcional con asentamiento en el territorio del área de competencia del Establecimiento.

Los representantes de la comunidad vecinal podrán ser escogidos entre los representantes de organizaciones territoriales o funcionales de la comunidad usuaria del Establecimiento o de los establecimientos que forman parte de la Red Asistencial, tales como Uniones Comunales de Juntas de Vecinos, Consejos de Desarrollo de los Consultorios, u otra instancia de participación de usuarios, Comités de Promoción de la Salud, Organizaciones de Salud Comunales, entre otros.

En el caso específico de los Establecimientos de la Red Asistencial de Alta Especialidad, los representantes de la comunidad vecinal podrán ser integrantes de los consejos consultivos de los Establecimientos de la Red de referencia habitual, preferentemente aquellos con asentamiento en la región o regiones más cercanas al Establecimiento, o bien, integrantes de organizaciones de usuarios, grupos de autoayuda, entre otros.

La elección de los representantes de usuarios deberá ser realizada en base a propuestas provenientes de los propios usuarios, los que serán convocados por la Dirección del Establecimiento para dicho fin mediante un sistema comunicado en forma previa y pública a la comunidad del Establecimiento.

Los representantes de los trabajadores del Establecimiento deberán ser escogidos en base a propuestas de los propios funcionarios mediante un sistema comunicado en forma previa y pública o votación universal.

Artículo 31.- El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento Autogestionado en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales, calidad de la atención y otras materias de interés para los usuarios, para lo cual deberá definir un plan de trabajo, cronograma de actividades y una frecuencia de reuniones de acuerdo a necesidades locales.

El Director presentará al Consejo Consultivo en el primer trimestre de cada año el Plan Anual de actividades técnico-asistenciales u otras orientadas a la satisfacción de las necesidades de la población, el que considerará las propuestas de los usuarios. Asimismo, deberá presentar al Consejo la cuenta pública anual del Establecimiento Autogestionado.

Mediante resolución interna, el director del Establecimiento procederá al nombramiento de los integrantes. El Consejo deberá sesionar, a lo menos, trimestralmente y llevar actas de las reuniones y acuerdos adoptados.

Fuente de información: Extracto del Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, D.S. N° 38 de 2005.

Anexo N°12.

Definiciones del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrareferencia al alta de especialidad médica (C.4_3.4).

1.- Conceptos

En la mirada de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el usuario circula por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados, lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior sea realizado de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente.

Por lo anterior, se hace indispensable que los establecimientos tengan una adecuada comunicación y coordinación, de manera formal, a través de sistemas informatizados que permitan la información con tiempo real. O de lo contrario, se trabaje en un sistema manual que logre los objetivos ya mencionados.

Existen mecanismos de coordinación administrativo-asistencial, entre los cuales se destacan: Protocolos Resolutivos en Red, Gestión de Casos y Sistema de Referencia y Contrareferencia.

A continuación, se describirán conceptos relacionados al Sistema de Referencia y Contrareferencia, dado su importante participación en el proceso operativo clínico asistencial de los establecimientos de salud, en sus distintos niveles de atención:

Sistema de Referencia y Contrareferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrareferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

Interconsulta: Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Contrareferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

La Contrareferencia incorpora dos momentos:

1. La respuesta inicial o Retorno: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento. Esto evita reiterar consultas repetidas.
2. El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido. Esto permite la continuidad del cuidado.

Situaciones especiales:

1. En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contrareferencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.
2. Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente.

3. En el caso de programas de Crónicos, donde el control del paciente es compartido entre APS y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel, en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimientos que asegure la continuidad del cuidado.

El documento de contrareferencia debe contar con los siguientes datos:

1. Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.
2. Datos del establecimiento que contra refiere.
3. Datos del establecimiento de referencia.
4. Diagnóstico.
5. Tratamiento realizado.
6. Plan o indicaciones para APS.
7. Datos del médico especialista que contra refiere: Nombre, Rut y Especialidad.
8. Fecha.

Protocolo de Referencia y Contrareferencia: Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrareferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican.

Pertinencia: Derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrareferencia de la red.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

1. No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrareferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
2. No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

Protocolo resolutivo: documento que contiene un conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con tiempos definidos para la resolución eficiente de una patología.

Tiempo de resolución: medición del tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología protocolizada.

Alta de nivel secundario: proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contrareferencia.

Documentos de apoyo para la gestión:

- Norma de Referencia y Contrareferencia 2015. División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en Atenciones Ambulatorias de Especialidad, año 2020. División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, año 2021. MINSAL

Fuente de información: Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Anexo N°13.

Documento de apoyo para el indicador Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2).

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) ocurren en un paciente o el personal de salud durante el proceso de atención en salud, ya sea en un hospital (infecciones intrahospitalarias) o en otra institución sanitaria, y no se encontraba presente o incubándose antes de este proceso. Representan un problema de Salud Pública, pues se asocian mayor mortalidad, discapacidad, prolongación del tiempo de hospitalización y aumento de los gastos sanitarios. En países desarrollados, se estima que afectan 5-15% de todos los pacientes hospitalizados. A modo de ejemplo, en Europa presentan una mortalidad atribuible de 1% (50 mil muertes por año), estimándose asociadas en 2,7% de los casos (135 mil muertes por año), representando un gasto adicional de 13–24 mil millones de euros al año; mientras que en los EEUU, estudios las han estimado asociadas a un gasto adicional de 6,5 miles de millones de dólares anuales y 99 mil muertes al año, con un mayor impacto en pacientes con factores de riesgo como enfermedades de base y presencia de procedimientos médicos de riesgo, condición por lo general observada en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (UCI), observándose prevalencias de IAAS que varían entre 9,7-31,8% en Europa y 9-37% en EEUU, y tasas crudas de mortalidad entre 12% y hasta 80% (Organización Mundial de la Salud, 2009). En países en vías de desarrollo la situación es peor, afectando a 12,6-18,9% de los pacientes hospitalizados, con una tasa de incidencia en UCI entre 36,7 y 59,1 por 1000 días paciente, más del doble a lo observado en EEUU (Allegranzi et al., 2011).

En Chile, hasta 1981, las actividades de prevención y control de IAAS consistían en actividades aisladas en algunos hospitales, por lo general como respuestas frente a brotes, con prevalencias de IAAS que variaban entre 7 y 22,5% de los pacientes en hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) (Ministerio de Salud de Chile y Programa de Naciones Unidas, 1989). Desde ese año, el Ministerio de Salud (MINSAL) inicia una serie de actividades con el fin de implementar y fortalecer el desarrollo de un Programa Nacional de Control de IAAS (PNCIAAS), que han evolucionado en el tiempo. Durante esta primera parte del siglo XXI, el programa se ha caracterizado por la implementación de cinco estrategias simultáneas: 1) formación y capacitación continua del personal de salud en materia relacionadas, 2) vigilancia epidemiológica y retroalimentación periódica a las autoridades y equipos de trabajo, 3) regulación basada en evidencia de prácticas de riesgo y prevención de IAAS y 4) evaluación externa periódica de los hospitales en materia de prevención y control de IAAS, todas las cuales se encuentran apalancando una quinta estrategia central: 5) la incorporación y fortalecimiento de las competencias de equipos de prevención y control de IAAS en los hospitales del país, conformados por personal suficiente en cantidad y competencias (Ministerio de Salud de Chile, 1989, 2011), siendo además su presencia legalmente exigible de acuerdo a lo establecido en la Ley 20.584 (Ministerio de Salud de Chile, 2012). La incorporación de estos equipos como parte de un programa modifica a los antiguos “Comités de infecciones intrahospitalarias”, reemplazando la figura asesora-consultiva de estas entidades en la institución, con un conjunto de personas con roles, conocimientos y facultades ejecutivas con tareas permanentes.

