



Ministerio de Hacienda

Gobierno de Chile



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED
2023**

**Departamento de Control de Gestión
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Dirección de Presupuesto
Ministerio de Hacienda
Año 2023**



AUTORES

Departamento de Control de Gestión.

Sebastián Cid Alvarado.
Lucía Astorga Inostroza.
Andrea Cocio Salas.
Carolina Esturillo Vivar.

COLABORADORES

Departamento de Auditoría, Gabinete Ministerio de Salud.

Guillermo Saffie Vega.
Ana María Martínez Silva.

Departamento de Participación y Trato al Usuario Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ana Becerra Widemann.
Paola Cárcamo Guzmán.
Lucía Arias Pons.

División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Patricio Leiva Irigoyen.

Departamento de Eficiencia Hospitalaria.

Andrea Caro Oberg.
Andrea Araya Villalón.
Javier Aguayo Villablanca.
Christopher Lui Mi.

Departamento de Gestión Presupuestaria.

Katherine Paine Bustamante.
Adolfo Beck Quintanilla.
Karen Quezada Pérez.

División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Fabiola Jaramillo Castel.

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.

Susana Fuentealba Cofré.
Patricia Acevedo Loyola.
Anamari Avendaño Arechavala.
Maureen Gold Semmler.
Paulo Vilches González.
Carolina Isla Meneses.
Leonardo Molina Fuentes.
Pablo Norambuena Mateluna.
María Elena Campos Alarcón.
Mabel Pinilla Villalobos.

Yeni Varas Meneses.
Miguel Ángel Ulloa Espinoza.
Ivonne Rebolledo Gonzalez.

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.
José Rosales Caniumil.
Romina Venturino Solar

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.

Rodrigo Wolf Rojas.
Sandra Mardones Carreño.
Carolina Oshiro Riveros.

División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Angelica Fuenzalida Ramírez.

Departamento de Calidad de Vida Laboral.

Pablo Durán Valenzuela.
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.

Jorge Cox Claisse.
Macarena Castro Brugueras.
Juan Álvarez Fernández.

ÍNDICE

AUTORES.....	3
COLABORADORES.....	3
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN.....	8
I. CONTEXTO.....	9
II. ANTECEDENTES.....	10
III. REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.....	11
IV. CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO.....	13
INDICADORES BALANCED SCORECARD AÑO 2023.....	27
Variación porcentual del gasto en compra de servicios (A.1_2.3).....	28
Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente (A.1_2.4).....	29
Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes (A.1.5).....	30
Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS) (A.3_1.2).....	31
Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado. (A.3_1.3).....	32
Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; y ejecución del gasto. (A.3_1.8).....	33
Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina (A.4_1.3).....	34
Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención (B.2.3).....	35
Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas (B.3_1.1).....	36
Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores) (B.3_1.4).....	37
Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos de dotación (B.3_1.5).....	38
Índice de Ocupación Dental (IOD) (B.3_1.6).....	39
Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos (B.3_1.7).....	40
Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica. (B.4_1.2).....	41
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas (B.4_1.4).....	42
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas (B.4_1.5).....	43
Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico (B.4_1.6).....	44
Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas (C.3.3).....	45
Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red (C.4_1.1).....	46

Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad (C.4_1.2).....	47
Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas (C.4_1.3).	48
Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas (C.4_1.4).	49
Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el plan de acción en participación (C.4.2).	50
Porcentaje de consultas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria (C.4_3.1)	51
Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria (C.4_3.5).	52
Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) (D.1.2).....	53
Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría (D.3_2.2).	54
Porcentaje de despacho de receta total y oportuno (D.4_1.2).....	55
Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la ley N°21.372 (MILA), hospital amigo y escuelas hospitalarias (D.4_1.8).	56
ANEXOS.....	57
Anexo N° 01.	
Documento de apoyo al indicador: Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes. (A.1.5).....	57
Anexo N° 02.	
Documento de apoyo al indicador: Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS) (A.3_1.2).	59
Anexo N°03.	
Documento de apoyo indicador: Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; y ejecución del gasto. (A.3_1.8).	61
Anexo N°04.	
Documento de apoyo al indicador: Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención (B.2.3).	63
Anexo N°05.	
Documento de apoyo indicadores: Porcentaje de cirugías mayores ambulatorias (B.3_1.1) y Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos dotación” (B.3_1.5).	67
Anexo N° 06.	
Documento de apoyo para el indicador: Índice de Ocupación Dental (IOD) (B.3_1.6).....	68
Anexo N° 07.	
Documento de apoyo al indicador: Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos (B.3_1.7).	72

Anexo N°08.

Documento de apoyo para el indicador: Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica. (B.4_1.2). 73

Anexo N°09.

Documento de apoyo para el indicador: Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas (C.3.3). 74

Anexo N°10.

Documento de apoyo al indicador: Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red (C.4_1.1). 88

Anexo N° 11.

Documento de apoyo para el indicador: Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el Plan de Acción en Participación (C.4.2). 90

Anexo N°12.

Documento de apoyo indicador Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2). 93

Anexo N°13.

Documento de apoyo al indicador: Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, Producto de una Auditoría (D.3_2.2). 96

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 estos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

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

Un establecimiento autogestionado, es un órgano desconcentrado del 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 2023 del instrumento de evaluación contiene 29 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 del Minsal que es “construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”; la misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de “regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento, la coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con énfasis en la entrega de prestaciones de calidad que generen satisfacción en nuestra población”; y las definiciones estratégicas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo 2022-2026:

- Fortalecer la Atención Primaria de Salud como piedra angular de la estrategia nacional de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la población con todos los niveles del sistema de salud y el intersector.
- Distribuir capacidades a la red asistencial con el fin de avanzar en el cuidado integral de la población con enfoque de derechos y perspectiva de género, generando un modelo eficiente de tiempos de espera para la resolución de los problemas de salud.
- Fortalecer la institucionalidad a través de la gestión por procesos, buscando hacer un uso eficiente de los recursos para aumentar la cobertura y equidad en salud, con énfasis en el acceso a medicamentos desde la mirada financiera y logística.
- Mejorar las condiciones laborales, fortaleciendo los derechos de los funcionarios y el desarrollo profesional a través de un sistema de capacitación y formación continua, manteniendo siempre una perspectiva de género e interculturalidad.
- Fortalecer la infraestructura de la red sanitaria a través de un plan nacional de inversiones en salud, con enfoque de equidad territorial, vinculando a las macrozonas para un desarrollo ordenado, y potenciando la articulación de la red, con perspectiva de género e intercultural, en miras a un sistema universal de salud.

Para el año 2023, en el BSC, se mantiene la priorización de indicadores de resultados. Además, se incorpora el concepto de metas diferenciadas, en algunas mediciones, según cartera de servicios y según cada realidad local (línea base), todo ello considerando la emergencia sanitaria por COVID-19, que impactó de gran manera a la red asistencial de salud en los periodos 2020 y 2021, disminuyendo su productividad y aumentando considerablemente los tiempos de espera. Para el año 2023 los establecimientos de la red asistencial tienen el desafío de optimizar la gestión de sus procesos clínicos, logísticos, financieros y de personas, para dar respuesta a la demanda de cuidados de salud postergados.

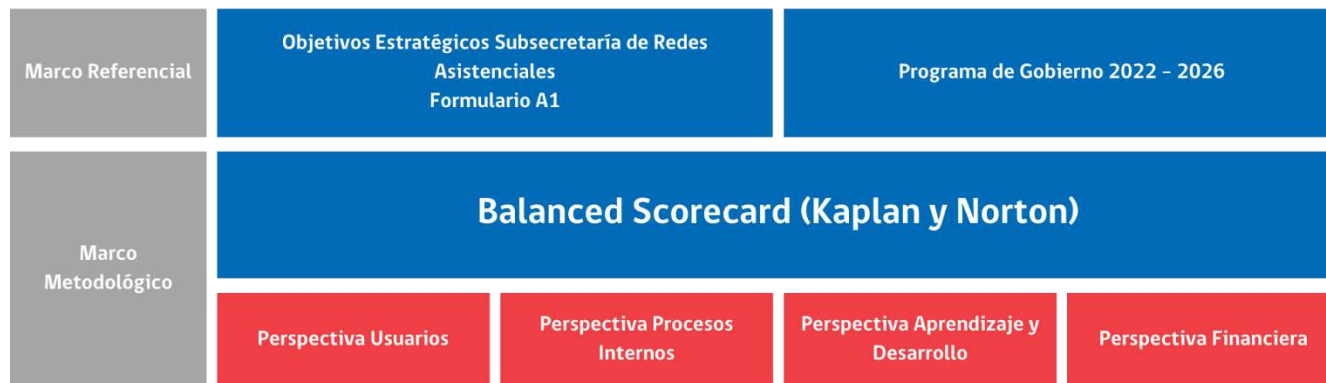
II. ANTECEDENTES.

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 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:



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 con 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.

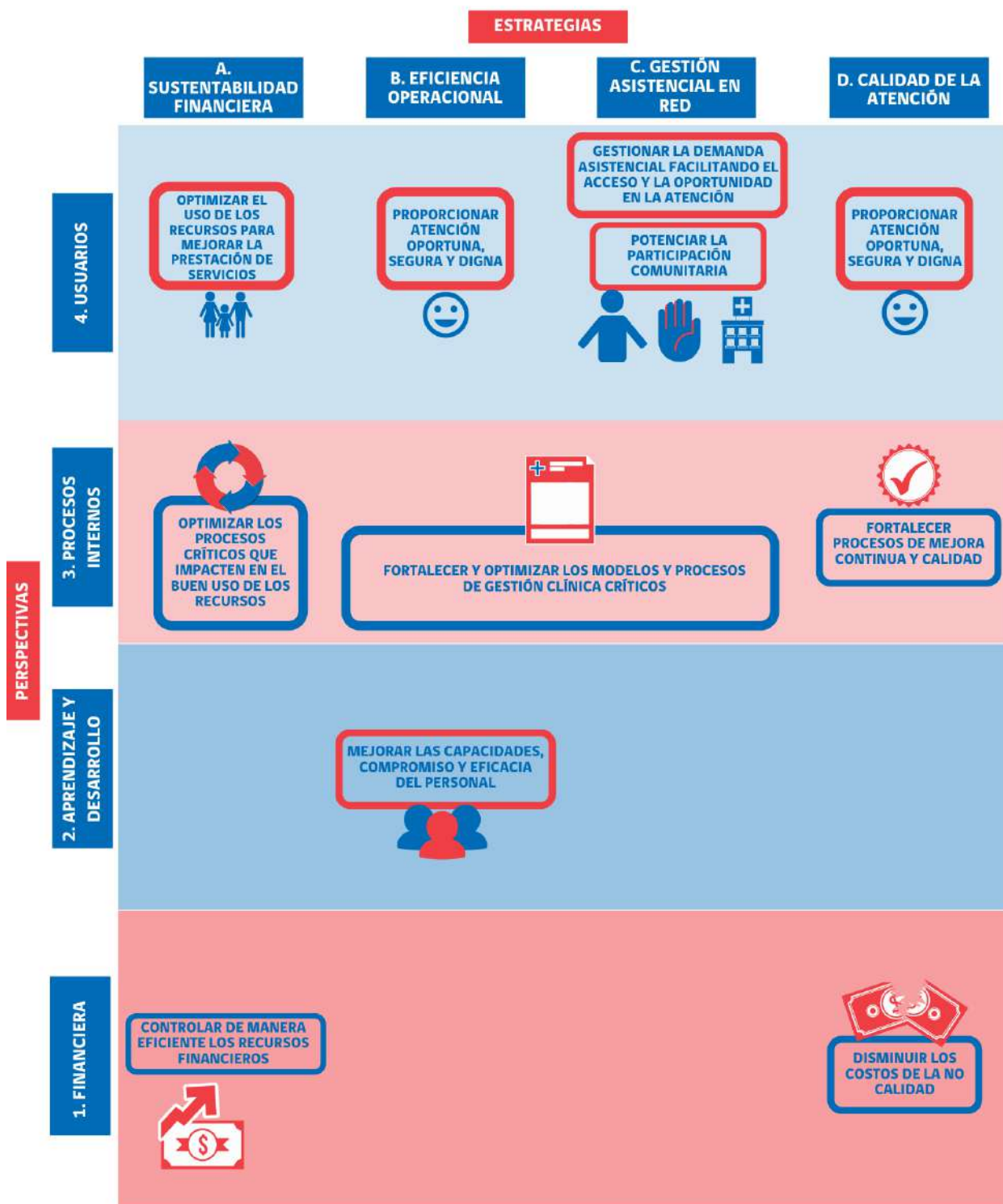
4.2. Mapa Estratégico.

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.



¹ Fuente: Elaboración equipo redactor.

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

Numeración 1º. Nivel Tema Estratégico.

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

Numeración 2º. Nivel PERSPECTIVA.

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

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

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

Numeración 4. Nivel Numeración de Indicadores.

- A.1_2.3 Variación porcentual 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.1.5 Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes.
- A.3_1.2 Variación de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS).
- A.3_1.3 Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.
- A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; y ejecución del gasto.

- A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.
- B.2.3 Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.
- B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores).
- B.3_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos en dotación.
- B.3_1.6 Índice de Ocupación Dental (IOD).
- B.3_1.7 Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.
- B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica.
- 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.
- B.4_1.6 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.
- C.3.3 Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación 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 porcentual de la mediana de días de espera para consulta nueva de especialidad.
- C.4_1.3 Variación porcentual de la mediana de días de espera para intervención quirúrgica.
- C.4_1.4 Variación porcentual de la mediana de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.
- C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el Plan de Acción en Participación.
- C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria.
- 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_2.2 Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.
- D.4_1.2 Porcentaje de despacho de receta total y oportuno.
- D.4_1.8 Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la LEY N° 21.372 (MILA), Hospital amigo y escuelas hospitalarias

En total la matriz incorpora 29 indicadores, los cuales se organizan de acuerdo con lo representado en la tabla 1. En el Figura 2, se aprecia la distribución de indicadores.

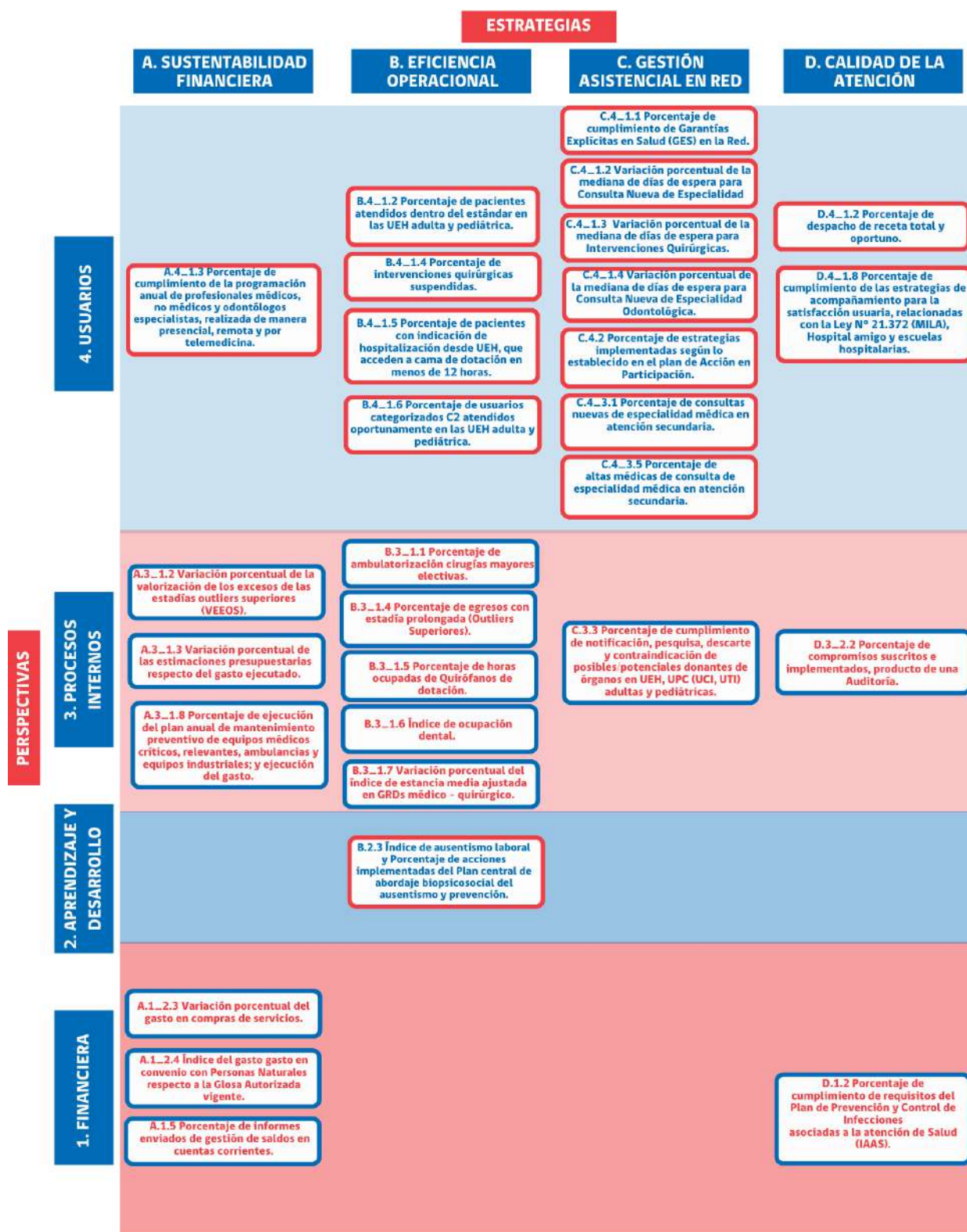
Tabla 1. Número total de indicadores por perspectivas².

