



SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS
DEPTO. GESTIÓN DE PERSONAS
SUBDEPTO. DE PERSONAS
DRA. ARR/AZA/PAG/ppp
Nº 1270.- 09-11-2023

FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2024, PARA EFECTOS DE LA ASIGNACIÓN ASOCIADA AL CUMPLIMIENTO ANUAL DE METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD, A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY N°20.707, PARA LAS UNIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS DEL SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS.

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 5169

RANCAGUA, 15 NOV 2023

VISTOS: Lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 20.707; Resolución N° 684 del 21 de septiembre de 2023 que fija áreas prioritarias y compromisos año 2024 de la Subsecretaría Asistenciales; Decreto N° 172, de 2014, del Ministerio de Salud, que "Aprueba reglamento para el pago de la asignación por cumplimiento anual de metas de producción y de calidad a que se refiere el artículo 12 de la Ley N°20.707"; D. Afecto. N°05/2023 del Ministerio de Salud, Oficio N°102364 de fecha 17/07/2023 de la Contraloría General de la República que nombra al Director del Servicio de Salud O'Higgins; DFL N°1 del 2006 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N°2763/79 y otros cuerpos legales

CONSIDERANDO:

1.- Que el Ministerio de Salud fijó las metas asociadas a las áreas prioritarias y compromisos para el año 2024, para el pago de Asignación por cumplimiento Anual de Metas de Producción y Calidad proporcionada a los usuarios de los establecimientos de los Servicios de Salud.

2.- Que el pago de la asignación, está asociado al cumplimiento de las metas suscritas por cada área de los establecimientos de los Servicios de Salud.

3.- Que el cumplimiento de las metas específicas, fijadas para el año 2024, en los porcentajes correspondientes, otorga a los funcionarios de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, regidos por la Ley 15.076, el derecho a percibir el porcentaje respectivo de dichas asignaciones.

4.- Que, sobre la base de las áreas prioritarias y objetivos globales definidos por esta Subsecretaría, los Directores de Servicios de Salud deben celebrar un convenio con los directores de establecimientos de su dependencia, que debe contener las metas pertinentes y relevantes asociadas a producción y calidad, con sus correspondientes indicadores, ponderadores y mecanismos de verificación.

5.- Que, los convenios indicados en el numeral precedente deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales indicados.

RESOLUCIÓN:

1°. APRUÉBASE. El convenio de desempeño suscrito para el periodo 2024 entre el Servicio de Salud O'Higgins y el Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 12 Metas de la Ley 20.707, el que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

DISTRIBUCIÓN

- Hospital HRLBO
- Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas
- Subdepto. Personas D.S.S. (2)
- Depto. de Auditoría SS.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Departamento Control de gestión – Gabinete Subsecretaría Redes Asistenciales - MINSAL
- Departamento Control de Gestión – D.S.S.
- Oficina de Partes SS.





Servicio de Salud OHiggins
Departamento De Control De Gestión

CONVENIO

Personal Ley 15.076 del Hospital Regional de Rancagua

En Rancagua, a 9 de noviembre del año 2023, entre el Servicio de Salud OHiggins, representado en este acto por su Director/a Jaime Andrés Gutiérrez Bocaz C.I. N° 14.359.048-8, domiciliado en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 609, comuna de Rancagua, región de Cachapoal y el/la Director/a (s) del Hospital Regional de Rancagua, Adolfo César Beck Quintanilla C.I. N° 15.759.424-9, domiciliado para estos efectos en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 3095, comuna de Rancagua, región de Lib. Gral. Bernardo O'Higgins, en adelante "el Servicio" y el "Hospital Regional De Rancagua" respectivamente y conforme a las disposiciones de los artículos 12 de la Ley N° 20.707, Resolución Exenta N° 684 del 21 de Septiembre del año 2023, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, se celebra el siguiente convenio que contiene los compromisos que deberá cumplir el Hospital Regional De Rancagua en el año 2024, para los efectos del pago de la asignación por cumplimiento anual de metas de producción y calidad durante el año 2025.

PRIMERO: Por este convenio, el Hospital Regional De Rancagua establece las metas, indicadores y ponderaciones que a continuación se indican, las cuales deberán ser cumplidas dentro del periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del año 2024.

SEGUNDO: Las metas que se deben suscribir están clasificadas en Producción y Calidad; entendiéndose por **Producción:** el número y tipo de prestaciones y/o indicadores de procesos de atención relacionados con provisión de servicios asistenciales; **Calidad:** indicadores asociados al cumplimiento de estándares generales definidos por el Ministerio de Salud para la atención sanitaria y para la satisfacción del usuario, así como al de aquellos relacionados con su mejoramiento.

