



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED 2021



División de Presupuesto
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Dirección de Presupuesto
Ministerio de Hacienda
Año 2021

AUTORES

División de Presupuesto.

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

COLABORADORES

Departamento de Auditoría, Gabinete Ministerio de Salud.

Enrique Parra Ruiz.
Ana María Martínez Silva.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.

Lorena Durán Caroca.
Pamela Suárez Ojeda.

Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Departamento Salud Digital

Vezna Sabando Franulik.
Carlos Arapob Urbina.

Departamento de Participación y Trato al Usuario.

Frank Reimberg Navarro.
Angelo Valladares Contreras.

División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Departamento de Eficiencia Hospitalaria.

Andrea Araya Villalón.
Natalia Díaz Nuñez.
Christopher Lui Mi.
Karen Quezada Pérez.
Alejandra Ramos Vega.
Marco Vásquez Zúñiga.

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

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.

Anamari Avendaño Arechabala.
María Elena Campos Alarcón.
Inés Gonzalez Soto.
Alejandro Gómez Muñoz.
Carolina Isla Meneses.
Patricio Manríquez Arriagada.
Francisca Molina Pérez.

Leonardo Molina Fuentes.
Lisset Slaibe Carrasco.
Silvana Santander Azar.
Jose Luis Santelices Matta.
Mabel Pinilla Villalobos.
Paulo Vilches Gonzalez

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.

Manuel Arriagada Figueroa.
Mauro Orsini Brignole.

Departamento GES y Redes de Alta Complejidad.

Orietta Candia Pérez.
Yonathan San Martín Vega.

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

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

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

Departamento de Calidad de Vida Laboral.

Constanza Aldunate Grez.
María Isabel Acosta Vásquez.

Departamento Planificación y Control de Gestión de RHS

Claudia Godoy Cubillos.
Rodrigo Castro Arriagada.

Departamento de Gestión de las Personas.

Verónica Marín Fernández.
Pamela Mundaca Muñoz.



ÍNDICE

AUTORES	3
COLABORADORES	3
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
I. CONTEXTO.....	8
II. ANTECEDENTES.....	9
III. REQUISITOS EVALUACIÓN EAR.....	10
IV. CONSIDERACIONES DEL BSC HOSPITALARIO.....	12
INDICADORES BALANCED SCORECARD AÑO 2021	27
Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST (A.1.1).	28
Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo (A.1_1.3).....	29
Variación del gasto en compra de servicios (A.1_2.3).	30
Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente (A.1_2.4).....	31
Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios (A.1.3).	32
Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA (A.3_1.1).....	33
Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos (A.3_1.2).	34
Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados (A.3_1.6).	35
Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS) (A.3_1.7).	36
Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista (A.4_1.1). ..	37
Porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas de especialidad realizadas por telemedicina (A.4_1.2).	38
Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).	39
Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables (B.3_1.1).	40
Índice funcional (B.3_1.3).	41
Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores) (B.3_1.4).	42
Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados (B.3_1.5).	43
Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).	44
Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.3).....	45
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas (B.4_1.4).	46
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas (B.4_1.5).	47

Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica (C.3.1).....	48
Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red (C.4_1.1).....	49
Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad (C.4_1.2).....	50
Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica (C.4_1.3).....	51
Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica (C.4_1.4).....	52
Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2).....	53
Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria (C.4_3.1).....	54
Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica (C.4_3.4).....	55
Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2).....	56
Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales (D.3.2).....	57
Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).....	58
Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría (D.3_2.2).....	59
Porcentaje de despacho de receta total y oportuno (D.4_1.2).....	60
Porcentaje de reingresos urgentes de pacientes antes de 7 días (D.4_1.6).....	61

ANEXOS. 62

Anexo N°01_Documentos Tributarios Electrónicos (DTE).....	62
Anexo N° 02 Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos.....	63
Anexo N° 03_Listado de medicamentos excluidos de la medición del indicador.....	70
Anexo N° 04 Documento de apoyo Planilla de Generación REAS.....	71
Anexo N° 05 Documento de apoyo para plan de abordaje y prevención.....	72
Anexo N°06 Definiciones para determinar numerador y denominador de indicador Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).....	74
Anexo N°07 Orientaciones Proceso de Notificación y pesquisa de Posibles Donantes de Órganos (C.3.1).....	75
Anexo N°08 Definiciones GES.....	86
Anexo N°09 Definiciones del Consejo Consultivo de los Usuarios – Extracto D.S. N° 38.....	88
Anexo N°10 Definiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.....	89
Anexo N°11 Documento de apoyo para el indicador Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (D.1.2).....	91
Anexo N°12 Pauta e información de componente de Registros estadísticos.....	933
Anexo N° 13 Documento de apoyo Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).....	988
Anexo N°14 Pauta de chequeo para evaluación anual del indicador Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, Producto de una Auditoría (D.3_2.2).....	102

INTRODUCCIÓN

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

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

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

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos, los cuales se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38. 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.

A mediados del 2018, se conformó un Comité Interministerial y un Departamento de Eficiencia Hospitalaria, que entre sus principales funciones se encuentra el monitoreo a los establecimientos en su gestión integral, de manera que el BSC hospitalario no constituya únicamente un instrumento de medición anual, sino que se convierta en un medio para mejorar y optimizar la eficiencia en la gestión hospitalaria, considerando la sustentabilidad financiera, la eficiencia operacional, la gestión en red y la calidad de atención de los usuarios.

La versión 2021 del instrumento de evaluación contiene 34 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

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

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

I. CONTEXTO.

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

- Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.
- Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.
- Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.

- Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y hospitalario de los Servicios de Salud, mediante el Plan Nacional de Inversiones y la implementación de iniciativas digitales que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud mental y tecnologías con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y satisfacción de nuestros usuarios.
- Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad.

Para el año 2021 se mantiene el enfoque en indicadores de resultados y se incorpora el concepto de segmentación de metas en algunas mediciones, según cartera de servicios (institutos de especialidad, pediátricos, hospital general) y según cada realidad local (línea base). Considerando, además el escenario de emergencia sanitaria por COVID-19, el cual ha impactado en los principales procesos (clínicos, logísticos, financieros y de recursos humanos) de los establecimientos de la red asistencial.

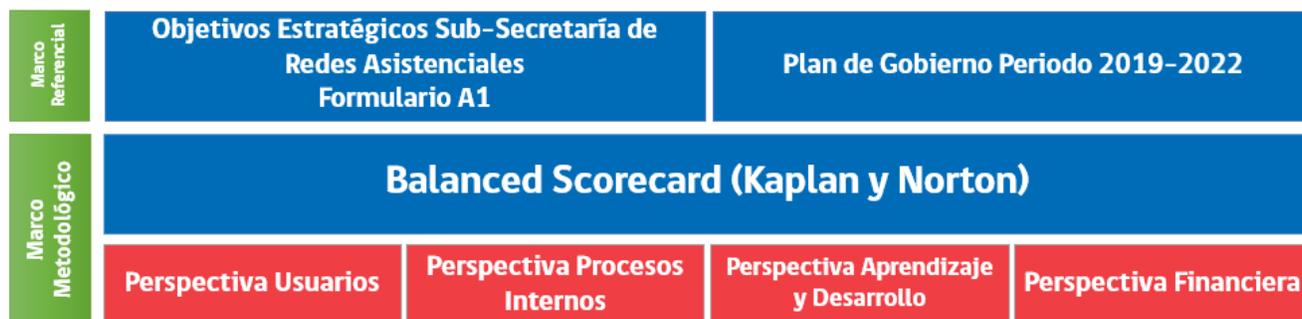
II. ANTECEDENTES.

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

Este cumple con la finalidad de:

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

El marco de formulación del presente instrumento es:



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.

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

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

Artículo N° 16 del D.S. N° 38.

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

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.

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.

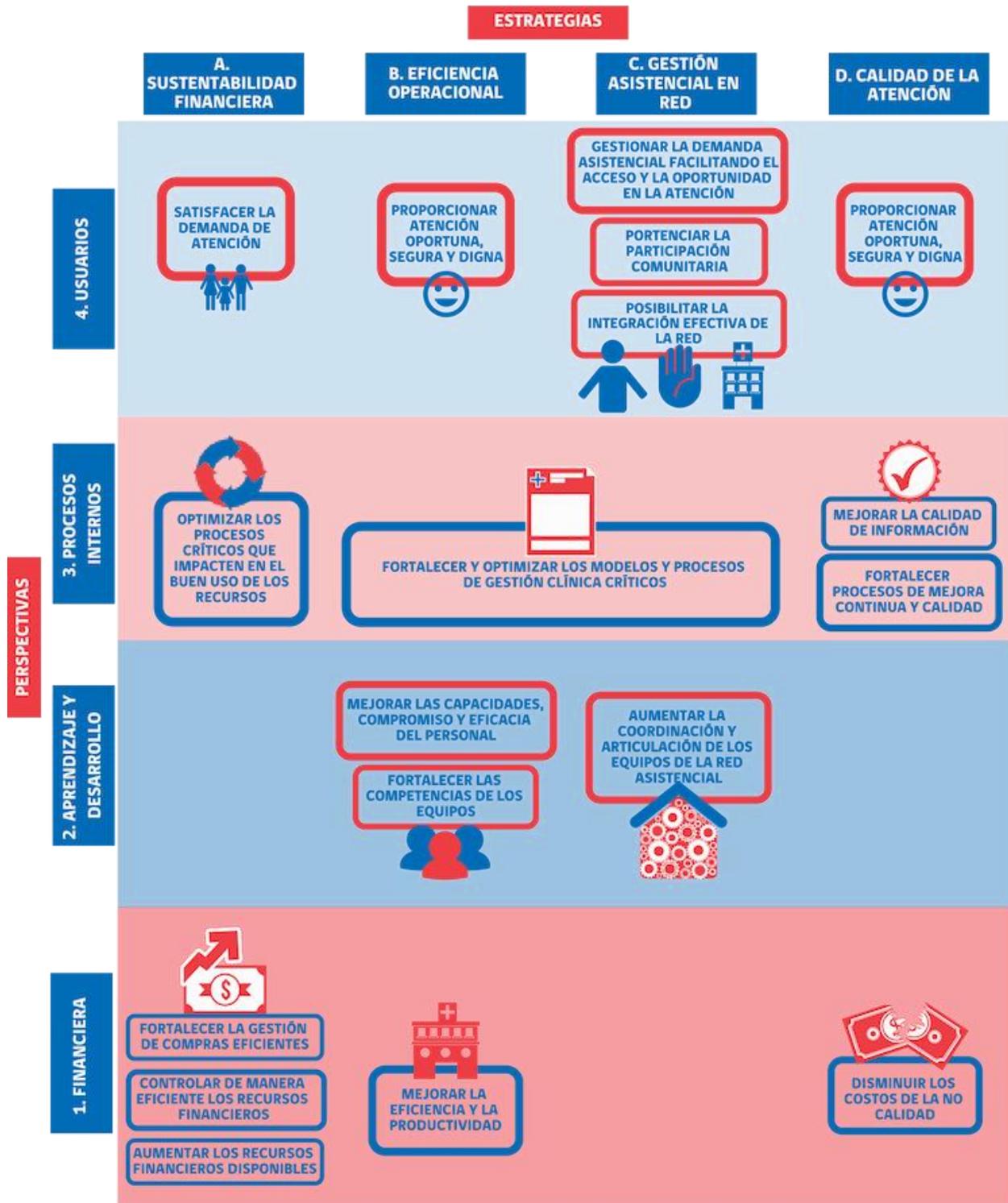
El presente instrumento de evaluación, construido sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, adecuada a una organización pública, se proyecta desde un mapa estratégico, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución (ver figura 1).

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 Satisfacer la demanda de atención.
- B.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- C.4 Potenciar la participación comunitaria.
- C.4 Posibilitar la integración efectiva de la Red.
- D.4 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.
- A.3 Optimizar los procesos críticos que impacte en el buen uso de los recursos.
- B.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.
- C.4 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.
- D.3 Mejorar la calidad de información.
- B.2 Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.
- C.2 Aumentar la coordinación y articulación de los equipos de la red asistencial.
- D.3 Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.
- A.1 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.
- A.1 Aumentar los recursos financieros disponibles.
- A.1 Fortalecer la gestión de compras eficiente.
- B.1 Mejorar la eficiencia y la productividad.

- C.3 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.
- D.1 Disminuir los costos de la no calidad.
- B.2 Fortalecer las competencias de los equipos.

Numeración 4. Nivel Numeración de Indicadores.

- A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST.
- A.1_1.3 Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo.
- A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.
- A.1_2.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- A.1.3 Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios.
- A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.
- A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos.
- A.3_1.6 Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados.
- A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS).
- A.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista.
- A.4_1.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas de especialidad realizadas por Telemedicina.
- B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.
- B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.
- B.3_1.3 Índice funcional.
- B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada superior.
- B.3_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados.
- B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.
- B.4_1.3 Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.
- B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.
- B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto y pediátrica.
- C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.

- C.4_1.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad.
- C.4_1.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.
- C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.
- C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.
- C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria.
- C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.
- D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS)
- D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de consistencia de registros estadísticos mensuales.
- D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).
- 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_1.6 Porcentaje de reingresos urgentes de paciente antes de 7 días.

En total la matriz incorpora 34 indicadores, los cuales se organizan de acuerdo con lo representado en la tabla 1. En la tabla 2, se aprecia la distribución de indicadores.

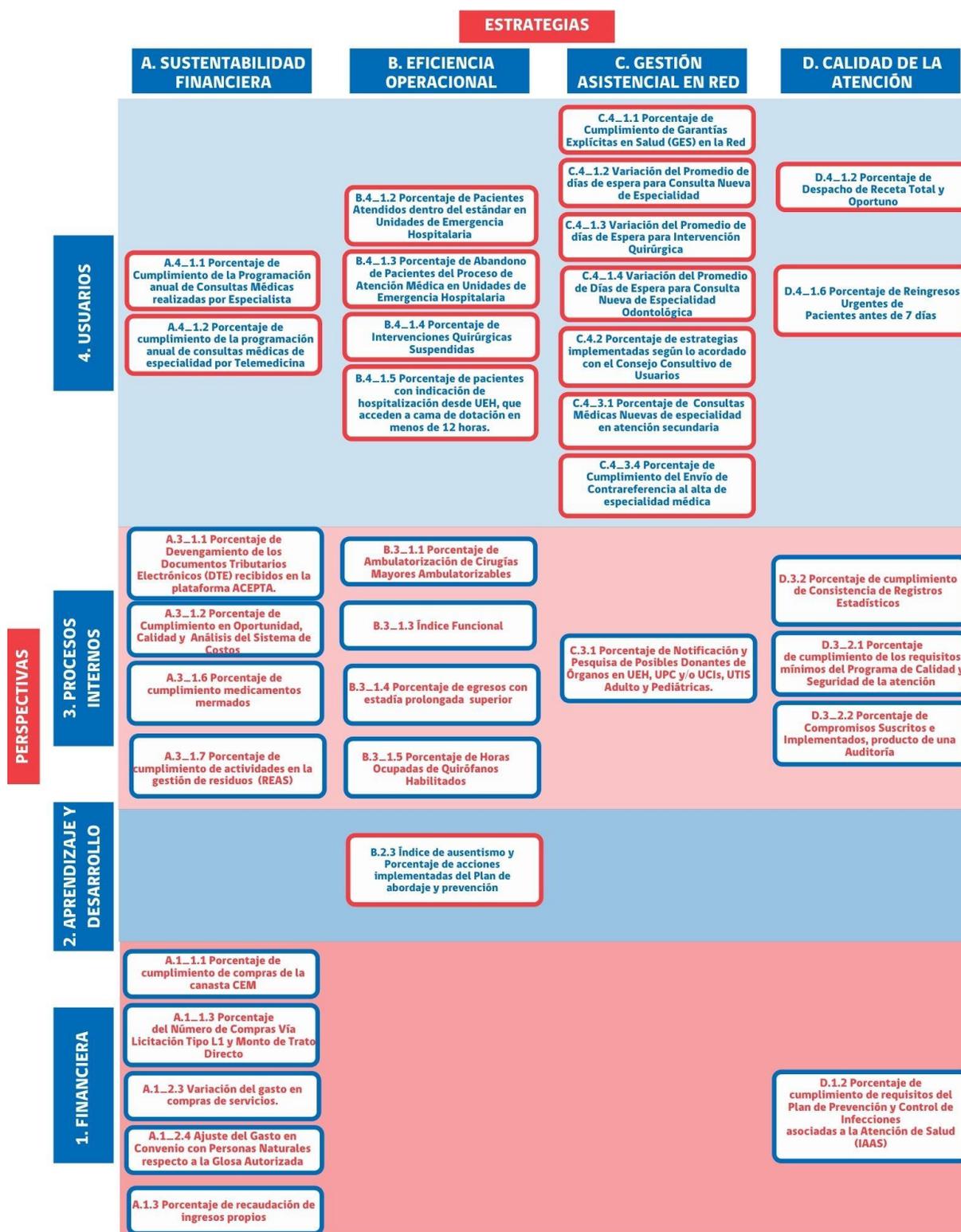
Tabla 1. Número total de indicadores por perspectivas².

Balanced Scorecard Hospitalario	Temas Estratégicos				Total Indicadores
	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	
Perspectiva Usuario	2	4	7	2	15
Perspectiva Procesos Internos	4	4	1	3	12
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	5	0	0	1	6
Total	11	9	8	6	34

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.

Tabla 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.

