



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN SRA
JAA/MCA/FGN/FLP



49

3357

ORDINARIO C16 / N°

ANT.: Resolución Exenta N° 733 del 2019 del Ministerio de Salud, que fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2020 para efectos de la asignación por el cumplimiento anual de Metas de Producción y Calidad a que se refiere el Artículo 12 de la Ley N° 20.707.

Ordinario N° 3437 del 01 de agosto año 2019, envió a los Servicios de Salud las Orientaciones Técnicas para la formulación, monitoreo y evaluación de las metas, que beneficia a los funcionarios de los Servicios de Salud regidos por la Ley 15.076.

MAT.: Envía Orientaciones Técnicas complementarias Metas de Producción y Calidad año 2020.

SANTIAGO, 26 OCT 2020

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS

En el marco del proceso de suscripción, monitoreo y cumplimiento de las Metas de Producción y Calidad para el año 2020, cumplimiento que beneficia a los profesionales funcionarios que desempeñen cargos de 28 horas semanales regidos por la Ley N° 15.076; y a profesionales funcionarios que se encuentren liberados de la obligación de prestar servicios de guardia nocturna y en días domingo y festivos, adjunto a ustedes Orientaciones Técnicas complementarias, para su conocimiento, aplicación y difusión en los equipos técnicos respectivos.

Todas las dudas o consultas deberán ser remitidas al Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría, a los mails de las profesionales que se indican a continuación fabiola.lopez@minsal.cl o fgalleguillos@minsal.cl.

Saluda atentamente a Ud.,



ARTURO ZÚÑIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- Servicios de Salud de país.
- Equipos de Control, de Gestión, Servicios de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Dpto. Control de Gestión Gabinete SRA, Minsal.
- Archivo



ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS AÑO 2020

FORMULACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN METAS DE LA LEY 20.707

Metas de Producción y Calidad que refiere el artículo N° 12 de la Ley 20.707

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTION

Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	3
III.	ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2020	4
	Indicadores y metas de producción	4
1.	Área de Producción	4
1.1.	Atención de pacientes hospitalizados	4
1.2.	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica crítica y disminuir los casos con estancias prolongadas.	5
1.3.	Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/ o ESI2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)	6
1.4.	Donación y Procuramiento de Órganos	8
2.	Área de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	11
2.1.	Regulación médica de solicitudes de transporte secundario según protocolo establecido en el Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	11
2.2.	Actualización de conocimientos ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado a médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) 12	
2.3.	Utilización de identificación funcionaria por los médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	13
3.	Área de Calidad	14
3.1.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de uso consentimiento informado.....	14
3.2.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas	16
3.3.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada.....	19
3.4.	Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno.....	21
3.5.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia	23
3.6.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación del correcto registro de protocolo operatorio.....	25
3.7.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo	27

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, a través de la Resolución Exenta N° 733 del 30 de septiembre de 2019, fijó las áreas prioritarias y los compromisos año 2020, en el marco de lo prescrito en el Artículo N° 12 de la Ley 20.707, que se refiere a la asignación asociadas a metas de producción y calidad de profesionales funcionarios regidos por la Ley 15.076.

Adicionalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través del Ordinario N° 3437 del 01 de agosto año 2019, envió a los Servicios de Salud las Orientaciones Técnicas para la formulación, monitoreo y evaluación de las metas, que beneficia a los funcionarios de los Servicios de Salud regidos por la Ley 15.076.

Las referidas orientaciones, tuvieron como propósito entregar el marco regulatorio sobre el proceso de cumplimiento anual de las metas, desde la formulación, actividades, plazos y responsables; y segundo, ser una guía general para que, los equipos de control de gestión y afines de los servicios de salud y establecimientos de la red asistencial dispongan de orientaciones específicas por cada uno de los indicadores, instrumento que les permite realizar un correcto cumplimiento y monitoreo durante todo el proceso.