Balanced Scorecard Hospitalario	Temas Estratégicos				Total Indicadores
	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	
Perspectiva Usuario	1	4	7	2	14
Perspectiva Procesos Internos	3	5	1	1	10
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	3	0	0	1	4
Total	7	10	8	4	29

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
Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumple con las obligaciones establecidas.	C.4_3.1 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria. C.4_3.5 Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria.
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.	
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.	
Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.	
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.	

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 Variación de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS). D.4_1.8 Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la LEY N° 21.372 (MILA), Hospital amigo y escuelas hospitalarias</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>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.	
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_1.2 Variación porcentual de la mediana de días de espera para consulta nueva de especialidad médica. C.4_1.3 Variación porcentual de la mediana de días de espera para intervención quirúrgica. C.4_1.4 Variación porcentual de la mediana 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 con lo establecido en cada ficha técnica de los indicadores, las principales formas de asignación de puntaje son:

Cumplimiento según un estándar exigido: indicadores con 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	$X > 6,7\%$	$X < 0,4 \text{ p.p.}$
1	$6,3\% < X \leq 6,7\%$	$0,6 \text{ p.p.} < X \leq 0,4 \text{ p.p.}$
2	$5,8\% < X \leq 6,3\%$	$0,8 \text{ p.p.} < X \leq 0,6 \text{ p.p.}$
3	$5,2\% < X \leq 5,8\%$	$1,0 \text{ p.p.} < X \leq 0,8 \text{ p.p.}$
4	$X \leq 5,2\%$	$X \geq 1,0 \text{ p.p.}$

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 sumará el puntaje obtenido en cada trazadora **para la asignación del puntaje final del indicador.**

Ejemplo Indicador: Variación del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico (B.3_1.7).

-50% del puntaje trazadora 1: $((\text{IEMA GRD médico periodo } t - \text{IEMA GRD médico periodo } t-1) / (\text{IEMA GRD médico periodo } t-1) \times 100))$.

-50% del puntaje trazadora 2: $((\text{IEMA GRD quirúrgico periodo } t - \text{IEMA GRD quirúrgico periodo } t-1) / (\text{IEMA GRD quirúrgico periodo } t-1) \times 100))$.

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

Puntaje por obtener: En la trazadora 1 obtiene 4 puntos y en la trazadora 2 obtiene 1 puntos. El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

$50\% \times 4 \text{ puntos} = 2 \text{ puntos.}$

$50\% \times 1 \text{ puntos} = 0,5 \text{ punto.}$

Suma de los puntajes es igual a 2,5, en este caso que cuenta con decimales se aproxima al número entero más próximo, por lo que su puntaje final será 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 la suma de los puntajes obtenidos en cada una de ellas (ver ejemplo).

Ejemplo: Indicador Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría (D.3_2.2).

- 50% puntaje Trazadora 1: $(\text{Número de compromisos suscritos del establecimiento asociado a auditoría (s) en el periodo de enero a diciembre} / \text{Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) realizadas de enero a noviembre}) \times 100$.

- 50% puntaje Trazadora 2: $((\text{Número de compromisos de Auditoría interna implementados en el año de evaluación} + \text{Número de compromisos de CGR implementados en el año de evaluación}) / (\text{Número de compromisos suscritos cuyo cumplimiento se encuentran vencido en el en el año de evaluación} + \text{Número de compromisos de CGR vencidas en el año de evaluación})) \times 100$.

Puntuación	Trazadora 1 Porcentaje de Compromisos Suscritos	Trazadora 2 Porcentaje Implementación Compromisos		
		1 a 30 compromisos al año	31 a 70 compromisos al año	mayor a 70 compromisos al 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	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 90\%$	$X \geq 80\%$	$X \geq 70\%$

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

$50\% \times 3 \text{ puntos} = 1,5 \text{ puntos.}$

$50\% \times 4 \text{ puntos} = 2 \text{ puntos.}$

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

-Cumplimiento de indicadores con trazadoras y ponderación 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 formula.

Ejemplo: Indicador Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención (B.2.3).

-30% del puntaje trazadora 1: índice de ausentismo laboral: (Índice ausentismo 2022 – Índice de ausentismo 2023).

-70% del puntaje trazadora 2: Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención: (Número de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención por el establecimiento acumuladas al periodo / Total de acciones comprometidas por el establecimiento acumuladas al periodo del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención) x 100.

Puntuación	Trazadora 1 Disminución en días del Índice de Ausentismo 2023 respecto a LB	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención
0	$X > LB + 2$ días	$X < 0\%$
1	$LB + 1,5$ días $< X \leq LB + 2$ días	$0\% \leq X < 30\%$
2	$LB + 1$ día $< X \leq LB + 1,5$ días	$30\% \leq X < 60\%$
3	$LB < X \leq LB + 1$ día	$60\% \leq X < 90\%$
4	$X \leq LB$	$X \geq 90\%$

Puntaje final por obtener: En la primera trazadora, supongamos que cumple con 0 puntos y para la segunda trazadora se obtiene 3 puntos. El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

$$30\% \times 0 \text{ puntos} = 0 \text{ punto}$$

$$70\% \times 3 \text{ puntos} = 2,1 \text{ puntos}$$

Suma de los puntajes es igual a 2,1 (en los casos que el promedio tenga decimales se aproxima al número entero más próximo); por lo que su puntaje final será 2 puntos.

- **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 116 puntos. Se dará por aprobado aquel establecimiento que obtenga 87 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 SRA. Sin embargo, los indicadores deben seguir midiéndose para su monitoreo.
- Aquellos Establecimientos Autogestionados que no aprueben la evaluación anual deberán presentar un plan de ajuste y contingencia de acuerdo con la metodología anual instruida por el equipo EAR Minsal. La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño, por parte del Director del establecimiento Autogestionado en Red, el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el sólo ministerio de la Ley.

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

Indicadores Balanced Scorecard 2023



Perspectiva: Financiera	Nombre indicador: Variación porcentual 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 intervenciones quirúrgicas en el extrasistema.	
<p>Descripción: Este indicador mide la variación porcentual del gasto respecto de la compra de servicios de la sub-asignación 22.12.999.003, correspondiente a “Compra de Intervenciones Quirúrgicas, Clínicas”, en comparación al gasto del periodo anual anterior.</p> <p>Se requiere que el gasto anual al cierre del año presupuestario, en dicha cuenta contable, sea inferior al monto total ejecutado en la misma cuenta, en el ejercicio presupuestario anterior.</p> <p>Cabe señalar que los valores del año anterior deben ser reajustados de acuerdo con el inflator correspondiente.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Gasto en compra de servicios de la sub-asignación 22.12.999.003 Compra Intervenciones Quirúrgicas, Clínicas del periodo } t - \text{Gasto en compra de servicios de la sub-asignación 22.12.999.003 Compra Intervenciones Quirúrgicas, Clínicas periodo } t-1}{\text{Gasto en compras servicio de la sub-asignación 22.12.999.003 Compra Intervenciones Quirúrgicas, clínicas del periodo } t-1} \right] \times 100.$ </p> <p>-Para el registro en SIS-Q, se debe ingresar valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: Reporte de ejecución presupuestaria SIGFE.		
Línea de base: Gasto total ejecutado en la sub-asignación año anterior.	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 compra de Servicio de intervenciones quirúrgicas en clínicas solo debiese ser utilizada cuando no cuenten con el recurso humano adecuado y suficiente, y los recursos operacionales necesarios dentro del establecimiento.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorear mensualmente la capacidad instalada del Hospital y la cantidad de intervenciones programadas para priorizar la utilización de pabellones propios en la realización de estas intervenciones. 2. Revisar la cantidad de intervenciones compradas el año anterior y considerar el aumento de costo de dichas prestaciones en el extrasistema. 3. Priorizar la realización de intervenciones quirúrgicas más costosas dentro del Hospital. 	

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.	
<p>Descripción: Este indicador cuantifica el ajuste del gasto en honorarios médicos y no médicos del periodo a la glosa vigente respectiva. La glosa para honorarios médicos y no médicos de cada establecimiento será distribuida a través de resolución exenta del director del Servicio de Salud correspondiente.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>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 SIS-Q, se debe ingresar valores mensuales y el total de las glosas.</p>		
Fuente de datos: SIGFE. Resolución Exenta del Servicio de Salud que distribuya glosa de Honorarios médicos y no médicos.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 1,00$.	
<p>Razonamiento meta: Se espera que el equipo directivo del establecimiento gestione el gasto en convenios con personas naturales, ajustándolo a la glosa vigente respectiva.</p> <p>Respecto del traspaso de Honorarios a la Contrata, se enfatiza que no se debe reponer el gasto en honorarios por este concepto.</p>		
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 informes enviados de 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 como también la utilización de los recursos en las cuentas corrientes de los establecimientos EAR.	
Descripción: Este indicador mide el envío de información respecto a la gestión de las cuentas corrientes del establecimiento.		
Los establecimientos deben realizar cuatro informes durante el año (marzo, junio, septiembre y diciembre). Estos deben ser elaborados en base a las instrucciones señaladas en anexo N°01, "Informe de origen y destino de saldos de cuentas corrientes", en el cual se debe informar el estado de los saldos de las cuentas corrientes de los establecimientos respecto a reintegros al Tesoro Público, recursos condicionados y/o gasto operacional, identificando cuáles de los recursos, deberán ser reintegrados al Tesoro Público. Ejemplo de recursos a reintegrar: saldos de años anteriores de distintos programas, como lo son APS, inversiones, Subsecretaría de Salud Pública y/o saldos de años anteriores no identificados, para solicitar su reintegro por medio de decreto presupuestario.		
La información debe ser extraída los días 15 de los meses antes señalados, de la cartola bancaria SIGFE. Los informes serán enviados al jefe de Finanzas del Servicio de Salud, quién los remitirá a la División de Presupuesto, SRA (gestionpresupuestaria@minsal.cl), a más tardar el día 30 de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre.		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de Informes trimestrales gestión de saldos de cuentas corrientes enviados según formato y plazos / Número total de informes solicitados) x 100. Para el registro en SIS-Q, se debe ingresar de manera trimestral el valor acumulado de informes enviados.		
Fuente de datos: Información del área financiera del establecimiento, en base a cartera financiera bancaria SIGFE (ver anexo N°01).		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100% de informes enviados.	
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, reintegrando al Tesoro Público los saldos de años anteriores no ejecutados.		
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
0	X < 25,0%
1	25,0% ≤ X < 50,0%
2	50,0% ≤ X < 75,0%
3	75,0% ≤ X < 100,0%
4	X = 100,0 %

Perspectiva: Procesos internos	Nombre indicador: Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS) (A.3_1.2)	Responsable: Subdirector(a) Administrativo(a) / Subdirector(a) Médico.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo específico: Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.	
	Objetivo indicador: Valorizar y disminuir los excesos de estancias outliers superiores respecto a la línea base.	
<p>Descripción: Este indicador mide la valorización de los excesos de estancias outliers superiores, utilizando la información proporcionada por GRD, “excesos de estancias outliers superiores”, y la data de costos de días cama ocupados (DCO), obtenidos del sistema de gestión de costos Minsal, comparando el periodo actual respecto al anterior. La meta es lograr una disminución con respecto a la línea base.</p> <p>Cada establecimiento elaborará su línea base, la que será validada desde Minsal.</p> <p>Este indicador tiene los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de la oportunidad y calidad de la carga de información en el SIGCOM, en concordancia con la fecha de entrega del reporte (Cubo 9), y los centros de costos establecidos. Este punto es requisito obligatorio para el articulado 16F del D.S. N°38 de 2005. - Envío oportuno de un informe trimestral (4 informes al año), el que debe contener lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorización de los excesos de estancias outliers superiores y su comparación respecto a la línea base (acumulado por periodo), en donde se incluirá el análisis de las causales de las estancias prolongadas obtenidas y el porcentaje de utilización de camas básicas. 2. Monitoreo de los acuerdos de programación y el análisis de las causales de desvío respecto a dichos acuerdos. <p>El formato de informe y validación de línea base, serán enviados, durante el 1er trimestre de 2023. El mecanismo de cálculo de los puntos señalados del indicador se establece en el Anexo N°02.</p> <p>Los reportes (Cubo9) deberán ser enviados al referente Minsal (Departamento de Eficiencia Hospitalaria), al correo sistemadecostos@minsal.cl mensualmente y el informe trimestralmente.</p> <p>Nota: Independiente de los resultados mensuales, el requisito mínimo para considerar el cumplimiento del indicador se observa en el articulado 16f donde en el ponderado de calidad y oportunidad de los reportes (Cubo 9) debe superar el 95% de cumplimiento entendiendo que todos los Cubo 9 del período deben estar validados. De no cumplir con aquello, el puntaje final del indicador será 0.</p> <p>También es requisito que los establecimientos hayan enviado y les sean validados los 4 informes correspondientes, de no contar con alguno de éstos, el puntaje final del indicador será 0.</p>		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula de cálculo: $\{[(VEEOS \text{ periodo } t - VEEOS \text{ periodo } t-1) / (VEEOS \text{ periodo } t-1) \times 100]\}$ <small>- Para el registro en SIS-Q, se debe ingresar datos mensuales.</small></p>		
Fuente de datos: SIGCOM, panel de información (herramienta Power BI) y certificados emitidos por el Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto; herramienta GRD.		
Línea de base: valorización del exceso de estancias outliers superiores del año anterior.		Meta: $\leq 0,0\%$.
Razonamiento meta: Disminuir los gastos involucrados en exceso de estancias outliers superiores mediante gestiones en la baja del gasto por DCO y/o en una gestión clínica que permita bajar los excesos de estas estancias.		
Iniciativas:	1.- Utilizar la información que provee SIGCOM a través del cubo 9 y GRD, para valorizar el exceso de estancias outliers superiores.	
	2.- Disminuir los gastos de estas instancias mediante gestiones clínica-financiera.	
	3.- Realizar análisis cualitativo y cuantitativo de las causales de exceso de las estancias outliers superiores.	
Puntuación		Porcentaje de variación
0		$X > 30,0\%$
1		$20,0\% < X \leq 30,0\%$
2		$10,0\% < X \leq 20,0\%$
3		$0,0\% < X \leq 10,0\%$
4		$X \leq 0,0\%$

Perspectiva: Sustentabilidad Financiera	Nombre indicador: Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado. (A.3_1.3).	Responsable: Subdirector (a) Administrativo.
Estrategia: Procesos Internos	Objetivo específico: Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.	
	Objetivo indicador: Mejorar la programación financiera de los EAR.	
<p>Descripción: El indicador busca mejorar la gestión analítica de los establecimientos, controlando su ejecución presupuestaria mensual y estimando de manera más precisa el gasto de los subtítulos 21 “gastos en personal” y subtítulo 22 “bienes y servicios”.</p> <p>La medición se realizará mensualmente, posterior al cierre del mes contable. La Dirección de cada Servicio de Salud debe enviar mensualmente a FONASA y al Departamento de Gestión Presupuestaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (correos: Finanzas@minsal.cl; gestionpresupuestaria@minsal.cl), el Anexo I “Programa Financiero” (contenido en los acuerdos de gestión), en el que se realiza una proyección financiera de todos los subtítulos de ingresos y gastos por establecimiento, para el mes siguiente.</p> <p>De dicho anexo I, se desprenderán mensualmente las estimaciones de los subtítulos 21 aperturado en sus verificables por tipo de remuneración y subtítulo 22 diferenciando gastos directos e indirectos, para compararlos con su ejecución presupuestaria.</p> <p>Excluye situaciones excepcionales contingentes que no pudieran ser previstas, como, por ejemplo: situación epidemiológica, catástrofes naturales, siniestros, u otro, debidamente justificados por el establecimiento.</p> <p>Para el registro en SIS-Q, se debe ingresar de manera mensual.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Monto de gasto total ejecutado subtítulos 21 y 22 mes t} - \text{monto de gasto total estimado subtítulos 21 y 22 mes t}}{\text{Monto de gasto total estimado subtítulos 21 y 22 mes t}} \right] \times 100.$</p>		
Fuente de datos: Reporte de ejecución presupuestaria SIGFE; Planilla con estimación presupuestaria por establecimiento.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: Variación del monto ejecutado versus el estimado $\leq -5\%$ y $\leq 5\%$.	
<p>Razonamiento meta: La mejora de los procesos de formulación y asignación presupuestaria, requieren del trabajo analítico de cada establecimiento, en conjunto con el Servicio de Salud, realizando una gestión coordinada con todas las áreas transversales que impactan en el gasto, para realizar una estimación de ejecución presupuestaria acorde al gasto. Se espera que posterior al análisis integral de cada establecimiento, dicha programación no varíe más allá del 5% de sobre ejecución o subejecución.</p>		
Iniciativas:	1. Monitoreo mensual del gasto de los Subtítulos 21 y 22.	
	2. Trabajar en conjunto con las áreas o centros de costo que tienen a cargo ejecución presupuestaria, para programar su trabajo en concordancia a las estimaciones realizadas.	
	3. Identificar todos los costos fijos y controlar los gastos variables mensualmente.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X > 10\%$; $X > -10\%$
1	$8\% < X \leq 10\%$; $-8\% < X \leq -10\%$
2	$6,5\% < X \leq 8\%$; $-6,5\% < X \leq -8\%$
3	$5\% < X \leq 6,5\%$; $5\% < X \leq 6,5\%$;
4	$-5\% < X \leq 5\%$