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

Artículo 16 D.S. N°38	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_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.
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.	D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del programa de calidad y seguridad de la atención.
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.	A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.

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

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

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

4.4. Sistema de Cálculo de Puntaje y Resultados.

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

4.4.1. Metodología de Cálculo.

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

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

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

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

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

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

Puntuación	Aumento sobre Línea Base	Porcentaje Meta
0	$X < 2,5\%$	$X < 22,0\%$
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$22,0\% \leq X < 23,0\%$
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$23,0\% \leq X < 24,0\%$
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$24,0\% \leq X < 25,0\%$
4	$X \geq 10,0\%$	$X \geq 25,0\%$

- **Cumplimiento de indicadores con trazadoras:** los indicadores que se componen de sub-indicadores en este instrumento se denominan Trazadoras, en algunos casos además pueden tener distintas metas que cumplir y/o distintas ponderaciones en la fórmula de cálculo.
 - **Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas únicas:** Serán evaluadas por el puntaje obtenido por cada trazadora y se promedian para el puntaje final del indicador.
 - **Cumplimiento de indicadores con trazadoras y metas diferentes:** Serán evaluadas por el puntaje obtenido según su tabla de sensibilidad específica según corresponda a cada caso. El puntaje final de un indicador con trazadoras será el promedio de los puntajes obtenidos en cada una de ellas (ver ejemplo).

Ejemplo tabla de sensibilidad con trazadoras y metas diferentes:

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

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

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

- **Cumplimiento de indicadores con trazadoras con ponderación diferente en el puntaje y meta única:** existen además trazadoras que tienen ponderaciones distintas las cuales pueden tener una meta única. El cálculo del puntaje final se pondera según lo definido en la fórmula, luego se promedian como el ejemplo anterior.

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

60% puntaje para UEH: (Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados y pesquisados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento / Total de egresos fallecidos UEH, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD) x 100

40% puntaje para UPC y/o UCIs: (Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados y pesquisados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento/ Total de egresos fallecidos en las UPC-UCIs, por causa neurológica entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD) x 100.

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento
0	$X < 60,0\%$
1	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
2	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
3	$80,0\% \leq X < 90,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$

Ejemplo del puntaje a obtener: Para este indicador las trazadoras tienen una meta común de $X \geq 90,0\%$ cumplimiento. En la trazadora 1 *UEH*, supongamos que cumple con 3 puntos y en la trazadora 2 *UPC y/o UCIs*, obtiene 2 puntos.

El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

$$60\% \times 3 \text{ puntos} = 1,8.$$

$$40\% \times 2 \text{ puntos} = 0,8.$$

Suma de los ponderadores es igual a 2,6 (en los casos que el promedio tenga decimales se aproxima al número entero más próximo), lo que equivale a obtener 3 puntos en el indicador.

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 70,00\%$	$X < 2,50\%$
1	$70,00\% \leq X < 73,30\%$	$2,50\% \leq X < 5,00\%$
2	$73,30\% \leq X < 76,60\%$	$5,00\% \leq X < 7,50\%$
3	$76,60\% \leq X < 80,00\%$	$7,50\% \leq X < 10,00\%$
4	$X \geq 80,00\%$	$X \geq 10,00\%$

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

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

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

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

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

Ejemplo del puntaje a obtener:

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

El cálculo final del puntaje sería de la siguiente manera:

35% x 3 puntos = 1,05

35% x 3 puntos= 1,05

30% x 2 puntos= 0,6

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

- **Resultados y Puntaje Total obtenido en el BSC:** La sumatoria de los puntajes obtenidos en cada indicador determinará el resultado final de la evaluación. El puntaje máximo por obtener será 136 puntos. Se dará por aprobado aquel establecimiento que obtenga 102 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.

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

4.4.2 Consideraciones Finales.

- La variable “X” que se aprecia en las tablas de sensibilidad de los indicadores, se identifica como el resultado que se obtiene de aplicar la fórmula descrita en cada ficha y que se ubica – según su valor – entre los puntajes definidos en las tablas de sensibilidad.
- Para una correcta lectura de los rangos de cumplimiento, el lector debe posicionarse en la “X” como punto de referencia y relacionar a su derecha e izquierda los límites del rango. Por ejemplo, si se tiene el rango $85,0\% \leq X < 90,0\%$ que entrega 3 puntos, se asignarán 3 puntos como puntaje de cumplimiento si el resultado “X” (variable de comparación) del indicador es mayor o igual a 85,0% o menor a 90,0%.
- Es importante considerar el **número de decimales** que se describen en cada tabla de sensibilidad, ya que es lo que aplicará en el puntaje aplicado.
- La línea base de los indicadores, debe construirse de acuerdo con lo señalado en la ficha técnica del indicador. Existen indicadores que para su cálculo no requieren línea base.
- Los establecimientos que no les aplica uno o varios indicadores, deben ingresar en SIS.Q no aplica anual.
- En aquellos indicadores en que no les aplique un mes, deben ingresar en SIS.Q no aplica mensual para que considere el resultado acumulado.
- Es importante señalar que hay indicadores que deben cumplir con requisitos adicionales para dar cumplimiento. El no cumplimiento de estos requisitos adicionales, será descontado del puntaje de la evaluación anual, según corresponda y esté descrito en las fichas técnicas.
- Existen algunos indicadores que requieren el ingreso de valores acumulados en SIS.Q
- Para efectos de monitoreo mensual, una vez que el SIS.Q esté activo, deben ingresar sus datos de manera mensual con corte los 30 de cada mes (en caso de día inhábil el cierre será el día hábil siguiente o en caso de alguna contingencia informada por MINSAL).

- En caso de excluir de la evaluación algún indicador debe ser autorizado por la SSRA. Sin embargo, los indicadores deben seguir midiéndose para su monitoreo.
- Aquellos Establecimientos Autogestionados que no aprueben la evaluación anual deberán presentar un plan de ajuste y contingencia que contenga tanto los indicadores reprobados como los artículos incumplidos. La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño, por parte del Director del establecimiento Autogestionado en Red, el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el sólo ministerio de la Ley.

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



INDICADORES BALANCED SCORECARD AÑO 2021



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST (A.1.1).	Responsable: Subdirector Médico
Estrategia: Sustentabilidad Financiera	Objetivo específico: Fortalecer la gestión de compras eficiente.	
	Objetivo indicador: Incrementar las compras a CENABAST, para reducir los gastos en productos farmacéuticos.	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de realizar a lo menos un 80% del monto de las compras de la canasta esencial de medicamentos (CEM) preestablecida para el 2021, a través de la intermediación de CENABAST. Los criterios de construcción de dicha canasta se basaron en los consumos de la red asistencial, junto con la factibilidad técnica de CENABAST para responder y cumplir con la demanda programada y considerando que obtiene mejores condiciones comerciales producto de la agregación de demanda, entendiéndose que ello implica obtener menores precios en los productos que se disponibilizan para intermediación. Cuando alguna condición de intermediación no se cumpla, los establecimientos podrán mensualmente registrar causales o factores de ajustes (asistencial, comercial y/o urgencia), solicitando a través de la plataforma informática SICEM, según calendario informado por el referente técnico del Depto. De Eficiencia Hospitalaria de la División de Presupuestos MINSAL, la revisión de los antecedentes que se aporten, los cuales podrán ser aceptados o rechazados justificadamente.</p> <p>En el entendido que el mandante, custodio y unidad responsable de la dispensación de los fármacos del establecimiento a pacientes es la Unidad de Farmacia y por otra parte la Unidad de Abastecimiento la responsable de apoyar el proceso logístico asociado a la adquisición de los productos farmacéuticos, la jefatura de farmacia coordinada con la unidad de abastecimiento deberá reportar a la subdirección medica los resultados de este indicador.</p> <p>Por otra parte, la Unidad de Farmacia deberá supervisar la trazabilidad del proceso de programación, adquisición, resguardo y dispensación de los fármacos, en coordinación con las otras áreas del establecimiento que intervienen en el proceso de compra, recepción y distribución interna. Lo anterior a fin de fortalecer y optimizar el uso eficiente en lo que concierne al gasto asociado a fármacos y al manejo de stocks, evitando quiebres, sobre stocks y/o merma.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Monto comprado de medicamentos a través de CENABAST de Canasta CEM / Monto total de compras de medicamentos de la Canasta CEM) x 100.</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores acumulados.</p>		
Fuente de datos: SICEM del Observatorio CENABAST		
Línea de base: Sin línea de base.		Meta ≥ 80%.
<p>Razonamiento meta: Para este año, de acuerdo a lo señalado por la Ley de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, la glosa presupuestaria para estos productos contenidos en la Canasta CEM (Canasta Esencial de Medicamentos), debe cumplir en cantidad un 80% y en monto un 40%, sin embargo, para efectos del cumplimiento del indicador, es de interés de esta Subsecretaría que se cumpla el 80% en monto.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Garantizar la implementación y actualización de los procesos que resguarden adecuadamente la compra de fármacos ya sea vía intermediación cuando estos estén disponibles en la canasta CEM u otros mecanismos disponibles en Mercado Publico cuando la intermediación no sea viable. Desarrollar e implementar planes de mejora respecto del proceso de programación de fármacos relacionados con la Canasta CEM. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 40,0%
1	40,0% ≤ X < 52,5%
2	52,5% ≤ X < 65,0%
3	65,0% ≤ X < 80,0%
4	X ≥ 80,0%

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo (A.1_1.3).	Responsable: Subdirector Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Fortalecer la gestión de compras eficiente.	
	Objetivo indicador: Obtener condiciones más ventajosas en la gestión de compras.	
<p>Descripción: Este es un indicador compuesto que mide por una parte el porcentaje del número de licitaciones públicas del denominado "Tipo L1" (Art. 19 bis del Decreto 250 Ley N°19.886) que contratan montos iguales o inferiores a 100 UTM, por sobre el número total de licitaciones que se efectúan en el período y también se mide el porcentaje del monto de trato directo que se efectúan (Art. 10 del mismo decreto anterior), por sobre el total del monto de órdenes de compra emitidas en el mismo período.</p> <p>Se excluye del monto de trato directo la causal del Artículo 10 bis "Compra Ágil" (Procederá el trato o la contratación directa, previo requerimiento de un mínimo de tres cotizaciones, a través del Sistema de Información, mediante la modalidad denominada Compra Ágil, si las contrataciones son iguales o inferiores a 30 Unidades Tributarias Mensuales. En este caso el fundamento del trato o la contratación directa se referirá únicamente al monto de la misma, por lo que no se requerirá la dictación de la resolución fundada que autoriza la procedencia del Trato o Contratación Directa, bastando con la emisión y posterior aceptación de la orden de compra por parte del proveedor).</p> <p>Este indicador se mide de manera separada por cada trazadora.</p> <p>La División de Presupuesto, podrá realizar cruces de información y análisis de este indicador con las Licitaciones y Trato Directo, solicitando a los establecimientos planes de acción y ajustes para los niveles críticos de medición del indicador.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son malos.
<p>Fórmula:</p> <p>Puntaje 50%: (Número de licitaciones L1 en el periodo/Total de licitaciones en el periodo) x 100</p> <p>Puntaje 50%: (Monto de compra vía Trato Directo en el período/Monto Total de órdenes de compra en el período) x 100</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales.</p>		
<p>Fuente de datos:</p> <p>Portal Datos Abiertos de Chile Compras.</p> <p>Certificado anual emitido por la División de Presupuestos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta ≤ 20%	
<p>Razonamiento meta: Al elaborar un plan o programación de compras y realizar procesos agregados de éstas, se mejora la gestión, generando economías de escala con las que se obtienen condiciones más ventajosas en términos de oportunidad, calidad, precio y garantía. Se estima que el nivel de desagregación de compras vía licitaciones menores del tipo L1 y las que corresponden a trato directo, no deberían ser superiores al 20%, de acuerdo con la composición de este indicador.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar plan de compras institucional como herramienta de gestión y realizar programación de adquisición de bienes y/o servicios. 2. Validar cumplimiento de parámetros para los oferentes. 3. Identificar nodos críticos en los procesos de adquisiciones e implementar planes de mejora. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X > 50,0%
1	40,0% < X ≤ 50,0%
2	30,0% < X ≤ 40,0%
3	20,0% < X ≤ 30,0%
4	X ≤ 20,0%

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

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

Perspectiva: Financiera	Nombre indicador: Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente (A.1_2.4).	Responsable: Subdirector 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 mide dos trazadoras, relacionadas con cuantificar el ajuste del gasto en Honorarios Médicos y No Médicos del periodo a la glosa vigente respectiva y envío de informes mensuales de este gasto, según los registros SIRH y SIGFE.</p> <p>Trazadora 1: Para efectos de la evaluación, se comparará el gasto total de honorarios médicos y no médicos con la glosa vigente o en trámite, respectivamente. El gasto total de Honorarios asimilados a las leyes N°18.834 y a leyes N°15.076 y/o N°19.664, está considerado en el subtítulo presupuestario 21-03-001.</p> <p>Trazadora 2: Se evaluará el envío de los informes mensuales evidenciando gasto en SIRH V/S SIGFE. Se debe monitorear el registro y actualización en SIRH de todos cambios generados en SIGFE, en cuanto a personas y montos pagados registrados en SIGFE, adicionalmente se solicita individualizar el gasto asociado en convenios con personas naturales por COVID-19 (Médicos y no médicos). Se deberá generar un plan de ingreso de información a SIRH de forma permanente que visualice información de SIGFE, en caso de encontrar inconsistencias deberán ser corregidas en SIRH.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Número.	Polaridad: Trazadora 1 Valores bajos son buenos Trazadora 2 Valores altos son buenos
<p>Fórmulas:</p> <p>50% del puntaje para trazadora 1: $(((\text{Gasto en Convenio con Personas Naturales No Médicos}) / (\text{Glosa Convenio con Personas Naturales No Médicos})) \times ((\text{Glosa Convenio con Personas Naturales No Médicos}) / (\text{Total Glosa Convenio con Personas Naturales}))) + (((\text{Gasto en Convenio con Personas Naturales Médicos}) / (\text{Glosa Convenio con Personas Naturales Médicos})) \times ((\text{Glosa Convenio con Personas Naturales Médicos}) / (\text{Total Glosa Convenio con Personas Naturales})))$</p> <p>50% del puntaje para trazadora 2: $(\text{Informe mensual evidenciando gasto en SIRH vs SIGFE}) / (\text{Total de informes del año}) \times 100$</p> <p>- Para el registro en SISO, se debe ingresar valores mensuales y el total de las glosas.</p>		
Fuente de datos: SIGFE; Informes mensuales enviado a referente EAR Servicio de Salud; Informes trimestrales enviados a DIGEDEP Minsal por parte del Referente EAR Servicio de Salud.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta 1: ≤ 1 . Meta 2: 9 de 12 informes enviados ($\geq 75\%$)	
<p>Razonamiento meta 1: 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 del año 2020, se enfatiza que durante el año 2021 no se debe reponer el gasto en honorarios por este concepto.</p> <p>Razonamiento meta 2: Se espera que se registre en SIRH toda la información referida a los contratos de Honorarios, en cuanto a personas y montos pagados registrados en SIGFE.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 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	Escala envío de informes
0	$X > 1,04$	$X < 2$
1	$1,04 \geq X > 1,02$	$2 \geq X < 5$
2	$1,02 \geq X > 1,01$	$5 \geq X < 7$
3	$1,01 \geq X > 1,00$	$7 \geq X < 9$
4	$X \leq 1,00$	$X \geq 9$