En este contexto, el presente documento tiene un carácter complementario, es decir servirá de soporte auxiliar a las orientaciones enviadas a través del Ord. N° 3437 del 01 de agosto año 2019. Los equipos técnicos encontrarán, en el presente documento, las orientaciones específicas de los indicadores que rigen para el año 2020, además se incorporó un capítulo especial respecto a la reportaría de los medios de verificación, ya que, la forma en que los Servicios de Salud informan los referidos documentos dificulta la evaluación de las entidades evaluadoras.

Finalmente, se requiere que los equipos de Control de Gestión y afines de los servicios de salud y establecimientos de la red asistencial, estudien con detenimiento las orientaciones técnicas que esta Subsecretaría pone a disposición, para facilitar la formulación, monitoreo y evaluación de las Metas Sanitarias de la Ley 20.707 y, antes dudas o consultas, puedan dirigirlas al Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría.

II. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ante las observaciones de los evaluadores respecto a la reportería de los medios de verificación que los Servicios de Salud entregan en la etapa de evaluación, se ha considerado pertinente reforzar algunas consideraciones que los equipos de Control de Gestión deben tener al momento de entregar los antecedentes al organismo evaluador. Estos son:

- 1) Los medios de verificación deben ser los mismo que se establece en el documento que fija las Metas Nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.
- 2) Los datos informados deben coincidir con los medios de verificación, sean estos reportes, bases de datos u otros antecedentes que la autoridad haya fijado para el efecto.
- 3) No se deben adjuntar certificados o documentación adicional, que no sea solicitada como medio de verificación, de acuerdo con la resolución que fija las Metas Sanitarias.
- 4) Las justificaciones por subcumplimiento o sobrecumplimiento, deben ser coherentes, es decir, debe quedar claro la causalidad de los referidos resultados y deben estar debidamente informados, permitiendo al evaluador una fácil comprensión.

DATOS DEL INDICADOR		DESCRIPCIÓN		FORMULA DE CÁLCULO	
Dimensión del indicador	Tipos de indicador	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD
Reportes de actividades	Indicador de proceso	Corresponde a la existencia de metas observadas en el hospital de los pacientes egresados de una hospitalización	Corresponde a la existencia de metas observadas por el funcionamiento en el hospital de los pacientes egresados de una hospitalización	Reporte de actividades	Anual
Reportes de actividades	Indicador de resultado	Corresponde a la existencia de metas observadas en el hospital de los pacientes egresados de una hospitalización	Corresponde a la existencia de metas observadas por el funcionamiento en el hospital de los pacientes egresados de una hospitalización	Reporte de actividades	Anual
RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y REGISTRO		MEDIO DE VERIFICACIÓN		UNIDAD DE MEDIDA	
Servicios de Salud		Informe emitido por Unidad GRD del establecimiento que indica el resultado del IMA para todas las Unidades		Número	
FORMULA DE CÁLCULO		DESCRIPCIÓN		UNIDAD DE MEDIDA	
$\frac{\text{Número de actividades realizadas}}{\text{Número de actividades programadas}} \times 100$		$\frac{\text{Número de actividades realizadas}}{\text{Número de actividades programadas}} \times 100$		Porcentaje	

III. ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2020

Indicadores y metas de producción

1. Área de Producción

Objetivo: mantener y mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas a la población, procurando desarrollar actividades de acuerdo con las normas y protocolos establecidos para ello.

Cumplir con los estándares generales de calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, eficacia en el uso de los recursos, además de la implementación y aplicación de normas de calidad y seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud.