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; 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 cinco trazadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos. 2. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de equipos médicos relevantes. 3. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de ambulancias. 4. El cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo de equipos industriales. <p>Estas trazadoras están de acuerdo con lo planificado por el establecimiento y según la normativa del Decreto N°290.</p> <p>Se solicita la carga en la plataforma SIS-Q, a más tardar el 31 de marzo del año, los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Archivo con catastro actualizado y planificación de todo el equipamiento médico crítico, equipamiento médico relevante, equipos industriales y ambulancias. - Resolución exenta del Servicio de Salud, que distribuye los recursos financieros para la ejecución plan de mantenimiento preventivo del año en curso para equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias, de cada uno de sus establecimientos. 5. Concordancia entre el gasto ejecutado del plan de mantenimiento preventivo en relación con las sub-asignaciones señaladas según anexo N°03, respecto al gasto total en programas de mantenimiento preventivo informado en la planilla de seguimiento. <p>Para validar la información, se solicita cargar trimestralmente en SIS-Q la planilla de planificación de equipos médicos, equipos industriales y ambulancias, con la ejecución actualizada al corte.</p> <p>*Los formatos a utilizar son los instruidos en el anexo N°03. La División de Inversiones realizará durante el año visitas de manera presencial y aleatoria para revisar las tareas de mantenimiento y cumplimiento de las planificaciones; el establecimiento deberá disponer de respaldos medidos en este indicador.</p>		
Frecuencia de medición: Trimestral.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas de cálculo:</p> <p>20% del puntaje para trazadora 1: (Número de mantenciones preventivas de equipos médicos críticos realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenciones preventivas de equipos médicos críticos 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 / Número 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 ambulancias realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenciones preventivas de ambulancias programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p>20% del puntaje para trazadora 4: (Número de mantenciones preventivas de equipos industriales realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenciones preventivas de equipos industriales programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p>20% del puntaje para trazadora 5: (Gasto ejecutado en SIGFE del plan de mantenimiento preventivo en relación con las sub-asignaciones señaladas* en el periodo de evaluación / Gasto programado de mantenimiento preventivo informado en la planilla de seguimiento en el periodo de evaluación) x 100.</p> <p>*Sub-asignaciones señaladas en anexo N°03. -Para el registro en SIS-Q, se debe ingresar valores trimestrales.</p>		
<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.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Metas: 100% para trazadora 1; $\geq 90,0\%$ para trazadora 2; $\geq 100,0\%$ para trazadora 3; $\geq 80,0\%$ para trazadora 4 y para la trazadora 5 $\geq 90,0\%$ y $\leq 120\%$.	
<p>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.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 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 con lo planificado anualmente. 	

Puntuación	Trazadora 1 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 3 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 4 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 5 Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 90,0\%$	$X < 80,0\%$	$X < 90,0\%$	$X < 70,0\%$	$X < 80,0\%$
1	$90,0\% \leq X < 93,0\%$	$80,0\% \leq X < 83,0\%$	$90,0\% \leq X < 93,0\%$	$70,0\% \leq X < 73,0\%$	$80,0\% \leq X < 83,0\%$
2	$93,0\% \leq X < 95,0\%$	$83,0\% \leq X < 85,0\%$	$93,0\% \leq X < 95,0\%$	$73,0\% \leq X < 75,0\%$	$83,0\% \leq X < 85,0\%$
3	$95,0\% \leq X < 100\%$	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	$95,0\% \leq X < 100\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$85,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X = 100\%$	$X \geq 90,0\%$	$X = 100\%$	$X \geq 80,0\%$	$90,0\% \leq X \leq 120,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina (A.4_1.3).	Responsable: Encargado (a) Área Ambulatoria de Especialidades / Subdirector (a) médico.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Satisfacer la demanda de atención.	
	Objetivo indicador: Optimizar el recurso de horas de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas del área ambulatoria (oferta).	
<p>Descripción: El objetivo de este indicador, es medir el porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas, no médicas y odontológicas de especialidad, en la modalidad presencial, remota y telemedicina, respecto a la totalidad de horas institucionales contratadas y validadas por SIRH.</p> <p>Este indicador aplica a todo establecimiento que haya presentado programación, la que debe ser realizada con antelación al año a aplicar, según las directrices de OO.TT Programación y Planificación 2023 Minsal y contar con validación del comité de programación de cada 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, no médicas o dentales 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 la pérdida de consultas médicas, no médicas y/o dentales de especialidad, debido a bloqueos de agenda por situación epidemiológica o contingencia en su zona geográfica, pueden presentar un informe de gestión de programación detallando cuantitativamente las cifras de ese periodo, las que deben ser concordante con la condición sanitaria geográfica y del periodo que así lo justifique. En el caso de odontología de especialidad, además la no ejecución de programación a causa de falla en unidades dentales y/o equipos de imagenología, debe presentarse con un informe que indique los días que no fue utilizable y el detalle del desperfecto. Lo anterior, estará alineado con los resultados de la evaluación de COMGES.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas de cálculo:</p> <p>80% del puntaje para trazadora 1: $((\text{Total de consultas nuevas y controles médica realizadas} / \text{Total de consultas nuevas y controles médica programadas}) \times 0,5) + ((\text{Número de especialidades médicas programadas} / \text{Número de especialidades médicas con producción}) \times 0,1) + ((\text{Total de consultas nuevas y controles no médica realizadas} / \text{Total de consultas nuevas y controles no médica programadas}) \times 0,3) + ((\text{Número de especialidades no médicas programadas} / \text{Número de especialidades no médicas con producción}) \times 0,1) \text{ del periodo})) \times 100$.</p> <p>20% del puntaje para trazadora 2: $(\text{Total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas, realizadas por profesional Cirujano Dentista en el periodo} / \text{Total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas programadas por profesional Cirujano Dentista del periodo}) \times 100$.</p> <p>- Para el registro en SIS-Q, se debe ingresar valores mensuales y el dato de la programación o reprogramación validada, se registra anual.</p>		
<p>Fuente de datos: REM A06, REM 09, REM A07, REM A28, REM A30 y REM A32; Programación, reprogramación y horas contratadas de profesionales médicos, no médicos de atención de especialidad y odontólogos especialistas según registros SIRH validadas por comité de programación del Servicio de Salud y Minsal.</p>		
Línea de base: Sin línea base		Meta: $\geq 95,0\%$.
<p>Razonamiento meta: Gestionar eficientemente la totalidad de horas médicas, no medicas de especialidad y odontológicas de especialidad contratadas. El indicador busca optimizar la oferta y la producción, para dar respuesta a la demanda atención de la población beneficiaria.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar monitoreo mensual 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	$X < 80,0\%$
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: Aprendizaje y Desarrollo.	Nombre indicador: Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo 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 funcionarios a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras, la primera relacionada con la mantención y/o reducción del índice de ausentismo, y la segunda, busca la generación de acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral a través del “plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención” del establecimiento.</p> <p>Trazadora 1: Mide el índice de ausentismo laboral en comparación al resultado del índice del año anterior, que contiene 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 funcionarios con calidad de suplentes y reemplazos.</p> <p>Trazadora 2: “El plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo 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 funcionarios, a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19.</p> <p>La División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la SRA, enviará a más tardar el 28 de febrero de 2023 a los establecimientos, una guía técnica del indicador, abordando todos los aspectos prioritarios a considerar y definiendo las actividades que se deberán realizar en el año, teniendo en cuenta que este plan tiene carácter trienal.</p> <p>El plan debe estar en coherencia con el plan elaborado por el Servicio de Salud respectivo. El establecimiento deberá enviar al correo autogestion@minsal.cl, a más tardar el 30 de junio de 2023, el plan formulado de acuerdo con los contenidos señalados en el anexo N°04.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número y Porcentaje.	Polaridad: Trazadora 1: los valores bajos son buenos. Trazadora 2: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>30% del puntaje trazadora 1: índice de ausentismo laboral: (Índice ausentismo 2022 – Índice de ausentismo 2023).</p> <p>70% del puntaje trazadora 2: plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención: (Número de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención por el establecimiento acumuladas al periodo / Total de acciones comprometidas por el establecimiento acumuladas al periodo del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención) x 100.</p> <p>- Para registro SIS-Q 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 módulo de gestión de ausentismo licencias médicas curativas, Qlikview (recomendado: “reporte ausentismo con suplencia”). Plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención del establecimiento validado por el Departamento de Calidad de Vida Laboral de la División de Gestión y Desarrollo de Personas SRA.</p>		
Línea de base: Índice de ausentismo del año anterior.	<p>Metas:</p> <p>Trazadora 1: Mantención y/o reducción del Índice de Ausentismo 2023 respecto a línea base.</p> <p>Trazadora 2: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.</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. La emergencia sanitaria por COVID-19 ha impactado en la salud de 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:	<p>1.- Incorporación de los ejes definidos para la confección del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención a los equipos de Salud.</p> <p>2.- 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.</p>	
Puntuación	Trazadora 1 Disminución en días del Índice de Ausentismo 2023 respecto a LB	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención
0	$X > LB + 2 \text{ días}$	$X < 0,0\%$
1	$LB + 1,5 \text{ días} < X \leq LB + 2 \text{ días}$	$0,0\% \leq X < 30,0\%$
2	$LB + 1 \text{ día} < X \leq LB + 1,5 \text{ días}$	$30,0\% \leq X < 60,0\%$
3	$LB < X \leq LB + 1 \text{ día}$	$60,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \leq LB$	$X \geq 90,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas (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.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores electivas respecto del total de cirugías realizadas en el establecimiento en el periodo de evaluación.</p> <p>La definición de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un quirófano de cirugía mayor, 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 todos los establecimientos de alta complejidad a excepción de los establecimientos en que valide su no aplicación por la División de Gestión de la Red Asistencial SRA.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número total de cirugías ambulatorias realizadas en el periodo / Número total de cirugías mayores electivas realizadas en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM B17.		
Línea de base: Resultados 4to trimestre año anterior.	Meta: Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°05	
<p>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, utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del área quirúrgica. Se espera alcanzar para el trienio la meta del 50% de ambulatorización.</p>		
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 meta asignada a cada establecimiento
0	$X < LB$
2	$LB \leq X < 100,0\%$ meta anual
4	$X \geq 100,0\%$ meta anual

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 clínica críticos.	
	Objetivo indicador: Disminuir el porcentaje de egresos con estadías prolongadas.	
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.		
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.		
Incluye los egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización. <i>Se excluyen casos de pacientes:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Cuya especialidad médica es Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil). - Judicializados, código diagnóstico CIE10 Z65.3. Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio). 		
Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo a aquellos establecimientos que cuenten con un cumplimiento de $\geq 95\%$ egresos hospitalarios con codificación GRD. En caso de no contar con el porcentaje de codificación exigido, el establecimiento obtendrá "0 puntos" en este indicador.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
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.		
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 noviembre del año anterior.	Meta: $\leq 5,2\%$. Para establecimientos con LB $> 6,1\%$ disminuir 1,0 punto porcentual.	
Razonamiento meta: Usar de manera eficiente el recurso cama de los hospitales, ajustado a la complejidad de la casuística.		
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 de dotación (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 e indiferenciados en dotación.	
<p>Descripción: Este indicador mide el tiempo expresado en porcentaje de horas, en los cuales se utilizan los quirófanos electivos e indiferenciados de dotación para cirugías electivas.</p> <p>Definiciones:</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 dotación: 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 de dotación.</p> <p>Horario hábil: Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo (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 17:00 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.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula:</p> <p>$\left[\frac{\text{Número total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en dotación en horario hábil en el periodo}}{\text{Número de quirófanos en dotación} \times 8 \times \text{Número de días hábiles del mes}} \right] \times 100.$</p> <p>-Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A21.		
Línea de base: Resultados 4to. trimestre año anterior.	Meta: Cumplir con el 100% de la meta asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°05.	
<p>Razonamiento meta: Una utilización apropiada de la capacidad instalada en los quirófanos, da cuenta del uso eficiente de un recurso altamente demandado. Se desea alcanzar una meta de 85% de ocupación en quirófanos de dotación en este trienio.</p>		
Iniciativas:	1. Mejorar coordinación área quirúrgica para optimizar los recursos de dotación 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 meta asignada a cada establecimiento
0	$X < LB$
2	$LB \leq X < 100,0\%$ Meta anual
4	$X \geq 100,0\%$ Metal anual

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 de dotación en los establecimientos.	
<p>Descripción: Este indicador mide la eficiencia del establecimiento en el uso de las unidades dentales respecto de la ocupación esperada. 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 de un 85%.</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 sanitaria competente, instalados y dispuestos para realizar una atención odontológica (informados por resolución) y que funcionan regularmente. El número de unidades dentales en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales. - 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. - 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. Los rendimientos por sub-especialidad, se encuentran en el anexo N°06. El número de semanas a evaluar en el mes está establecido en la planilla monitoreo IOD 2023. <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 y promedio mensual de unidades dentales habilitadas. Solo se excluyen en el reporte mensual las unidades dentales que se encuentren en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH). - El establecimiento que presente diferencias entre el número de unidades dentales en dotación y las unidades dentales habilitadas en algún mes dentro del trimestre, deberá reportar al encargado odontológico del Servicio de Salud. Éste deberá consolidar trimestralmente la información de los establecimientos y remitirla al correo autogestion@minsal.cl, a más tardar el último día del mes siguiente de terminado el trimestre. El formato establecido se encuentra en el anexo N°06. <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: $\{[(\text{Total de horas ocupadas en consultas nuevas de especialidades y subespecialidades odontológicas realizadas en el mes}) + (\text{Total de horas ocupadas en controles de especialidades y subespecialidades odontológicas realizados en el mes}) + (\text{Total de horas ocupadas en consultas de urgencia GES y No GES realizados en el mes})] / [(\text{Total unidades dentales en dotación} \times 36^1 \times \text{Número de semanas a evaluar en el mes}) \times 0,85]\}$.</p> <p>¹ Total de horas semanales disponibles de unidades dentales. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A09 Sección I; Registro reportado en SIS-Q realizado por el establecimiento; Planilla de monitoreo IOD; Reporte trimestral del encargado odontológico del Servicio de Salud, que informe las unidades dentales no habilitadas, justificaciones, estrategias y acciones del periodo según plazos y formatos indicados en anexo N°06.		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: $\geq 1,00$.
Razonamiento meta: Se espera una mayor eficiencia en el uso de unidades dentales para realizar atenciones odontológicas de especialidad.		
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	$0,35 < X < 0,50$
2	$0,50 < X < 0,70$
3	$0,70 < X < 1,00$
4	$X > 1,00$

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos (B.3_1.7).	Responsable: Subdirector Médico y Jefes de Servicios.
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo indicador: Disminuir el índice de estancia media ajustada en GRDs médicos-quirúrgicos con IEMA > 1.	
<p>Descripción: Este indicador mide la variación del índice de estancia media ajustada en los GRDs médicos-quirúrgicos con IEMA > 1,00, a través de dos trazadoras. Los establecimientos deben seleccionar 2 GRDs (1 médico y 1 quirúrgico), de acuerdo con los criterios establecidos en el anexo N°07.</p> <p>Este índice compara la estancia media (EM) observada con la estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF).</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: 50% del puntaje trazadora 1: $((\text{IEMA GRD médico periodo } t - \text{IEMA GRD médico periodo } t-1) / (\text{IEMA GRD médico periodo } t-1) \times 100)$. 50% del puntaje trazadora 2: $((\text{IEMA GRD quirúrgico periodo } t - \text{IEMA GRD quirúrgico periodo } t-1) / (\text{IEMA GRD quirúrgico periodo } t-1) \times 100)$. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados.</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: IEMA por GRD año anterior.	Meta: Disminuir $\geq 10\%$ el IEMA por cada GRDs seleccionado.	
Razonamiento meta: Si el funcionamiento por GRD se encuentra dentro de los estándares debería obtener un IEMA menor o igual a 1. Por lo tanto, la disminución del IEMA refleja el uso eficiente el recurso cama de los establecimientos, ajustado a la complejidad de su casuística.		
Iniciativas:	1.-Revisar sistemáticamente el resultado de los indicadores de gestión de estancias y evaluar, con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria.	
	2.-Elaboración e implementación de un plan de mejora continua, en los procesos clínicos y administrativos, atendiendo a las causas que apunten a mejorar el indicador.	