Perspectiva: Financiera.	Nombre indicador: Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios (A.1.3).	Responsable: Subdirector Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Aumentar los recursos financieros disponibles.	
	Objetivo indicador: Aumentar los márgenes de recaudación de los ingresos propios.	
<p>Descripción: Este indicador mide tres trazadoras, la primera mide la recaudación del Subtítulo 7, la segunda del subtítulo 8 respecto al devengado, y la última mide la recaudación del Subtítulo 12 con respecto al año anterior.</p> <p>Para la aprobación de este indicador, todos los establecimientos deben cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tener en funcionamiento una unidad de cobro y/o recaudación de ingresos propios, formalizada a través de una resolución, con su respectivo manual de funcionamiento, alineado al plan de desarrollo estratégico del establecimiento. Demostrar la recaudación de los ingresos propios, los que deben ser consignados en los ingresos de operación y en otros ingresos corrientes (Subtítulos 07, 08 y 12). Se excluye de la medición del indicador subtítulo 08-01-002-001. Respecto al subtítulo 12, sólo se excluirá el monto relativo a COMPIN, para ello debe presentar análisis de cuentas, en el cual tenga definido el monto pendiente que tiene la COMPIN por pagar. En caso de que el establecimiento haya acreditado incobrabilidad por parte del Ministerio de Hacienda, obtendrá el máximo puntaje en esta trazadora. <p>Las cifras declaradas como ingresos propios corresponden a los ingresos provenientes de la venta de servicios de los establecimientos hospitalarios, que son consecuencia de la actividad propia de cada establecimiento.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores positivos son buenos.
<p>Fórmulas:</p> <p>35% del puntaje para trazadora 1: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 7 en el período/ Devengo de ingresos propios subtítulo 7 en el período) x 100</p> <p>35% del puntaje para trazadora 2: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 8 en el período/ Devengo de ingresos propios subtítulo 8 en el período) x 100</p> <p>30% del puntaje para trazadora 3: [(Recaudación Subtítulo 12 año t - Recaudación Subtítulo 12 año t-1) / Recaudación Subtítulo 12 año t-1] x 100</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales y línea base del subtítulo 12 acumulada a diciembre del año anterior.</p>		
Fuente de datos: SIGFE.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	<p>Meta 1: $\geq 90\%$ del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación.</p> <p>Meta 2: $\geq 80\%$ del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación.</p> <p>Meta 3: $\geq 10\%$ del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.</p>	
<p>Razonamiento meta: El objetivo final es conseguir mayor liquidez, mediante la oportuna recuperación de los ingresos propios.</p> <p>Se espera que el establecimiento en conjunto con el Servicio de Salud realice el procedimiento de incobrabilidad de acuerdo a la normativa vigente.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar e implementar el proceso de cobranza de ingresos propios. Seguimiento y control mensual de las cuentas por cobrar. 	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento trazadora 1	Porcentaje de cumplimiento trazadora 2	Porcentaje de cumplimiento trazadora 3
0	$X < 70,0\%$	$X < 70,0\%$	$X < 2,5\%$
1	$70,0\% \leq X < 76,8\%$	$70,0\% \leq X < 73,4\%$	$2,5\% \leq X < 5,0\%$
2	$76,8\% \leq X < 83,4\%$	$73,4\% \leq X < 76,7\%$	$5,0\% \leq X < 7,5\%$
3	$83,4\% \leq X < 90,0\%$	$76,7\% \leq X < 80,0\%$	$7,5\% \leq X < 10,0\%$
4	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 80,0\%$	$X \geq 10,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA (A.3_1.1).	Responsable: Subdirector Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Optimizar los procesos financieros críticos.	
	Objetivo indicador: Reconocer todos los compromisos por pagar con los proveedores devengando la totalidad de los DTE recibidos por plataforma ACEPTA.	
<p>Descripción: Este indicador mide el número de documentos tributarios electrónicos (D.T.E.) recibidos en plataforma ACEPTA y que hayan sido devengados, considerando como ingreso la fecha de validación del SII, y como término la fecha en que se realiza el devengo de cada DTE, ya sea en plataforma ACEPTA o SIGFE 2.0.</p> <p>La medición se realizará en relación con la cantidad de DTE que se devenguen dentro del período contable, del total de los DTE recibidos en la casilla de intercambio de ACEPTA hasta el último día del mes a medir.</p> <p>Se excluirán de la medición los siguientes DTE: reclamado; DTE de fondo fijo, nota de crédito y nota de débito asociados a factura reclamada.</p> <p>Los datos se obtendrán de un reporte que disponibilizará DIPRES, en el cual se indica el estado de cada DTE ingresado a cada establecimiento.</p> <p>La evaluación de este indicador comenzará a regir desde que se encuentre disponible el reporte emitido por DIPRES. En Anexo N°01 aparecen los documentos tributarios electrónicos que serán evaluados.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula:</p> <p>(Número de D.T.E. acumulados recibidos en plataforma ACEPTA y devengados en plataforma ACEPTA o SIGFE 2.0 al mes contable / Número total de D.T.E. recibidos en plataforma ACEPTA acumulados al mes contable) x 100</p> <p>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores mensuales</p>		
Fuente de datos: Reporte estado de D.T.E. disponibilizado por DIPRES.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 90%.	
<p>Razonamiento meta: El devengar oportunamente los D.T.E. recibidos en el establecimiento, contribuye a entregar información temprana de la ejecución presupuestaria para la toma de decisiones financieras en el establecimiento. Es importante devengar la totalidad de D.T.E. que hayan sido recibidos correctamente, y reclame aquellos D.T.E. que por error de emisión o validación no se podrán devengar, para mantener un registro real de reconocimiento de la deuda.</p> <p>Para el cumplimiento de este indicador por parte del EAR, los directivos, jefaturas y el equipo encargado deberán mantener procesos acordes para velar por un oportuno y adecuado registro, validación y posterior devengo de todos los D.T.E.</p>		
Iniciativas:	1. Definir y establecer procesos sobre la trazabilidad de D.T.E., que incluyan la recepción electrónica, recepción conforme, devengo y pago.	
	2. Utilizar la plataforma ACEPTA para realizar el devengo de D.T.E.	

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

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos (A.3_1.2).	Responsable: Subdirección Administrativa Subdirección Médica
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Optimizar los procesos financieros críticos.	
	Objetivo indicador: Establecer criterios comunes de costeo y oportunidad de entrega, tal que permita apoyar la toma de decisiones para valorización de prestaciones según portafolio de servicios y complejidad.	
<p>Descripción: Este indicador permite medir la oportunidad, calidad y análisis del proceso de imputación de los costos en las diferentes unidades del establecimiento, utilizando para ello la herramienta de costeo vigente que está impulsando MINSAL, definida en el Anexo N°02.</p> <p>La medición se hará en base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento mensual respecto de la fecha de entrega establecida (ver Anexo N°02). - Calidad de la información incluida (definido en el Anexo N°02), según centros de costos previamente definidos. - Concordancia de los resultados de los costos de recurso humano por actividad hospitalaria mediante el envío mensual del informe de análisis (ver Anexo N°02). <p>Los reportes deben ser enviados al referente MINSAL (Departamento de Eficiencia Hospitalaria al correo sistemadecostos@minsal.cl).</p> <p>El mecanismo de cálculo del puntaje se establece en el Anexo N°02.</p> <p>Nota: Independiente de los resultados mensuales, el requisito mínimo para considerar el cumplimiento del indicador debe tener los 12 meses de reportes validados. De no cumplir con aquello el puntaje final será 0.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\left((\text{Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos} \times 0,2) + ((\text{Puntaje de calidad por reporte sistema de costos}) \times 0,4) \right) + ((\text{Puntaje por concordancia en el reporte de análisis por actividad hospitalaria}) \times 0,4) \right] / (\text{Total de puntaje que aplica para el período de evaluación}) \times 100.$ <small>- Para el registro en SISQ, se debe ingresar puntajes mensuales validados por MINSAL.</small></p>		
Fuente de datos: Certificado emitido por Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: El costeo de la producción hospitalaria y ambulatoria realizados en el establecimiento permitirá obtener información relevante para la gestión administrativa y financiera del establecimiento autogestionado, como asimismo de las transferencias que cada establecimiento debería recibir en función de la complejidad de patologías que afecten a la población que tiene asignada.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar la herramienta de costeo para monitorear e identificar focos de mejora y la implementación de éstos. 2. Realizar análisis de los costos del establecimiento para justificación y toma de decisiones en el uso eficiente de los recursos. 	
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Realizar análisis cualitativo del costo del recurso humano por cada actividad hospitalaria. 	

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

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados (A.3_1.6).	Responsable: Subdirector Médico y Administrativo.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos.	
	Objetivo indicador: Medición de recursos perdidos en relación a la merma.	
<p>Descripción: Este indicador mide la cantidad de recursos perdidos relacionados a la merma de medicamentos en un periodo.</p> <p>Se considera como merma de medicamento, aquellos que quedan imposibilitados de su uso a causa de: caducidad por fecha de vencimiento, diferencias negativas en el inventario, productos que en forma posterior a su recepción perdieron su cadena de frío o no fueron almacenados en las condiciones apropiadas, y por último productos que presentan defectos o roturas por su manipulación en forma posterior a su recepción conforme, por lo cual se consideran no aptas para su uso.</p> <p>A través de la “Guía de Organización y Funcionamiento de Atención Farmacéutica para los Hospitales del SNSS”, se requiere que el EAR cuente con los siguientes verificables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Procedimientos para la baja y destrucción de medicamentos 2.- Acta de eliminación de los Medicamentos que señale el método de destrucción utilizado. 3.- Informe de Medicamentos mermados valorizados y sus causas. 4.- Reporte del ajuste correspondiente en el Registro de Existencia <p>Se podrán excluir de la medición: medicamentos pertenecientes al carro de paro, antídotos definidos en Anexo N°03, medicamentos que se hayan vencido a causa de estar en cuarentena por alerta sanitaria emitida por el ISPCH.</p> <p>Nota: El equipo MINSAL realizará revisión en terrero y a distancia de los puntos evaluados.</p>		
Frecuencia de medición: Semestral	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores bajos son buenos
<p>Fórmula: (Valorizado de medicamentos mermados en el periodo / Total ingresos (compra del semestre) de medicamentos valorizados en el mismo periodo) x 100 -Para el registro en SIS.Q ingresar los valores semestrales (SIS.Q calcula el acumulado de los dos semestres), el resto de los meses No Aplica mensual (N/A).</p>		
<p>Fuente de datos: 1.- Procedimientos para la baja y destrucción de medicamentos; 2.- Acta de eliminación de los Medicamentos que señale el método de destrucción utilizado; 3.- Informe de Medicamentos mermados valorizados y sus causas; 4.- Reporte del ajuste correspondiente en el Registro de Existencia (el formato será enviado por el referente del indicador). Sistema de monitoreo de stock de medicamentos.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 2,0\%$	
<p>Razonamiento meta: La merma de medicamentos es un aspecto crítico para cualquier sistema de suministro. Elaboración del plan de compra, uso racional de medicamentos, el monitoreo y la intervención oportuna en los casos de existencia de medicamentos con sobrestock, medicamentos sin rotación, buscar rotación en medicamentos con vencimiento cercano o mejorar las condiciones de almacenamiento debería evitar llegar a esta situación que afecta la calidad de la gestión farmacéutica y la disponibilidad de los recursos financieros.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar las condiciones de almacenamiento 2. Gestionar los medicamentos por FEFO 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	$X > 3,0\%$
1	$2,7\% < X \leq 3,0\%$
2	$2,4\% < X \leq 2,7\%$
3	$2,0\% < X \leq 2,4\%$
4	$X \leq 2,0\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS) (A.3_1.7).	Responsable: Director establecimiento.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos.	
	Objetivo indicador: Monitorear los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos y la correcta gestión REAS en los establecimientos	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de los procesos críticos relacionados al monitoreo del ciclo de vida de los Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), los cuales contemplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segregación. - Almacenamiento. - Declaración por sistema sectorial SIDREP (Sistema de Seguimiento y declaración de residuos peligrosos). - Pago de Facturas por servicio de retiro y disposición final por empresas autorizadas. <p>Los REAS se definen de acuerdo a lo establecido en el D.S. N°6/08, Reglamento Sanitario REAS D.S. N°148/03, Reglamento Sanitario de Residuos Peligrosos y R. E. N° 1093, Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Trabajadores Expuestos a Citostáticos. Estos cuerpos legales señalan que los residuos generados en establecimientos de atención de salud, se clasifican en Residuos Peligrosos, Residuos Radioactivos de Baja Intensidad, Residuos Especiales y Residuos Sólidos Asimilables a Domiciliarios.</p> <p>A través de los procedimientos internos para el manejo de REAS o "Plan de Manejo REAS", se requiere el cumplimiento de las siguientes actividades exigidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo y reporte trimestral del registro de Residuos Peligrosos (Mercurio, Citostáticos, Fármacos Vencidos, otros). Utilizando el sistema sectorial SIDREP, alojado en ventanilla única https://vu.mma.gob.cl/index.php?c=home. 2. Monitoreo y reporte trimestral del registro de Residuos Especiales (Cortopunzantes, Contaminados, Patológicos, otros). Utilizando el sistema sectorial SIDREP, alojado en ventanilla única https://vu.mma.gob.cl/index.php?c=home. 3. Monitoreo y reporte trimestral de la cantidad de Residuos Asimilables a Domiciliario (kg). 4. Monitoreo y reporte trimestral del registro de Residuos asimilables a Reciclado (Papel, Cartón, Plástico, otros.), en kg. 5. Monitoreo y reporte trimestral del monto del Pago de Facturas Asociadas al transporte y disposición final de Residuos Peligrosos y Residuos Especiales. Reporte trimestral del pago de facturas REAS (Finanzas), relacionadas con las declaraciones de residuos generadas en ventanilla única. 		
Frecuencia de medición: Trimestral	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
<p>Fórmula: (Número de actividades exigidas cumplidas/Total de actividades exigidas) x 100 *Para registro en SIS.Q, una vez cumplido (según periodicidad) se ingresa SI, el resto de los meses N/A mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: Para punto 1 y 2, sistema sectorial SIDREP, alojado en ventanilla única https://vu.mma.gob.cl/index.php?c=home. Para punto 3 y 4, Registros internos de los responsables del manejo de residuos asimilables a domiciliario, como recursos Físicos, Servicios Generales u otro atingente (Ver Anexo N°04). Para punto 5, Registros en SIGFE (Planilla de elaboración propia, con registros trimestrales de pago de facturas REAS).</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100%	
<p>Razonamiento meta: Mantener una correcta segregación y registro de generación, la cual permite planificar y gestionar de mejor manera los retiros de REAS desde bodega hacia su disposición final o Reciclaje. Por otro lado, el pago oportuno de facturas relacionadas a residuos, evita la suspensión del servicio de retiro y, por ende, una acumulación excesiva en bodegas REAS, con el consecuente riesgo a la salud pública, vectores, malos olores, contaminación y de fiscalizaciones o sumarios de parte de la Autoridad Sanitaria Local.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar las condiciones de segregación y almacenamiento de REAS. 2. Mejorar los registros REAS para la correcta declaración vía SIDREP en Ventanilla Única. (Incorporar residuos especiales, contaminados y patológicos a SIDREP). 3. Monitorear que los recursos financieros entregados por FONASA "Disposición Final Responsable de Residuos Peligrosos y REAS", se estén utilizando para estos fines. 4. Impulsar la mejora del indicador de (Fracción de Residuos Reciclables /Total Residuos Asimilables a Domiciliarios) x 100 5. Pago oportuno de facturas para evitar suspensiones del servicio de retiro y disposición final, acumulación excesiva de REAS en Bodegas y posibles fiscalizaciones por parte de la Seremi de Salud respectiva. 	

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

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista (A.4_1.1).	Responsable: Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Satisfacer la demanda de atención.	
	Objetivo indicador: Optimizar el recurso de horas médicas del área ambulatoria.	
<p>Descripción: El objetivo de este indicador, es medir el porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas médicas de especialidad, respecto a la totalidad de horas institucionales contratadas y validadas por SIRH.</p> <p>Esta programación debe ser realizada con antelación al año a aplicar, según las directrices de OOTT Programación y Planificación 2021 MINSAL, estar basada en la oferta de RRHH que posee el establecimiento, priorizando la atención de pacientes y contar con validación de Comité de Programación del Servicio de Salud y MINSAL.</p> <p>El proceso de programación contará con ajustes a realizar en las reprogramaciones validadas, las cuales se deben justificar en los plazos que se determinen por DIGERA.</p> <p>No se deben incluir en la programación, ni en la producción a informar las prestaciones por compras de servicios, horas médicas de especialistas de programas gubernamentales o especiales de carácter transitorio (honorarios igual o menor a tres meses y honorarios por prestaciones), debiendo llevar un registro separado.</p> <p>Aquellos establecimientos que demuestren que la pérdida de consultas médicas fue debido a bloqueos de agenda por situación epidemiológica en su zona geográfica, pueden presentar un informe de gestión de programación detallando cuantitativamente las cifras las que deben ser concordante con los periodos que la condición sanitaria así lo justifique.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de consultas médicos especialistas realizadas durante el periodo/ Total de consultas médicos especialistas programadas o reprogramadas para el periodo) x 100. - Para el registro en SISQ, se debe ingresar en el numerador valores mensuales y el denominador corresponde a la programación o reprogramación anual validada.</p>		
<p>Fuente de datos: Numerador: REM A07; Denominador: Programación, reprogramación y horas contratadas de especialistas según registros SIRH validadas por MINSAL.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: Gestionar eficientemente la totalidad de horas médicas de especialidad contratadas, busca optimizar la oferta, para dar resolución a las necesidades de atención de la población beneficiaria.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar monitoreo mensual por especialidad identificando la sub o sobreproducción, con el fin de implementar acciones de mejora oportunas en el proceso de ejecución o programático según corresponda. 2. Actividades mínimas del Comité de Programación, de cada EAR: Reuniones al menos trimestrales; Realizar el diagnóstico de su red; Caracterizar la demanda; programar la oferta y gestionar las brechas; Confeccionar plan de trabajo anual (corto/mediano/largo plazo); Contar con Carta Gantt y seguimiento de Actividades. 	