Objetivo General: Prevenir las IAAS y su impacto en la salud de los pacientes mediante el fortalecimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de IAAS y sus estrategias.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer procesos de mejora continua en Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).
- Relevar el rol de los PCI en la planificación y ejecución de actividades destinadas a prevenir y controlar las IAAS y sus consecuencias en los pacientes.

Descripción de los requisitos de plan anual.

1.-Monitoreo cuatrimestral de las infecciones asociadas a la atención de salud en vigilancia en el establecimiento considerando tendencias de los últimos 3 años (al menos), tasa acumulada del último año completado comparada con los indicadores nacionales de referencia cuando exista y su etiología (porcentajes de los agentes etiológicos). Registro en SIS-Q de manera cuatrimestral, resto de meses N/A mensual.

2.-Existencia de informe de brotes de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) con datos de agente, fecha de inicio y término, número de casos y expuestos, servicios afectados y curva epidémica. Para cada brote debe existir un análisis de sus causas, las intervenciones realizadas y evaluación de su impacto.

Para brotes de agentes con mecanismos de resistencia antimicrobiana de importancia en Salud Pública debe incorporar el análisis del tiempo de implementación de las precauciones adicionales de acuerdo con la normativa específica vigente (Exento N°132 de noviembre 2018- Aprueba normas Técnicas de prevención de la diseminación de Agentes con Resistencia a los Antimicrobianos de importancia en Salud Pública (ARAISP)). Registro en SIS-Q según ocurrencia de brote, resto de meses N/A mensual.

3.-Análisis de la resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS, con detalle del agente, antimicrobiano y porcentaje de cepas resistentes. Para infecciones por ARAISP, debe incorporar el análisis del tiempo de implementación de las precauciones adicionales de acuerdo con la normativa específica vigente (Exento N°132 de noviembre 2018 - Aprueba normas Técnicas de prevención de la diseminación de agentes con resistencia a los antimicrobianos de importancia en Salud Pública (ARAISP)). Registro en SIS-Q de forma cuatrimestral, resto de meses N/A mensual.

4.-Descripción de las medidas de control planificadas e implementadas para los problemas identificados (programas de supervisión de prácticas u otras medidas de intervención), con datos sobre el grado de cumplimiento y conclusión de lo observado. Al menos debe existir evaluación de las intervenciones para cada tipo de IAAS que tiene tasas mayores al del indicador de referencia nacional. Registro en SIS-Q de forma cuatrimestral, resto de meses N/A mensual.

5.-Descripción de otras actividades establecidas para el periodo anual en base a los objetivos programáticos locales (actividades de capacitación, elaboración/actualización/distribución de directrices, supervisión de procesos o procedimientos, etc.). Debe especificar cuántas de las actividades programadas se realizaron (incluye la evaluación de la cobertura de las actividades de capacitación programadas, actualización o incorporación de normativa y otros).

Si se han detectado problemas locales al comparar los resultados locales de la vigilancia de IAAS con los indicadores de referencia nacional, siempre deberán existir metas de actividades relacionadas con esos problemas. Registro en SIS-Q de forma cuatrimestral, resto de meses N/A mensual.

6.- Cumplimiento en la ejecución de actividades programadas. El equipo del PCI elaborará 3 informes de avance de las actividades planificadas (al menos cada 4 meses), que serán presentados al Director del Establecimiento, Director Técnico de éste, y difundido a los principales actores involucrados. Los medios de verificación (Word, presentación formato PPT, acta de reunión u otro), deberán dar constancia de la ejecución de las actividades planificadas con la periodicidad solicitada y su difusión, al menos, a los siguientes actores relevantes: Director(a) del establecimiento, jefes(as) de Servicios Clínicos y de Apoyo y jefes de unidades o departamentos con actividades complementarias (al menos: calidad y seguridad de la atención, resistencia antimicrobiana, salud ocupacional, epidemiología, REAS, Tuberculosis, VIH).

Para dar cumplimiento a este requisito, las actividades deben de tener los siguientes niveles de ejecución progresivas:

1° informe: **30 de junio 2022**: $\geq 30\%$ de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anual.

2° informe: **30 de septiembre 2022**: $\geq 60\%$ de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anual

3° informe: **31 de diciembre 2022**: 100% de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anual, a partir del 95% se daría por cumplido.

En el caso de que las actividades planificadas no se puedan cumplir por razones de fuerza mayor, se deberá explicitar las causas de dicho incumplimiento.

Registro en SIS-Q en junio, septiembre y diciembre, resto de meses N/A mensual.

Formato a utilizar para requisitos 4,5 y 6

-Describir actividades programadas para el período y su cumplimiento, adjuntando en un anexo los medios de verificación.

Actividad	Descripción	Responsable	Fecha	Medio de verificación
Nombre de la actividad	Mencionar brevemente objetivo de la actividad	Persona responsable de su ejecución	Mes en que se realizó	Qué medio fue utilizado para verificar su ejecución

7.- Informe anual de impacto de las intervenciones realizadas en los procesos (nivel de cumplimiento en prácticas de atención), o en los resultados (variación en las tasas de infecciones). No se requiere documentar mejoría de los procesos o tasas necesariamente, sino que el PCI está en conocimiento de si hubo o no modificaciones como resultado de las intervenciones realizadas. Registro anual en SIS-Q, resto de meses registrar N/A mensual.

Fuente de información: Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Anexo N°14.

Pauta e información de componente de Registros estadísticos.
 Porcentaje de cumplimiento de Consistencia de Registros Estadísticos (D.3.2).

El resultado de la medición mensual, se encontrará disponible en la página web <http://adae.deis.cl/>, en el cual se puede revisar el cumplimiento por ámbito y mes.

Pauta para la medición de Consistencia de REM:

Las tablas siguientes corresponden a la pauta para la medición de consistencia de 7 ámbitos, que contienen los aspectos que se considerarán para su evaluación.