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

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica. (B.4_1.2).	Responsable: Médico Jefe 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).</p> <p>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).</p> <p>Para el cierre se debe utilizar el hito: “Indicación de Alta Médica”, (T2). Que 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>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 \leq 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.</p> <p>-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:	<ol style="list-style-type: none"> 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. Mejorar la seguridad, calidad de atención y satisfacción usuaria durante el proceso de UEH. 4. Mejorar la coordinación con los servicios de apoyo. 	

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 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.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras. La primera mide el porcentaje de las intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas, respecto del total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en la tabla quirúrgica; y la segunda, mide el porcentaje de las intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas por causal “unidades de apoyo clínico”, respecto del total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en la tabla quirúrgica.</p> <p>Este indicador se focaliza en la persona y no solamente en el uso del quirófano, 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.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>80% del puntaje Trazadora 1: (Número de intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas en el periodo / Total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en tabla en el periodo) x 100.</p> <p>20% del puntaje Trazadora 2: (Número de intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas por causal “unidades de apoyo clínico” en el periodo / Total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en tabla en el periodo) x 100.</p> <p>-Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A21.		
Línea de base: Sin línea base.	<p>Metas:</p> <p>Trazadora 1: $\leq 7,0\%$ de intervenciones quirúrgicas suspendidas.</p> <p>Trazadora 2: $\leq 0,6\%$ de intervenciones quirúrgicas suspendidas por causal “unidad de apoyo clínico”.</p>	
<p>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 con los equipos quirúrgicos, ausentismos de pacientes y falta de insumos, entre otras.</p>		
Iniciativas:	1.- Desarrollo de proceso prequirúrgico, según orientación técnica Minsal.	
	2.- Planificación eficiente de la tabla quirúrgica y del recurso quirófano.	
	3.- Evaluación, análisis y plan de trabajo para gestionar causas de suspensión según ámbito: Considerar línea base de los años 2019 y 2022 por causal “unidades de apoyo clínico”; y realizar programación de compras en base a compromisos anuales de actividad Quirúrgica del establecimiento.	
	4.- Establecer coordinación permanente entre la Subdirección Administrativa y Médica, con el fin de validar disponibilidad de Insumos.	

Puntuación	Trazadora 1 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento
0	$X > 10,0\%$	$X > 0,9\%$
1	$9,0\% < X \leq 10,0\%$	$0,8\% < X \leq 0,9\%$
2	$8,0\% < X \leq 9,0\%$	$0,7\% < X \leq 0,8\%$
3	$7,0\% < X \leq 8,0\%$	$0,6\% < X \leq 0,7\%$
4	$X \leq 7,0\%$	$X \leq 0,6\%$

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 vigente del año, 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>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). Se excluyen pacientes de la UEH obstétrica y pacientes que ingresan directamente al proceso quirúrgico. En la evaluación anual, se otorgará un punto adicional a aquellos establecimientos que aumenten 15 puntos porcentuales sobre su línea base acumulada a diciembre 2022.</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: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: $\geq 80,0\%$	
<p>Razonamiento meta: Los retrasos en el ingreso hospitalario de los pacientes que permanecen en la UEH se asocian a un aumento de la mortalidad por todas las causas, a los 30 días. Esto conlleva una afectación en el proceso de hospitalización y en las UEH conlleva efectos locales como bloqueo de camillas y repercusión en la oportunidad de atención de pacientes nuevos que consultan a la UEH.</p>		
Iniciativas:	1. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador.	
	2. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización.	
	3. Plan anual con elaboración de estrategias del establecimiento (no solo de la UEH), 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: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico (B.4_1.6)	Responsable: Médico jefe (a) de UEH.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna, segura y digna.	
	Objetivo indicador: Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizados C2 en las UEH Adulto y Pediátrico.	
Descripción: Este indicador mide la oportunidad de primera atención médica de un paciente categorizado C2 en la Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulta y Pediátrica, en donde el acceso a atención medica debería ser en 30 minutos o menos desde la categorización. Los anterior, de acuerdo con R.E. N°108/2018 "Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH" y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH. Se excluye de la medición del indicador la urgencia obstétrica.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Total de pacientes categorizados C2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulta y Pediátrica, que acceden a la primera atención medica en 30 minutos o menos / Total de pacientes categorizados C2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulta y Pediátrica) x 100. -Para registro SIS-Q, se ingresan valores mensuales.		
Fuente de datos: Numerador: Reporte emitido por la UEH del establecimiento, que identifique los pacientes categorizados C2 por mes, su hora de categorización y su hora de primera atención médica. Esta información debe estar en concordancia con los registros clínicos electrónicos y DAU del establecimiento. Denominador: REM –A 08, Sección B.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 90,0\%$.	
Razonamiento meta: El Paciente categorizado C2, presenta una situación de riesgo vital real o potencial para la vida, con riesgo de sufrir secuelas graves o permanentes, debe recibir atención médica calificada lo antes posible. Mejorar la gestión clínica de urgencia, estableciendo flujos de atención de urgencia para disminuir los tiempos de esperas, entregando oportunidad de atención del paciente grave, para disminuir el riesgo de complicaciones, secuelas y muertes prevenibles de los pacientes C2.		
Iniciativas:	1.- Priorizar y mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes C2, que consultan en las UEH. 2.- Mejorar la gestión clínica de urgencia, estableciendo flujos de atención de urgencia para disminuir los tiempos de espera.	

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 de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas (C.3.3).	Responsable: Subdirector (a) Médico.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo Específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo del Indicador: Mejorar la gestión de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos; y disminuir el descarte y contraindicación relacionada al soporte y mantención de éstos.	
Descripción: Este indicador mide dos trazadoras: Trazadora 1: Porcentaje de posibles/potenciales donantes notificados y pesquisados que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), adulta y pediátrica, Unidades de Pacientes Críticos (UCI – UTI) adultas y pediátricas. La medición se realizará respecto al total de egresos fallecidos por causa neurológica entre los 6 meses y los 78 años (78 años, 11 meses, 29 días) reportados en GRD. Trazadora 2: Porcentaje de posibles/potenciales donantes descartados y contraindicados relacionados a soporte y mantención. Se solicita enviar de forma trimestral el Certificado de validación de notificación y pesquisa, Certificado de validación de descarte/contraindicación, y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes; a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos de Minsal (sandra.mardones@minsal.cl y carolina.oshiro@minsal.cl) Se verificará anualmente, el cumplimiento de los requisitos de infraestructura y funciones de las Coordinaciones Locales de Procuramiento (CLP) y encargados locales descritos en el anexo N°09. Este indicador aplica a todos los establecimientos que conforman la red de Procuramiento nacional 2023 (anexo N°09).		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Trazadora 1: Los valores altos son buenos. Trazadora 2: Los valores bajos son buenos.
Fórmulas: 50% del puntaje Trazadora 1: [(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) / (Total de egresos fallecidos UEH y UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD)] x 100. 50% del puntaje Trazadora 2: (Número de descartes y contraindicaciones relacionados a soporte y mantención de posibles y potenciales donantes de órganos, en el periodo / Número de posibles y potenciales donantes de órganos notificados y pesquisados ingresados a SIDOT, en el periodo) x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales en ambas trazadoras.		
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”, “Certificado de validación de descarte/contraindicación” 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.		
Línea de base: Trazadora 1 Sin línea base Trazadora 2 Acumulada a diciembre año anterior.	Metas: Trazadora 1: $\geq 90,0\%$. Trazadora 2: $\leq 15,0\%$; o disminuir $\geq 15\%$ bajo la línea base.	
Razonamiento meta: La notificación de posibles/potenciales donantes a las Unidades de Coordinación de Procuramiento, es una obligación legal dispuesta en: Decreto N° 35 Reglamento de la Ley N°19.451, 2013 Título I Artículo 2° quáter; Ord. Minsal A15/N°3965, 2019; Ratificación Calidad de Donante Diario Oficial 15-02-2020. Asimismo, la pesquisa oportuna de posibles/potenciales donantes por parte de las CLP y el soporte/mantención de pacientes, 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.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 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; y aquellas que disminuyan el descarte y contraindicación relacionada a soporte y mantención de posibles/potenciales donantes. Realizar capacitación continua al personal sanitario, de las unidades generadoras, sobre donación y procuramiento. Mostrar el cierre de brechas informadas por los establecimientos, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento. 	

Puntuación	Trazadora 1 Porcentaje de cumplimiento	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento meta estándar	Trazadora 2 Porcentaje de cumplimiento reducción LB
0	$X < 70,0\%$	$X > 25,0\%$	$X < 5,0\%$
1	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	$21,6\% < X \leq 25,0\%$	$5,0\% \leq X < 8,3\%$
2	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$18,2\% < X \leq 21,6\%$	$8,3\% \leq X < 11,6\%$
3	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	$15,0\% < X \leq 18,2\%$	$11,6\% \leq X < 15,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$	$X \leq 15,0\%$	$X \geq 15,0\%$

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.	
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).		
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.		
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.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
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.		
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%.	
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.		
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 porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad (C.4_1.2).	Responsable: Encargados (as) Área Ambulatoria/ Gestor(a) de la demanda/ Subdirector de Gestión Clínica.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Disminuir la mediana de días de espera de consulta nueva de especialidad médica, en relación con la mejor mediana del año 2019.	
Descripción: Este indicador mide la variación porcentual de la mediana de días de espera para 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 que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.		
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 en años anteriores y fueron validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica. La información de línea base por establecimiento, será remitida por Minsal.		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
Fórmula: [[Mediana de días de espera por CNE en el periodo – Línea Base del establecimiento) / (Línea base del establecimiento)] x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados y línea base.		
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Mejor mediana de días de espera del establecimiento en el año 2019.	Meta: $\leq 0,0\%$.	
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 consulta nuevas de especialidad médica.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Optimizar el proceso ambulatorio, tales como la programación de especialistas médicos y gestión de agenda y contactabilidad.	

Puntuación	Porcentaje variación mediana
0	$X > 10,0\%$.
1	$10,0\% \geq X > 7,0\%$.
2	$7,0\% \geq X > 3,5\%$.
3	$3,5\% \geq X > 0,0\%$.
4	$X \leq 0,0\%$.

Perspectiva: Usuarios	Nombre indicador: Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas (C.4_1.3).	Responsable: Encargados (as) Área Quirúrgica/ Gestor(a) de la demanda/ Subdirector de Gestión Clínica.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Disminuir la mediana de días de espera de intervenciones quirúrgicas, en relación con la mejor mediana del año 2019.	
Descripción: Este indicador mide la variación porcentual de la mediana de días de espera para una Intervención Quirúrgica mayor o menor (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 que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.		
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 en años anteriores y fueron validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica. La información de línea base por establecimiento, será remitida por Minsal.		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
Fórmula: [[Mediana de días de espera por IQ en el periodo – Línea Base del establecimiento) / (Línea Base del establecimiento)] x 100. -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados y línea base.		
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Mejor mediana de días de espera del establecimiento en el año 2019.	Meta: $\leq 0,0\%$	
Razonamiento meta: Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención de Intervenciones Quirúrgicas, 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 Intervenciones Quirúrgicas.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Optimizar el proceso quirúrgico, el proceso prequirúrgico y la programación de la tabla quirúrgica.	

Puntuación	Porcentaje variación mediana
0	$X > 10,0\%$
1	$10,0\% \geq X > 7,0\%$
2	$7,0\% \geq X > 3,5\%$
3	$3,5\% \geq X > 0,0\%$
4	$X \leq 0,0\%$

Perspectiva: Usuarios	Nombre indicador: Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas (C.4_1.4).	Responsable: Encargados (as) Área Ambulatoria de especialidades odontológicas / Gestor(a) de la demanda/ Subdirector de Gestión Clínica.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Disminuir la mediana de días de espera de Consulta Nueva de especialidad odontológicas, en relación con la mejor mediana del año 2019.	
Descripción: Este indicador evalúa la mediana 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 con programación de actividades, contenida en las orientaciones técnicas, elaboradas por el Departamento Odontológico de DIGERA.		
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 en años anteriores y fueron validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica. La información de línea base por establecimiento, será remitida por Minsal.		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
Fórmula de cálculo: $\left[\frac{\text{Mediana de días de espera por CNE odontológica en el periodo} - \text{Línea Base del establecimiento}}{\text{Línea Base del establecimiento}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS-Q se ingresan valores acumulados y línea base		
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Mejor mediana de días de espera del establecimiento en el año 2019.	Meta: $\leq 0,0\%$.	
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 brechas causales de la lista de espera de consulta nuevas de especialidad odontológica.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Optimizar el proceso ambulatorio, la programación de especialistas odontólogos, gestión de agenda, contactabilidad y ocupación de las unidades dentales.	

Puntuación	Porcentaje variación mediana
0	$X > 10,0 \%$
1	$10,0\% \geq X > 7,0\%$
2	$7,0\% \geq X > 3,5\%$
3	$3,5\% \geq X > 0,0\%$
4	$X \leq 0,0\%$

Perspectiva: Usuarios	Nombre indicador: Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el plan de acción en participación (C.4.2).	Responsable: Director/a y Encargado/a de Participación 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 actividades de participación ciudadana implementadas por la institución, a través de su orgánica y de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, que se encuentren en la jurisdicción territorial del establecimiento, incluido el Consejo Consultivo de Usuarios (C.C.U.) El director/a del establecimiento de salud junto a las organizaciones comunitarias, de la sociedad civil y C.C.U. elaboran e implementan un plan de acciones de participación que cumpla los objetivos establecidos en el plan estratégico anual.</p> <p>Para cumplir con el indicador se deben considerar los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El establecimiento deberá contar al menos con un(a) referente de participación ciudadana, nominado/a por resolución exenta al 31 de marzo. 2. Director/a del establecimiento presenta el plan anual de actividades técnico asistencial, derivado del plan estratégico, a las organizaciones ya mencionadas en la descripción, generando un espacio de diálogo participativo, respecto de las actividades de participación consideradas en este. 3. El director/a del establecimiento junto a las organizaciones ya mencionadas en la descripción, elaboran un plan anual de acciones de participación y un cronograma de actividades al 30 de abril. 4. Director/a del establecimiento junto a las organizaciones ya mencionadas en la descripción, comunican a la comunidad usuaria, funcionaria y a la sociedad civil el plan anual de acciones de participación y cronograma de actividades al 31 de mayo. 5. Realizar al menos 10 actividades de participación ciudadana efectivas, más 6 reuniones del director/a del establecimiento con la comunidad usuaria. 6. El director/a del establecimiento debe presentar un Informe de avance el primer semestre y otro al final de año con el de cumplimiento de las actividades de participación y propuestas de mejoras para el siguiente periodo. <p>El detalle de estos requisitos se encuentra en el anexo N°11.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $[(\text{Cumplimiento requisito 1} \times 0,1) + (\text{Cumplimiento requisito 2} \times 0,1) + (\text{Cumplimiento requisito 3} \times 0,15) + (\text{Cumplimiento requisito 4} \times 0,1) + (\text{Cumplimiento requisito 5} \times 0,4) + (\text{Cumplimiento requisito 6} \times 0,15)] \times 100.$ -Para el registro en SIS-Q, se debe registrar SI al cumplir con el requisito y resto de los meses N/A mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: 1. Resolución exenta con nombramiento del encargado/a de participación y plan estratégico anual, plazo: 31 de marzo. 2. Plan anual de acciones de participación y cronograma de actividades, plazo: 30 de abril. 3. Comunicación a la comunidad usuaria y/o sociedad civil y funcionaria del plan anual de acciones de participación y cronograma de actividades, plazo: 31 de mayo. 4. Realización de las actividades de participación ciudadana efectiva, donde deben incluirse las actas de reuniones efectuadas y su asistencia, verificable de las actividades realizadas. 5. Informe de avance recepcionado para su primera evaluación, por equipo técnico del departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario Minsal (Plazo desde el 28 al 30 de junio). 5. Informe de cumplimiento del plan anual de acciones de participación, evaluación a cargo del equipo técnico del departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario Minsal (Plazo desde 20 al 23 de diciembre).</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100% de los requisitos cumplidos.	
<p>Razonamiento meta: El modelo de salud centrado en el usuario, usuaria debe recoger sus opiniones, expectativas y sugerencias. 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 las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, para ser incorporadas como antecedentes de trabajo en el Comité de Gestión Usuaria del establecimiento.	
	2.- Relevar y visibilizar la figura de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, como espacio efectivo de participación ciudadana entre la comunidad funcionaria y usuaria.	