TERCERO: Cada unidad de desempeño que deba ejecutar metas, compromete el cumplimiento de entre 4 y 10 metas diferentes, asociadas a la producción y a la calidad. En su conjunto deben comprender el 100% del compromiso y en ningún caso la ponderación de algún indicador podrá ser menor al 10%.

CUARTO: Los indicadores para cada unidad de desempeño quedarán establecidos en el Anexo N°1 que forma parte integrante del presente convenio.

QUINTO: El porcentaje de bonificación se calculará multiplicando el porcentaje de cumplimiento obtenido según resulte luego de la sumatoria de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sobre la sumatoria del sueldo base, asignaciones de antigüedad, de estímulo a que se refiere el artículo 1° de la Ley 19.230, el artículo 8° bis de la ley 15.076 y el artículo 39 del Decreto Ley N°3.551 de 1980.

SEXTO: El cumplimiento de los compromisos suscritos en el presente convenio, para cada una de las unidades de desempeño en el establecimiento, dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios regidos por la ley 15.076 una asignación por cumplimiento anual de metas, siempre y cuando se cumplan a lo menos el 75% de las metas fijadas, de acuerdo a la siguiente indicación:

- a) Unidades con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 100%:
Porcentaje de Bonificación = 10% del valor acumulado en el trimestre respectivo.
- b) Unidades con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 100%:
Porcentaje de Bonificación = Proporcional al 10%
- c) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%:
Porcentaje de Bonificación = 0%

SÉPTIMO: Mediante Resolución Exenta dictada por el Director(a) del Servicio de Salud OHiggins o el Director del Hospital Regional de Rancagua durante los primeros diez días del mes de marzo del año 2025, y sobre la base de la evaluación que determina el grado de cumplimiento de las metas anuales suscritas, se fijarán los porcentajes a pagar por concepto de esta asignación, pago que se hará efectivo en cuatro cuotas en marzo, junio, septiembre y diciembre del año 2025.

OCTAVO: El Servicio de Salud y el Hospital Regional De Rancagua prestarán toda la colaboración necesaria para cumplir con los requerimientos de información que solicite el Ministerio de Salud a fin de que éste, de acuerdo a la normativa vigente, ejerza el control del cumplimiento del convenio a través de seguimiento y auditorías periódicas.

NOVENO: El Director(a) del Servicio de Salud OHiggins adoptará las medidas, con el Director del Hospital Regional De Rancagua, para mantener una evaluación permanente de los compromisos asumidos y la veracidad de la información de su cumplimiento.

DÉCIMO: Junto con la visación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se enviará una copia del presente convenio y la respectiva resolución aprobatoria del Director(a) del Servicio de Salud, al Director(a) del Hospital Regional De Rancagua y de las Unidades de Desempeño sujetas del compromiso suscrito.

 ABOLFO CESAR BECK QUINTANILLA DIRECTOR/A (S) HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA	 JAIME ANDRÉS GUTIÉRREZ BOCAZ DIRECTOR/A SERVICIO DE SALUD OHIGGINS
--	---

Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua
Servicio De Salud Ohiggins
Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad
Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: Medicina

Nº de indicador (Según Resolución o Índice Meta Local)	Nombre del indicador	Formula de Cálculo	Tipo de indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 686 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.1	Porcentaje de funcionarios que portan identificación funcionaria.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el período}) * 100$	Proceso	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	100%	100%	30,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) * 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥90%	≥90%	20,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno auditadas en el período}) * 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, ADC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	40,0%
3.10	Porcentaje de cumplimiento de la evolución médica diaria del paciente hospitalizado.	$(\text{Número de pacientes con evaluación médica registrada diariamente} / \text{Número total de pacientes auditados en el período con 24 o más horas de hospitalización}) * 100$	Proceso	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informada, asociadas por el Director del Establecimiento	≥95%	≥95%	30,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dra. Carolina Soto Schlegel
 Jefe Unidad de Medicina

Dra. Carolina Soto Schlegel
 Directora (a) del Hospital Regional De Rancagua

**Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua
Servicio De Salud Ohiggins**

**Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad
Ley 20.707 año 2024**

Unidad de Desempeño: Gineco Obstetricia

Nº de Indicador (Según Resolución o Indicador Meta Local)	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de Indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 684 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.2	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado	(Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo / Número total de cirugías mayores) x 100.	Proceso	Sistema de Acreditación, DP 2.1 según orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	20,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	(Nº funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años/ Nº total de funcionarios de salud del establecimiento) x 100	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥90%	≥90%	20,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo	(Nº entrega de turno con registro según protocolo/ Nº total de entregas de turno auditadas en el periodo) *100	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	30,0%
3.7	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio.	(Nº de protocolos operatorios con registros mínimos / Nº total de protocolos operatorios auditados en el periodo) *100	Proceso	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	30,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dra. Antonieta Pedota Aresta
Jefe Unidad de Gineco Obstetricia



**Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua
Servicio De Salud Ohiggins**

**Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad
Ley 20.707 año 2024**

Unidad de Desempeño: Urgencia Gineco Obstetricia

Nº de indicador (según Resolución o Indicador Meta Local)	Nombre del indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 084 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.2	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado	$(\text{Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo} / \text{Número total de cirugías mayores}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, DP 2.1 según orientaciones Técnicas.	≥90%	≥90%	20,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$(\text{Nº entrega de turno con registro según protocolo} / \text{Nº total de entregas de turno auditadas en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	30,0%
3.6	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU.	$(\text{Nº de DAU con registros mínimos} / \text{Nº total de DAU auditadas en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	≥90%	≥90%	30,0%
3.7	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio.	$(\text{Nº de protocolos operatorios con registros mínimos} / \text{Nº total de protocolos operatorios auditados en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	≥90%	≥90%	20,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dra. Antonieta Pedota Aresta
Jefe Unidad de Urgencia Gineco Obstetricia



Adolfo César Becerra Quintanilla
Director(a) (s) del Hospital Regional De Rancagua

Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: Urgencia Pediatría

N° de Indicador (Según Resolución o Indicador Meta Local)	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de Indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 684 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
1.1	Porcentaje de usuarios categorizados C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediatría en el periodo.	$(\text{Número total de usuarios C2-ESI2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / \text{Número total de pacientes C2-ESI2 atendidos en LIEH en el periodo}) \times 100$	Resultado	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia Hospitalaria del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2 y/o ESI2, hora de categorización y hora de primera atención médica, considerando los registros según tabla 1 presentada en observaciones del indicador en Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	30,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	$(\text{N° funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / \text{N° total de funcionarios de salud del establecimiento}) \times 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥90%	≥90%	30,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$(\text{N° entrega de turno con registro según protocolo} / \text{N° total de entregas de turno auditadas en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	40,0%
3.6	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU.	$(\text{N° de DAU con registros mínimos} / \text{N° total de DAU auditadas en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	40,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dr. Walter Arriagada Coronel
Jefe (s) Unidad de Urgencia Pediatría



Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: Urgencia Adultos

N° de Indicador (Según Resolución o Índice Mora Local)	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de Indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 684 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
1.1	Porcentaje de usuarios categorizados C2 o ES12 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.	$(\text{Número total de usuarios C2-ES12 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / \text{Número total de pacientes C2-ES12 atendidos en UEH en el periodo}) \times 100$	Resultado	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia Hospitalaria del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2 y/o ES12, hora de categorización y hora de primera atención médica, considerando los registros según tabla 1 presentada en observaciones del indicador en Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	30,0%
1.2	Porcentaje de potenciales donantes de órganos para trasplantes.	$(\text{N}^{\circ} \text{ total de potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años generados en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y/o pediátricas registrado en SIDOT} / \text{N}^{\circ} \text{ total de egresos fallecidos por causa neurológica entre 6 meses a 78 años, en las unidades de UPC, Ucis UTIs adultas y pediátricas, reportados por GRD y registrados en SIDOT}) \times 100$	Eficacia	Informe de validación elaborado por la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) del establecimiento o de la red. El informe debe incluir en el numerador las estadísticas de potenciales donantes registrados en SIDOT y en el denominador los fallecidos del reporte GRD y registrados en SIDOT.	Según Línea Base: LB ≤10%, aumento ≥30%, LB >10% y ≤20%, aumento ≥25%, LB >20%, aumento ≥20%.	Según Línea Base: LB ≤10%, aumento ≥30%, LB >10% y ≤20%, aumento ≥25%, LB >20%, aumento ≥20%.	40,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(\text{N}^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / \text{N}^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) \times 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador.	≥90%	≥90%	30,0%
3.6	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU.	$(\text{N}^{\circ} \text{ de DAU con registros mínimos} / \text{N}^{\circ} \text{ total de DAU auditadas en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación RED LT según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	40,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%