Ámbito 1	Aspectos				Meta		
	ÍTEM	REM Serie B17	REM Serie A 21				
Intervenciones Quirúrgicas (IQ)	Sección específica de Serie	REM B17, Sección L: Intervenciones Quirúrgicas.	REM 21 Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos		100%		
	Parámetro	P1	P2	P3			
	Nombre de parámetro	Total de Intervenciones Quirúrgicas (SI/NO)	Promedio de Quirófanos Habilitados	Horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados			
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple)						
	Resultados posibles	Si el establecimiento tiene IQ (P1 > 0), y si se cumple que P2 y P3 son mayores que cero, cumple meta =				1	
		SI P1, P2 Y P3 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =				N/A	
Para todos los demás casos, no cumple ámbito =					0		
Ámbito 2	Aspectos			Meta			
	ÍTEM	REM Serie B17	REM Serie A 07				
Consultas de especialidades médicas	Sección específica de Serie	REM B17 Sección D12: Atenciones abiertas;	REM-07 Atención de especialidades SECCIÓN A: Consultas médicas		95%		
	Parámetro	P4	P5				
	Nombre de parámetro	Consultas de especialidades en establecimientos de alta y mediana complejidad	Total, de consultas de especialidades en establecimientos de alta y mediana complejidad				
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple)						
	Resultados posibles	Si (P4/P5) ≥ 95% y ≤ a 105% Cumple=				1	
		SI P4 Y P5 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =				N/A	
Para todos los demás casos, no cumple ámbito =					0		
Ámbito 3	Aspectos			Meta			
	ÍTEM	REM Serie B17	REM Serie A 21				
Cirugía Mayor Ambulatoria	Sección específica de Serie	REM B17 Sección M: Intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención.	REM 21 Sección B: Procedimientos complejos ambulatorios:		100%		
	Parámetro	P6	P7	P8			
	Nombre de parámetro	Total de intervenciones Quirúrgicas: electivas mayores ambulatorias (SI/NO)	Recursos disponibles (SI/NO)	Personas atendidas: (SI/NO)			
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple)						
	Resultados posibles	Si el establecimiento tiene IQ (P6 > 0), y si se cumple que P7 y P8 son mayores que cero, cumple meta =				1	

		SI P6, P7 Y P8 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =		N/A	
		Para todos los demás casos, no cumple ámbito =		0	
Ámbito 4	Aspectos			Meta	
	ÍTEM	REM Serie B17	REM Serie A 24		
Partos	Sección específica de Serie	REM B17 Sección E	REM 24 Sección A	95%	
	Parámetro	P9	P10		
	Nombre de parámetro	Total de partos atendidos	Información de partos atendidos		
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple)				
	Resultados posibles	Si (P9/P10) ≥ 95% y ≤ a 105%			1
		Cumple=			N/A
	SI P9 y P10 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =			N/A	
	Para todos los demás casos, no cumple ámbito =			0	
Ámbito 5	Aspectos			Meta	
	ÍTEM	REM Serie B	REM 20		
Días Camas Ocupadas	Sección específica de Serie	REM B: Atención Cerrada Celdas B196 hasta B208	REM 20 Estadísticas hospitalarias	95%	
	Parámetro	P11	P12		
	Nombre de parámetro	Total, día cama hospitalización establecimientos de alta complejidad	Días camas ocupados. Observaciones: se excluyen las camas de pensionados		
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple)				
	Resultados posibles	Si (P4/P5) ≥ 95% y ≤ a 105%			1
		Cumple=			N/A
	SI P11 y P12 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =			N/A	
	Para todos los demás casos, no cumple ámbito =			0	
Ámbito 6	Aspectos			Meta	
	ÍTEM	REM Serie B17	REM Serie A 21		
Índice de Cirugías por Paciente (complementa ámbito 1)	Sección específica de Serie	REM B17 Sección M: Intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención	REM 21 sección E: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva.	100%	
	Parámetro	P13	P14 P15		
	Nombre de parámetro	Electivas mayores ambulatorias y no ambulatorias	Pacientes programados en tabla (mayores y menores de 15 años)		Pacientes suspendidos en tabla (mayores y menores de 15 años)
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple).				
	Resultados posibles	P13 ≥ (P14-P15) and P13 > 0 and P14 > 0 and P14 >= P15			1
		SI P13, P14 Y P15 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =			N/A
	Para todos los demás casos, no cumple ámbito =			0	
Ámbito 7	Aspectos			Meta	

	ÍTEM	REM Serie A21	REM Serie A21			
Índice de pacientes intervenidos (complementa ámbito 6)	Sección específica de Serie	REM 21 sección E: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva. PACIENTES INTERVENIDOS	REM 21 sección E: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva.		100%	
	Parámetro	P16	P17	P18		
	Nombre de parámetro	Pacientes intervenidos (mayores y menores de 15 años)	Pacientes programados en tabla (mayores y menores de 15 años)	Pacientes suspendidos en tabla (mayores y menores de 15 años)		
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple).					
	Resultados posibles	P16 ≥ (P17-P18) and P16 > 0 and P17 > 0 and P17 ≥ P18				1
		SI P16, P17 Y P18 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =				N/A
Para todos los demás casos, no cumple ámbito =				0		

Ejemplo de resultado:

La tabla siguiente representa un ejemplo de la aplicación de la pauta de consistencia, para un establecimiento en particular.

Ámbito	Nombre Ámbito	Meta	Nombre de parámetro	Resultado Validación
Ámbito 1	Intervenciones Quirúrgicas (IQ)	= 100%	P1: Total Intervenciones Quirúrgicas	Cumple
			P2: Número de Quirófanos en trabajo	
			P3: Número de horas disponibles	
Ámbito 2	Consultas de especialidades médicas	≥ 95%	P4: Consultas de especialidades médicas en establecimientos de alta y mediana complejidad (N° de consultas)	Cumple
		Y	P5: (Total consultas especialidades)	
		≤ 105%	Establecimiento de alta y mediana complejidad	
Ámbito 3	Cirugía Mayor Ambulatoria	= 100%	P6: Total Intervenciones Quirúrgicas: Electivas mayores ambulatorias	N/A
			P7: Recursos disponibles	
			P8: Personas atendidas	
Ámbito 4	Partos	≥ 95%	P9: Total partos atendidos	Cumple
		Y		
		≤ 105%		
Ámbito 5	Días Camas Ocupadas	≥ 95%	P11: Total día cama hospitalización establecimientos de alta complejidad	Cumple
		Y		
		≤ 105%	P12: Días camas ocupadas: TOTAL	
			(Se excluyen las camas de Pensionados)	
Ámbito 6	Índice de Cirugías por Paciente (complementa ámbito 1)	1	P13: REMB17, Electivas mayores ambulatorias y no ambulatorias	Cumple
			P14: Pacientes programados en Tabla (mayores y menores de 15 años)	
			P15: Pacientes suspendidos en Tabla (mayores y menores de 15 años)	
Ámbito 7	Índice de Pacientes Intervenido (complementa ámbito 6)	1	P16: Pacientes intervenidos (mayores y menores de 15 años)	Cumple
			P17: Pacientes programados en Tabla (mayores y menores de 15 años)	
			P18: Pacientes suspendidos en Tabla (mayores y menores de 15 años)	
Consistencia de REM =		Número de ámbitos que cumple de la pauta de consistencia en el periodo		7
		Total de ámbitos de la pauta de consistencia que aplican al establecimiento en el periodo		7
Consistencia de REM =				100
Con este resultado (100%) obtiene 4 puntos en Consistencia de REM, para el periodo de evaluación.				