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 especialidades médicas en atención secundaria (C.4_3.1)	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 la oferta de consulta nueva de especialidad.	
Descripción: Este indicador mide el porcentaje de consultas nuevas de especialidades médicas realizadas en relación con el total de consultas médicas de especialidades efectuadas en el período. Se considerarán tanto las atenciones presenciales como a distancia.		
En el caso de los Institutos, se medirán de acuerdo con metas específicas entregadas desde Minsal.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
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.		
Fuente de datos: REM A07 + REM A30 + REM A32.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: $\geq 33,0\%$ 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	Porcentaje de cumplimiento	Aumento puntos porcentuales (p.p.) sobre LB
0	$X < 24,0\%$	$X < 1,0$ p.p.
1	$24,0\% \leq X < 27,0\%$	$1,0$ p.p. $\leq X < 4,0$ p.p.
2	$27,0\% \leq X < 30,0\%$	$4,0$ p.p. $\leq X < 7,0$ p.p.
3	$30,0\% \leq X < 33,0\%$	$7,0$ p.p. $\leq X < 10,0$ p.p.
4	$X \geq 33,0\%$	$X \geq 10,0$ p.p.

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.	
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 referido a un nivel de especialidad, es derivado 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.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
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.		
Fuente de datos: REM A07 + REM A30 + REM A32.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 10,0\%$.	
Razonamiento meta: 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, la coordinación clínico-administrativa con el nivel primario de salud y la gestión activa de los usuarios/a 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.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 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°12, se detallan las consideraciones para cada uno de los siguientes requisitos mínimos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, a lo menos cuatrimestral, de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en vigilancia mensual en el establecimiento del año en evaluación de acuerdo con las instrucciones vigentes. 2. Estudio anual de prevalencia de las IAAS y de sensibilidad del sistema de vigilancia de las IAAS de acuerdo con instrucciones oficiales para el año evaluado (disponibles en https://web.minsal.cl/sites/default/files/files/circ_2_de_2015_sobre_estudio_de_sensibilidad_de_la_vigilancia(4).pdf y en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/8-CIRCULAR-ACTUALIZACION-C3%93N-DEL-SISTEMA-DE-VIGILANCIA-EPIDEMIOLOGICA-DE-LAS-INFECCIONES-IAAS-comprimido.pdf) 3. Informe de brotes de IAAS del año evaluado según instrucciones vigentes. 4. Análisis de la resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS en el establecimiento, realizado según normativa 2 veces al año (abril y septiembre) para el año evaluado. 5. Descripción de las medidas de control planificadas y realizadas para los problemas identificados (programas de supervisión de prácticas u otras medidas de intervención). 6. Descripción de otras actividades establecidas para el periodo anual en base a los objetivos programáticos locales. 7. Capacitación en prevención y control de IAAS de al menos el 90% de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico- asistenciales. 8. Capacitación en precauciones estándares y adicionales de al menos el 80% de los profesionales y técnicos nuevos del establecimiento que desarrollan actividades clínico- asistenciales. 9. Elaborar tres informes anuales de cumplimiento de las actividades programadas en el plan anual. 10. 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 del año en evaluación y estar aprobado formalmente por el(la) Director(a) del Establecimiento e informado al Director(a) del Servicio de Salud y su referente IAAS.</p>		
Frecuencia de medición: Según corresponda.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de requisitos exigidos realizados en el periodo/Total de requisitos en el plan según periodicidad) x 100. -Para registro SIS-Q una vez cumplidos los requisitos (según periodicidad), se ingresa SI y el resto de los meses no aplica mensual.		
<p>Fuente de datos: Plan anual aprobado en el primer trimestre por el(la) Director(a) 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.- Registro en Sicars e informe, a lo menos cuatrimestral, del resultado de las tasas e incidencias del total de las IAAS en vigilancia que le aplican al establecimiento de acuerdo con instrucciones vigentes, a partir de información obtenida en Sicars; con evidencia de difusión al Director del Establecimiento, Dirección Técnica de éste, y principales actores involucrados (al menos jefaturas de Servicios Clínicos y de Apoyo y jefaturas de unidades o departamentos con actividades complementarias como resistencia antimicrobiana, calidad y seguridad de la atención, salud ocupacional, epidemiología, REAS, Tuberculosis, VIH). Req n°2.- Estudio anual de calidad de la información autorizado en Sicars a enero del año siguiente del año en evaluación. Req N°3.- Informe de Brotes (según ocurrencia) descargable de Sicars para cada brote o informe local con resumen de brotes del año evaluado; Req N°4.- Informe de análisis de resistencia antimicrobiana registrada en SICARS en agentes aislados de IAAS en el establecimiento realizado según normativa 2 veces al año (abril y septiembre) del año evaluado; Requisito N°5, 6 y 9 tres informes locales anuales separados por un mínimo de tres meses que contenga puntos mínimos del formato señalado en anexo; con evidencia de difusión al Director(a) del Establecimiento, Dirección Técnica de éste, y principales actores involucrados (al menos jefaturas de Servicios Clínicos y de Apoyo y jefaturas de unidades o departamentos con actividades complementarias como resistencia antimicrobiana, calidad y seguridad de la atención, salud ocupacional, epidemiología, REAS, Tuberculosis, VIH). El último informe no puede ser presentado más allá de enero del año siguiente al año evaluado. Req N°7.- Informe anual firmado por la unidad de capacitación (o su equivalente) y la jefatura del equipo de IAAS local indicando que, a diciembre del año evaluado, al menos un 90% de los Profesionales responsables de dirigir y supervisar el actuar de otros profesionales o técnicos con actividades clínico-asistenciales al interior del establecimiento ha realizado, al menos, una capacitación en aspectos específicos de prevención y control de IAAS en los últimos 5 años calendario. Req N°8.- Informe anual firmado por la unidad de capacitación (o su equivalente) y la jefatura del equipo de IAAS local indicando que, a diciembre del año evaluado, al menos un 80% de los profesionales, técnicos y alumnos de internado y prácticas profesionales con actividades clínico-asistenciales que han ingresado al establecimiento desde enero del año evaluado, han recibido capacitación en precauciones estándares Req N°10.- Informe anual de impacto del establecimiento con evidencia de difusión al Director(a) del Establecimiento, Dirección Técnica de éste, y principales actores involucrados (al menos jefaturas de Servicios Clínicos y de Apoyo y jefaturas de unidades o departamentos con actividades complementarias como resistencia antimicrobiana, calidad y seguridad de la atención, salud ocupacional, epidemiología, REAS, Tuberculosis, VIH). Nota 1: el requisito 1 puede incluirse en los mismos informes utilizados para verificar los requisitos 5, 6 y 9. Nota 2: el requisito 10 corresponde a un elemento adicional que se exige del último de los reportes de avance con el cual se demuestran los requisitos 5, 6 y 9, por lo que no se requiere necesariamente de un informe adicional. (ver anexo N°12).</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: ≥ 90,0%.	
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.		
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 < 50,0% O no se presenta plan anual de trabajo, o no se cumple con requisito N°1, independiente del número de requisitos cumplidos.
1	50,0% ≤ X < 60,0% (5 requisitos)
2	60,0% ≤ X < 70,0% (6 requisitos)
3	70,0% ≤ X < 90,0% (7 requisitos)
4	X ≥ 90,0% (9 requisitos)

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. 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 con 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 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°13) la cual debe ser cargada en SIS-Q al final del periodo de evaluación 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	Metas: Trazadora 1: $\geq 90,0\%$ compromisos suscritos; Trazadora 2: $\geq 90,0\%$, $\geq 80,0\%$ o $\geq 70,0\%$ de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	
<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:	1. Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.	
	2. Gestionar el monitoreo y cumplimiento de planes de acción de CGR, mediante el sistema informático dispuesto para ello.	

Puntuación	Trazadora 1 Porcentaje de Compromisos Suscritos	Trazadora 2 Porcentaje Implementación Compromisos		
		1 a 30 compromisos al año	31 a 70 compromisos al año	mayor a 70 compromisos al 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 en la 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.	
Descripción: El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado. Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia y que la prescripción se despacha con todas las dosis y cantidades indicadas según prescripción para el periodo, que en el caso de crónico es mínimo 30 días y para el caso de morbilidad (agudo) por el periodo indicado por el prescriptor habilitado, con entrega el mismo día. Este concepto corresponde en el registro REM a “la receta despachada con oportunidad”. 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. 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.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
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		
Fuente de datos: REM A04 sección J.		
Línea de base: sin línea base	Meta: $\geq 99,5\%$.	
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.		
Iniciativas:	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 cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la ley N°21.372 (MILA), hospital amigo y escuelas hospitalarias (D.4_1.8).	Responsable: Director (a) del establecimiento.
Estrategia: Calidad de la atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna, segura y digna.	
	Objetivo indicador: Cumplir con las medidas de acompañamiento a usuarios/as en las áreas de hospitalización.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para mejorar la satisfacción usuaria en las áreas de hospitalización de los establecimientos. Se evaluará a través de tres trazadoras:</p> <p>Trazadora 1: Cumplimiento LEY N°21.372 (MILA).</p> <p>Trazadora 2: Cumplimiento de incorporación de niños, niñas y adolescentes (NNA), a escuelas hospitalarias. Para el numerador serán considerados el total de asistentes a ellas y en el denominador serán adicionados a los egresos los pacientes de atención ambulatoria.</p> <p>Trazadora 3: Cumplimiento medidas de Hospital Amigo.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmulas:</p> <p>40% del puntaje trazadora 1: ((Número de NNA con edades entre 0 -19 años con acompañamiento + número mujeres o personas gestantes durante el proceso de parto con acompañamiento) / (Número de egresos de pacientes en el periodo con edades entre 0 -19 años y mujeres o personas gestantes durante el proceso de parto en el periodo)) x100.</p> <p>30% del puntaje trazadora 2: (Número de NNA incorporados la escuela hospitalaria con edades entre 4 -26 años en el periodo/ Número de egresos de pacientes con edades entre 4 -26 años en el periodo) x100.</p> <p>30% del puntaje trazadora 3: Total de medidas cumplidas por el establecimiento en el periodo / Total de medidas que debe cumplir el establecimiento en el periodo.</p> <p>*Para aquellos establecimientos que no cuenten con escuela hospitalaria, el cálculo de indicador se realizará ponderando la primera trazadora con un 60% y la segunda trazadora con un 40%.</p> <p>- Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales</p>		
<p>Fuente de datos: Registros locales de monitoreo mensual de cada trazadora; Verificación trimestral del cumplimiento de cada trazadora por el encargado de Acompañamiento al Usuario del Servicio de Salud; Reporte trimestral de cumplimiento disponibilizado al Servicio de Salud por la División de Gestión de la Red Asistencial, Minsal.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: Potenciar la implementación de la nueva ley N°21.372 (MILA) que regula el derecho a la compañía de los pacientes pediátricos, adolescentes y personas gestantes, garantizando condiciones dignas y un trato respetuoso a los pacientes y sus cuidadores, incorporándose además a los Derechos del Niño. Así como asegurar la mantención del cumplimiento de las medidas de hospital amigo y uso de las escuelas hospitalarias.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar acompañamiento de todos los NNA y de personas gestantes en proceso de parto, a través de monitoreo contante, utilizando la declaración de consentimiento o asentimiento respecto del acompañamiento al proceso de atención. 2. Resguardar el cumplimiento en su totalidad de las 10 medidas de hospital amigo en los ámbitos que le es de su correspondencia, a través de coordinación entre los servicios clínicos y los referentes de hospital amigo (SS y Hospitalario). 3. Incentivar la participación de los usuarios en Escuelas Hospitalarias, siempre que las condiciones de salud lo permitan, informando el número usuarios matriculados. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 40,0\%$
1	$40,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
3	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 80,0\%$

ANEXOS.

Anexo N° 01.

Documento de apoyo al indicador: Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes. (A.1.5).

La planilla “Origen y destino de saldos de cuentas corrientes”, 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.

La información de los informes será extraída de la Cartola Bancaria SIGFE al 15 de cada mes, y el total informado deberá cuadrar con la cartola bancaria de dicho periodo. Este informe debe ser enviado a su Servicio de Salud y éste a su vez a la División de Presupuesto SRA al correo gestionpresupuestaria@minsal.cl a más tardar el 25 de cada mes.



SUBSECRETARÍA DE REDES
ASISTENCIALES
División de Presupuesto
Depto. Gestión Presupuestaria

INFORME ORIGEN Y DESTINO DE SALDOS CUENTAS CORRIENTES
información de saldos al 31-10

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 con 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 significara 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		* Contenido	Saldos o Flujos
Cuenta Contable		* Expresión Valores	Unidad
Tipo de Demanda	Ley de Presupuestos		

[Buscar](#) [Limpiar](#)

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 de que corresponda.

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

Anexo N° 02.

Documento de apoyo al indicador: Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS) (A.3_1.2).

1. Actividades y aspectos generales sobre los informes:

El establecimiento debe enviar el informe trimestralmente 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 informe.

Se entenderá como oportuno, el envío en las siguientes fechas:

Informe	Fechas	Contenido
1er Trimestre	28 de abril	Enero a marzo
2do Trimestre	28 de julio	Enero a junio
3er Trimestre	31 de octubre	Enero a septiembre
4to Trimestre	02 de febrero 2024	Enero a diciembre

Una vez cerrado el informe del trimestre correspondiente, el equipo Minsal retroalimentará a los establecimientos en caso de haber alguna inconsistencia en la información. Cuya corrección será requisito para su validación final.

2. Contenidos mínimos informe trimestral:

Este informe debe contemplar dos aspectos analizados cuantitativa y cualitativamente. Por una parte, el análisis del costo del exceso de estancias outliers superiores, y por otra, el análisis de cumplimiento de la programación de producción de Egresos y CMA pactada.

- ✓ Análisis del costo del exceso de estancias outliers superiores (acumulado):

Σ costo día cama ocupado agrupación "hospitalización" (a)*	Exceso de estancias outliers superiores (b)	Valor exceso de estancias outliers superiores (c)	Tendencia porcentual de la valorización de exceso de estancias outliers superiores año 2023 versus año 2022 mismo período
\$	N° (GRD)	a x b = \$\$	$\left[\frac{(\text{VEEOS periodo } t - \text{VEEOS periodo } t-1)}{(\text{VEEOS periodo } t-1)} \times 100 \right]$

*En el costo de la hospitalización, se debe excluir toda compra de servicios (sólo considerar compra de "otros servicios").

VEEOS = (número de "excesos de estancias outliers superiores") x (Costo promedio DCO de los centros de costos hospitalización).

- El número de "excesos de estancias outliers superiores" de cada establecimiento se obtiene desde el sistema GRD.
- Costo promedio DCO:

$$\sum \frac{\text{Costos de CC Hospitalizaciones}}{\text{DCO}}$$

- Para la obtención de los costos no se deben contemplar los ítems, COMPRA DE CAMAS AL EXTRA-SISTEMA CAMAS CRÍTICAS y NO CRÍTICAS, COMPRA DE CONSULTAS MÉDICAS y NO MÉDICAS, COMPRA DE INTERVENCIONES

QUIRÚRGICAS CLÍNICAS, que corresponden a gastos imputados cuando un paciente es derivado a otro establecimiento.

Tampoco se debe incluir COMPRA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS INTRAHOSPITALARIAS CON PERSONAL EXTERNO e INTERNO, ya que éstos al ser realizados dentro del establecimiento, deben estar cargados como gastos en RRHH.

- ✓ Análisis cualitativo: Explicar razones o motivos por las que se tienen exceso de estancias, describir si se están abordando con un plan de mejora u otra estrategia.
- ✓ Cuadro cuantitativo (acumulado):

	PROGRAMACIÓN	REALIZADO	% DE CUMPLIMIENTO
EGRESOS			
CMA			

Análisis cualitativo: Explicar razones o motivos por las que se tienen incumplimientos, describir si se están abordando con un plan de mejora u otra estrategia.

Documento de apoyo al indicador: Índice de ausentismo laboral y Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención (B.2.3).

Trazadora 1: Mantenimiento y/o reducción del índice de ausentismo laboral en comparación con resultado del año 2022.

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.

Cálculo de índice ausentismo:

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 Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.

Cada establecimiento dependiente del Servicio de Salud debe contar con un “Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención”, cuyas acciones deben ser coherentes con el Plan Central del Servicio de Salud.

Las acciones incorporadas al “Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención”, en base al diagnóstico realizado, deberán agruparse en: Medidas institucionales de prevención del ausentismo y Medidas institucionales de abordaje del ausentismo declarado. 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 de prevención del ausentismo

Dentro de las medidas institucionales de prevención del ausentismo se reconocen todas aquellas enfocadas a generar ambientes laborales saludables que favorezcan el bienestar integral de las funcionarias y funcionarios desde una perspectiva biopsicosocial, que considere los distintos momentos del ciclo de vida laboral.