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

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas de especialidad realizadas por telemedicina (A.4_1.2).	Responsable: Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Sustentabilidad Financiera.	Objetivo específico: Satisfacer la demanda de atención.	
	Objetivo indicador: Optimizar el recurso de horas médicas de Telemedicina.	
<p>Descripción: El objetivo de este indicador es medir el porcentaje de cumplimiento de la programación del total de las consultas médicas de especialidad realizadas a través de estrategias de Telemedicina.</p> <p>La programación debe realizarse de acuerdo a la cartera de servicios y oferta de especialistas que poseen los establecimientos Autogestionados en Red y debe ser validada por el Servicio de Salud respectivo y la contraparte técnica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p> <p>Se debe realizar la programación de Consultas por Telemedicina de acuerdo al horario de los profesionales médicos contratados, no considerar las compras de servicios y tampoco las horas médicas de especialistas de programas gubernamentales de carácter transitorio (igual o menor a tres meses).</p> <p>Se debe realizar la programación de consultas ambulatorias (nuevas y controles) y consultas hospitalizados, con un rendimiento sugerido de 3 consultas por hora para la Modalidad Sincrónica y 6 consultas por hora en Modalidad Asincrónica.</p> <p>La reprogramación se efectuará en los plazos que determine el Dpto. de Salud Digital de la SSRA.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de consultas médicas de especialidad realizadas a través de telemedicina en el periodo / Total de consultas de especialista programadas o reprogramadas y validadas para el periodo) x100 - Para el registro en SISQ, se debe ingresar en el numerador valores mensuales y el denominador corresponde a la programación o reprogramación anual validada.</p>		
<p>Fuente de datos: Numerador: REM A30 + REM A32. Denominador: Programación o reprogramación de horas de médicos especialistas según registros SIRH, validada por el Depto. de Salud Digital MINSAL.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$.	
<p>Razonamiento meta: La Telemedicina en Chile busca garantizar la Equidad y Oportunidad de la Atención de salud de la población, haciendo énfasis en las comunidades que presentan brechas de acceso, en el marco de una Red de Integrada de Servicios de Salud, otorgando prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes logran comunicación a través del uso de Tecnologías de la Información y Comunicación.</p>		
Iniciativas:	<p>1.-Coordinar los distintos Niveles de Atención de Salud, considerando oferta y demanda de los EAR, para mejorar la oportunidad de atención de los usuarios a través de estrategias de Telemedicina.</p> <p>2.-Realizar monitoreo mensual en cada Servicio de Salud de la producción de atenciones de especialidad a través de Telemedicina, con el fin de implementar acciones de mejora continua y oportuna.</p>	

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 y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).	Responsable: Subdirector de Gestión de las Personas.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo Específico: Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.	
	Objetivo Indicador: Disminución del índice de ausentismo y definir e implementar acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral por licencia médica curativa y prevención de consecuencias negativas en funcionaria/os a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras, relacionadas a ausentismo laboral y cumplimiento del "Plan de Abordaje y prevención".</p> <p>1.El índice de ausentismo mide el promedio de días de ausentismo laboral por licencias médicas curativas del tipo 1 y tipo 2, 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 funcionaria/os con calidad de suplentes y reemplazos.</p> <p>Adicionalmente, se solicita el envío de un reporte semestral, que contenga el número de funcionarios y días de ausencia asociados a las siguientes variables: Licencias médicas por enfermedad catastróficas; Licencia COVID19 catalogada como tipo 1; Ley 21.247 de crianza protegida y licencias médicas tipo 1 a consecuencia de COVID19. Se otorgará un punto adicional por el envío de estos dos informes, en el resultado de la trazadora.</p> <p>2.El Plan busca la generación de acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral por licencia médica curativa y acompañamiento a funcionaria/os afectados por COVID-19, a desarrollar a nivel de cada establecimiento, de acuerdo a la evaluación de la situación local y las orientaciones e instrucciones emanadas desde su Servicio de Salud y desde el Nivel Central. Las acciones desarrolladas tienen como fin la disminución del índice de ausentismo, así como la prevención de consecuencias negativas en funcionaria/os a raíz de la pandemia por COVID-19. Este plan debe estar en coherencia con el plan elaborado por el Servicio de Salud respectivo.</p> <p>Cada establecimiento deberá enviar al correo autogestión@minsal.cl, a más tardar el 30 de abril de 2021, el plan formulado de acuerdo a los contenidos mínimos y formatos detallados en Anexo N° 05.</p> <p>Adicionalmente, se solicita a más tardar el 31 enero 2022, el envío de informe breve que, de cuenta de los resultados de la aplicación del Plan de abordaje y prevención y análisis del Índice de Ausentismo obtenido en el 2021 en relación al contexto de la pandemia por COVID-19 considerando el efecto en funcionaria/os.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Trazadora 1 Valores bajos son buenos Trazadora 2 Valores altos son buenos
<p>Fórmulas:</p> <p>50% del puntaje para índice ausentismo: (Total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos) / (Promedio de dotación efectiva vigente en cargos más las dotaciones de las suplencias y reemplazos vigente al último día del mismo periodo de evaluación).</p> <p>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.</p> <p>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 funcionaria/os con calidad de suplentes y reemplazos en cargos titulares vacantes, funcionarios/as que se encuentran en comisión de servicio y funcionaria/os que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.</p> <p>50% puntaje para Plan de abordaje y prevención: (Número de acciones implementadas por el establecimiento / Total de acciones comprometidas por el establecimiento en el Plan de abordaje y prevención) x100.</p> <p>- Para registro en SIS.Q, en ambas trazadoras se ingresan valores acumulados.</p>		
<p>Fuente de datos: Los días de ausentismo y las dotaciones tanto efectiva como de suplencias y reemplazos se obtienen del Modelo de gestión de Ausentismo Licencias Médicas Curativas, Qlikview (recomendado: "Reporte Ausentismo con Suplencia").</p> <p>Reporte semestral, que contenga el número de funcionarios y días de ausencia asociados a: Licencias médicas por enfermedad catastróficas; Licencia COVID19 catalogada como tipo 1; Ley 21.247 de crianza protegida y licencias médicas tipo 1 a consecuencia de COVID19.</p> <p>Plan de abordaje y prevención del establecimiento 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. Informe de Resultados de la aplicación del Plan de abordaje y prevención, con el detalle de las acciones ejecutadas.</p>		
Línea de base: Sin línea base	<p>Índice de ausentismo: Meta: ≤ 22 días/año.</p> <p>Plan de abordaje y prevención: Meta: $\geq 80\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención del establecimiento.</p>	
<p>Razonamiento meta: Existe 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 funcionaria/os de salud, y con ello el índice de ausentismo laboral. Por otro lado, en respuesta a la alta demanda por servicios de salud, se requiere de la generación e implementación de planes locales con estrategias para el abordaje y prevención del ausentismo y de prevención de posibles consecuencias en los equipos de salud del enfrentamiento de la enfermedad por COVID-19 como mejorar las condiciones laborales del personal, fomentar la prevención y apoyar y acompañar de forma integral a los funcionarios que se encuentren afectados en su salud desde la perspectiva biopsicosocial.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> Incorporación de los ejes definidos para la confección del Plan de Abordaje y Prevención a los equipos de Salud. Los Comités de ausentismo de los establecimientos deben realizar el diagnóstico y análisis de las variables de ausentismo solicitadas. Incorporar enfoque biopsicosocial del ausentismo, especialmente en cómo impactan sobre éste algunos factores organizacionales; así como el desarrollo en los establecimientos de las líneas de trato laboral, conciliación y salud funcionaria. 	

Puntuación	Escala de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento
0	$X > 28$ días	$X < 0\%$
1	$26 < \text{días } X \leq 28$ días	$0\% \leq X < 30\%$
2	$24 < \text{días } X \leq 26$ días	$30\% \leq X < 60\%$
3	$22 < \text{días } X \leq 24$ días	$60\% \leq X < 80\%$
4	$X \leq 22$ días	$X \geq 80\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables (B.3_1.1).	Responsable: Encargado Área Quirúrgica.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos.	
	Objetivo indicador: Aumentar la ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.	
Descripción: Este indicador mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores del total de cirugías realizadas en el establecimiento en el periodo de evaluación.		
La definición de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación menor o igual a 23:59 horas, es dado de alta y que su estadía se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin y no en una cama hospitalaria.		
Este indicador aplica a egresos hospitalarios ambulatorizables, que son aquellos que cumplen con las siguientes características: ser beneficiario de Fonasa modalidad institucional, que su severidad sea menor, que el peso GRD sea \leq a 1,000 que el tipo de ingreso sea programado y cuyo motivo de egreso o destino al alta sea domicilio.		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de egresos de CMA en el periodo}}{\text{Número total de egresos de CMA} + \text{Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo}} \right] \times 100.$ <small>-Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales, obtenido desde sistema GRD en uso y LB el valor del porcentaje.</small>		
Fuente de datos: Sistema GRD en uso y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: \geq 70,0%	
Razonamiento meta: El potenciar esta modalidad de asistencia trae beneficios para el paciente (mayor satisfacción usuaria) como para el Establecimiento: Evita estancias hospitalarias innecesarias; disminuye el riesgo de presentar complicaciones y efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, optimiza el uso del recurso cama, reduce el número de suspensiones al no competir con casos urgentes, con una utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del Área Quirúrgica.		
Iniciativas:	1. Revisar y redefinir áreas y estructuras para realizar las CMA.	
	2. Realizar levantamiento de las cirugías posibles de ambulatorizar en el establecimiento.	
	3. Evaluar ampliación de cartera de servicios de cirugías ambulatorizables.	

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

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

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

Perspectiva: Eficiencia Operacional	Nombre indicador: Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores) (B.3_1.4).	Responsable: Subdirector Médico y Jefes de Servicio.
Estrategia: Procesos Internos.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos	
	Objetivo indicador: Disminuir el porcentaje de egresos con estadías prolongadas	
<p>Descripción: Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística. La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.</p> <p>Se excluyen pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil), - Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio). 		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de egresos con estadías prolongadas (Outliers superiores) en el período/ Total de egresos codificados en el período) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: Sistema GRD en uso y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 5,6\%$	
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
0	$X > 7,2\%$
1	$6,5\% < X \leq 7,2\%$
2	$6,0\% < X \leq 6,5\%$
3	$5,6\% < X \leq 6,0\%$
4	$X \leq 5,6\%$

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados (B.3_1.5).	Responsable: Encargado Pabellón Quirúrgico.
Estrategia: Eficiencia operacional.	Objetivo específico: Fortalecer y optimizar modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	Objetivo indicador: Utilizar eficientemente los recursos disponibles en los quirófanos hospitalarios.	
<p>Descripción: Este indicador mide el tiempo expresado en porcentaje de horas, en los cuales se utilizan los quirófanos habilitados para cirugías electivas. El número de horas mensuales disponibles de quirófanos se debe calcular respecto al número de horas de quirófanos habilitados en cirugía mayor. Consideraciones:</p> <p>Total de horas ocupadas: Corresponde a las horas ocupadas en la intervención quirúrgica, más las horas de preparación (limpieza, desinfección). Se deben medir en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.</p> <p>Horas disponibles de quirófanos habilitados, cada quirófano debe estar disponible para cirugía mayor electiva a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontado 45 min de colación, respecto a las 44 horas contratadas semanales. Por tanto, el cálculo es: 8 horas x número de días hábiles en el mes x número de quirófanos habilitados.</p> <p>Horario hábil: Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de 08:45 horas por día de lunes a viernes generalmente en el horario comprendido entre las 08:00 y las 17:00.</p> <p>Horario inhábil de lunes a viernes: es el horario posterior al término del horario hábil generalmente comienza a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente. Horario de fines de semana y festivos: es horario en día inhábil.</p> <p>La medición no incluye quirófanos de urgencia general, ni quirófanos de urgencia obstétrica. En caso de uso de quirófanos o máquinas de anestesia para apoyo ventilatorio de pacientes hospitalizados Covid- 19, los establecimientos podrán descontar las horas disponibles, información que debe ser coherente con registros REM.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados en el periodo / Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados en el periodo) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A21.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 70\%$.	
Razonamiento meta: Una utilización apropiada de la capacidad instalada en los pabellones quirúrgicos, da cuenta del uso eficiente de un recurso altamente demandado.		
Iniciativas:	1. Mejorar coordinación área quirúrgica y pabellones para optimizar los recursos disponibles de quirófanos.	
	2. Programación y gestión diaria de tabla quirúrgica.	
	3. Distribución de la programación de especialista según requerimiento de acuerdo demanda quirúrgica.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 55,0\%$
1	$55,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$60,0\% \leq X < 65,0\%$
3	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
4	$X \geq 70,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).	Responsable: Médico Jefe de UEH.
Estrategia: Eficiencia Operacional.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	Objetivo indicador: Garantizar la oportunidad de la atención médica en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.	
<p>Descripción: Este indicador mide el tiempo de permanencia de los pacientes en el proceso de atención de urgencia, el cual no debería superar las seis horas, desde el ingreso a la atención de urgencia hasta el alta médica en cualquiera de sus destinos. Este proceso se mide desde el inicio con la “<i>Primera Atención Médica</i>”, que corresponde a la primera interacción del paciente con el equipo de salud, dentro del sector de atención o box de atención. El hito trazador o hito electrónico que marca esta primera atención médica puede ser: La primera toma de signos vitales en box de atención, el primer registro en la ficha clínica (médico o de enfermería) o la primera indicación médica en ficha. El proceso termina con la “<i>Indicación de Alta Médica</i>”. El subproceso por ende incluye todas las actividades involucradas para ello (diagnóstico, tratamiento e indicaciones, reevaluaciones). El alta del proceso de UEH incluye las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta a domicilio. • Alta por fallecimiento. • Alta por ingreso al proceso de hospitalización. • Alta por ingreso al proceso quirúrgico hospitalario. • Alta por ingreso a Hospitalización Domiciliaria. • Alta por traslado a otro establecimiento público o privado. <p>Se excluye atención UEH gineco-obstetra. En el Anexo N°06 se presentan las indicaciones para realizar los registros y posteriormente construir el numerador.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de pacientes con estadía ≤ 6 horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo / Total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: Reporte de sistema informático local basado en registros DAU.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 90\%$.	
<p>Razonamiento meta: El tiempo de permanencia en las UEH, es el reflejo de la eficiencia en todas las actividades incluidas en el proceso de atención. El estándar internacional se encuentra alrededor de las 4 horas y el estándar nacional se establece un máximo de 6 horas. Durante dicho tiempo se debe velar de manera continua por los estándares de seguridad y calidad de atención; satisfacción usuaria; y deberes y derechos de los pacientes.</p>		
Iniciativas:	1. Mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes que consultan en las UEH.	
	2. Mejorar la gestión clínica y administrativa del proceso de atención de urgencia.	
	3. Utilizar los protocolos de ingreso a unidades críticas y pertinencia de hospitalización.	
	4. Mejorar la seguridad, calidad de atención y satisfacción usuaria durante el proceso de UEH.	

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

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

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

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

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

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas (B.4_1.5).	Responsable: Gestor de Pacientes o Subdirector Médico.
Estrategia: Eficiencia operacional.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	Objetivo indicador: Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía Unidad de Emergencia Hospitalaria.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento.</p> <p>En los casos que existan camas en la UEH y que esta atención sea realizada por personal de la urgencia no se deben considerar como acceso a cama de dotación.</p> <p>El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos: Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización. Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico (paciente acostado).</p> <p>Para este indicador también se considerará medir como parte del denominador los pacientes que permanecieron en la UEH y que nunca accedieron a una cama de dotación.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH menos de 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo/ Total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A08.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80\%$	
<p>Razonamiento meta: La oportunidad de acceso al proceso de hospitalización influye directamente en el pronóstico de recuperación de los pacientes que ingresan desde la UEH. El permanecer más de 12 horas o incluso realizar todo el proceso de hospitalización en la UEH, constituye un riesgo clínico y de la calidad de atención; bloquea camillas, ocupa recursos humanos lo que altera significativamente el flujo y la oportunidad de atención de pacientes nuevos que consultan a la UEH.</p>		
Iniciativas:	1. Implementación de gestores de pacientes.	
	2. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador.	
	3. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización.	
	4. Plan anual con elaboración de estrategias del Hospital (no solo de la Urgencia), para la disminución de pacientes en espera de camas, con seguimiento, registro y evaluación de las intervenciones.	