Dr. Nicolas Yáñez Reyes
(s) Unidad de Urgencia Adultos



Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: Neurocirugía

Nº de Indicador (Según Resolución o Indicador Meta Local)	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de Indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 654 del 21 sept. año 2023.	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.2	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado	(Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo / Número total de cirugías mayores) * 100.	Proceso	Sistema de Acreditación, OP 2.1 según orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	40,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	(Nº entrega de turno con registro según protocolo/ Nº total de entregas de turno auditadas en el periodo) *100	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	10,0%
3.7	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio.	(Nº de protocolos operatorios con registros mínimos / Nº total de protocolos operatorios auditados en el periodo) *100	Proceso	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	40,0%
3.10	Porcentaje de cumplimiento de la evolución médica diaria del paciente hospitalizado.	(Número de pacientes con evaluación médica registrada diariamente / Número total de pacientes auditados en el periodo con 24 o más horas de hospitalización) X 100	Proceso	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informadas y autorizadas por el Director del Establecimiento	≥95%	≥95%	10,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%


Dr. Enrique Vásquez Pedraza
Jefe Unidad de Neurocirugía


Dr. Juan Enrique Vásquez Pedraza
NEUROCIRUGÍA
RUC 15.383.434 - 2
R.C.M. 26.331 - 1



Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: Anestesia y Pabellones Quirúrgicos

N° de indicador (Según Resolución o Indicador Meta Local)	Nombre del indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de indicador	Medio de verificación	Meta nacional según Resolución 884 del 21 sept. año 2021	Meta suscrita año 2021	Ponderación
3.1	Porcentaje de funcionarios que portan identificación funcional.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo}) * 100$	Proceso	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	100%	100%	25,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) * 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador.	≥90%	≥90%	25,0%
Meta Local	Porcentaje de cumplimiento de evaluaciones preanestésicas realizadas de acuerdo a protocolo local, en procedimientos quirúrgicos realizados en pabellón central	$(N^{\circ} \text{ de evaluaciones preanestésicas realizadas de acuerdo a protocolo local} / N^{\circ} \text{ de procedimientos quirúrgicos realizados en pabellón central}) * 100$	Calidad	Sistema de acreditación, GCL 1.1. Orientaciones médicas	No Aplica	≥80%	25,0%
Meta Local	Porcentaje de evaluaciones preanestésicas realizadas en cirugías mayores	$(N^{\circ} \text{ de evaluaciones preanestésicas realizadas} / N^{\circ} \text{ total de cirugías mayores}) * 100$	Producción	Sistema de acreditación, GCL 1.1. Orientaciones médicas	No Aplica	≥80%	25,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dr. Sergio Zamorano Ortiz
Jefe Unidad de Anestesia Y Pabellones Quirúrgicos

Dr. SERGIO ZAMORANO ORTIZ
RUT. 7.546.055-4
REG. 818 1996



Adolfo Cesar Beck Quintanilla
Director (a) (a) del Hospital Regional De Rancagua

**Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua
Servicio De Salud Ohiggins**

**Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad
Ley 20.707 año 2024**

Unidad de Desempeño: UPC Adultos

N° de indicador (Según Resolución o Índice Meta Local)	Nombre del indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 684 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.1	Porcentaje de funcionarios que portan identificación funcionaria.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo}) \times 100$	Proceso	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	100%	100%	20,0%
3.3	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.	$(\text{Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso según protocolo local} / \text{Número total de pacientes ingresados a UPC}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	60,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) \times 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥90%	≥90%	10,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno auditadas según protocolo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, AGC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	10,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dr. Israel Lavady Núñez
Jefe Unidad de Upc Adultos

Adolfo César Beek Quintanilla
Director(a) (S) del Hospital Regional De Rancagua

**Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua
Servicio De Salud Ohiggins**

**Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad
Ley 20.707 año 2024**

Unidad de Desempeño: Pediatría

N° de indicador (Según Resolución o Indicar Meta Local)	Nombre del indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 684 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.1	Porcentaje de funcionarios que portan identificación funcionaria.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo}) \times 100$	Proceso	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	100%	100%	25,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) \times 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥50%	≥50%	25,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno auditadas en el periodo}) \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	25,0%
3.10	Porcentaje de cumplimiento de la evolución médica diaria del paciente hospitalizado.	$(\text{Número de pacientes con evaluación médica registrada diariamente} / \text{Número total de pacientes auditados en el periodo con 24 o más horas de hospitalización}) \times 100$	Proceso	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informadas y autorizadas por el Director del Establecimiento	≥95%	≥95%	25,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

all
Dra. Lucía Álamos Lara
Aut. 7.683.382-6
Jefe Servicio
Pediatría HRLBO
Jefe Unidad de Pediatría



Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: UPC Neonatal

Nº de indicador (Según Resolución o Indicador Meta Local)	Nombre del indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 584 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.1	Porcentaje de funcionarios que porten identificación funcionaria.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo}) * 100$	Proceso	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	100%	100%	10,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) * 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplen con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥90%	≥90%	10,0%
3.3	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.	$(\text{Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso según protocolo local} / \text{Número total de pacientes ingresados a UPC}) * 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	40,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno auditadas en el periodo}) * 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	40,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dra. María José Céspedes
Jefe Unidad de UPC Neonatal

María José Céspedes Vinnela
Neonatóloga
Registro N° 1355



Adolfo Cesar Beck Quintanilla
Director(a)-s del Hospital Regional De Rancagua

Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: U.P.C. Pediatría

N° de Indicador (Según Resolución o Indicar Meta Local)	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Tipo de Indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 664 del 21 sept. año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.3	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.	$\frac{\text{Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso según protocolo local}}{\text{Número total de pacientes ingresados a UPC}} \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	30,0%
3.5	Porcentaje entrega de turno con registro según protocolo.	$\frac{\text{Nº entrega de turno con registro según protocolo / Nº total de entregas de turno auditadas en el período}}{\text{Nº total de entregas de turno auditadas en el período}} \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	≥95%	≥95%	10,0%
3.8	Porcentaje de pacientes quirúrgicos que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.	$\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo}}{\text{Nº total pacientes auditados intervenidos quirúrgicamente}} \times 100$	Proceso	Sistema de Acreditación, GCL3.3 según Orientaciones Técnicas.	≥98%	≥98%	30,0%
3.10	Porcentaje de cumplimiento de la evolución médica diaria del paciente hospitalizado.	$\frac{\text{Número de pacientes con evaluación médica registrada diariamente}}{\text{Número total de pacientes auditados en el período con 24h más horas de hospitalización}} \times 100$	Proceso	Informes de resultado de las auditorías realizadas por prevalencia informadas y autorizadas por el Director del Establecimiento	≥95%	≥95%	30,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Dr. Marcos González M.
Jefe Unidad de U.P.C. Pediatría



Anexo N°1: Indicadores suscritos por las Áreas de Trabajo en el Hospital Regional De Rancagua

Servicio De Salud Ohiggins

Áreas Prioritarias y Compromisos: Cumplimiento Anual Metas de Producción y Calidad

Ley 20.707 año 2024

Unidad de Desempeño: Farmacia

N° de Indicador (Según Resolución o Indicar Meta Local)	Nombre del indicador	Formula de Cálculo	Tipo de Indicador	Medio de verificación	Meta Nacional según Resolución 684 del 21 sept año 2023	Meta suscrita año 2024	Ponderación
3.1	Porcentaje de funcionarios que portan identificación funcionaria.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios del Establecimiento de salud, supervisados en el periodo}) * 100$	Proceso	Certificado de cumplimiento firmado por el Director del Establecimiento y enviado al Servicio de Salud correspondiente.	100%	100%	20,0%
3.4	Cobertura de capacitación actualizada de funcionarios de salud en prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios de salud del establecimiento con curso de prevención y control de IAAS aprobado con una antigüedad menor a 5 años} / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de salud del establecimiento}) * 100$	Resultado	Certificados de capacitación de funcionarios de salud que cumplan con los requisitos descritos en la fórmula del indicador	≥50%	≥50%	20,0%
Meta Local	Porcentaje de despacho correcto de medicamentos en farmacia hospitalizados	$(N^{\circ} \text{ de pautas de observación de despacho correcto de medicamentos en farmacia hospitalizados con 100% de cumplimiento} / N^{\circ} \text{ de pautas de observación de despacho de medicamentos en farmacia hospitalizados aplicadas}) * 100$	Calidad	Pautas de Observación APF 1.4	No Aplica	≥90%	30,0%
Meta Local	Porcentaje de correcto almacenamiento y conservación de medicamentos en farmacia	$(N^{\circ} \text{ de pautas de observación de correcto almacenamiento y conservación de medicamentos en farmacia con 100% de cumplimiento} / N^{\circ} \text{ total de pautas de observación de correcto almacenamiento y conservación de medicamentos en farmacia aplicadas}) * 100$	Calidad	Pautas de Observación de Almacenamiento y Conservación APF 1.5	No Aplica	≥90%	30,0%
SUMA PONDERACIÓN							100,00%

Daniela Avalos S.
15.992.407
Quilínico Farmacia
Jefe (s) Unidad de Farmacia