A continuación, se detallan los ejes que servirán de sustento para elaborar las actividades del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención dirigidas a la población específica identificada y que justifica la implementación en ese grupo:

1. 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:

- **Generación de campañas comunicacionales** que permita entregar información sobre uso de licencias médicas y procesos asociados al uso de Licencia Médica Curativa a todas las funcionarias y todos los funcionarios. Se debe asegurar que toda la dotación identificada tenga acceso a la información. Se sugiere la utilización de diversos medios audiovisuales y formales para ello.
- **Implementación de campañas comunicacionales** de acuerdo con realidad local en torno a actividades relacionadas a promoción de la salud, prevención de enfermedades, buen trato laboral, uso de Bienestar, promoción de los derechos laborales, procedimientos MALS, protocolos de conciliación, entre otros.
- **Capacitación** en materias de fomento, promoción prevención y protección de la salud
- **Acompañar proceso de desvinculación** de los funcionarios/as beneficiarios/as del incentivo al retiro. Generando espacios de reconocimiento y apoyando la transferencia de los conocimientos adquiridos durante años de experiencia en el sector hacia los funcionarios y las funcionarias nuevos, con el objetivo de guiar, desafiar, estimular y potenciar a los nuevos talentos a nivel profesional y personal.

2. Eje Salud funcionaria

El objetivo del ámbito es cautelar el acceso a los niveles de atención promocional, preventiva y de atención de la salud, con oportunidad, calidad y procedimientos de referencia - contrarreferencia definidos. Al respecto se puede considerar:

- **Promoción de Salud en Entornos Laborales:** Contar con un diagnóstico de situación sobre los factores que afectan la salud del funcionariado se hace imprescindible para generar intervenciones que mejoren las condiciones laborales en cuanto a estilos de vida saludables. En dicho contexto y con relación a los grandes grupos de patologías que afectan al funcionariado en los últimos años asociados a ausentismo laboral, se sugiere dar énfasis en el monitoreo y apoyo de acciones ligadas a la exposición de aquellos factores de riesgo relacionados a Enfermedades de Salud Mental y Patologías Osteomusculares, fortaleciendo medidas efectivas, oportunas y orientadas a toda la dotación sobre salud física y mental, prevención del consumo de tabaco y el de uso de drogas lícitas de uso médico, bebedores problema, síndromes ansioso-depresivo y sobrepeso.
- **Campañas de Vacunación:** la inmunización debe estar incluida en las facilidades que brindan los controles de salud del personal. Avanzar en las coberturas de vacunación contra la Influenza y contra SARS - CoV- 2.
- **Examen Médico Preventivo:** Uno de los elementos centrales para el abordaje del ausentismo es la implementación y desarrollo de la estrategia preventiva del GES el "Examen Médico Preventivo", el cual entre sus virtudes permite actuar a nivel de fomento, promoción, prevención, protección y diagnóstico precoz.
Aparte de las bondades individuales que tiene el EMP, cuando es provisto como una prestación regular de salud, el establecimiento deberá maximizar sus resultados. Relacionar este punto al trabajo a realizar durante este año dentro del ámbito de Salud funcionaria.
- **Oferta de Atención de Problemas de Salud Agudo:** en este aspecto para que un funcionario/a requiera atención de morbilidad lleva implícita una necesidad de salud que no fue abordada preventivamente y que podría no ser satisfecha, provocando ausentismo y sus efectos asociados. La determinación de la oferta de atención de morbilidad debiera basarse en la demanda de años anteriores, y en el análisis del perfil de morbilidad. Complementariamente, sería conveniente establecer Programas para favorecer el acceso de los funcionarios/as a acciones terapéuticas cuyo acceso y protocolos de atención y derivación deben estar oficializados. Se debe informar la programación anual de atenciones, según cartera de servicios disponibles y protocolos de atención diseñados previamente, y dar seguimiento a la ejecución correspondiente. Considerar el diseño de estrategias para mejorar la utilización de cupos.
- **Gestión de Lista de Espera:** en este punto, se considera la incorporación de acciones de gestión/atención de problemas de salud complejos considerando la LE Consulta Nueva de Especialidad y LE Intervenciones Quirúrgicas.

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

Entenderemos por conciliación de la vida personal, familiar y laboral, como la búsqueda del equilibrio entre éstos diversos ámbitos, tanto por mujeres y hombres, mediante medidas y acciones que buscan introducir igualdad de oportunidades en el empleo y cubrir necesidades de atención del funcionario y su familia.

En este ámbito, el objetivo central es conocer los procesos y resultados del programa de conciliación de vida personal y familiar con el trabajo y cuidados infantiles de los establecimientos de Salud, permitiendo así identificar las principales incidencias en el ausentismo laboral y contribuir con las buenas prácticas laborales en los Servicios Públicos.

Este eje considera la elaboración, difusión, aplicación y evaluación del Protocolo de conciliación de vida personal y familiar con el trabajo, de acuerdo con la realidad de cada establecimiento.

Con relación a este eje, considerar:

- Realizar un diagnóstico actualizado de tensiones conciliatorias. Este debe estar relacionado con cada línea de acción de Calidad de Vida laboral
- Actualización (si corresponde) del Protocolo de Conciliación en base a un proceso de detección de las tensiones conciliatorias, con foco en aquellas que impactan en el ausentismo.
- Difusión del Protocolo de Conciliación actualizado.
- Identificar las tensiones conciliatorias presentes en aquellos grupos de funcionarios y funcionarias con mayor ausentismo laboral por LMC.
- Elaborar Plan de Acción de acuerdo con las principales tensiones conciliatorias identificadas.

4. Eje Cuidados Infantiles

El cuidado infantil, es el cuidado o supervisión de un infante, usualmente de la edad de seis semanas a la edad de trece años. Es la acción o habilidad para cuidar niñas y niños en guarderías, centros infantiles o clubes infantiles, o mediante niñeras u otros servidores.

En el programa de gobierno, se establece dentro del Plan Nacional de Mejoras, en las condiciones de trabajo para trabajadoras y trabajadores de la salud, en el cual, se incorporará un Programa nacional de Cuidados Infantiles.

Para avanzar en esta materia, se requiere que los establecimientos, implementen medidas o acciones que consideren los servicios de apoyo a las tareas de cuidado de niños, permitiendo coordinar los tiempos públicos y privados con los horarios laborales, escolares, de salud y otros.

Fundamental para el logro de este propósito, es que se hace necesario contar con una conciliación con corresponsabilidad, donde las tareas de cuidado sean compartidas entre hombres y mujeres, pero también entre el Estado, el mercado y las familias, así como la sociedad en general.

En este eje se sugiere considerar:

- Las medidas y acciones implementadas para los cuidados infantiles tanto para las funcionarias y funcionarios identificadas tras diagnóstico situacional ligado a Ausentismo laboral por LMC como para aquellos y aquellas que no cuentan con redes familiares, ni recursos para contratar una cuidadora o cuidador.

5. Eje Protección de la Dignidad y promoción del Buen Trato

El énfasis en este eje de trabajo apunta a fortalecer el desarrollo de las buenas prácticas laborales en la Red de Servicios de Salud Pública y la prevención de la violencia laboral con la perspectiva de erradicación de toda forma de violencia y discriminación. Propiciando una construcción colaborativa de los productos esperados y las mejoras y desarrollos que buscan la erradicación de la violencia laboral en el sector público de salud. Es importante orientar el trabajo en forma especial hacia la erradicación de la violencia laboral por razones de género en el sector público de salud y también al apoyo al cuidado de la salud mental del personal de salud en período de pandemia COVID 19.

- Programa de Buen Trato Laboral en ejecución según parámetros de la DNSC, adaptado a las condiciones en pandemia, fortaleciendo la promoción del buen trato laboral y la prevención Maltrato, Acoso Laboral y Sexual.
- Plan Anual de prevención y seguimiento del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual dirigido a la promoción y prevención, en concordancia con el Programa de Calidad de Vida Laboral. Incorporando acciones de seguimiento a través de la identificación de indicadores que den cuenta de su ejecución
- Aplicación de los Procedimientos de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual, de acuerdo los plazos establecidos en dichos procedimientos e informar de acuerdo con lo solicitado por Minsal.
- Fortalecer los sistemas de reconocimiento no pecuniario, que refuercen las actividades, aportes y conductas deseadas y demostradas.
- Difusión e implementación gradual de las “Orientaciones para el abordaje de los estereotipos y prejuicios de género que están a la base de la violencia laboral en el sector salud”. En el contexto de la inclusión transversal del enfoque de género y de derechos humanos.
- Implementación gradual de las “Orientaciones Técnicas de para la elaboración de pautas locales para el abordaje integral de personas trabajadoras del sector salud víctimas de violencia de pareja o expareja”.

6. Eje de Bienestar

Los Servicios de Bienestar se definen como “entidades cuyo objetivo es contribuir al bienestar del trabajador cooperando a su adaptación al medio y a la elevación de sus condiciones de vida; que por regla general no tienen personalidad jurídica y constituyen una dependencia de la institución empleadora” (Decreto Nº28 de 27-05-1994, donde se establece el Reglamento General de los Servicios de Bienestar Supervisados por la Superintendencia de Seguridad Social). Tomando la característica propia de los Servicios de Bienestar junto a sus atribuciones para con los trabajadores y, considerando el contexto de pandemia sanitaria que ha tenido a Chile y al mundo en un estado de vulnerabilidad biopsicosocial, es relevante conocer y fortalecer las gestiones que desde ésta área se implementan, para responder oportuna y competentemente a las necesidades que regularmente han atendido como las emergentes que se han presentado producto de la situación sanitaria antes señalada.

- Considerar actividades que apunten a potenciar los beneficios implementados en contingencia sanitaria y que de algún modo tengan relación con el abordaje del Ausentismo.
- Ampliación del ítem “facultativos” según necesidades de las afiliadas/os a Bienestar.

7. Eje Cuidado del Personal en Covid-19

Durante el año 2022 se continuará con el desarrollo de acciones enfocadas en el cuidado del personal dirigidas a proteger y recuperar la Salud Mental de las funcionarias/os. Se espera el reporte de las acciones realizadas en el marco del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención, de acuerdo con las orientaciones entregadas por el Ministerio de Salud.

Hay que considerar que producto de las complicaciones originadas por el contagio con COVID muchas/os funcionarias/os quedaron con secuelas físicas y de Salud Mental que conlleva una LMC, lo que inevitablemente conlleva a la elaboración de actividades que promuevan la recuperación de la salud y una adecuada integración de las funcionarias/os al ámbito laboral.

Medidas institucionales de abordaje del ausentismo declarado

Para el abordaje del Ausentismo Declarado se podrán considerar los siguientes elementos o actividades para su gestión, independiente de otras acciones priorizadas por el Servicio de Salud, de acuerdo con diagnóstico situacional realizado:

- Actualización y seguimiento del funcionamiento del Comité Central de Ausentismo formalizado vía Resolución Exenta, junto con Carta Gantt de reuniones para el presente período.
- Actualización y seguimiento del funcionamiento de los Comité Locales de Ausentismo, junto con Carta Gantt de reuniones para el presente período.

- Aplicar Protocolo de seguimiento a funcionarias y las funcionarias con Licencia Médica Curativa, donde se establezcan las medidas de acompañamiento a funcionarias/os con ausentismo declarado según requerimientos del caso y realidad local: seguimiento telefónico, gestión de Lista de Espera, activación de intersector, entre otras.
- Instalar mecanismos de detección temprana del ausentismo basados en el análisis de licencias registradas en SIRH, por parte de las oficinas de personal, con especial atención en el ausentismo reiterado, entendido como al menos dos (2) licencias médicas curativas en un periodo determinado.
- Identificar funcionarios con ausentismo reiterado, que acumulen menos de 180 días en un año, generando un plan de intervención para abordar esta situación.
- En el caso de los ausentismos prolongados, con un número de días acumulado igual o mayor de 180 días, se debe definir protocolos de acompañamiento y atención integral a los funcionarios y las funcionarias. En aquellos casos en que las LMC se perpetúen, a pesar de las intervenciones realizadas (y que no correspondan a casos de enfermedades catastróficas), la institución deberá disponer administrativamente el inicio del proceso de evaluación respecto del estado de irrecuperabilidad (según disposición de la Ley N° 21.050). En el caso de que COMPIN estime que la salud del funcionario es recuperable, el jefe del Servicio se encontrará facultado para declararla incompatibilidad con el desempeño del cargo (aplicación artículo 151 del Estatuto Administrativo). Esto considerando lo estipulado en la Ley N° 21.409 del 25 de enero, 2022.
- Difusión periódica de resultados organizacionales en materia de ausentismo por LMC a todos los funcionarios y las funcionarias, especialmente a las jefaturas y autoridades de la red. Se debe informar mensualmente, los resultados del ausentismo por Licencia Médica Curativa estableciendo un ranking por establecimiento y dentro de cada uno de esto por unidad. Junto con lo cual, se deberá dar cuenta de las medidas a abordar.
- Convocar periódicamente a las jefaturas de los Centros de Responsabilidad con mayores tasas de licencias médicas curativas a reuniones de la Comisión de Ausentismo, donde se revise el comportamiento general del mismo, además de los casos más críticos que requieren atención, para enriquecer el abordaje desde su mirada.

Anexo N°05.

Documento de apoyo indicadores: Porcentaje de cirugías mayores ambulatorias (B.3_1.1) y Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos dotación” (B.3_1.5).

La fórmula de cálculo para determinar la meta anual por establecimiento se muestra a continuación.

$$Meta\ Anual = LB + \frac{(M - LB)}{P}$$

M: Meta a obtener al final del trienio.

Los indicadores consideran alcanzar al final del trienio:

- Un porcentaje de CMA del 50% respecto al total de cirugías electivas.
- Un porcentaje de 85% horas ocupadas de quirófanos dotación.

P: Valor según el periodo anual de evaluación.

- 3: Para el primer año de evaluación (2023)
- 2: Para el segundo año de evaluación (2024)
- 1: Para el tercer año de evaluación (2025)

LB: corresponde al porcentaje de cumplimiento del último trimestre 2022, según cada indicador

Como referencia para el año 2023, se solicitará el cumplimiento del 50% del total de la meta a cumplir en el trienio (50% para CMA y 85% para ocupación quirófanos habilitados) según línea base de cada establecimiento.

Ejemplos:

- Cálculo meta anual periodo 2023 “Porcentaje de cirugías mayores ambulatorias” (B.3_1.1), hospital con Línea base 42%.

$$Meta\ Anual = 42 + \frac{(50 - 42)}{3}$$

La meta para 2023 es **44,6%**.

- Cálculo meta anual periodo 2023 “Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos dotación (B.3_1.5).”, hospital con Línea base 65%.

$$Meta\ Anual = 65 + \frac{(85 - 65)}{3}$$

La meta para 2023 es **71,6%**.

Fuente de información: Departamento de Control de Gestión y División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.



Anexo N° 06.**Documento de apoyo para el indicador: Índice de Ocupación Dental (IOD) (B.3_1.6).**

El siguiente documento es de apoyo para el cálculo del indicador.

I. Instrucciones sobre el registro en SIS-Q y en la “Planilla Monitoreo IOD 2023”:

1. Parámetro N°1: “Total de horas ocupadas en consultas nuevas de especialidades y subespecialidades odontológicas”: Corresponde registrar el resultado de la multiplicación del número de consultas nuevas de especialidades y subespecialidades realizadas en el mes por sus rendimientos. Esta información se obtiene de la columna “R” de la “Planilla de Monitoreo IOD 2023”.

En la “Planilla de Monitoreo IOD 2023” desde la columna "D" a la "Q" se debe ingresar el total de "consultas nuevas de especialidad" de las especialidades y subespecialidades odontológicas realizadas en el mes según la información disponible en REM A 09 sección I. En la columna “R” se calculará automáticamente el total de horas ocupadas en el mes en “consultas nuevas de especialidad” según el rendimiento de las especialidades y subespecialidades odontológicas.

NÚMERO DE CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD ODONTOLÓGICAS REALIZADAS EN EL MES															
CIRUGÍA BUCAL	CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA MAXILOFACIAL	ENDODONCIA	IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	ODONTOPEDIATRÍA	OPERATORIA	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL:	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL:	APARATOLOGÍA REMOVIBLE	PATOLOGÍA ORAL	PERIODONCIA	REHABILITACIÓN: PRÓTESIS FIJA	REHABILITACIÓN: PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA	REHABILITACIÓN: PRÓTESIS REMOVIBLE	TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL	TOTAL DE HORAS OCUPADAS EN CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

2. Parámetro N°2: “Total de horas ocupadas en controles de especialidades y subespecialidades odontológicas”: Corresponde registrar el resultado de la multiplicación del número de controles de especialidades y subespecialidades realizados en el mes por sus rendimientos. Esta información se obtiene de la columna “AG” de la “Planilla de Monitoreo IOD 2023”.

En la “Planilla de Monitoreo IOD 2023” desde la columna "S" a la "AF" se debe ingresar el total de "controles de especialidad" de las especialidades y subespecialidades odontológicas realizadas en el mes según la información disponible en REM A 09 sección I. En la columna “AG” se calculará automáticamente el total de horas ocupadas en el mes en “controles de especialidad” según el rendimiento de las especialidades y subespecialidades odontológicas.