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

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica (C.3.1)	Responsable: Subdirector Médico.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo Específico: Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos	
	Objetivo del Indicador: Aumentar la notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en las UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de notificados y pesquisados de posibles donantes que se encuentran en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), adulto y pediátricos, como aquellos que ingresaron a las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) (UCI – UTI) adultos y pediátricos.</p> <p>La medición se realizará en la UEH, respecto al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses y 78 años, reportados en GRD.</p> <p>La medición se realizará en las UPC, UCI y/o UTI, respecto al total de egresos fallecidos por causa neurológica entre los 6 meses y los 78 años, reportados en GRD.</p> <p>Este indicador aplica a todos los establecimientos que conforman la red de procuramiento nacional 2021 (Anexo 07). Adicionalmente se solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cumplir con todos los requisitos exigidos en el Anexo N°07. Enviar trimestralmente según formato: Certificado de notificación y pesquisa de posibles donantes y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, a sandra.mardones@minsal.cl con copia a carolina.oshiro@minsal.cl 		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula:</p> <p>60% puntaje para UEH: (Número de posibles donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados y pesquisados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento / Total de egresos fallecidos UEH, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD) x 100</p> <p>40% puntaje para UPC (UCI – UTI): (Número de posibles donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados y pesquisados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento/ Total de egresos fallecidos en las UPC (UCI – UTI) por causa neurológica entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD) x 100.</p> <p>-En caso de que aplique solo una fórmula se pondera al 100%. Para registro en SIS-Q se ingresan valores mensuales.</p>		
<p>Fuente de datos: Numerador: Registro en Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT); Denominador: Reporte GRD según Listado de códigos CIE 10 (Anexo N°07); Certificado de “Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI – UTI) adulto y pediátrica” e “Informe cualitativo de descartes de posibles donantes”, ambos emitidos por la CLP, enviados de manera trimestral a MINSAL y validados por éste. Protocolo de la Unidad de Procuramiento, que debe explicitar el proceso de notificación y pesquisa intrahospitalario y de la red, actualizado (Anexo N°07) aprobado por resolución y difundido a todo el personal de las Unidades de Emergencia, UPC (UCI – UTI) adulto y pediátricos. 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°07.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 90\%$	
<p>Razonamiento meta: La notificación de posibles donantes a Unidades de Coordinación de Procuramiento, es una obligación legal dispuesto en: Decreto N° 35 Reglamento de la Ley 19.451, 2013; Título IV Artículo 18, actualización Ley 21.145, 2019; Ord. Minsal A15 /N° 3965, 2019; Ratificación Calidad de Donante Diario Oficial 15-02-2020. Junto con la pesquisa oportuna de posibles donantes por parte de los Coordinadores Locales de Procuramiento (CLP), son las estrategias que contribuyen a elevar el universo de posibles donantes, lo que favorecerá el incremento del número de donantes efectivos del país.</p>		
Iniciativas:	1. Liderazgo de Subdirección Médica y equipo directivo en la supervisión e implementación de estrategias dirigidas al aumento permanente y continuo de la notificación y pesquisa de posibles donantes	
	2. Realizar capacitación continua al personal sanitario, de las unidades generadoras, sobre donación y procuramiento.	
	3. Demostrar el cierre de brechas informadas por los establecimientos, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento.	
Puntuación		Porcentaje de cumplimiento
0		$X < 60,0\%$
1		$60,0\% \leq X < 70,0\%$
2		$70,0\% \leq X < 80,0\%$
3		$80,0\% \leq X < 90,0\%$
4		$X \geq 90,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red (C.4_1.1).	Responsable: Subdirector 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 EAR.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento GES, para los problemas de salud incluidos en el decreto GES vigente en el periodo a evaluar. Dentro de su estructura, el indicador considera cada uno de los estados en los cuales se encuentran las garantías al momento de la evaluación o corte. Con el fin de facilitar el proceso de evaluación, se incluye glosario de términos asociados (ver Anexo N°08).</p> <p>Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la resolución deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias.</p> <p>Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas}}{\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas} + \text{Garantías incumplidas no atendidas} + \text{Garantías retrasadas acumuladas}} \right] \times 100.$ <small>-Para registro en SIS.Q se ingresan valores acumulados.</small></p>		
Fuente de datos: SIGGES – FONASA, Base de datos disponible por Unidad de Gestión de la Información/DIGERA.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100%.	
<p>Razonamiento meta: Cumplir con la realización de las prestaciones garantizadas de acuerdo con el decreto vigente; incluyendo en el indicador, tanto a la garantía de oportunidad como la de acceso. Se consideran como cumplidas todas aquellas garantías que ya se realizaron, ya sea en los tiempos o pasados los tiempos garantizados y las garantías exceptuadas registradas durante el período de evaluación.</p>		
Iniciativas:	1. Registro oportuno en SIGGES de la información asociada a la gestión de garantías.	
	2. Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad.	
	3. Aplicación del modelo de gestión de garantías en su ámbito de responsabilidad.	

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

Perspectiva: Usuarios	Nombre Indicador: Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad (C.4_1.2).	Responsable: Encargado Área Ambulatoria (CAE o similar).	
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención		
	Objetivo indicador: Reducir el promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad		
<p>Descripción: Este indicador mide la reducción del promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad (tiempo que espera el usuario), según la demanda asociada al establecimiento, de acuerdo con los registros en la plataforma SIGTE. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades Médicas, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente. El porcentaje de reducción estará determinado para cada establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de lista de espera de consulta nacional y el promedio de días de espera consulta del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es reducir el promedio de espera de consultas de cada establecimiento como así mismo el promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año.</p> <p>Se debe considerar que, para la medición de cierre de año, se excluirán los pacientes con causal 3, que cumplan el criterio de haber sido asignado en un tiempo determinado, de la misma forma que se evaluó el año 2020 y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.</p>			
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.	
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad médica} - \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica}} \right] \times 100.$ <small>-Para registro en SIS.Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.</small></p>			
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)			
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 10% sobre de dicha línea base.		
Razonamiento meta: Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención de consulta nueva de especialidad médica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.			
Iniciativas:	1. Identificar las brechas causales de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad médica.		
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.		
	3. Optimizar los procesos de atención ambulatoria, tales como programación de especialistas y agenda.		
Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio		Meta de reducción de línea base	
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento			
≤ -2%			0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 10%)
[-1,0%, 4,9%]			≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]			≥ 3%
[25,0%, 49,9%]			≥ 8%
[50,0%, 99,9%]			≥ 12%
≥ 100%		≥ 15%	

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 40,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$10,0\% < X \leq 20,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 10,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre Indicador: Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica (C.4_1.3).	Responsable: Encargado Área Quirúrgica.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Reducir el promedio de días de espera para una intervención quirúrgica.	
<p>Descripción: Este indicador mide la reducción del promedio de días de espera para una intervención quirúrgica (tiempo que espera el usuario), según la demanda asociada al establecimiento, de acuerdo con los registros en la plataforma SIGTE. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades y tipo de Intervenciones Quirúrgicas, mayores y menores, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.</p> <p>El porcentaje de reducción estará determinado para cada establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de lista de espera quirúrgica nacional y el promedio de días de espera quirúrgica del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es acercar el promedio de espera quirúrgico de cada establecimiento al promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año.</p> <p>Se debe considerar que, para la medición de cierre de año, se excluirán los pacientes con causal 3, que cumplan el criterio de haber sido asignado en un tiempo determinado, de la misma forma en que se evaluó el año 2020 y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período} - \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas}} \right] \times 100.$ <small>-Para registro en SIS.Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.</small></p>		
Fuente de datos: Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 10% sobre de dicha línea base.	
<p>Razonamiento meta: Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención quirúrgica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.</p>		
Iniciativas:	1. Identificar las brechas causales de la lista de espera quirúrgica.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Optimizar el proceso quirúrgico, así como el prequirúrgico y programación de la tabla quirúrgica.	

Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base	
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento		
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 10%)	
[-1,0%, 4,9%]	≥ 1,0%	
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%	
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%	
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%	
≥ 100%	≥ 15%	

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 40,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$10,0\% < X \leq 20,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 10,0\%$

Perspectiva: Usuarios	Nombre Indicador: Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica (C.4_1.4)	Responsable: Encargado Área Ambulatoria de Especialidades Odontológicas
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	Objetivo indicador: Reducir el promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad Odontológica.	
<p>Descripción: Este indicador mide la reducción del promedio de días de espera para una Consulta Nueva de Especialidad Odontológica (tiempo que espera el usuario), según la demanda asociada al establecimiento, de acuerdo con el Sistema de Registro Nacional de Listas de Espera vigente. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades Odontológicas, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.</p> <p>El porcentaje de reducción estará determinado para cada establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de lista de espera de consulta nacional y el promedio de días de espera consulta del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es reducir el promedio de espera de consultas de cada establecimiento como así mismo el promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: $\left[\frac{\text{Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica} - \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica}} \right] \times 100.$ -Para registro en SIS.Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.</p>		
Fuente de datos: Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE).		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los establecimientos con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la línea base del establecimiento o no aumentar en un 10% sobre de dicha línea base.	
<p>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.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las causas que generan lista de espera de consultas nuevas de especialidad odontológicas. 2. Monitorear y gestionar los tiempos de espera. 3. Intencionar la gestión de lista de espera en eje horizontal, disminuyendo casos antiguos, favoreciendo eficiencia en el uso de recursos. 	

Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 10%)
[-1,0%, 4,9%]	≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%
≥ 100%	≥ 15%

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 40,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$10,0\% < X \leq 20,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 10,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2).	Responsable: Director/a del establecimiento de Salud.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Potenciar la participación comunitaria.	
	Objetivo indicador: Implementar estrategias generadas por las instancias formales de participación efectiva.	
<p>Descripción: Este indicador mide las acciones de participación ciudadana implementadas por la institución, a través del Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) (ver Anexo N°09) y otros actores de la comunidad formalmente organizados (*). El Director/a del establecimiento de Salud junto al Consejo Consultivo definen e implementan estrategias que den respuesta a los acuerdos establecidos en el Plan Institucional, dando cuenta de la ejecución de las actividades comprometidas. Adicionalmente para cumplir con el indicador se deben considerar las siguientes instancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Consejo Consultivo de Usuarios elabora un cronograma de trabajo que considera, a lo menos cuatro reuniones de asesoría hacia la dirección del establecimiento, de manera presencial o virtual: Asesoría relacionada con la fijación de políticas, definiciones y evaluaciones de planes institucionales, calidad de la atención y otras materias de interés para los usuarios/as. 2. Director/a del establecimiento de Salud presenta un Plan Anual Institucional del establecimiento al Consejo Consultivo, generando un espacio de retroalimentación (consultas, propuestas, opiniones, entre otros) desde la comunidad. 3. Director/a del establecimiento de Salud socializa con la comunidad usuaria y funcionaria los resultados alcanzados en las estrategias implementadas. <p>Se considera que las actividades de carácter presencial se pueden realizar también a través de otras vías como teleconferencias, correo electrónico, cartas certificadas, página web, las que se puedan reprogramar en caso de contingencia.</p> <p>(*) Se entiende como actores de la comunidad a representantes de los distintos grupos etarios, migrantes, voluntariado, trabajadores, estudiantes, entre otros, vinculados con el establecimiento.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de acciones implementadas por el establecimiento con el CCU / Total de acciones comprometidas por el establecimiento con el CCU) x 100</p> <p>- Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales de las acciones implementadas y lo comprometido. Adicionalmente una vez cumplido los requisitos 1,2 y 3 se ingresa SI y resto de meses N/A.</p>		
<p>Fuente de datos: Cronograma de trabajo del CCU y actas de reuniones realizadas; resolución del Plan Anual del establecimiento y acta con lista de asistencia de la reunión realizada durante el primer semestre; verificable de las acciones realizadas e informe anual del Director del establecimiento reportando las acciones cumplidas respecto de los compromisos acordados con el CCU.</p>		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: 100%.
<p>Razonamiento meta: El modelo de salud centrado en el usuario debe recoger las opiniones, expectativas y sugerencias de éstos. Para ello, es indispensable generar instancias formales de participación a fin de responder a los objetivos del modelo.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recoger opiniones y/o análisis de los integrantes del Consejo Consultivo de Usuarios, para ser incorporadas como antecedentes de trabajo en el Comité de Gestión Usuaria del establecimiento. 2. Relevar y visibilizar la figura del CCU como espacio efectivo de participación ciudadana entre la comunidad funcionaria y usuaria. 3. Realizar acciones de presentación y difusión del Plan Anual Institucional con actores sociales y/o comunitarios distintos al CCU, con posterioridad a la presentación del mencionado Plan al CCU. 	

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

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

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

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica (C.4_3.4).	Responsable: Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
Estrategia: Gestión Asistencial en Red.	Objetivo específico: Posibilitar la integración efectiva de la Red.	
	Objetivo indicador: Mejorar la contrarreferencia del área ambulatoria de manera de garantizar una adecuada continuidad de los cuidados en la red asistencial.	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del proceso de contrarreferencia realizada en el momento del alta de consulta ambulatoria. Incluye a todos los pacientes derivados, dentro o fuera de su red.</p> <p>Adicionalmente se solicita informe con envío a autogestion@minsal.cl, a más tardar el 30 de abril 2021 que contenga al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Listado rutificado de las contrarreferencias realizadas del I trimestre. <p>En el Anexo N° 10 se presentan definiciones y conceptos.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de contrarreferencias en el alta médica realizadas en el periodo / Número total de altas médicas realizadas en el periodo) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales</p>		
<p>Fuente de datos: - Numerador: Fuente SIDRA, de no contar con sistema informático, resguardar información de las contrarreferencias al alta con listado rutificado. - Denominador: REM A07 + REM A32. Listado rutificado de las contrarreferencias realizadas del primer trimestre.</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: $\geq 80\%$ o aumento de 10 puntos porcentuales a partir de su línea base.	
<p>Razonamiento meta: Basado en las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el usuario circula por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados, lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior sea realizado de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente.</p>		
Iniciativas:	1. Monitorear el cumplimiento del proceso de contrarreferencia al alta.	
	2. Integrar y entregar información suficiente y de calidad que ayude a la toma de decisiones y a mejorar la gestión en red para la continuidad de los cuidados y resolución de problemas de salud.	
	3. Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contrarreferencia.	

Puntuación	Aumento puntos porcentuales sobre línea de base	Porcentaje de Cumplimiento
0	$X < 2,5$ p.p.	$X < 50,0\%$
1	$2,5 \text{ p.p.} \leq X < 5,0$ p.p.	$50,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$5,0 \text{ p.p.} \leq X < 7,5$ p.p.	$60,0\% \leq X < 70,0\%$
3	$7,5 \text{ p.p.} \leq X < 10,0$ p.p.	$70,0\% \leq X < 80,0\%$
4	$X \geq 10$ p.p.	$X \geq 80,0\%$

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 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° 11 se detallan las consideraciones para cada uno de los siguientes requisitos mínimos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo trimestral de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en vigilancia en el establecimiento. 2. Informe de Brotes de IAAS según normativa. 3. Análisis de la resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS en el establecimiento, realizado según normativa 2 veces al año (abril y septiembre.) 4. Descripción de las medidas de control planificadas y realizadas para los problemas identificados (programas de supervisión de prácticas u otras medidas de intervención). 5. Descripción de otras actividades establecidas para el periodo anual en base a los objetivos programáticos locales. 6. Cumplimiento de las actividades programadas en el plan anual, según porcentaje solicitado en cada periodo establecido. Ver anexo N° 11 7. Informe anual del impacto de las intervenciones realizadas en los procesos (nivel de cumplimiento en prácticas de atención), o en los resultados (variación en las tasas de infecciones). <p>El Plan anual se debe elaborar a más tardar en el mes de marzo 2021 y estar aprobado formalmente por el Director del Establecimiento e informado al Director del Servicio de Salud y su referente IAAS.</p>		
Frecuencia de medición: Trimestral	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de requisitos exigidos realizados en el periodo/Total de requisitos en el plan según periodicidad)x 100. -Para registro SISQ una vez cumplidos los requisitos (según periodicidad), se ingresa SI y el resto de los meses no aplica mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: Plan anual aprobado en el primer trimestre por el Director del establecimiento e informado al Director de Servicio de Salud a través de memo, mail u otro medio, que incluya los requisitos mínimos exigidos; Req N°1.- Informe trimestral IAAS; Req N°2.- Informe de Brotes (según ocurrencia) descargable de Sicars para cada brote o informe local con resumen de brotes; Req N°3.- Informe de análisis de resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS en el establecimiento realizado según normativa 2 veces al año (abril y septiembre); Requisito N°4,5 y 6 informe local que contenga puntos mínimos del formato señalado en anexo N°11; Req N°7.- Informe anual de impacto del establecimiento.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 95%.	
<p>Razonamiento meta: Se requiere que los establecimientos fortalezcan su PCI, en particular como equipos de carácter técnico-ejecutor local más allá del rol "consultor", para lo cual uno de los elementos esenciales consiste en disponer de recurso humano calificado con tiempo suficiente para desarrollar las actividades propias del PCI, así como con información que les permita contar con un diagnóstico certero de los problemas identificados y el impacto de las intervenciones realizadas.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener actualizada la información de vigilancia epidemiológica de IAAS, brotes de IAAS y estado de ejecución de actividades relacionadas con el PCI (cobertura de capacitación, ejecución de programas de supervisión, actualización de directrices). 2. Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del plan de actividades del PCI. 	
Puntuación		Porcentaje de cumplimiento
0		X < 80,0%
1		80,0% ≤ X < 85,0%
2		85,0% ≤ X < 90,0%
3		90,0% ≤ X < 95,0%
4		X ≥ 95,0%

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales (D.3.2).	Responsable: Jefe de Estadística.
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Mejorar la calidad de información.	
	Objetivo indicador: Mejorar la consistencia de registros estadísticos.	
<p>Descripción: Este indicador mide la consistencia de registros REM, en siete ámbitos de revisión, estos son: 1) Intervenciones quirúrgicas, 2) Consultas de Especialidad, 3) CMA, 4) Partos, 5) Días camas ocupados, 6) Índice de Cirugías por paciente (complementa medición del ámbito 1), 7) Índice de pacientes Intervenido. Ver detalles en Anexo N°12. Cabe destacar que en la medición no se considerará la apertura adicional de carga de datos. Las actualizaciones posteriores al período en evaluación no implican la modificación en el cumplimiento de los ámbitos para los meses anteriormente evaluados. Sin embargo, en caso de no existir en algún mes en particular producción en CMA, IQ o consultas médicas y/o por el aumento en los días cama ocupados de pacientes no beneficiarios, se deben presentar los antecedentes a través de Estadística de su Servicio de Salud a DEIS, el que validará la información y realizará la actualización anual de los certificados mensuales, a la condición No Aplica según corresponda.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de ámbitos que cumple de la pauta de consistencia en el periodo / Total de ámbitos de la pauta de consistencia que aplican al establecimiento en el periodo) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales, según lo publicado en DEIS Minsal.</p>		
<p>Fuente de datos: Se debe considerar en la publicación del reporte que genera centralizadamente DEIS, con el cumplimiento de la pauta de consistencia.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 100% en consistencia de registros estadísticos.	
<p>Razonamiento meta: Los Registros Estadísticos Mensuales representan las estadísticas de producción de actividades de los establecimientos, constituyen una herramienta fundamental para el monitoreo de programas y convenios de salud, por lo que la calidad y consistencia de la información es fundamental para los objetivos del sector. Se debe lograr que los establecimientos empleen las mismas definiciones conceptuales y operacionales, en ambas series A y BS, al registrar su producción y además aplicar concordancia en el uso de la estructura hospitalaria en los ámbitos que aplique.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer procesos de validación de los datos, asegurando la completitud y calidad de los registros en ambas series del REM. 2. Monitorear cumplimiento del indicador, haciendo uso del reporte, dispuesto en la Intranet del DEIS. 3. Comunicación y coordinación permanente entre estadísticos y referentes técnicos EAR, para contar con registros consistentes. 	