Fuente de información: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

Anexo N°15.**Documento de apoyo****Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).**

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite (1). Un elemento central de la calidad sanitaria es la seguridad de la atención, entendida como un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos (EA) tanto del prestador institucional, prestador individual como del usuario y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones efectivas.

En términos globales se estima que 1 de cada 10 atenciones de salud en el mundo resultan en daño para el paciente y que el 50% de los EA son prevenibles(1). En Estados Unidos, las fallas en la seguridad de la atención provocarían alrededor de 400.000 muertes anuales, ubicándose en el 3° lugar de causa de defunciones en ese país, luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (2). En países de la OCDE se ha estimado que el 15% del gasto hospitalario correspondería a consecuencias del daño a los pacientes durante su atención sanitaria (3).

Con el fin de disminuir el impacto que genera las fallas en la seguridad de los pacientes en Chile, el Programa de Calidad y Seguridad de la Atención tiene por objetivo promover un clima de seguridad, prevenir la ocurrencia de eventos adversos y gestionar los riesgos asociados, entre otros. Para ello cuenta con el proceso de Acreditación del establecimiento, las Normas de Seguridad de la Atención (Res. Ex N°1031 del 2012, Norma General Técnica N°204 y Res. Ex 1341 del 2017) y el Programa Nacional de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).

El indicador propone la realización de un Programa de Calidad y Seguridad de la Atención anual donde se contemplen actividades que permitan mantener la acreditación (o reacreditación) del establecimiento, normas de seguridad y diagnóstico de la oportunidad de notificación de los brotes y cumplimiento de la norma sobre supervisión en caso de prolongación, reaparición, o repetición de brotes epidémicos de IAAS (Circular C13 N°1 de enero 2015, disponible en [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes\(3\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes(3).pdf)).

Objetivo General: Contribuir a la mejora del nivel de salud de la población a través de la promoción de la calidad de la atención y seguridad del paciente, prevención de eventos adversos y gestión de los riesgos.

Objetivos Específicos:

- Contar con un Programa de Calidad y Seguridad de la Atención que contemple los ámbitos de acreditación o re acreditación de establecimiento, cumplimiento de normas de seguridad del paciente y supervisión de intervenciones del equipo IAAS en casos de brotes epidémicos.
- Asegurar el cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención, mediante el monitoreo y evaluación del mismo.

Definiciones:

-Programa de Calidad: Documento que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de cierto objetivo asistencial, donde se definen actividades, metas, y modelo de evaluación de su cumplimiento.

-Informe de evaluación: Documento que contiene la descripción de los resultados obtenidos, especificando la metodología utilizada y presentando los resultados de manera secuencial, de la misma manera que fue programado, lo cual facilita su comprensión, y el análisis de estos. Por lo anterior este informe conlleva: comparación de lo programado versus lo efectivamente alcanzado, reconocimiento de brechas y causas y propuesta de intervención para mejorar resultados. Se deben adjuntar en un anexo los medios de verificación

Metodología Programa de Calidad y Seguridad de la Atención

El equipo local de Calidad y Seguridad de la Atención y el equipo del Programa de Prevención y Control de IAAS, en forma complementaria y coordinada por la dirección del hospital, elaborarán un Programa de Calidad y Seguridad de la Atención que será aprobado por el Director del Establecimiento e informado de manera escrita (memo, correo electrónico u otro) al Director del Servicio de Salud y referente de Calidad y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud, así como al referente del Programa de Control de IAAS, a más tardar el día **31 de marzo 2022**. El medio de verificación será el Programa de Calidad y Seguridad de la Atención aprobado por el director del Establecimiento y la constancia del envío del mismo al Director del Servicio de Salud y referente de Calidad e IAAS del Servicio de Salud.

El Programa de Calidad y Seguridad de la Atención contemplará al menos los siguientes requisitos:

1. Revisión y actualización documental asociada a características de acreditación: Registro anual en SIS-Q, resto de meses registrar N/A mensual.
2. Autoevaluación anual de características obligatorias del estándar de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Se considera autoevaluación válida la realizada y organizada por: el establecimiento, Servicio de Salud, MINSAL, entidad asesora externa o evaluación realizada por entidad externa en marco de proceso de acreditación. Registro anual en SIS-Q, resto de meses registrar N/A mensual.
3. Monitoreo y análisis de los resultados de los indicadores de Seguridad y Calidad de la Atención, según frecuencia de medición establecida en sus respectivas normas y definición de planes de mejoras, si es pertinente. (Res. Ex N°1031 del 2012, Norma General Técnica N°204 y Res. Ex N°1341 del 2017). Registro trimestral o semestral en SIS-Q según norma, resto de meses registrar N/A mensual.
4. Informe de oportunidad de notificación de brotes de la institución, considerando los de IAAS y los relacionados a Salud Ocupacional (no IAAS) Registro en SIS-Q trimestral, en caso de no ocurrencia registrar N/A mensual.

Se debe contar con un informe que señale un listado con el número total de brotes presentados en el establecimiento de salud, el cual debe indicar la fecha de notificación a la autoridad correspondiente según lo establecido en el Reglamento N° 7 del 7.03.2019 "Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria y su Vigilancia". Para fines de la medición, se entenderá como "notificación oportuna" aquellos brotes en los cuales el tiempo transcurrido entre la identificación del caso índice y la fecha de notificación es igual o menor a 5 días corridos. Se considerará como fecha de notificación la fecha en la cual la Dirección del establecimiento o en quien ésta haya delegado la responsabilidad, ha autorizado la notificación del brote o en la plataforma SICARS o informado el brote al MINSAL y la Autoridad Sanitaria Regional local por e-mail.

La información anteriormente mencionada deberá ser entregada por el subdirector/a Médico de la Institución.

Los elementos mínimos que debe considerar el informe y a modo de orientación son:

Nombre Establecimiento, Año					
Fecha, nombre y cargo del responsable de constatación y diagnóstico					
N° Brote	Tipo de Brote (Brote IAAS o no IAAS y Agente Causal)	Fecha de caso índice	Fecha de notificación	Situación de oportunidad (SI/NO)	Observación (causas de brecha aportada por responsable de la actividad)
1					
2					
3					

Indicador:

N° de brotes pesquisados notificados oportunamente		____%
Total de brotes pesquisados		

Resultado diagnóstico:

5. Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen y de su correspondiente supervisión en la institución, según normativa vigente (Circular C13 N° 1 de 16 enero 2015 en [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes\(3\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes(3).pdf)). Registro semestral en SIS-Q, resto de meses registrar N/A mensual.

Se debe contar con un informe que señale el listado con el N° total de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen⁴ en la institución. Además, debe indicar cuales de estos brotes prolongados tienen supervisión externa (realizada por profesionales que no sean de la unidad de IAAS de la institución) dirigidos por el subdirector/a médica del establecimiento de salud.