NÚMERO DE CONTROLES DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EN EL MES														
CIRUGÍA BUCAL	CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA MAXILOFACIAL	ENDODONCIA	IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	ODONTOPEDIATRÍA	OPERATORIA	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL:	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL:	PATOLOGÍA ORAL	PERIODONCIA	REHABILITACIÓN: PRÓTESIS FIJA	REHABILITACIÓN: PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA	REHABILITACIÓN: PRÓTESIS REMOVIBLE	TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y	TOTAL DE HORAS OCUPADAS EN CONTROLES DE ESPECIALIDADES

3. Parámetro N°3 “Total de horas ocupadas en consultas de urgencia GES y No GES”: Corresponde registrar el resultado de la multiplicación del número de consultas de urgencia GES y No GES realizadas en el mes por su rendimiento. Esta información se obtiene de la columna “AJ” de la “Planilla de Monitoreo IOD 2023”.

En la “Planilla de Monitoreo IOD 2023” en la columna “AH” se debe ingresar el número de consultas de urgencia GES y en “AI” el número de consultas de urgencia No GES, realizadas en el mes. En la columna “AJ” se calculará automáticamente el total de horas ocupadas en el mes en consultas de urgencia GES y No GES según su rendimiento.

NÚMERO DE CONSULTAS DE URGENCIA REALIZADAS EN EL MES		
CONSULTAS DE URGENCIA GES	CONSULTAS DE URGENCIA NO GES	TOTAL DE HORAS OCUPADAS EN CONSULTAS DE URGENCIA GES Y NO GES

4. Parámetro N°4 “Total de unidades dentales en dotación”: Corresponde registrar el número de unidades dentales asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar una atención odontológica. El número de unidades dentales en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales. Esta información se debe ingresar en SIS-Q y en la “Planilla de Monitoreo IOD 2023” en la columna “AK”.
5. Parámetro N°5 “Número de semanas a evaluar en el mes”: Corresponde registrar el número de semanas de trabajo correspondiente a cada mes. Esta información se debe ingresar solo en SIS-Q debido a que en la “Planilla de Monitoreo IOD 2023” se encuentra incorporado.
6. Parámetro R 1 “Promedio mensual de unidades dentales habilitadas”: Corresponde a la sumatoria de unidades dentales habilitadas por cada día hábil del mes, dividido por el total de días hábiles del mes a registrar.

6.1. El establecimiento que presente diferencias entre el número de unidades dentales en dotación y las unidades dentales habilitadas deberá realizar la siguiente acción:

El encargo de Control de Gestión del establecimiento deberá reportar en el mes que corresponda (formato Excel), al Encargado Odontológico con copia al referente de Control de Gestión del Servicio de Salud, la siguiente información:

Servicio de Salud	Establecimiento	Mes	N° de unidades dentales en dotación	N° de unidades dentales habilitadas	Argumentos del número de unidades dentales no habilitadas (se deberá adjuntar los medios verificables)	Gestiones realizadas en el mes para habilitar las unidades dentales no habilitadas (se deberá adjuntar los medios verificables).
-------------------	-----------------	-----	-------------------------------------	-------------------------------------	--	--

El encargado odontológico del Servicio de Salud, deberá consolidar la información de los establecimientos y trimestralmente reportar al correo de autogestion@minsal.cl, **solo en los casos en que exista diferencia en el número de unidades dentales en dotación y las unidades dentales habilitadas**. Este reporte debe ser enviado a más tardar el último día del mes siguiente de terminado el trimestre.

Para la evaluación del indicador se considerarán únicamente las justificaciones asociadas a la planta física y al sillón dental.

Cálculos:

- Numerador: Corresponde al resultado de la sumatoria de las horas utilizadas en: consultas nuevas de especialidades y subespecialidades odontológicas, controles de especialidad y subespecialidad odontológicas y de consultas de urgencia GES y No GES.
- Denominador: Corresponde al resultado de la multiplicación de: (unidades dentales en dotación x 36 x N° de semanas a evaluar) x 0,85.

II. Rendimientos en horas de las especialidades y subespecialidades odontológicas:

RENDIMIENTOS DE LAS CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	
CIRUGÍA BUCAL	0,25
CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA MAXILOFACIAL	0,33
ENDODONCIA	0,25
IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	0,25
ODONTOPEDIATRÍA	0,50
OPERATORIA	0,50
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL: APARATOLOGÍA FIJA	0,33
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL: APARATOLOGÍA REMOVIBLE	0,25
PATOLOGÍA ORAL	0,50
PERIODONCIA	0,25
REHABILITACIÓN: PRÓTESIS FIJA	0,25
REHABILITACIÓN: PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA	0,25
REHABILITACIÓN: PRÓTESIS REMOVIBLE	0,25
TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL	0,25

RENDIMIENTOS DE LOS CONTROLES DE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	
CIRUGÍA BUCAL	0,60
CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA MAXILOFACIAL	0,80
ENDODONCIA	1,00
IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	0,70
ODONTOPEDIATRÍA	0,50
OPERATORIA	0,67
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL: APARATOLOGÍA FIJA	0,58
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL: APARATOLOGÍA REMOVIBLE	0,47
PATOLOGÍA ORAL	0,33
PERIODONCIA	1,10
REHABILITACIÓN: PRÓTESIS FIJA	1,00
REHABILITACIÓN: PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA	0,67
REHABILITACIÓN: PRÓTESIS REMOVIBLE	0,67
TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL	0,50

RENDIMIENTOS DE LAS CONSULTAS URGENCIAS GES Y NO GES ODONTOLÓGICAS	
CONSULTAS DE URGENCIA (GES Y NO GES)	0,45

Fuente de información: Unidad de Odontología de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Anexo N° 07.

Documento de apoyo al indicador: Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos (B.3_1.7).

1. De la selección del GRDs

Cada establecimiento deberá realizar un análisis de la casuística de sus GRDs 2022 y de acuerdo con las orientaciones del COMGES 2023, seleccionar junto a su respectivo Servicio de Salud 2 GRDs (1 médico y 1 quirúrgico) con IEMA >1,00 y las siguientes características:

- Considerar aquellos GRDs que tengan impacto por volumen y criticidad en su manejo clínico.
- Tener presente las prioridades en la resolución de la lista de espera GES y no GES.

Al 31 de marzo, los Servicios de Salud deben enviar los GRDs seleccionados a Minsal, según OOTT COMGES 2023. Por tanto, el monitoreo del indicador comenzará en abril. Respecto de enero, febrero y marzo debe registrarse N/A.

2. Cálculo del indicador

Se debe considerar:

- IEMA del GRD Médico 2022 (línea base)
- IEMA del GRD Quirúrgico 2022 (línea base)

- **Fórmula de cálculo IEMA:**

Estancia media observada (EM)/ EM ajustada por el funcionamiento del estándar (EMAF)

- **Fórmula de cálculo para la variación:**

$$\% \text{ Variación: } \frac{\text{resultado IEMA GRD 2023} - \text{resultado IEMA GRD 2022}}{\text{resultado IEMA GRD 2022}} \times 100$$

Fuente de información: Departamento de Control de Gestión y División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Anexo N°08.

Documento de apoyo para el indicador: Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica. (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.

Documento de apoyo para el indicador: Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas (C.3.3).

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 Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT) pacientes post asistolia no recuperada.

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

Tanto en Urgencia como en UPC, para el BSC C.3.1 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 (CLP): Corresponde a la unidad encargada de gestionar la obtención de órganos y tejidos para trasplantes en los centros asistenciales con capacidad generadora de donantes, pertenecientes a la red de salud pública, privada y de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública del país.

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

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

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

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

Contraindicaciones de potenciales donantes: Clasificación que permite terminar el seguimiento de potenciales donantes, **después** de que ha sido certificada la muerte encefálica.

Si bien las causas de descarte y contraindicación son diversas, para este indicador se considerarán las relacionadas con soporte y mantención:

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

Para mayores antecedentes se recomienda revisar el “Glosario de términos SIDOT”.

2.- Requisitos mínimos de infraestructura, equipamiento y funcionamiento 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 del 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”.
- Contar con la Resolución Sanitaria Especial emitida por la SEREMI respectiva, la cual será fiscalizada según Ordinario B35/N°315 del 07.02.2020 y Ord. B35/N°4250 del 27.10.2021.
- Reuniones semestrales con jefaturas de unidades UEH, UPC, NC y/o NL si procede, y con la CLP para evaluar y controlar el cumplimiento de estrategias implementadas con el fin de enfocar el fortalecimiento de:
 - Aumento de la notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes en sus establecimientos de salud.
 - Disminución del descarte y contraindicación relacionado a soporte y mantención de posibles/potenciales donantes.
 - Aumento de donantes efectivos fallecidos.
- Los profesionales 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 CLP, 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.
- La CLP debe 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.
- La CLP debe registrar diariamente, en la pestaña “Valoración diaria”, la evolución del posible/potencial donante en el SIDOT.
- En aquellas situaciones en que la Coordinación Local de Procuramiento no se encuentre instalada 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 faciliten 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 profesional del estamento médico perteneciente a la Unidad de Pacientes Críticos, sea esta adulta o pediátrica, 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 2022 o ante cambio de referente, la fecha límite para comunicarlo será el 30 de abril de 2023. 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. Soporte y mantención de posibles/potenciales 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 (con información **acumulada a cada trimestre**), el Certificado de validación de notificación y pesquisa, Certificado de validación de descarte/contraindicación y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la 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 estar 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, de acuerdo con las necesidades detectadas, con el equipo directivo del establecimiento y de la red, con la finalidad de establecer aspectos a mejorar en el proceso de notificación, pesquisa y soporte/mantención de posibles y potenciales donantes para el aumento de donantes efectivos en muerte encefálica.

En cuanto a la notificación y pesquisa, se mantendrán los porcentajes (meta) del año 2022 en la tabla de cumplimiento y se incorporarán metas en relación con la disminución de descartes y contraindicaciones relacionadas al soporte/mantención de posibles y potenciales donantes. Asimismo, 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.3.3 Y COORDINACIONES LOCALES DE PROCURAMIENTO.

Servicio de Salud	Establecimientos 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 Biprovincial Quillota Petorca.	
	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 Metropolitano El Carmen. Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú.	
	Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador, M. 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 Metropolitano		

Servicio de Salud	Establecimientos de la Red	Coordinación Local de Procuremento a la que se notifica
Servicio de Salud Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau.	Hospital Barros Luco Trudeau, M. Sur.
	Hospital El Pino.	
	Hospital Dr. Exequiel González Cortés.	
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río.	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, M. Sur Oriente.
	Hospital Padre Alberto Hurtado	
	Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.	
Servicio de Salud O'Higgins	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.
	Hospital San Juan de Dios San Fernando	
Servicio de Salud Maule	Hospital Dr. César Garavagno, Talca.	Hospital Dr. Cesar Garavagno, Talca.
	Hospital San Juan de Dios Curicó	
	Hospital Gral. Carlos Ibáñez del Campo Linares	
Servicio de Salud Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.
	Hospital San Carlos.	
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 Las Higueras, Talcahuano.
	Hospital de Tomé.	
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).	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
	Hospital Victoria.	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
Servicio de Salud Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
	Hospital Complejo Asistencial Padre Las Casas (*).	
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.

(*) 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.- Medición trazadora 1: Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH y UPC (UCI, UTI) adulta y pediátrica.

Numerador

Parámetro 1: Este numerador representa todos aquellos pacientes hospitalizados y/o con estadía en las UEH adultas y pediátricas, entre los 6 meses a 78 años, que ingresaron a seguimiento como posibles/potenciales donantes de órganos (notificados a la Coordinación Local de Procuramiento y/o pesquisados por la Coordinación Local de Procuramiento) y que se encuentran contenidos en el registro del denominador (cruce y verificación uno a uno).

Parámetro 2: Este numerador representa todos aquellos pacientes hospitalizados y/o con estadía en las UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas entre los 6 meses a 78 años, que ingresaron a seguimiento como posibles/potenciales donantes de órganos (notificados a la Coordinación Local de Procuramiento y/o pesquisados por la Coordinación Local de Procuramiento) y que se encuentran contenidos en el registro del denominador (cruce y verificación uno a uno).

Denominador

Parámetro 3: Este denominador representa el Total de Egresos Fallecidos en UEH adultas y pediátricas, por causa neurológica, entre los 6 meses a 78 años, reportados en los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD).

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

Se debe evidenciar a todos los pacientes cuya causa fallecimiento es neurológico y que realizaron su proceso de hospitalización en la UEH Adulta y Pediátrica (pacientes que, teniendo indicación de hospitalización, no accedieron a 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).

Parámetro 4: Este denominador representa el Total de egresos fallecidos en UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 Años reportados en los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD).

Se deben evidenciar los pacientes egresados a UPC (UCI y/o UTI) cuya causa de fallecimiento es neurológica.

Justificaciones para la exclusión de pacientes del denominador: En el certificado de validación, los pacientes deben ser informados en la columna "observaciones/justificaciones" con un breve resumen de la causa de justificación y, una vez validada la justificación por la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante Minsal, se podrán restar del denominador en los registros SIS-Q, pero no se deben eliminar del certificado.

Fuente de datos y validación de información:

- 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 Local: Trimestralmente la Coordinación Local de Procuramiento del hospital o de la red, enviarán a Minsal el reporte (separando Urgencia de UPC) 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 o pesquisado (fallecidos). Estos deberán enviarse a Sandra Mardones sandra.mardones@minsal.cl con copia a Carolina Oshiro carolina.oshiro@minsal.cl.
- La información que entreguen las fuentes GRD (denominador) y aquella proporcionada por la Coordinación Local de Procuramiento a través de SIDOT (numerador), debe contener la identidad de cada fallecido (nombre y Rut). El correcto registro permitirá realizar el cruce de la información uno a uno (entre numerador y denominador) y así poder realizar la debida construcción del indicador.
- Informe cualitativo de descartes de posibles donantes.
- Los datos registrados en SIS-Q deben reflejar 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).

Cálculo de resultados de trazadora 1: Este cálculo lo realiza de manera automática la plataforma SIS-Q y considerará los registros realizados en los parámetros 1, 2, 3 y 4 $((P1+P2) / (P3+P4)) \times 100$.

4.- Medición trazadora 2: Porcentaje de posibles/potenciales donantes descartados y contraindicados relacionados a soporte y mantención.

Parámetro 1: Total de descartes y contraindicaciones relacionados a soporte y mantención de posibles/potenciales donantes de órganos, entre estas, PCR, falla hemodinámica, falla multiorgánica, imposibilidad de cuidados de mantención, Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV), proceso séptico no controlado, imposibilidad de realizar certificación de muerte encefálica (ME).

Parámetro 2: Total de pacientes notificados y pesquisados como posibles/potenciales donantes de órganos **ingresado en plataforma SIDOT, independiente de la unidad clínica donde se encuentre hospitalizado**, y según, lo informado en certificado y validado por Minsal.

Fuente de datos y validación de información:

- La información que entregue la Coordinación Local de Procuramiento debe corresponder al número de casos, registrados en SIDOT, descartados y contraindicados debido a soporte y mantención. Esto permitirá realizar el correcto cruce de la información con la CNPT.
- 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 descartados y contraindicados debido a causas relacionadas a soporte y mantención en el establecimiento o los establecimientos de la red. Estos deberán enviarse a Sandra Mardones sandra.mardones@minsal.cl con copia a Carolina Oshiro carolina.oshiro@minsal.cl.
- La CLP deberá complementar con el informe cualitativo de descarte de posibles donantes, en forma trimestral.

Cálculo de resultados de trazadora 2: Este cálculo lo realiza de manera automática la plataforma SIS-Q y considerará los registros realizados en los parámetros 1 y 2. Fórmula $(P1/ P2) \times 100$.

Trazadora 1: Certificado de Validación 2023
Certificados de Urgencia y UPC (UCI, UTI), se elaboran separadamente.



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

Certificado de Validación año 2023:
Indicador C.3.3 "Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa y descarte/contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas".
Trazadora 1: Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH y UPC (UCI – UTI) adulta y pediátrica

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

Certificado de validación de datos registrados en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT)/ registro de fallecidos en GRD del Hosp Ital...xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...durante el periodo de 01 de Enero al **31 de Diciembre** [cambiar fecha según trimestre] 2023.

Unidad de pacientes.....

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 incorporar información cuando no existe código SIDOT.
 Aquellos que **no son posibles donantes**, registrar el fundamento en forma breve, en Observaciones/Justificaciones.
 Se deben completar todos los totales.

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

Los certificados son acumulativos y por tanto, se deben incorporar los trimestres previos.

Trazadora 2: Certificado de Validación 2023



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

Certificado de Validación año 2023:
Indicador C.3.3 "Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa y descarte/contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas".
Trazadora 2: Certificado de validación de descarte/contraindicación relacionado con mantención/soporte de posibles/potenciales donantes de órganos

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

Certificado de validación de datos registrados en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT) del Hospital.....durante el periodo de 01 de Enero al **31 de Diciembre (cambiar fecha según trimestre)** 2023.