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

Perspectiva: Procesos internos.	Nombre indicador: Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1).	Responsable: Director del Establecimiento.
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Fortalecer procesos de mejora continua y calidad y seguridad de la atención.	
	Objetivo indicador: Implementar un Programa de Calidad y Seguridad de la Atención que incluya Acreditación, Seguridad de la Atención y Prevención y Control de IAAS.	
<p>Descripción: Este indicador mide la elaboración y cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención (en adelante el Programa), que incluye materias relacionadas con Acreditación, Seguridad de la Atención y aspectos específicos relacionados con el Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en particular con la supervisión de brotes de IAAS. Este Programa debe considerar al menos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Revisión y actualización documental asociada a características de acreditación. 2.Autoevaluación de cumplimiento de al menos las características obligatorias asociadas a la acreditación. 3.Monitoreo y análisis de los resultados de los indicadores de Seguridad y Calidad de la Atención, según frecuencia de medición establecida en sus respectivas normas y definición de planes de mejoras, si es pertinente. 4.Informe de oportunidad de notificación de brotes de la institución, considerando los de IAAS y los relacionados a Salud Ocupacional (no IAAS) 5.Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen en la institución, según normativa vigente (Circular C13 N° 1 de 16 enero 2015 en https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/circular_1_sobre_prolongacion_de_brotes(3).pdf). 6.Oficialización del Programa ante directivos locales y del Servicio de Salud. El Programa de Calidad y Seguridad de la Atención del Establecimiento se debe elaborar a más tardar en el mes de marzo y estar aprobado por el (la) Director(a) del Establecimiento e informado al (la) Director(a) del Servicio de Salud, Unidad de Calidad (Servicio de Salud) y referente de IAAS (Servicio de Salud). 7.Evaluación y difusión del cumplimiento del Programa, al menos semestralmente en reunión de Comité Técnico ampliado (presencial o telemática), coordinada y dirigida por la Dirección del establecimiento, con acta de reunión e informe de cumplimiento. En el Anexo N°13, se presenta documento de apoyo al indicador. 		
Frecuencia de medición: Trimestral	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: Número de requisitos mínimos exigidos para el Programa cumplidos en el periodo / Total de requisitos mínimos exigidos para el Programa en el periodo) x 100.</p> <p>-Para registro en SIS.Q, una vez cumplido los requisitos se ingresa SI (según periodicidad o según corresponda en el caso de brote), resto de los meses ingresar N/A Mensual.</p>		
<p>Fuente de datos: 1.-Listado de los documentos que vencen en el año y los actualizados en el periodo; 2.-Informe de autoevaluación;3.- Informe de análisis de resultados de medición de indicadores de Seguridad y Calidad de la Atención según frecuencia establecida en la normativa; 4.-Informe de oportunidad de notificación de brotes de IAAS y de brotes de infecciones relacionadas con salud ocupacional no IAAS (covid 19) según formato anexo N°13 ;5.- Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados según formato anexo N°13 ;6.- Programa aprobado por el Director del establecimiento e informado al Director del Servicio de Salud a través de memo, mail u otro medio verificable; 7.-Informe semestral de evaluación de cumplimiento del Programa; Actas de reunión de Comité Técnico ampliado en que se difunde informe de manera semestral.</p>		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: 80%.
<p>Razonamiento meta: Se requiere que los establecimientos se comprometan y trabajen permanentemente en el mejoramiento de la calidad y la seguridad de los pacientes, de manera que la Acreditación, la implementación de las Normas de Seguridad y el cumplimiento de la Prevención de IAAS permitan establecer una cultura y política de calidad institucional.</p>		
Iniciativas:	1. Mantener una cultura de calidad en el quehacer diario de todos los integrantes de la organización.	
	2. Mantener actualizada la información de brotes IAAS e indicadores de Normas de Seguridad en SICARS.	
	3. Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención.	
Puntuación		Porcentaje de cumplimiento
0		X < 40%
1		40% ≤ X < 55%
2		55% ≤ X < 70%
3		70% ≤ X < 80%
4		X ≥ 80%

Perspectiva: Procesos Internos.	Nombre indicador: Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría (D.3_2.2).	Responsable: Jefes 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.	
Descripción: Este indicador mide dos trazadoras, por una parte, el cumplimiento de los compromisos suscritos por las unidades auditadas del establecimiento en relación con el total de hallazgos detectados en las auditorías y si estos compromisos suscritos, fueron implementados en el periodo que la unidad auditada se comprometió. Esta información debe estar contenida en el programa de seguimiento de auditorías o planilla de compromisos no implementados en año anterior, enviados al CAIGG (Consejo Auditoría Interna General de Gobierno) y aquellos compromisos que vayan surgiendo como producto de una Auditoría del periodo en evaluación. 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.		
Frecuencia de medición: Trimestral o Semestral	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
Fórmula: $(((\text{Número de compromisos suscritos del establecimiento asociado a auditoría (s) en el periodo} / \text{Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) en el periodo}) \times 0,5) + ((\text{Número de compromisos de Auditoría interna implementados en el periodo} + \text{Número de Acciones correctivas Implementadas de CGR} / \text{Número de compromisos suscritos cuyo cumplimiento se encuentran vencido en el periodo} + \text{Número de acciones correctivas de CGR vencidas}) \times 0,5)) \times 100.$ <p>-En SIS.Q para trazadora "Compromisos suscritos" ingresar información acumulada a lo menos semestralmente, resto de los meses ingresar N/A. 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>		
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 realizadas producto de las auditorías. Los compromisos deben coincidir con las auditorías realizadas, y sólo pueden realizar una renovación dentro del año evaluado; 3. Planilla en Formato Excel con "Anexo Compromisos de Auditorías Generales" (ver Anexo N°14); 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. No serán considerados, para efectos de suscripción de compromisos, los reportes trimestrales solicitados por el CAIGG.		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 75\%$ compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo; $\geq 90\%$, $\geq 80\%$ o $\geq 70\%$ de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	
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.		
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	Porcentaje de Compromisos Suscritos	Porcentaje Implementación Compromisos (1 a 30 compromisos/año)	Porcentaje Implementación Compromisos (31 a 70 compromisos/año)	Porcentaje Implementación Compromisos (mayor a 70 compromisos/año)
0	$X < 60,0\%$	$X < 75,0\%$	$X < 65,0\%$	$X < 55,0\%$
1	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	$55,0\% \leq X < 60,0\%$
2	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	$60,0\% \leq X < 65,0\%$
3	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	$65,0\% \leq X < 70,0\%$
4	$X \geq 75,0\%$	$X \geq 90,0\%$	$X \geq 80,0\%$	$X \geq 70,0\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de despacho de receta total y oportuno (D.4_1.2).	Responsable: Encargado de Farmacia.
Estrategia: Calidad Atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención oportuna, segura y digna.	
	Objetivo indicador: Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna.	
<p>Descripción: El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado.</p> <p>Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en Farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día en que el usuario solicita la entrega. Este concepto corresponde en el registro REM a “la receta despachada con oportunidad”.</p> <p>Debido a la contingencia sanitaria por Covid -19, se incorpora en la medición las recetas despachadas a domicilio. Entendiendo que estas deben ser despachadas de manera total y oportuna (anticipada) al domicilio del usuario y para aquellas recetas despachadas a través de la gestión territorial con otros establecimientos de salud en los casos que corresponda. Debido a que el REM no diferencia esto último, se recomienda establecer un registro de los despachos para gestión territorial de manera de tener coordinación en los REM con los otros establecimientos.</p> <p>Se podrán excluir de la medición, aquellos medicamentos que durante el año presenten quiebres de stock por desabastecimiento a nivel local. Lo anterior, debe ser respaldado por informe semestral de los medicamentos en quiebre de stock con carta formal del proveedor señalando la no disponibilidad del medicamento y un certificado de Unidad de Finanzas que acredite que no mantiene deudas con el o los proveedores del medicamento en quiebre de stock. Dicha exclusión, no considera los quiebres de CENABAST.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo / Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo) x 100. -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales.</p>		
Fuente de datos: REM A04		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 99,5\%$.	
<p>Razonamiento meta: La demora en el inicio del tratamiento puede incrementar la morbilidad y la mortalidad. Diferir la entrega de medicamentos, implica la realización de nuevos trámites para el usuario y una nueva asistencia al centro hospitalario. Una entrega total y oportuna mejora adherencias terapéuticas y resulta una mejora en la satisfacción usuaria.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar un sistema de registro de la demanda de fármacos del área ambulatoria. 2. Gestionar la entrega total y oportuna de todos los proveedores. 3. Definición de stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad del establecimiento. 	
	Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
	0	$X < 86,0\%$
	1	$86,0\% \leq X < 90,5\%$
	2	$90,5\% \leq X < 95,0\%$
	3	$95,0\% \leq X < 99,5\%$
	4	$X \geq 99,5\%$

Perspectiva: Usuarios.	Nombre indicador: Porcentaje de reingresos urgentes de pacientes antes de 7 días (D.4_1.6)	Responsable: Subdirección Médica.	
Estrategia: Calidad de la Atención.	Objetivo específico: Proporcionar atención de calidad, segura y digna.		
	Objetivo indicador: Disminuir el porcentaje de reingresos urgentes.		
<p>Descripción: Este indicador mide todos los episodios de pacientes que reingresan en forma urgente antes de 7 días a un Centro Hospitalario, luego de haber tenido otro episodio de ingreso en el mismo Centro.</p> <p>Se establecen las siguientes exclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reingresos cuyo motivo de egreso en el episodio de origen haya sido la fuga, alta voluntaria o derivación a otros establecimientos de salud. • Recién Nacidos con Ictericia y Fototerapia como diagnóstico y procedimiento principal respectivamente. • Diagnósticos de cáncer entre los códigos CIE10 entre C00 y C97. • Pacientes cuya especialidad médica corresponde a psiquiatría adulto, pediátrica y de la adolescencia. <p>Adicionalmente, se solicita que los establecimientos en forma paralela realicen monitoreo mensual de los pacientes con reingresos antes de los 7 días y que su diagnóstico principal se encuentra entre los códigos CIE10 T80 y T88.9, los que recogen específicamente las complicaciones postquirúrgicas.</p> <p>Se excluyen también para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales pediátricos: pacientes adultos (\geq a 15 años). • Hospitales de adultos: pacientes pediátricos ($<$ a 15 años). 			
Frecuencia de medición: Mensual.	Tipo de unidad: Porcentaje.	Polaridad: Los valores bajos son buenos.	
<p>Fórmula: (Número de reingresos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período) x 100 -Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales y línea base acumulada al año anterior.</p>			
Fuente de datos: Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD de MINSAL.			
Línea de base: Acumulada año anterior	-Reingresos Pacientes Adultos \leq 2,0% o para aquellos establecimientos con línea base $>$ 2,50% la meta es 2,30%. -Reingreso Pacientes Pediátricos \leq 1,7% o para aquellos establecimientos con línea base $>$ 2,50% la meta es 2,30%.		
<p>Razonamiento meta: El reingreso hospitalario está influenciado por múltiples factores, entre los cuales están los clínicos, derivados del hospital y los del propio paciente. Constituyen un problema relevante por su impacto en la morbilidad, mortalidad y los costos. Este indicador mide indirectamente la calidad y eficiencia de las prestaciones asistenciales en salud y su monitorización puede utilizarse como una herramienta costo-efectiva para identificar posibles errores del equipo de salud, al igual que los factores de riesgo asociados a los pacientes.</p>			
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar y caracterizar la casuística que reingresa en un plazo menor de 7 días y sus causalidades. En particular con patologías trazadoras. 2. Plan de mejora de los procesos clínicos y administrativos involucrados en la generación de los casos. 3. Generar plan de evaluación y mejora del total de los casos de reingresos. 		
Puntuación	Porcentaje Cumplimiento Reingreso Pacientes Adultos	Porcentaje Cumplimiento Reingreso Pacientes Pediátricos	Establecimientos con LB $>$ 2,50%
0	$X > 2,50\%$	$X > 2,50\%$	$X > 2,50\%$
1	$2,33\% < X \leq 2,5\%$	$2,33\% < X \leq 2,50\%$	$2,43\% < X \leq 2,50\%$
2	$2,16\% < X \leq 2,33\%$	$2,16\% < X \leq 2,33\%$	$2,36\% < X \leq 2,43\%$
3	$2,00\% < X \leq 2,16\%$	$1,70\% < X \leq 2,16\%$	$2,30\% < X \leq 2,36\%$
4	$X \leq 2,00\%$	$X \leq 1,70\%$	$X \leq 2,30\%$

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

Anexo N°01**Documentos Tributarios Electrónicos (DTE)**

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

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

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

Anexo N° 02
Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos
Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad, Calidad y Análisis del Sistema de Costos (A.3_1.2).

1. Fecha de Reportes Cuadros Gerenciales e informes de análisis (sistema de costeo y análisis).

A continuación, se entregan las fechas de reporte solicitados para el indicador en el año 2021:

Mes que informa	Mes de Reporte
Enero	30 de marzo
Febrero	30 de marzo
Marzo	30 de abril
Abril	30 de mayo
Mayo	30 de junio
Junio	31 de julio
Julio	30 de agosto
Agosto	30 de septiembre
Septiembre	30 de octubre
Octubre	30 de noviembre
Noviembre	30 de diciembre
Diciembre	05 de febrero 2022

Por tanto, para el ingreso en SIS.Q, una vez validada el acta mensual por MINSAL, ingresar el puntaje obtenido mes por mes.

2. Actividades y aspectos generales sobre los reportes:

El establecimiento debe reportar mensualmente al referente del sistema de costeo MINSAL los costos y análisis. Estos reportes denominados “sistema de costeo” y “análisis” serán evaluados en el ítem “Oportunidad” según fecha de envío de acuerdo con el cuadro que se presenta a continuación:

Día de atraso en entrega de reporte	Puntos	Observación
0 días hábiles	4	*Las fechas de entrega podrán eventualmente ser modificados por el equipo MINSAL. Si fuese el caso, el equipo MINSAL informará oportunamente vía correo de este cambio. En caso de tener que corregir un reporte, el establecimiento contará con 2 días hábiles para realizar la corrección sin que se descuente puntaje por Oportunidad.
1 día hábil	3	
2 días hábiles	2	
3 días hábiles	3	
4 o más días hábiles	0	

Los reportes, “sistema de costeo”, serán evaluados según “Calidad” como indica el cuadro a continuación:

Cantidad de correcciones	Puntos
≥ 4	0
3	1
2	2
1	3
0	4

Por cada vez que el equipo MINSAL solicite corregir el reporte al establecimiento (según especificaciones mencionadas anteriormente) el puntaje disminuirá en 1 punto según el escalafón del primer envío de reporte tal como se señala en la tabla.

No se aceptarán modificaciones, una vez validada la información, de los datos de un periodo anterior, salvo exista autorización del equipo MINSAL. De haber modificaciones no autorizadas el puntaje obtenido en Calidad en dicho mes será reevaluado y se aplicará el descuento de 1 punto.

3. Tabla de chequeo para medir el cumplimiento del ítem “Calidad”:

- i. Se requerirá el reporte 4 del sistema de costeo el cual debe ser enviado a sistemadecostos@minsal.cl.
- ii. Todos los CC que tengan gastos, también deben presentar producción imputada (salvo Administración y Abastecimiento)
- iii. Aludiendo al punto anterior, si existe un centro de costo sin producción se debe justificar. Sin embargo, ningún centro de costo de apoyo (CCA) que tenga gastos puede estar sin producción. De otra manera se produce un descuadre el cual consiste que el Costo Directo ingresado no es igual a la sumatoria de los Totales de los centros de costos finales.
- iv. También se deberán revisar los costos unitarios de las producciones para determinar si están bien imputados los gastos.
- v. Las producciones ingresadas al sistema correspondan a los reportados por REM.
- vi. Las imputaciones de gastos deben corresponder al consumo del periodo. La cuadratura del sistema de costeo con SIGFE no será mes a mes, sino que se revisará, al final del año. Es decir, al cabo de un año calendario (diciembre), los costos totales del establecimiento informado en el sistema de costeo y sus devengados informados en SIGFE no deben tener una diferencia mayor a un 5% sumando los subtítulos 21 y 22.
- vii. Todos los Centros de Costos que tienen actividad deben tener sus respectivos gastos. Es decir, no puede haber un CC que tenga producción y no gastos y viceversa (salvo Administración el cual no tiene producción en el sistema de costeo).
- viii. Todos los centros de costos (salvo el Centro de Costos Externo) deberían tener gastos de RRHH, Gastos Generales e Insumos si es que tienen actividad. De haber una excepción se debe justificar. El Centro de Costo Externo debería tener sólo costos indirectos. De no ser así se debe justificar.
- ix. Las producciones de Quirófano Mayor deben ser imputados en las Consultas de Especialidad.
- x. Servicio Farmacéutico no debería tener gastos de Medicamentos, salvo aquellos que son dados de baja por vencimiento. En ese caso se debe incluir la justificación.