Cada supervisión externa, para estar acorde con la normativa, debe tener un informe que indique:

-Verificación del cumplimiento de medidas indicadas por el Programa de IAAS local.

-Verificación que las medidas indicadas por el equipo de IAAS local se ajustan a indicaciones existentes en normativas (de existir).

Los elementos mínimos que debe considerar el informe y a modo de orientación son:

Nombre Establecimiento, Año					
Fecha, nombre y cargo del responsable de constatación y diagnóstico					
N° Brote prolongados, repetidos o que reaparecen	Tipo de infección y Agente Causal	Fecha de caso índice	Duración del brote desde caso índice (semanas)	Se realizó supervisión externa al brote de acuerdo con normativa SI/NO	Observación (causas de brecha aportada por responsable de la actividad)
1					
2					
3					

Indicador:

N° de brotes pesquisados prolongados, repetidos o que reaparecen con supervisión realizada de acuerdo con la normativa		____%
Total de brotes pesquisados prolongados, repetidos o que reaparecen		

Resultado diagnóstico:

6. Oficialización del Programa ante directivos locales y del Servicio de Salud. El Programa de Calidad y Seguridad de la Atención del Establecimiento se debe elaborar a más tardar en el mes de marzo y estar aprobado por el (la) Director(a) del Establecimiento e informado al (la) Director(a) del Servicio de Salud, Unidad de Calidad (Servicio de Salud) y referente de IAAS (Servicio de Salud). Registro anual en SIS-Q, resto de meses registrar N/A mensual.

Para la elaboración del programa éste debe tener la siguiente estructura:

- **Introducción:** Importancia del problema, estadísticas sanitarias locales, datos epidemiológicos del establecimiento en relación con la seguridad del paciente.
- **Objetivo General:** Declarar cuál es el propósito general del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención
- **Objetivos Específicos:** Qué se abordará para asegurar el cumplimiento del objetivo.
- **Programación del trabajo anual:** Actividades tendientes a mantener la Acreditación o Re Acreditación; Gestión de Riesgos y Supervisión de medidas de control de IAAS. Utilizando la siguiente tabla:

⁴ Definición de brote prolongado, repetidos o que reaparecen según normativa vigente (Circular C13 n 1 de 16 enero 2015 en [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes\(3\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes(3).pdf)).

Objetivo	Actividad	Indicador	Meta	Verificador	Responsable	Plazo
Objetivo de la actividad	Descripción de la acción (es) a realizar para alcanzar el objetivo	Medida para cuantificar y tangibilizar la actividad programada	Nivel óptimo esperable en el cumplimiento de la actividad	Medio que se utilizara como evidencia o prueba de la ejecución de la actividad	Persona a cargo de la actividad (cargo)	Límite de tiempo (Mes) propuesto para cumplir la actividad.

7.-Evaluación y difusión del cumplimiento del Programa, al menos semestralmente, en reunión de Comité Técnico ampliado (presencial o telemática), coordinada y dirigida por la Dirección del establecimiento, con acta de reunión e informe de cumplimiento.

Registro en SIS-Q en los meses de julio y diciembre, resto de meses registrar N/A mensual.

El equipo de Calidad y Seguridad del Paciente realizarán 2 informes de avance de las actividades planificadas, que serán presentados al (la) Director(a) del Establecimiento y difundido en reuniones del Comité Técnico Ampliado. Los medios de verificación serán las actas de reunión del Comité Técnico Ampliado y los informes de avance aprobados por el (la) Director(a) del Establecimiento. Para el cumplimiento del indicador se espera que al término del año el prestador institucional tenga un nivel de ejecución de al menos el 80% de los requisitos mínimos exigidos.

En el caso de que las actividades planificadas no se puedan cumplir por razones de fuerza mayor, o no aplicase (ejemplo no ocurrencia de brotes) se deberá explicitar las causas de dicho incumplimiento o declarar situación en el mismo informe considerando la evidencia de respaldo.

Cabe señalar que el establecimiento puede definir más actividades a las ya exigidas en el Programa de Calidad y Seguridad de la Atención, sin embargo, la medición del indicador se efectuará solo con aquellas consideradas como requisitos mínimos y detalladas anteriormente.

Formato Informe de cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención

Objetivo	Actividad	Indicador	Meta o Umbral programado	Resultado logrado	Situación de cumplimiento (cumplido / no cumplido/ NA)	Análisis de resultados
Objetivo de la actividad	Descripción de la acción (es) a realizada	Medida para cuantificar y tangibilizar la actividad programada	Nivel óptimo esperable en el cumplimiento de la actividad	Nivel efectivamente alcanzado	Estado en que se encuentra al momento de la evaluación) respecto de la meta	Reconocimiento de brechas y acción correctiva

Fuente de información: Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Anexo N°16.**Pauta de chequeo para evaluación anual del indicador**

Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, Producto de una Auditoría (D.3_2.2).

Como herramienta de apoyo en la evaluación del presente indicador, se utilizará el “Anexo Compromiso Auditoría Generales” que se remite al CAIGG junto con la Planificación Anual que se realiza al término del año en evaluación, específicamente lo reportado en las hojas “Compromisos Auditoría”, “Compromisos Implementados” y “Compromisos CGR”.

Como insumo para la verificación de la trazadora 1, se debe utilizar el campo “Hallazgos de Auditoría Contenidos en el Informe” filtrando por fecha de informe (las correspondientes del año calendario de evaluación) y el campo “Compromisos”.

Identificación Específica del Tema Auditado				Hallazgos de Auditoría Contenidos en el Informe	Recomendaciones			Compromisos		
N° del Informe	Código Trabajo de Auditoría	Fecha del Informe	Proceso Programa Proyecto Área Función Etc.	Descripción de la Condición del Hallazgo	Descripción Recomendación	Plazo Estimado	Responsable	Descripción compromiso	Plazo de implementación establecido	Responsable

Ejemplos para registrar en SIS-Q hallazgos y compromisos:

- En caso de que un compromiso tenga varias actividades suscritas para subsanar el hallazgo detectado, se debe contabilizar como 1 compromiso.

1 hallazgo= 1 Compromiso

Hallazgo N°1	Compromiso N°1	Actividad 1
		Actividad 2
		Actividad 3
Hallazgo N°2	Compromiso N°2	Actividad 1
		Actividad 2
		Actividad 3
Hallazgo N°3	Compromiso N°3	Actividad 1
		Actividad 2

- En caso de que varios hallazgos compartan el mismo compromiso suscrito, se debe contabilizar el compromiso en cada hallazgo, independiente de que sea el mismo.

Hallazgo N°1	Compromiso N°1
Hallazgo N°2	Compromiso N°1
Hallazgo N°3	Compromiso N°1

- En caso de que un hallazgo tenga un compromiso de distintas áreas auditadas, se debe contabilizar el hallazgo (independiente de que sea el mismo) de acuerdo al compromiso suscrito de cada área auditada.