TRIMESTRE	DESCARTE							CONTRAINDICACIÓN			TOTAL
	N° PCR	N° Falla HD	N° Falla MO	N° imposibilidad cuidados mantención	N° LTSV	N° proceso séptico no controlado	N° imposibilidad de certificar ME	N° PCR	N° Falla MO	N° Sepsis no controlada	
1°											
2°											
3°											
4°											
TOTAL											

OBSERVACIONES:.....

Se considera el total de los descartes/contraindicaciones relacionados a soporte/mantención de posibles/potenciales donantes, independiente de la unidad clínica.
 Se deben completar todos los totales.
 Los certificados son acumulativos y por tanto, se deben incorporar los trimestres previos.

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– 2023.

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- 2023.

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 - Angiopatia 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 carotidea
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 orbita
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- 2023.

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**, sin embargo, 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.

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	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.
	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	
Servicio de Salud O'Higgins	Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez, Rengo	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.
	Hospital de Santa Cruz	
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 Pitrufquén	
	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" 2023; Orientaciones Técnicas de Procuramiento de Órganos, vigente; Guía clínica de abordaje a familias de donantes y no donantes en contexto de muerte por criterio neurológico, noviembre 2021.

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

Anexo N°10.

Documento de apoyo al indicador: 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).
- 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 acumuladas	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 Minsal).

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

Anexo N° 11.

Documento de apoyo para el indicador: Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el Plan de Acción en Participación (C.4.2).

Descripción de los verificables de cada requisito.

Requisitos	Acciones y/o Metas Específicas	% asignado
R1	Contar con un encargado o una encargada de participación ciudadana, nombrado o nombrada por resolución exenta.	10%
R2	Presentar el Plan Estratégico Anual a las organizaciones ya mencionadas en la descripción, generando un espacio de diálogo participativo.	10%
R3	Elaboración del Plan Anual de Acciones de Participación y un cronograma de actividades, en conjunto con la comunidad.	15%
R4	Comunicar a la comunidad usuaria, funcionaria y a la sociedad civil el Plan Anual de Acciones de Participación y cronograma de actividades.	10%
R5	Realización de 10 acciones de participación ciudadana efectivas, es decir mecanismos de participación ciudadana, teniendo en consideración los gastos que éstas generen ⁴ . Realización de 6 reuniones del director/directora del establecimiento con la comunidad usuaria, teniendo en consideración los gastos que estas generen ⁵ .	40%
R6	Elaboración de Informe de avance del primer semestre y otro al final de año con el cumplimiento de las actividades de participación.	15%

Precisiones de las instancias de participación

1. El establecimiento deberá contar al menos con un encargado/encargada de la unidad de participación ciudadana, el cual debe ser nombrado por resolución exenta.

De acuerdo con el Instructivo Presidencial N° 007 de 2022, para la Participación Ciudadana, se requiere que *“Cada órgano de la Administración del Estado deberá establecer en su orgánica una Unidad de Participación Ciudadana, donde exista al menos una persona de dedicación exclusiva, quien se relacionará con la autoridad superior del servicio y será de su directa dependencia.”* Es por esto que el ámbito de acción de la participación en salud debe centrarse en las personas, es decir, *“proporcionándoles una atención que responda a las preferencias, necesidades y valores de las personas. Mejorando la calidad de los servicios de salud, a juicio de la OMS y de otros organismos internacionales, requiere de la participación y el empoderamiento de las comunidades atendidas por el sistema de salud.”*⁶

Teniendo presente lo anterior, se les solicita a los establecimientos de salud, contar a partir del año 2023 con un encargado/a para la unidad de participación ciudadana, el cual debe ser nombrado a través de una resolución exenta. En caso de que el establecimiento no cuente con una unidad de participación, se solicita adicionalmente, crearla y establecerla en su orgánica, la que deberá estar bajo la dependencia directa de la autoridad superior del establecimiento.

⁴ Ídem.

⁵ Ídem.

⁶ Minuta de Participación Ciudadana en Salud, Ministerio de Salud, 17 de octubre de 2022.

2. Director/a del establecimiento presenta el Plan Estratégico Anual a las organizaciones ya mencionadas en la descripción, generando un espacio de diálogo participativo.

Tal como lo señala el artículo 16 del D.S. Nº 38 de 2005, en la letra c) el Establecimiento debe “tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento...” el cual deberá considerar la temática de participación.

Ante este requisito, se solicita al director/a del establecimiento presentar el Plan Estratégico Anual a los representantes de la comunidad, con la finalidad de generar un espacio de diálogo participativo, instancia en la que se reflexionará colectivamente (autoridad y comunidad) sobre las materias públicas de salud del establecimiento, momento en que se recopilarán, canalizarán y sintetizarán las inquietudes, necesidades, propuestas y soluciones en materia de interés para la requerimientos de salud de los representantes de la comunidad y usuarios.⁷

3. El director/a del establecimiento junto a las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil que se encuentren en la jurisdicción territorial del establecimiento, incluido el C.C.U. elaboran un Plan Anual de Acciones de Participación y un cronograma de actividades.

Los antecedentes emanados de la primera reunión realizada deberán ser analizados por establecimiento de salud, con la finalidad que el director/a presente a representantes de la comunidad una propuesta de Plan Anual de Acciones de Participación y de cronograma de actividades por realizar y a financiar por el establecimiento. Entre la autoridad del establecimiento y representantes de la comunidad se deberá aprobar ambos instrumentos de gestión participativa.

El Plan Anual de Acciones de Participación, debe considerar la definición de problemas a resolver durante el periodo, el diseño e implementación de soluciones, métodos de seguimiento de las acciones planteadas y evaluación final, es decir, la modalidad en la cual se realizará la retroalimentación de dicho Plan.

Finalmente, el Plan Anual de Acciones de Participación elaborado y aprobado participativamente y en conjunto, deberá contar con a lo menos 10 acciones efectivas de participación ciudadana, ejecutadas en conjunto con la comunidad y financiada por el establecimiento. Adicionalmente, se debe contar con a lo menos seis reuniones (entre el director/a del establecimiento y los representantes de la comunidad), con el objetivo de evaluar la incidencia y ejecución que han tenido las acciones para la comunidad usuaria del establecimiento de salud.

4. Director/a del establecimiento y las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil que se encuentren en la jurisdicción territorial del establecimiento, incluido el C.C.U. deberán comunicar a la comunidad usuaria, funcionaria y a la sociedad civil el Plan Anual de Acciones de Participación y el cronograma de actividades.

Para el cumplimiento de esta instancia se requiere que el director/a requiera al área de comunicaciones del establecimiento que publique en su página web, redes sociales, diario mural, correo masivo a la comunidad funcionaria u otro mecanismo informativo con el cual se informe sobre la existencia del Plan Anual de Acciones de Participación y el cronograma de actividades, la actividad participativa que se realizó para consensuar dichos documentos.

5. El director/a, el encargado/a de la unidad de participación ciudadana y los representantes de la comunidad, deben realizar las actividades de participación ciudadana efectivas establecidas en el Plan Anual de Acciones de Participación, establecidas en el cronograma.

Se requiere la realización de al menos 10 actividades de participación ciudadana efectivas, que se encuentren establecidas en el Plan Anual de Acciones de Participación y en el cronograma de actividades, más las 6 reuniones del director/a del establecimiento con los representantes de la comunidad usuaria.

Se deja establecido que debe excluirse la Cuenta Pública Participativa que se realiza anualmente, y el financiamiento de servicios de publicidad y folletería.

Entre las actividades que puede realizar se incluyen los siguientes mecanismos de participación ciudadana: Encuentros en terreno con la comunidad usuaria y/o sociedad civil, diálogos participativos, conversatorios todos estos relacionados a temas atingentes en salud, consultas ciudadanas, cabildos, parlamentos infanto-juveniles, presupuesto participativo entre otras. Toda actividad debe avanzar en la inclusión de los grupos tradicionalmente excluidos, con equidad de género y con enfoque de derechos.

Se proveerá de una minuta para reportar cada una de las actividades de participación realizada, entre la información que se requerirá se encuentra: fotografías, fecha, lugar, cantidad y lista de asistentes, temática tratada, expositor o

⁷ Se entiende, para estos efectos, por representantes de la comunidad y usuarios a: “todas las personas beneficiarias de la salud pública, incluyendo distintos grupos tradicionalmente excluidos, como los pueblos originarios, personal en situación de discapacidad, niños, niñas y adolescentes, migrantes, voluntariado, diversidad sexual, trabajadores, estudiantes, y se debe promover la igualdad de género entre otros, vinculados a la jurisdicción territorial del establecimiento, incluido el C.C.U.

expositora, desglose por género. Para reportar el financiamiento otorgado, se solicitará monto total entregado para cada actividad, desglose por ítem de gasto y copias de boletas del gasto realizado.

6. El director/a del establecimiento debe presentar un Informe de avance del primer semestre, y otro al final de año con el cumplimiento de las actividades de participación, que contenga al menos lo siguiente:
 - Definir el alcance de las actividades y acciones realizadas.
 - Descripción de los procesos realizados y cómo funcionaron, tanto internamente (en el establecimiento) y con la comunidad usuaria y funcionaria.
 - Análisis que determine si se ha cumplido con las necesidades planteadas en el Plan Anual de Acciones de Participación y en el cronograma.
 - Se debe concluir el Informe con recomendaciones sobre acciones necesarias para mejorar en el próximo periodo.

Antecedentes a tener en cuenta

Las actividades de participación ciudadana efectiva requieren un componente enérgico de gestión con la red interna, con la comunidad e instituciones del territorio y los gastos que estas generan son menores, vinculados a generar pertenencia y relevancia a las temáticas y al trabajo colaborativo y de corresponsabilidad con la comunidad. Una alternativa posible es la vinculación con programas que cuentan con financiamiento y que requieren mecanismos de participación.

Se considera que las actividades de carácter presencial se pueden realizar también a través de otras vías como teleconferencias y/o página web, las que se puedan reprogramar en caso de contingencia justificada.

No pueden ser consideradas acciones de participación ciudadana efectivas la Cuenta Pública (por ser un requisito exigido en el D.S. N° 38) y las acciones de financiamiento de publicidad y folletería, ya que estas últimas son entendidas como acciones de comunicación y no de participación ciudadana.

Anexo N°12.**Documento de apoyo 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, al menos cada 4 meses (puede ser más frecuente) de todas las IAAS que le apliquen al establecimiento de acuerdo con las instrucciones vigentes ministeriales, considerando tendencias de los últimos 3 años (de existir, al menos),

comparación con los indicadores nacionales de referencia cuando exista y su etiología (porcentajes de los agentes etiológicos). Registro en SIS-Q de manera cuatrimestral (cada 4 meses), resto de meses N/A mensual.

2.- Existencia de estudio anual de calidad de la información (sensibilidad de la vigilancia y prevalencia de infecciones) autorizado en Sicars a más tardar a enero del año siguiente del año evaluado.

3.-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 (ARAIISP)). Registro SIS-Q según ocurrencia de brote, resto de meses N/A mensual.

4.-Análisis de la resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS, con detalle del agente, antimicrobiano y porcentaje de cepas resistentes durante los meses de abril y septiembre del año evaluado, de acuerdo con instrucciones vigentes (<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/Exento-16-de-2019-Modifica-NT-175-Vigilancia-Nacional-de-Resistencia-a-los-Antimicrobianos-en-Agentes-que-pueden-producir-IAAS.pdf>). Registro en SIS-Q de manera cuatrimestral en los cuatrimestres correspondientes a los meses en los cuales se debe efectuar el estudio, resto de meses N/A mensual.

5.-Descripción de las medidas de control planificadas para los problemas identificados (programas de supervisión de prácticas u otras medidas de intervención), con datos sobre el grado de cumplimiento esperado. Al menos debe existir planificación de intervenciones específicas para tipos de IAAS con tasas mayores del indicador de referencia nacional. Registro en SIS-Q de manera cuatrimestral (cada 4 meses), resto de meses N/A mensual.

6.-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 avances o grados de cumplimiento esperados.

7. Informe anual firmado por la unidad de capacitación (o su equivalente) y la jefatura del equipo de IAAS local indicando que, a diciembre del año evaluado, al menos un 90% de los Profesionales responsables de dirigir y supervisar el actuar de otros profesionales o técnicos con actividades clínico-asistenciales al interior del establecimiento ha realizado, al menos, una capacitación en aspectos específicos de prevención y control de IAAS en los últimos 5 años calendario.

Por profesionales responsables de dirigir y supervisar se entiende: (1) Profesional a cargo de la conducción de los servicios clínicos (profesional inscrito como Director(a) Técnico(a) ante la SEREMI de acuerdo al reglamento 161 de 1982); (2) Médicos(as) jefes de servicios clínicos, centros de responsabilidad, departamentos o unidades con atención directa de pacientes, incluyendo profesionales no médicos(as) jefatura de odontología y kinesiología; (3) profesionales a cargo de la gestión del cuidado de enfermería y obstetricia (de acuerdo a las Normas Técnicas n°1 de 1994, Norma General Administrativa n°19 de 2007 y Norma General Administrativa n°21 de 2010); y (4) profesionales de enfermería y obstetricia a cargo de la supervisión de servicios clínicos con atención directa de pacientes. No se incluyen subrogantes ni profesionales que no tienen principalmente actividades clínico-asistenciales.

Por capacitación en aspectos específicos de prevención y control de IAAS en los últimos 5 años calendario se entiende capacitación cursada y aprobada en un plazo \leq 5 años calendario que cumplan los siguientes requisitos: (1) Duración \geq 80 horas pedagógicas totales; (2) Mecanismo de evaluación con nota y certificación por un organismo autorizado para dicho fin (Dirección de Servicio de Salud, Sociedad Científica, Universidad, OTEC, otras); (3) Modalidad de capacitación presencial o en línea; (4) incluya los siguientes contenidos mínimos: (a) precauciones estándares (técnica aséptica, higiene de manos, uso de equipos de protección personal, prevención de lesiones cortopunzantes, esterilización y desinfección); (b) precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión (aislamiento de pacientes); (c) medidas de prevención de las principales IAAS (infección urinaria asociada a catéter urinario, infección de torrente sanguíneo asociada a catéter vascular, infección de sitio quirúrgico, infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica, endometritis puerperal, infecciones gastrointestinales); (d) medidas de prevención de IAAS en grupos especiales de pacientes (neonatos, hemodiálisis, quemados, trasplantados); (e) IAAS y factores ambientales (construcciones, desastres naturales).

Excepcionalmente, para jefaturas de odontología, se solicitarán como mínimo un curso de \geq 20 horas pedagógicas totales con los siguientes contenidos mínimos: 1) precauciones estándares (técnica aséptica, higiene de manos, uso de equipos de

protección personal, prevención de lesiones cortopunzantes, esterilización y desinfección); (2) precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión (aislamiento de pacientes).

Los contenidos mínimos pueden ser entregados en una o más actividades de capacitación, pero para considerar que el requisito está cumplido, al momento de la evaluación todos los contenidos deben tener menos de cinco años desde impartidos y la suma de la capacitación certificada debe ser ≥ 80 horas pedagógicas.

8. Informe anual firmado por la unidad de capacitación (o su equivalente) y la jefatura del equipo de IAAS local indicando que, a diciembre del año evaluado, al menos un el 80% de los profesionales, técnicos y alumnos de internado y prácticas profesionales con actividades clínico-asistenciales que han ingresado al establecimiento desde enero del año evaluado, han recibido capacitación en precauciones estándares. Por haber recibido capacitación en precauciones estándares se entenderá: (a) haber recibido capacitación con duración ≥ 27 horas pedagógicas totales, (b) con mecanismo de evaluación con nota y certificación por un organismo autorizado para dicho fin (Dirección de Servicio de Salud, Sociedad Científica, Universidad, OTEC, otras), (c) modalidad presencial o en línea, (d) incluya los siguientes contenidos mínimos: técnica aséptica, higiene de manos, uso de equipos de protección personal, prevención de lesiones cortopunzantes, esterilización y desinfección de alto nivel, limpieza y desinfección de superficies, inyecciones seguras, prevención de accidentes cortopunzantes.

Si bien los contenidos mínimos pueden ser entregados en una o más actividades de capacitación, para considerar que el requisito está cumplido, al momento de la evaluación, todos los contenidos haber sido ya abordados y la suma de horas pedagógicas certificadas debe ser ≥ 27 horas pedagógicas.

9.- Cumplimiento en la ejecución de actividades programadas. El equipo del PCI elaborará 3 informes de avance de cumplimiento de las actividades planificadas, separados por un mínimo de tres meses, que serán presentados al Director(a) del Establecimiento, Dirección Técnica de éste, y 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.

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 mayo, septiembre y diciembre, resto de meses N/A mensual.

Formato sugerido

-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

Como se ha mencionado, en los informes de avance se puede presentar la información solicitada en el requisito 1.

10.- 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. Se sugiere utilizar el último informe del requisito 9 para incorporar este requisito. 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°13.

Documento de apoyo al 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 con el 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 Ministerial, Gabinete Ministra, Minsal.