- xi. Si existiesen costos de medicamentos, material quirúrgico, de Central de Esterilización, exámenes u otros gastos que no suponen un gasto necesario para el funcionamiento de Administración, estos costos deben ser justificados.
- xii. Si se ingresaron costos de servicios básicos, todos los CC que tuvieron actividad (salvo el Centro de Costo externo) tienen que tener gastos asociados del mismo ítem.
- xiii. Las compras de camas al extrasistema y las compras de intervenciones quirúrgicas no deben asignarse a Administración, ni a Consultas ni ningún otro centro de costo que no utilice cama o IQ para su funcionamiento, sino que al centro de costo de Hospitalización o Quirófano de especialidad correspondiente.
- xiv. Las compras de servicio que correspondan a horas hombre, donde la actividad se realizó en el establecimiento (paciente no derivado) se deben imputar como RRHH en el sistema de costeo.
- xv. En las Consultas de Especialidad se deben considerar los Totales del REM 7, las consultas por compras de servicio, y aquellas del REM 4 que correspondan a consulta de especialidad.
- xvi. En los centros de Hospitalización sólo colocar los egresos de dichos CC, aquellos egresos/altas desde las UCI o UTI no deben incluirse en Hospitalización. La diferencia que pudiese ocasionar los egresos de las Hospitalizaciones con las del DEIS debido a los egresos por UPC, se considerarán al final de año con el cruce de datos DEIS.
- xvii. Debe haber una cuadratura entre el Costo Directo y el Total de Costos de los centros de costos finales.
- xviii. Todo centro de costo que tenga costo indirecto de Servicio Farmacéutico deberá tener los respectivos costos de Medicamentos.
- xix. De haber RRHH, Gastos Generales o Insumos subvencionados por otro establecimiento, en se debe detallar dicho aporte recibido por el hospital.

En los puntos anteriormente mencionados, si existe una justificación, ésta deberá estar contenida en el correo junto con el reporte. De no estar ahí se entiende que se incurrió en un error.

Con el fin de ir mejorando la data ingresada al sistema, de identificarse un punto de mejora en la imputación de los datos, éstas se enviarán con tiempo y serán motivo de revisión de Calidad para los meses posteriores.

4. Evaluación del informe de análisis efectuado por el establecimiento:

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

Se considera el total del gasto en personal incluido el gasto en compras de servicios de personal, según lo definido en el punto N°5, distribuidos mediante el sistema de costeo vigente que tiene el establecimiento. Se definen las siguientes trazadoras:

1. Hospitalización (Egresos).
2. Consultas Médicas de especialidad.

3. Cirugía Mayor Ambulatoria.

4. Atenciones de Emergencia.

El informe mensual enviado por el establecimiento será validado por equipo PERC Minsal y evaluará la concordancia en el cálculo del resultado de cada trazadora en las siguientes variables:

- Costo por actividad productiva.
- Porcentaje de variación del costo de RRHH por producción respecto al mismo periodo 2020.

Cada trazadora tendrá el valor de 1 punto lo que en su conjunto llega a 4 puntos el cual como se menciona en la fórmula, tiene una ponderación del 40% del puntaje total del mes.

Este informe debe ser enviado junto al reporte del cuadro 4, según calendario.

Formato del informe

"Mes"					
Trazadora	Línea Base 2020	Gasto en RRHH	Producción Específica	Costo por Actividad Productiva	% variación costo de RRHH por producción
Hospitalización					
Consultas Médicas					
Cirugía Mayor Ambulatoria					
Atenciones de Emergencia					

Análisis del resultado (Indique si su resultado fue mayor o menor en relación al año anterior y que factores intervinieron en dicho resultado, fundamente su análisis)

Observaciones (Indique si tiene algo que mencionar y que sea relevante para este periodo analizado respecto a extracción de los datos)

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

Numerador: Se debe considerar el gasto de RRHH del sistema de costeo vigente en el ítem "recursos humanos" Los centros de costos del sistema de costeo vigente a considerar como numerador, según la configuración de cada establecimiento:

a. Trazadora "Hospitalización" (Egresos).

HOSPITALIZACIÓN DE TRASPLANTES	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUEMADOS
HOSPITALIZACIÓN TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO ADULTO
HOSPITALIZACIÓN CARDIOVASCULAR	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO CARDIOQUIRÚRGICA
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO CORONARIOS
HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGÍA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO NEONATOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA
HOSPITALIZACIÓN NEONATOLOGÍA	UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO QUIRÚRGICA
HOSPITALIZACIÓN NEUROCIRUGÍA	QUIRÓFANOS CIRUGIA CARDIACA
HOSPITALIZACIÓN NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA	QUIRÓFANOS CIRUGÍA PLÁSTICA
HOSPITALIZACIÓN NEUROLOGÍA	QUIRÓFANOS CIRUGÍA TORACICA
HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA	QUIRÓFANOS CIRUGÍA VASCULAR

HOSPITALIZACIÓN OFTALMOLOGÍA	QUIRÓFANOS GINECOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN ONCOLOGÍA	QUIRÓFANOS NEUROCIURUGÍA
HOSPITALIZACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA	QUIRÓFANOS OFTALMOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	QUIRÓFANOS OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN PENSIONADOS	QUIRÓFANOS PROCTOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	QUIRÓFANOS TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
HOSPITALIZACIÓN TRAUMATOLOGÍA	QUIRÓFANOS UROLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN UROLOGÍA	QUIRÓFANOS ODONTOLOGICA
HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA	QUIRÓFANOS CABEZA Y CUELLO
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	QUIRÓFANOS CARDIOVASCULAR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOQUIRÚRGICA	QUIRÓFANOS DERMATOLOGÍA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOS	QUIRÓFANOS DIGESTIVA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA	QUIRÓFANOS OBSTETRICIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA	UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS

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

CONSULTA NEFROLOGÍA	CONSULTA DE REHABILITACIÓN
CONSULTA NEONATOLOGÍA	CONSULTA DERMATOLOGÍA
CONSULTA NEUMOLOGÍA	CONSULTA ENDOCRINOLOGÍA
CONSULTA NEUROLOGÍA	CONSULTA GASTROENTEROLOGÍA
CONSULTA NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	CONSULTA GENÉTICA
CONSULTA NUTRICIÓN	CONSULTA GERIATRÍA
CONSULTA OBSTETRICIA	CONSULTA GINECOLOGICA
CONSULTA OFTALMOLOGÍA	CONSULTA HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA
CONSULTA ONCOLOGÍA	CONSULTA HEMATOLOGÍA
CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGÍA	CONSULTA INFECTOLOGÍA
CONSULTA PEDIATRÍA GENERAL	CONSULTA MÉDICA DE TRAUMATOLOGÍA
CONSULTA PSIQUIATRÍA	CONSULTA MEDICINA INTERNA
CONSULTA ANESTESIA	CONSULTA REUMATOLOGÍA
CONSULTA CARDIOLOGÍA	CONSULTA NEUROCIURUGÍA
CONSULTA CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	CONSULTA SALUD OCUPACIONAL
CONSULTA CIRUGIA CARDIACA	CONSULTA TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA CIRUGÍA GENERAL	CONSULTA UROLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA MAXILOFACIAL	CONSULTA CIRUGÍA PROCTOLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CONSULTA DE INMUNOLOGÍA
CONSULTA CIRUGÍA PLÁSTICA	CONSULTA DE PARASITOLOGÍA
CONSULTAS MÉDICAS	PROGRAMA VIH
PROGRAMA ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SEXUAL	PROGRAMA MANEJO DEL DOLOR

c. Trazadora “Cirugía Mayor Ambulatoria”

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

d. Trazadora “Atenciones de Emergencia”

EMERGENCIAS	EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
EMERGENCIAS ADULTO	EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS

Denominador: Es la producción de cada trazadora, la cual debe ser concordante con lo registrado en el sistema de costeo vigente y se obtienen de las siguientes fuentes:

- a. Trazadora “Hospitalización” (Egresos).
 - Para aquellos que tienen GRD, se utiliza el número de egresos de *tipo actividad* “Hospitalizados” y se multiplica por su respectivo PM GRD.
 - Para aquellos que no tienen GRD se utiliza el número de Egresos del REM 20.
- b. Trazadora “Consultas Médicas” (de especialidad).
 - Serie A, REM 7
 - Serie A, REM 6 Sección A.1
 - Serie A, REM 32 Sección C1, C2 y E2
- c. Trazadora “Cirugía Mayor Ambulatoria”
 - Series REM BS, parte II, hoja B17, sección E (sólo cirugías ambulatorias).
- d. Trazadora “Atenciones de Emergencia”.
 - Para todos los establecimientos las Atenciones de Emergencia se obtienen de las Series REM A 08, sección A + Series REM A 09, sección I.

6. Cálculos de porcentajes para comparación de costos por actividad entre períodos:

- e. Trazadora “Hospitalización” (Egresos).

$$\frac{\sum \left[\frac{Gasto_{RRHH_{t1}}}{Egresos_{t1} \times PM\ GRD_{t1}} - \left(\frac{Gasto_{RRHH_{t0}}}{Egresos_{t0} \times PM\ GRD_{t0}} \times (1 + Reajuste\ salarial) \right) \right]}{\left[\frac{Gasto_{RRHH_{t0}}}{Egresos_{t0} \times PM\ GRD_{t0}} \times (1 + Reajuste\ Salarial) \right]}$$

- f. Para las trazadoras de Consultas Médicas, Cirugía Mayor Ambulatoria y Atenciones de Emergencia:

$$\frac{\sum \left[\frac{Gasto_{RRHH_{t1}}}{Producción_{t1}} - \left(\frac{Gasto_{RRHH_{t0}}}{Producción_{t0}} \times (1 + Reajuste\ Salarial) \right) \right]}{\left[\frac{Gasto_{RRHH_{t0}}}{Producción_{t0}} \times (1 + Reajuste\ Salarial) \right]}$$

En caso de que algunas de las atenciones hospitalarias, mencionadas anteriormente, no sean parte de los servicios entregados por el establecimiento, no se considerará para el cálculo del indicador.

7. Reajuste Salarial.

El Reajuste a utilizar en la fórmula corresponde al porcentaje de reajuste del sector público a partir del 1 de diciembre del año 2021.

Para el cálculo del indicador en periodo vigente se debe realizar el mismo cálculo utilizando el sistema de costeo vigente.

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

Anexo N° 03

Listado de medicamentos excluidos de la medición del indicador
Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados (A.3_1.5)

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

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

Anexo N° 05

Documento de apoyo para plan de abordaje y prevención
Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención (B.2.3).

El Plan de abordaje y prevención, debe ser elaborado en base a los ejes priorizados y mencionados en este anexo, además debe contener como mínimo los siguientes puntos:

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

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

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

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

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

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

Eje Ciclo de Vida Laboral.

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

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

Eje Salud Funcionaria.

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

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

- **Cuidado de la salud mental de los equipos de salud.** Considerando las exigencias que supone el enfrentamiento de la pandemia, se deben generar estrategias que favorezcan el cuidado de la salud mental de funcionarias y funcionarios. Se debe considerar la promoción, prevención y atención en salud mental de funcionarias y funcionarios.

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

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

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

Eje Protección de la Dignidad y promoción del Buen Trato.

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

Medidas institucionales de abordaje a ausencia laboral en pandemia.

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

Anexo N°06

Definiciones para determinar numerador y denominador de indicador.

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

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

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

Nota: Los pacientes que no completen 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°07

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

Documento de apoyo para el indicador

Porcentaje de Notificación y Pesquisa de Posibles Donantes de Órganos en UEH, UPC, UTI y/o UCI Adulto y Pediátrico

1.-Definiciones:

Posible donante en UEH Adulto y/o Pediátrico: es todo aquel paciente que haya presentado al ingreso ó durante su estancia en el servicio de urgencia las siguientes características:

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. Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

Para este indicador se considerarán entre 6 meses y 78 años.

Posible Donante en UPC, UTI y/o UCIs: es todo aquel paciente que al ingreso o durante su estancia en el servicio de UPC, UTI y/o UCIs adulto y pediátrico presente diagnóstico con las siguientes características:

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. Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7 (se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).

Para este indicador se considerarán entre 6 meses y 78 años.

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

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

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

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

2.- Requisitos mínimos que deben cumplir los establecimientos hospitalarios

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

- Velar por el cumplimiento de Ordinario A15 /N°3965 de 12.09.2019 del Ministerio de Salud, “Reitera vigencia de obligación legal, de prestadores individuales públicos y privados de notificar estado de muerte encefálica de un paciente”.
- Tramitar y contar con la Resolución Sanitaria Especial emitida por la SEREMI respectiva, la cual será fiscalizada según Ord. B35/N 315 del 07 de febrero 2020.
- Reuniones semestrales con jefaturas de unidades UEH, UPC, NC y/o NL si procede, y CLP para evaluar y controlar el cumplimiento de estrategias implementadas con el fin de enfocar el fortalecimiento de:
 - Notificación y pesquisa de posibles donantes en sus establecimientos de salud.
 - Aumento de donantes efectivos por muerte
- Las personas en potestad de los cargos correspondientes a las Coordinaciones Locales de Procuramiento (CLP), deben cumplir la función para la que fueron destinadas preservando dedicación exclusiva al programa.
- Notificar a la correspondiente Coordinación Local de Procuramiento, vía telefónica o presencial, a todo posible donante. Esta acción es independiente de contar con un sistema de “Alarma en línea” desde la UEH o UPC. La

notificación oportuna es el hito inicial fundamental del proceso y debe ser registrada consistentemente en la ficha clínica del paciente.

- Complementar la notificación con pesquisa mediante vigilancia activa de posibles y potenciales donantes. Esta actividad consiste en visitas presenciales regulares a las unidades generadoras de los establecimientos de salud de su red y territorio. Episódicamente, en condiciones debidamente justificadas, se podrá efectuar un contacto remoto mediante llamadas telefónicas. Se sugiere contar con una calendarización de visitas a estos efectos.
- Toda notificación y pesquisa de posibles donantes debe ser registrada por el Coordinador Local de Procuramiento en el Sistema Integrado de Donación y Trasplantes (SIDOT). El plazo máximo para ello es 24 horas desde la detección del posible o potencial donante.
- En aquellas situaciones en que la Coordinación Local de Procuramiento no asiente en la propia institución, deben designar un responsable o coordinador hospitalario clínico que supervise e implemente mejoras continuas para el cumplimiento de la notificación de posibles donantes hacia la CLP.
- El protocolo de la Unidad de Procuramiento, debe explicitar el proceso de notificación y pesquisa intrahospitalario y de la red. La construcción del mismo, debe estar asentado en la legislación vigente y debe ser actualizado regularmente de acuerdo a lo dispuesto. Este protocolo debe considerar al menos:
 - Identificación de los responsables del proceso de notificación.
 - Flujo de comunicación con la Coordinación Local de Procuramiento correspondiente al establecimiento y/o red.
 - Acciones clínicas que favorezcan la correcta selección del posible donante, solicitud y toma de exámenes del posible donante, solicitud formal de cama a UPC, UTI y/o UCI, manejo clínico inicial y precoz del posible donante, y/o todas aquellas medidas que favorezcan la obtención de donantes de órganos y tejidos, según protocolo.
 - Requisitos mínimos de mantenimiento y traslado del posible donante en el caso de requerir traslado hacia un centro de mayor complejidad.
- Las Coordinaciones Locales de Procuramiento deben contar con un médico perteneciente a la Unidad de Pacientes Críticos, sea esta de adultos o pediátrica según corresponda, 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 ser comunicada a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud. La fecha límite para ello será el 30 de junio de 2021. Los correos para remitir la información antes señalada son: sandra.mardones@minsal.cl y carolina.oshiro@minsal.cl
- Considerar incorporación en los PAC de capacitación continua e inducción al personal sanitario, considerando a los equipos clínicos de las unidades generadoras. Entre las temáticas propuestas se encuentran: “Notificación de posibles donantes. Donación y procuramiento de órganos y tejidos”, “Abordaje familiar de comunicación de muerte y comunicación de donación”, entre otras.
- Realizar y/o colaborar en Auditorías de fichas clínicas según programación local o del Ministerio de Salud.
- Enviar, en forma trimestral, el Certificado de validación de notificación y pesquisa y el Informe cualitativo de descartes de posibles donantes a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, a sandra.mardones@minsal.cl con copia a carolina.oshiro@minsal.cl
Los certificados de validación local deben ser enviados firmados por: Coordinador Local de Procuramiento, SubDirector Médico o Referente en Control de Gestión Hospitalaria y Responsable o coordinador hospitalario clínico de establecimientos de salud en que no asiente la CLP.

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

Si bien se mantendrán los porcentajes del año 2020 en la tabla de cumplimiento, será requisito demostrar el cierre de brechas informadas por los establecimientos, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento.

RED NACIONAL DE PROCURAMIENTO DE ORGANOS Y TEJIDOS CHILE 2021.