Hallazgo N°1	Compromiso N°1 (área auditada 1)
--------------	----------------------------------

Hallazgo N°1	Compromiso N°1 (área auditada 2)
Hallazgo N°1	Compromiso N°1 (área auditada 3)

Como insumo para la verificación de la trazadora 2, se utilizará el archivo denominado “Compromisos Auditoría” proveniente de CAIGG, que corresponde a los compromisos de auditorías pendientes de implementar, “Compromisos Implementados”, que corresponde a compromisos de auditorías implementados y “Compromisos CGR” que corresponde a compromisos CGR pendientes de implementar.

Para los compromisos cumplidos de Contraloría General de la República se deben obtener del sistema de seguimiento de CGR.

Para el denominador, se deben considerar los compromisos cumplidos del año y los compromisos reprogramados de años anteriores que tengan fecha de vencimiento en el año de evaluación.

- COMPROMISOS DE AUDITORIA PENDIENTES DE IMPLEMENTAR

Compromisos			Seguimiento de Implementación de Compromiso						
Descripción compromiso	Plazo de implementación establecido	Responsable	Porcentaje de Implementación del Compromiso	Medios de Verificación	Razones de No Cumplimiento	Nuevos Compromisos si corresponde	Responsable	Plazo	Observaciones

- COMPROMISOS DE AUDITORIA IMPLEMENTADOS

Compromisos			Seguimiento de Implementación de Compromiso						
Descripción compromiso	Plazo de implementación establecido	Responsable	Porcentaje de Implementación del Compromiso	Medios de Verificación	Nuevos Compromisos si corresponde	Responsable	Plazo	Observaciones	

- COMPROMISOS CGR PENDIENTES DE IMPLEMENTAR

Compromisos				Seguimiento de Implementación de Compromiso						
Descripción compromiso	Fuente del compromiso (Documento de respuesta a CGR)	Plazo de implementación establecido	Responsable	Porcentaje de Implementación del Compromiso	Medios de Verificación	Razones de No Cumplimiento	Nuevos Compromisos si corresponde	Responsable	Plazo	Observaciones

Fuente de información: Departamento de Auditoría, MINSAL.

Anexo N°17.
Instructivo Encuesta de Satisfacción Usuaría (D.4_1.4).

Folio			
-------	--	--	--

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA ÁREA URGENCIA

Buenos días / tardes. ¿Usted me otorgaría unos minutos para realizarle unas preguntas que permitan conocer y mejorar la calidad de la atención que entrega este establecimiento? Responder la encuesta no le compromete ya que los datos que en ella se consignan se tratarán de forma anónima.

Servicio o Unidad: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: ___: ___

Tipo de usuario: Paciente__ Acompañante__ Parentesco: _____

Género: M F Edad: 18 - 29 30 – 59 60 o más

Nacionalidad o país de origen: _____

Califique con nota de 1 a 7 su nivel de satisfacción con algunos aspectos de la atención de urgencia que ha recibido usted (o su paciente) en esta oportunidad. En caso de que la pregunta no corresponda, registrar "No Aplica".

1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
Admisión/ Informaciones	1.1 Personal de Admisión		
	1.2 Personal de recaudación		
	1.3 Personal de informaciones/OIRS		
Proceso de atención	1.4 Médico		
	1.5 Enfermero/a		
	1.6 Matrón (a)		
Seguridad	1.7 Técnico Paramédico		
	1.8 Personal de guardias		
Otro	1.9 Otro (Ej.: Auxiliar de servicio, Personal de aseo) Especificar _____		
2. Respeto de la atención e información ¿Qué nota le pondría a...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.			
2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)			
2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.			
2.4 La claridad de la información administrativa entregada (recaudación, toma de muestras, imagenología).			
3. ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en las siguientes unidades de apoyo, respecto a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
3.1 La atención en Laboratorio (Toma de muestras)			

3.2 La atención en Imagenología (Radiografías, scanner)			
3.3 La atención en Farmacia			
3.4 La orientación de la Oficina de informaciones / OIRS			
4. Respecto a la infraestructura, qué nota le pondría a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
4.1 La comodidad durante la espera de atención (iluminación, sillas, otros)			
4.2 La limpieza/aseo de sala de espera			
4.3 La limpieza/aseo en box de atención			
4.4 La limpieza/aseo de los baños			
5. En general ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en el área de ambulatoria?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
6. Finalmente, ¿Qué aspecto(s) del funcionamiento y atención en esta unidad necesita(n) ser mejorado(s)?			
Trato del personal <input type="checkbox"/>	Calidad de la información entregada <input type="checkbox"/>	Infraestructura del lugar <input type="checkbox"/>	Organización del <input type="checkbox"/>
¿Qué nos sugiere para mejorar?			
<hr/> <hr/>			
Datos para supervisión: Los siguientes datos son solicitados para efectos de supervisión, ya que usted podría ser contactado telefónicamente para conocer si efectivamente la encuesta le fue aplicada.			
Nombre del encuestado/a (voluntario):		Teléfono o e-mail encuestado/a (obligatorio):	
Nombre completo encuestador/a (obligatorio):			

Agradezca y cierre

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA ÁREA AMBULATORIO

Folio

Buenos días / tardes. ¿Usted me otorgaría unos minutos para realizarle unas preguntas que permitan conocer y mejorar la calidad de la atención que entrega este establecimiento? Responder la encuesta no le compromete ya que los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima.

Servicio o Unidad: _____

Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Tipo de usuario: Paciente__ Acompañante__

Parentesco: _____

Género: M F

Edad: 18 - 29

 30 - 59 60 o más

Nacionalidad o país de origen: _____

Califique con nota de 1 a 7 su nivel de satisfacción con algunos aspectos de la atención de urgencia que ha recibido usted (o su paciente) en esta oportunidad. En caso de que la pregunta no corresponda, registrar "No Aplica".

1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?		Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
Admisión/ Informaciones	1.1 Personal de Admisión			
	1.2 Personal de recaudación			
	1.3 Personal de informaciones/OIRS			
Proceso de atención	1.4 Médico			
	1.5 Enfermero/a			
	1.6 Matrón (a)			
Seguridad	1.7 Técnico Paramédico			
	1.8 Personal de guardias			
Otro	1.9 Otro (Ej.: Auxiliar de servicio, Personal de aseo) Especificar _____			
2. Respecto de la atención e información ¿Qué nota le pondría a...?		Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.				
2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)				
2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.				
2.4 La claridad de la información administrativa entregada (recaudación, toma de muestras, imagenología).				
3. ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en las siguientes unidades de apoyo, respecto a....?		Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
3.1 La atención en Laboratorio (Toma de muestras)				
3.2 La atención en Imagenología (Radiografías, scanner)				
3.3 La atención en Farmacia				
3.4 La orientación de la Oficina de informaciones / OIRS				

4. Respecto a la infraestructura, qué nota le pondría a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
4.1 La comodidad durante la espera de atención (iluminación, sillas, otros)			
4.2 La limpieza/aseo de sala de espera			
4.3 La limpieza/aseo en box de atención			
4.4 La limpieza/aseo de los baños			
5. En general ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en el área de ambulatoria?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
6. Finalmente, ¿Qué aspecto(s) del funcionamiento y atención en esta unidad necesita(n) ser mejorado(s)?			
Trato del personal <input type="checkbox"/>	Calidad de la información entregada <input type="checkbox"/>	Infraestructura del lugar <input type="checkbox"/>	Organización del lugar <input type="checkbox"/>
¿Qué nos sugiere para mejorar?			