SERVICIO DE SALUD	HOSPITALES DE LA RED	COORDINACIÓN LOCAL DE PROCURAMIENTO A LA QUE SE DERIVA
Servicio de Salud Arica	Hospital Juan Noé Crevani, Arica.	Hospital Juan Noé Crevani Arica
Servicio de Salud Iquique	Hospital Ernesto Torres Galdámes, Iquique.	Hospital Ernesto Torres Galdámes, Iquique.
Servicio de Salud Antofagasta	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta. (*) Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta.
Servicio de Salud Atacama	Hospital San José del Carmen, Copiapó. (*) Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Aristía Ruiz, Vallenar.	Hospital San José del Carmen, Copiapó.
Servicio de Salud Coquimbo	Hospital San Pablo, Coquimbo. Hospital San Juan de Dios, La Serena. Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle). (*) Hospital Illapel.	Hospital San Pablo De Coquimbo.
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Burén, Valparaíso. Hospital Claudio Vicuña (San Antonio).	Hospital Carlos Van Burén, Valparaíso
Servicio de Salud Viña Del Mar - Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Hospital San Martín, Quillota. Hospital Quilpué.	Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
Servicio de Salud Aconcagua	Hospital San Camilo, San Felipe. Hospital San Juan de Dios, Los Andes.	Hospital San Camilo, San Felipe.
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 Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda. Hospital Adalberto Steeger, Talagante. (*) Hospital Metropolitano.	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.
Servicio de Salud Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja Arriarán. Hospital Clínico Metropolitano El Carmen. Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	Hospital de Urgencia Asistencia Pública, M. Central.
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador, M. Oriente. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Hospital Dr. Luis Tisné Brosse.	Hospital Del Salvador, M. Oriente.
Servicio de Salud Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau. Hospital El Pino. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.	Hospital Barros Luco Trudeau, M. Sur.

(*) Los hospitales señalados con asterisco, se encontrarán en marcha blanca el primer semestre y serán reevaluados de esta condición al fin del mismo.

SERVICIO DE SALUD	HOSPITALES DE LA RED	COORDINACIÓN LOCAL DE PROCURAMIENTO A LA QUE SE DERIVA
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Inzunza.	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, M. Sur Oriente.
Servicio de Salud O'Higgins	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins Rancagua. Hospital San Juan de Dios (San Fernando).	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. Rancagua.
Servicio de Salud Maule	Hospital Dr. César Garavagno, Talca Hospital San Juan de Dios (Curicó) Hospital General Carlos Ibáñez del Campo (Linares).	Hospital Dr. Cesar Garavagno, Talca.
Servicio de Salud Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán. (*) Hospital San Carlos.	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.
Servicio de Salud Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Arauco	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria (Curanilahue).	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Talcahuano	Hospital Las Higueras, Talcahuano. (*) Hospital de Tomé.	Hospital Las Higueras, Talcahuano.
Servicio de Salud Biobío	Hospital Víctor Ríos, Los Ángeles.	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
Servicio de Salud Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol).	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 Intercultural de Nueva Imperial. Hospital de Pitrufquen. Hospital Dr. Abraham Godoy (Lautaro).	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
Servicio de Salud Valdivia	Hospital Base de Valdivia.	Hospital Base de Valdivia.
Servicio de Salud Osorno	Hospital Base San José de Osorno.	Hospital Base San José de Osorno.
Servicio de Salud Reloncaví	Hospital Puerto Montt.	Hospital Puerto Montt.
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.

(*) Los hospitales señalados con asterisco, se encontrarán en marcha blanca el primer semestre y serán reevaluados de esta condición al fin del mismo.

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

3.-OBTENCIÓN DE LOS DATOS DEL NUMERADOR

3.1 Trazadora Unidad de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrico

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

Numerador: Número de Posibles Donantes, entre los 6 meses a 78 años, notificados a la Coordinación Local de Procuramiento y/o pesquisados por la Coordinación Local de Procuramiento

3.2 Trazadora Unidad de Paciente Crítico, UTI y/o Unidad de Cuidados intensivos Adulta y Pediátrica

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

Numerador: Número de Posibles Donantes, entre los 6 meses a 78 años notificados a la Coordinación Local de Procuramiento y/o pesquisados por la Coordinación Local de Procuramiento

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

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

Certificado de Validación y el Informe cualitativo de Descartes de posibles donantes, en forma trimestral.

4.-OBTENCIÓN DE LOS DATOS DEL DENOMINADOR

4.1 Trazadora Unidad de Emergencia Hospitalaria

Los pacientes hospitalizados en Urgencia que se miden en este indicador se refieren a aquellas personas que, teniendo indicación de hospitalización, no ocuparon cama de dotación hospitalaria e hicieron su estadía completa en camilla u otro en esa unidad y que de acuerdo con definición DEIS, pues no corresponden a un egreso hospitalario.

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

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

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

4.2 Trazadora Unidad de Paciente Crítico, UTI y/o Unidad de Paciente de Cuidados Intensivos

El denominador debe evidenciar los pacientes que ingresaron a UPC, UTI y/o UCIS cuya causa de ingreso y fallecimiento es neurológica.

Denominador: Total de egresos fallecidos en UPC, UTI y/o UCIs Adulto y Pediátrico, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 Años reportados en GRD.

La selección de casos informados por GRD para la medición de este indicador, debe considerar los egresos de los fallecidos en UPC, UTI y/o UCIs Adulto y Pediátricos.

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

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



DEPARTAMENTO DE PROCURAMIENTO Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

**Certificado de Validación año 2021:
Indicador C.3.1 "Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes
de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto 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 fallidos en CRD del Hospital.....durante el periodo de Inagén trimestre 2021.

Unidad de pacientes

MES	REGISTRO EN CRD 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:.....

Todos los rut reportados por gá deben tener registro y/o justificación.
Aquellos que no son posibles donantes, registrar en Observaciones/Justificaciones el fundamento, en forma breve.

Nombre completo y firma del Coordinador Local de Procuramiento.	Nombre completo y firma de referente en Control de Gestión Hospitalaria.
--	---

Listado de códigos CIE 10 Denominador Notificación y Pesquisa posibles y potenciales – 2021.
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 encefalomiélitis
G04.9 – Encefalitis, mielitis y encefalomiélitis, 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
G93.4 – Encefalopatía no especificada
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 - 2021.
I61.9 - Hemorragia intraencefálica no especificada
I62 - Otras hemorragias intracraneales no traumáticas
I62.0 - Hemorragia subdural (aguda) (no traumática)
I62.1 - Hemorragia extradural no traumática
I62.9 - Hemorragia intracraneal (no traumática) no especificada
I63 - Infarto cerebral
I63.0 - Infarto cerebral debido a trombosis de arterias pre cerebrales
I63.1 - Infarto cerebral debido a embolia de arterias pre cerebrales
I63.2 - Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias pre cerebrales
I63.3 - Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales
I63.4 - Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales
I63.5 - Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales
I63.6 - Infarto cerebral debido a trombosis de venas cerebrales, no piógeno
I63.8 - Otros infartos cerebrales
I63.9 - Infarto cerebral, no especificado
I64 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico
I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares
I67.0 Disección de arterias cerebrales, sin ruptura
I67.1 - Aneurisma cerebral, sin ruptura
I67.3 - Leucoencefalopatía vascular progresiva
I67.4 - Encefalopatía hipertensiva
I67.5 - Enfermedad de Moyamoya
I67.6 - Trombosis apiógena del sistema venoso intracraneal
I67.7 - Arteritis cerebral no clasificada en otra parte
I67.8 - Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas
I67.9 - Enfermedad cerebrovascular, no especificada
I68 - Trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte
I68.0 - Angiopatía cerebral amiloide
I68.2 - Arteritis cerebral en otras enfermedades clasificadas en otra parte
I68.8 - Otros trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte
I71 - Aneurisma y disección aortica
I71.0 - Disección de la aorta cualquier 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 órbita
S02.30 - Fractura del suelo de la órbita cerrada
S02.31 - Fractura del suelo de la órbita Abierta
S02.7 - Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara
S02.70 - Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara cerrada
S02.71 - Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara, abierta
S02.8 - Fracturas de otros huesos del cráneo y de la cara
S02.80 - Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara, cerrada
S02.81 - Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara, abierta
S02.9 - Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada
S02.90 - Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada, cerrada

Listado de códigos CIE 10 Denominador Notificación y Pesquisa posibles y potenciales - 2021.
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**. Si algún establecimiento presenciara algún posible donante debe coordinarse con la CLP de su red.

Servicio Salud	Establecimiento
Valparaíso San Antonio	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)
Metropolitano Norte	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta)
Metropolitano Norte	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Santiago, Recoleta)
Metropolitano Occidente	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer (Santiago)
Metropolitano Occidente	Hospital San José (Melipilla)
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional Geriátrico Presidente Eduardo Frei Montalva
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Presidente Pedro Aguirre Cerda
Metropolitano Sur	Hospital San Luis (Buin).
Metropolitano Sur	Hospital Dr. Lucio Córdova (Enfer. Infecciosas; San Miguel).
O'Higgins	Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez (Rengo) (Mediana complejidad)
O'Higgins	Hospital de Santa Cruz.
Maule	Hospital de Constitución.
Maule	Hospital San José (Parral).
Maule	Hospital San Juan de Dios (Cauquenes).
Maule	Hospital San Javier
Concepción	Hospital San José (Coronel)
Concepción	Hospital de Lota
Talcahuano	Hospital Penco-Lirquén
Araucanía Norte	Hospital Dr. Dino Stagno M. (Traiguén).
Araucanía Sur	Hospital de Villarrica.
Aysén	Hospital de Puerto Aysén
Magallanes	Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos (Natales)

Documentos de apoyo para la gestión:

- Ley de Trasplante N° 19.451. 10-04-1996.
- Ley 20.413 15-01-2010.
- Ley 20.673 01-10-2013.
- Ley 20988 11-02-2017.
- Ley 21.145 12 – 03-2019.
- Ley 21030 23-09-2017.
- Ratificación Calidad de Donante Diario Oficial 15-02-2020.
- Decreto N° 35 Reglamento de la Ley 19.451. 17-06-2013.
- Ord. C26 N° 1064 09-04-2020.
- Libro "Redes de atención GES y no GES" 2021.
- Orientaciones Técnicas de Procuramiento de Órganos, Vigente.
- Guía Comunicación de Muerte y Donación de Órganos y Tejidos. Octubre 2020.
- ORD. A15 /N 3965de 12.09.2019 del Ministerio de Salud.

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

Anexo N°08 Definiciones GES

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

1. Glosario de Términos de Garantías de Oportunidad GES

- Garantías Cumplidas:** En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.
- Garantías Exceptuadas:** podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Circular IF N°248 del 27 julio 2015 y Circular IF N°288 del 06 de julio 2017 de la Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.
- Garantías Incumplidas Atendidas:** es aquella garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES.
- Garantías Incumplidas no Atendidas:** El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente.
- Garantías Retrasadas:** Corresponde a aquellas en que se ha superado el tiempo garantizado y en las cuales no se evidencia en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

2. Detalles de la confección del indicador.

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

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

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

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

Por ejemplo:

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

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

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

Anexo N°09**Definiciones del Consejo Consultivo de los Usuarios – Extracto D.S. N° 38****Porcentaje de acciones implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2)****TITULO V *****Del Consejo Consultivo de los Usuarios.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.- Conceptos

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

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

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

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

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

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

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

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

La Contrarreferencia incorpora dos momentos:

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

Situaciones especiales:

1. En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contrarreferencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.
2. Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente.
3. En el caso de programas de Crónicos, donde el control del paciente es compartido entre APS y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel, en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimientos que asegure la continuidad del cuidado.

El documento de contrareferencia debe contar con los siguientes datos:

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

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

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

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

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

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

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

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

Documentos de apoyo para la gestión:

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

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

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

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

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

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

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

5.-Descripción de otras actividades establecidas para el periodo anual en base a los objetivos programáticos locales (actividades de capacitación, elaboración/actualización/distribución de directrices, supervisión de procesos o procedimientos, etc.). Debe especificar cuántas de las actividades programadas se realizaron (incluye la evaluación de la cobertura de las actividades de capacitación programadas, actualización o incorporación de normativa y otros). Si se han detectado problemas locales al comparar los resultados locales de la vigilancia de IAAS con los indicadores de referencia nacional, siempre deberán existir metas de actividades relacionadas con esos problemas. Registro en SIS.Q de manera trimestral, resto de meses N/A mensual.

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

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

1° informe: **30 de junio 2021**: $\geq 30\%$ de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anual.

2° informe: **30 de septiembre 2021**: $\geq 60\%$ de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anual

3° informe: **31 de diciembre 2021**: 100% de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anual, a partir del 95% se daría por cumplido.

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

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

Formato a utilizar para requisitos 4,5 y 6

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

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

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

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

Anexo N°12

Pauta e información de componente de Registros estadísticos
 Porcentaje de cumplimiento de Consistencia de Registros Estadísticos (D.3.1)

Pauta e información para la medición de consistencia del componente de Registros Estadísticos del indicador:

Pauta para la medición de Consistencia de REM:

Las tablas siguientes corresponden a la pauta para la medición de consistencia, que contienen los aspectos que se considerarán para su evaluación, considerando 7 ámbitos de acuerdo con lo establecido en la ficha del indicador.

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

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

		ambulatorias y no ambulatorias		menores de 15 años)	
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple).				
	Resultados posibles	P13 \geq (P14-P15) and P13 > 0 and P14 > 0 and P14 \geq P15			1
SI P13, P14 Y P15 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =			N/A		
Para todos los demás casos, no cumple ámbito =			0		
Ámbito 7	Aspectos				Meta
	ÍTEM	REM Serie A21	REM Serie A		
Índice de pacientes Interventidos (complementa ámbito 6)	Sección específica de Serie	REM 21 sección F: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva. PACIENTES INTERVENIDOS	REM 21 sección F: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva.		100%
	Parámetro	P16	P17	P18	
	Nombre de parámetro	Pacientes Interventidos (mayores y menores de 15 años)	Pacientes programados en tabla (mayores y menores de 15 años)	Pacientes suspendidos en tabla (mayores y menores de 15 años)	
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple).				
	Resultados posibles	P16 \geq (P17-P18) and P16 > 0 and P17 > 0 and P17 \geq P18			1
		SI P16, P17 Y P18 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =			N/A
Para todos los demás casos, no cumple ámbito =			0		

Ejemplo de resultado:

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

Ámbito	Nombre Ámbito	Meta	Nombre de parámetro	Resultado Validación
Ámbito 1	Intervenciones Quirúrgicas (IQ)	= 100%	P1: Total Intervenciones Quirúrgicas	Cumple
			P2: Número de Quirófanos en trabajo	
			P3: Número de horas disponibles	
Ámbito 2	Consultas de especialidades médicas	≥ 95%	P4: Consultas de especialidades médicas en establecimientos de alta y mediana complejidad (N° de consultas)	Cumple
		Y	P5: (Total consultas especialidades)	
		≤ 105%	Establecimiento de alta y mediana complejidad	
Ámbito 3	Cirugía Mayor Ambulatoria	= 100%	P6: Total Intervenciones Quirúrgicas: Electivas mayores ambulatorias	N/A
			P7: Recursos disponibles	
			P8: Personas atendidas	
Ámbito 4	Partos	≥ 95%	P9: Total partos atendidos	Cumple
		Y		
		≤ 105%		
Ámbito 5	Días Camas Ocupadas	≥ 95%	P11: Total día cama hospitalización establecimientos de alta complejidad	Cumple
		Y		
		≤ 105%	P12: Días camas ocupadas: TOTAL	
			(Se excluyen las camas de Pensionados)	
Ámbito 6	Índice de Cirugías por Paciente (complementa ámbito 1)	1	P13: REMB17, Electivas mayores ambulatorias y no ambulatorias	
			P14: Pacientes programados en Tabla (mayores y menores de 15 años)	
			P15: Pacientes suspendidos en Tabla (mayores y menores de 15 años)	Cumple

Ámbito 7		1	P16: Pacientes intervenidos (mayores y menores de 15 años)	
	Índice de Pacientes Intervenidos (complementa ámbito 6)		P17: Pacientes programados en Tabla (mayores y menores de 15 años)	
			P18: Pacientes suspendidos en Tabla (mayores y menores de 15 años)	Cumple
Consistencia de REM =		Número de ámbitos que cumple de la pauta de consistencia en el periodo		7
		Total de ámbitos de la pauta de consistencia que aplican al establecimiento en el periodo		7
Consistencia de REM =				100
Con este resultado (100%) obtiene 4 puntos en Consistencia de REM, para el periodo de evaluación.				

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

Anexo N° 13

Documento de apoyo

Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención (D.3_2.1)

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

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

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

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

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

Objetivos Específicos:

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

Definiciones:

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

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

Metodología Programa de Calidad y Seguridad de la Atención

El equipo local de Calidad y Seguridad de la Atención y el equipo del Programa de Prevención y Control de IAAS, en forma complementaria y coordinada por la dirección del hospital, elaborarán un Programa de Calidad y Seguridad de la Atención que será aprobado por el Director del Establecimiento e informado de manera escrita (memo, correo electrónico u otro) al Director del Servicio de Salud y referente de Calidad y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud, así como al referente del Programa de Control de IAAS, a más tardar el día **31 de marzo 2021**. El medio de verificación será el Programa de Calidad y Seguridad de la Atención aprobado por el director del Establecimiento y la constancia del envío del mismo al Director del Servicio de Salud y referente de Calidad e IAAS del Servicio de Salud.

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

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

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

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

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

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

Indicador:

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

Resultado diagnóstico:

--

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

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

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

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

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

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

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

Indicador:

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

Resultado diagnóstico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo N°14

Pauta de chequeo para evaluación anual del indicador

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

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

Los datos contenidos en la planilla son los siguientes:

Identificación Específica del Tema Auditado				Hallazgos de Auditoría Contenidos en el Informe	Recomendaciones		
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

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

Fuente de información: Departamento de Auditoría, MINSAL.