Datos para supervisión: Los siguientes datos son solicitados para efectos de supervisión, ya que usted podría ser contactado telefónicamente para conocer si efectivamente la encuesta le fue aplicada.			
Nombre del encuestado/a (voluntario):		Teléfono o e-mail encuestado/a (obligatorio):	
Nombre completo encuestador/a (obligatorio):			

Agradezca y cierre

Fuente de información: Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Anexo N°18.

Documento de Apoyo Oportunidad y Calidad de la Respuesta a los Reclamos (D.4_1.7).

1) INDICACIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR

1.1) Evaluación

El equipo OIRS del establecimiento no podrá realizar el proceso, solamente coordinarlo. Se sugiere encomendar esta tarea a funcionarios de los equipos de las áreas de calidad, control de gestión, clínicos y/o recursos humanos.

1.2) Definición del tamaño muestral

Para obtener un tamaño muestral primero deberá considerar que el universo corresponde a los reclamos contestados por el establecimiento, y para seleccionar una muestra representativa tendrá que seleccionar de manera aleatoria el 5% del total de los reclamos contestados e informados en el REM 19B sección A, correspondientes al trimestre anterior a la evaluación. La muestra no deberá superar los 30 reclamos.

2) ELEMENTOS Y PAUTA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA RESPUESTA A LOS RECLAMOS

La siguiente tabla contiene los elementos recomendados para responder los reclamos que usuarios y usuarias realizan en las OIRS de los establecimientos de la red asistencial. La respuesta emitida, por papel o electrónica, es un documento público y debe cumplir con la normativa vigente, es por esto la relevancia de utilizar un lenguaje claro, simple y comprensible. Se sugiere evitar siglas y palabras técnicas, que la mayoría de las ocasiones no son conocidas por los usuarios/as, y tomar las precauciones de no mencionar o divulgar datos privados y/o sensibles, principalmente cuando la respuesta no va dirigida al afectado(a).

ELEMENTOS PARA CONSIDERAR EN LA CALIDAD DE LA RESPUESTA A LOS RECLAMOS
<p>Contenido del enunciado: Se debe dirigir al usuario/a que presentó el reclamo, con nombre y apellido. Mencionar la solicitud, identificando fecha, nombre de la institución, tipo de requerimiento y folio. Incluir la(s) petición(es) concreta(s) descritas en el reclamo.</p>
<p>Recepción del reclamo: Identificar y analizar el (los) problema/situación planteada/a por el usuario/a. Manifiestar empatía con la situación planteada por el usuario/a. Reconocer la importancia que tiene el reclamo para la institución, servicio o unidad que la recepciona.</p>
<p>Contenido y calidad de la respuesta: El cumplimiento de calidad se validará como efectivo al considerar las siguientes variables:</p> <p><u>Que sea Oportuna</u> Deberá cumplir los plazos indicados en el Decreto N°35 que, aprueba Reglamento sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Asimismo, considerar los plazos instruidos para los requerimientos de las áreas de Presidencia, Parlamentaria, FONASA, entre otros.</p> <p><u>Que sea Resolutiva – Satisfactoria</u> Tendrá que presentar el resultado de la investigación del caso particular, dando respuesta a todas las peticiones expuestas por el usuario/a. Luego, profundizar en el tema sobre la petición concreta, procurando dar resolución total o parcial, estableciendo plazos y forma en que dará cumplimiento. En el caso de no poder resolver el reclamo de acuerdo con las expectativas del usuario/a, o bien, por competencia de la institución, deberá orientar y señalar vías alternativas que vayan en dirección a la resolución concreta, éstas pueden incluir esfuerzos tanto de la propia red asistencial.</p> <p><u>Compromisos de la institución</u> La respuesta contiene los compromisos adquiridos por la institución con el usuario/a. Definir los plazos, lugar de ejecución, requisitos y responsable (sólo si corresponde). En caso de que sea pertinente, informar los compromisos institucionales y/o ministeriales para los ámbitos planteados en el reclamo.</p>

<p>Canales de comunicación con la institución: Mencionar las distintas alternativas que tiene la institución para generar acceso comunicacional con y para sus usuarios/as, como por ejemplo teléfono(s) de contacto, correos electrónicos, horarios de atención, entre otros.</p>
<p>Cierre: Se debe despedir formalmente indicando interés y voluntad de responder las inquietudes y problemáticas en el ámbito de salud, dentro del marco de las atribuciones y facultades de la institución. Incorporar los párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado, según corresponda.</p>
<p>Formato: Incluir logo institucional y nombre del establecimiento. Fecha describiendo día, mes y año de la respuesta. Incluir nombre/apellido, cargo y firma del suscrito/a; de acuerdo con lo indicado en el Decreto N°35 que, aprueba Reglamento sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.</p>

La siguiente pauta de evaluación es un instrumento que permite valorizar los elementos explicados anteriormente, describiendo escala de puntaje en donde 1 es “Insuficiente”, y 4 es “Muy Bueno”. Asimismo, se transparenta el porcentaje que se le asignará a cada elemento.

PAUTA DE EVALUACIÓN EN LA CALIDAD DE LA RESPUESTA A LOS RECLAMOS					
Elementos	Insuficiente 1	Suficiente 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Porcentaje
<p>I. Contenido del enunciado</p> <p>a) Se dirige al usuario/a por su nombre y apellido</p>	No se dirige al usuario/a por nombre y apellido	Incorpora sólo a una de las tres variables del contenido del enunciado	Incorpora 2 de las 3 variables del contenido del enunciado	Incorpora las 3 variables del contenido del enunciado	10%
b) Mencionar la solicitud (fecha, nombre de la institución, tipo de requerimiento, folio)	No menciona en la solicitud (fecha, nombre de la institución, tipo de requerimiento, folio)				
c) Incluye la(s) petición(es) concreta(s)	No incluye la(s) petición(es) concreta(s) de la persona				
<p>II. Recepción de la solicitud</p> <p>a) Identifica y analiza el problema/situación planteado/a por el usuario/a</p>	No identifica ni analiza el problema/situación planteado/a por el usuario/a	Incorpora sólo 1 de las tres variables de la recepción de la solicitud	Incorpora 2 de las 3 variables de la recepción de la solicitud	Incorpora las 3 variables de la recepción de la solicitud	10%
b) Manifiesta empatía con la situación planteada por el usuario/a	No manifiesta empatía con la situación planteada				
c) Reconoce la importancia que tiene el requerimiento para	No reconoce la importancia que tiene el requerimiento para				

la institución, servicio o unidad que la recepciona	la institución, servicio o unidad que la recepciona				
III. Contenido y calidad de la respuesta a) Que sea Oportuna	No responde a la solicitud en los plazos establecidos	N/A	N/A	Responde la solicitud dentro de los plazos establecidos	20%
b) Que sea Resolutiva y Satisfactoria	No cumple con las características para ser considerada resolutiva y satisfactoria	N/A	N/A	Cumple con las características para ser considerada resolutiva y satisfactoria	30%
c) Compromisos de la institución	No señala: No señala: -compromisos asumidos por la institución con el usuario/a, -plazos, -lugar de ejecución, -requisitos, y -responsable, sólo si corresponde	Incorpora sólo a una de las 5 variables de la recepción de la solicitud	Incorpora 2 de las 5 variables de la recepción de la solicitud	Incorpora las 5 variables de la recepción de la solicitud	10%
IV. Canales de comunicación con la institución	No informa de los canales de comunicación de la institución	N/A	N/A	Informa todos los canales de comunicación de la institución	5%
V. Cierre	No realiza cierre de la solicitud, como tampoco incorpora párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado	N/A	N/A	Realiza cierre de la solicitud e incorpora párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado	5%
VI. Formato	No incorpora: -Logo y/o nombre de la institución -Fecha, -Firma, nombre/apellido y cargo del firmante	Incorpora sólo 1 de las tres variables de formato	Incorpora 2 de las 3 variables de formato	Incorpora las 3 variables de formato	10%

2.1) Ejemplo de Tabla con notas y rango de evaluación para la Trazadora Calidad de la Respuesta a los Reclamos

Cada uno de los 6 elementos se deben valorar según el puntaje de la evaluación (de 1 a 4 puntos), y luego se multiplica por porcentaje ponderado según tabla, lo que dará el valor final, como se detalla en el siguiente ejemplo:

Tabla con notas y rango de evaluación para la Trazadora Calidad de la Respuesta a los Reclamos						
Elementos	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Muy bueno	% Ponderado	Puntaje
	1	2	3	4		
1. Contenido del enunciado			3		10%	0.3
2. Recepción de la solicitud		2			10%	0.2
3. Contenido y calidad de la respuesta	Que sea oportuna			4	20%	0.8
	Que sea resolutive y satisfactoria			4	30%	1.2
	Compromisos de la institución	1			10%	0.1
4. Canales de comunicación con la institución				4	5%	0.2
5. Cierre				4	5%	0.2
6. Formato				4	10%	0.4
Puntaje						3.4

De este modo, si se suman los resultados de los seis elementos y se obtiene un puntaje de 3.4, el resultado es interpretado como una respuesta “buena”, de acuerdo con los rangos descritos en la siguiente escala de valoración.

Escala de valoración:

Rango	Puntaje
Insuficiente	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que se encuentre en el rango de 1 a 2.3 puntos
Suficiente	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que se encuentre en el rango de 2.4 a 3.1 puntos
Buena	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que se encuentre en el rango de 3.2 a 3.9 puntos
Muy Buena	Se considerará en esta categoría un puntaje de 4 puntos

3) CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

3.1) Formato Para Registrar Evaluación.

Puntaje por elemento							
Reclamo N° de folio	Puntaje contenido del enunciado	Puntaje recepción de la solicitud	Puntaje contenido y calidad de la respuesta	Puntaje canales de comunicación con la institución	Puntaje cierre	Puntaje formato	Total, puntaje
XXXX							
XXXX							
XXXX							
TOTAL							

Una vez obtenido el puntaje de la evaluación de los reclamos, se debe calcular el porcentaje de cumplimiento para el establecimiento:

((Puntaje Reclamo 1 + Puntaje Reclamo 2 + Puntaje Reclamo 3 ...))

X 100

N: corresponde al total de reclamos evaluados.

Una vez obtenido el resultado se ingresa la sumatoria del puntaje obtenido en el numerador y total de puntaje esperado según el número de reclamos evaluados.

$$\frac{\text{Puntaje obtenido en evaluación de calidad de la respuesta de los reclamos}}{\text{Puntaje esperado en la evaluación de la calidad de la respuesta de los reclamos}} \times 100$$

4) FORMATO DE RESPUESTAS OIRS



[NOMBRE INSTITUCIÓN]

Folio N°:[FOLIO RECLAMO]

[CIUDAD DE LA INSTITUCIÓN]

[FECHA DE RESPUESTA]

Señor(a)

[NOMBRE RECLAMANTE]

[DIRECCIÓN-CORREO ELECTRÓNICO]

PRESENTE

De mi consideración:

Junto con saludar, informo a Usted(es) que con fecha [FECHA DE INGRESO DEL RECLAMO] se ha recibido en nuestra institución, su reclamo Folio N° [FOLIO DEL RECLAMO], donde expone [ENUNCIACIÓN BREVE DE LA(S) MATERIA (S) RECLAMADA (S) Y ENUNCIACIÓN DE LA(S) PETICIÓN(ES) CONCRETA(S)].

En atención a lo señalado, podemos informar lo siguiente:

- [ENUMERAR PETICIÓN(ES)] [DETALLE DE LA RESPUESTA]

Considerando que nuestra institución acoge cada requerimiento presentado por nuestros usuarios/as, manifestamos el interés y voluntad de resolver sus inquietudes y problemáticas en el ámbito de salud, dentro del marco de nuestras atribuciones y facultades.

Si está desconforme con la respuesta dada, o si la resolución no fue gestionada durante 15 días hábiles, Ud. podrá solicitar a la Superintendencia de Salud su revisión, dentro de un plazo de 5 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta, debiendo acompañar copia de la respuesta y de los antecedentes que disponga; de acuerdo con lo señalado en el Artículo N°14 del Decreto N° 35, que aprueba Reglamento sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

A su vez, en caso de que, a partir de las prestaciones reclamadas, usted identifique que se ocasionó un daño a la salud, puede ejercer el derecho de presentar un reclamo en las dependencias del Consejo de Defensa del Estado de todo el país (Fono 800 800 233), solicitando una mediación, procedimiento que eventualmente podría proporcionar una solución de la problemática, de lograrse un acuerdo con el prestador asistencial (Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en

Salud). Si el establecimiento al cual reclama depende de una Corporación Municipal, la solicitud de mediación debe tramitarse a través de la Superintendencia de Salud, procedimiento que tiene un costo, el cual debe ser asumido por las partes.

Ante cualquier consulta puede contactarse con la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de nuestra institución [DETALLES DE CONTACTO (Teléfono/os, correos electrónicos) /horarios de atención].

Sin otro particular, le saluda atentamente a Ud.,

[FIRMA]
[NOMBRE DEL FIRMANTE]
[CARGO DEL FIRMANTE]

5) FORMATO DE RESPUESTA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Utilizar formato vigente informado por OIRS MINSAL.

Fuente de información: Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.