1.1. Atención de pacientes hospitalizados

OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar atención a pacientes que requieren uso de una cama hospitalaria para su recuperación en unidades funcionales de mayor, mediana y/o baja complejidad. Se considera medir la eficiencia en el uso de camas para brindar dicha atención a través del IEMA, permitiendo conocer si los pacientes están hospitalizados el tiempo esperado de acuerdo a sus necesidades de recuperación según su nivel de complejidad.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Índice Estancia Media Ajustado (IEMA)			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Estancia Media Observada (EMh).	Corresponde a la estancia media observada en el hospital de los pacientes egresados de una hospitalización.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado	Eficiencia	Aplica a Establecimientos con sistema operativo GRD, en el periodo correspondiente a la evaluación.
	Estancia Media Ajustada por Funcionamiento (EMAF).	Corresponde a la estancia media esperada ajustada por funcionamiento en el hospital de los pacientes egresados de una hospitalización.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Número	1,00	Anual	Informe emitido por Unidad GRD del Establecimiento que indique el resultado del IEMA para todas las Unidades.	SERVICIOS DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left(\frac{\text{EMH Estancia Media Observada}}{\text{EMAF Estancia Media Ajustada por Funcionamiento}} \right)$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se considera medir la eficiencia en el uso de camas, para lo cual es necesario tener presente:

- a) El Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) se mide sobre los datos depurados.
- b) El IEMA compara el funcionamiento en términos de gestión de estancias medias, a igualdad de casuística de un determinado Hospital o unidad estudiada con el estándar (Hospitales de la Norma nacional).
- c) Para comparar a igualdad de casuística previamente se ha hecho el ajuste de tasa, donde interviene la EMAF (Estancia Media Ajustada por Funcionamiento) que es la Estancia Media esperada del hospital al tratar sus propios casos, pero con la Estancia Media por GRD del estándar.
- d) Para realizar este cálculo (EMAF) en términos simples, lo que hace el sistema es "traer" las estancias de los GRD de la Norma a la casuística (Nº de egresos por GRD) del Hospital, es decir a cada egreso del Hospital le corresponde la estancia que se observa en la Norma para el mismo GRD.

- 1.2. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica crítica y disminuir los casos con estancias prolongadas.

OBJETIVO DEL PROCESO		Utilizar de manera eficiente el recurso cama de los hospitales e identificar y corregir las causas que motivan estadías hospitalarias excesivas.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de egresos hospitalarios con estancias prolongadas (outliers superiores)			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de egresos con estadías prolongadas (outliers superiores) en el período de evaluación.	Corresponde al número de egresos hospitalarios que hicieron una estadía por sobre el punto de corte máximo esperado (sobre el percentil 75) de acuerdo a Norma GRD Minsal vigente.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de egresos codificados en el período de evaluación.	Corresponde al número total de egresos hospitalarios.	Proceso	Eficiencia	De Alta y Mediana Complejidad con sistema GRD operativo en el período correspondiente a la evaluación.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	5,6%	Anual	Informe emitido por Unidad GRD según Orientaciones Técnicas.	SERVICIOS DE SALUD	

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	Número de egresos con estadías prolongadas (outliers superiores) en el período de evaluación / Número total de egresos codificados en el período de evaluación) x 100

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Este indicador se calcula y mide, exceptuando las siguientes exclusiones:

1. Casos de la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil),
2. Casos de pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).
3. Casos, pacientes que egresen de camas sociosanitarias

1.3. Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/o ESI2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar la oportunidad de atención dentro de 30 minutos a las personas consultantes de las UEH, que de acuerdo con su complejidad y gravedad son categorizados como pacientes C2 y/o ESI2.			
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de atención pacientes categorizados como C2 y/o ESI2 en los tiempos según estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH).			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH.	Corresponde al número de pacientes atendidos en 30 minutos o menos y que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	A que establecimientos aplica	
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH	Corresponde al número total de pacientes atendidos que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de	Resultado	Eficiencia
				Aplica a establecimientos con UEH con tipo de consultante

		Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.			niños y adultos. No aplica a consulta obstétrica.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥ 90%	Anual	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia Hospitalaria del Establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2 y/o ESI2, hora de admisión y hora de primera atención médica, considerando los registros según tabla 1 presentada en observaciones del indicador en Orientaciones Técnicas.	SERVICIOS DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				$(N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH} / N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH}) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

- Este indicador mide el tiempo que espera un paciente C2 para acceder a la primera atención médica en la Unidades de Emergencia Hospitalaria, desde su admisión.
- El numerador y denominador se obtienen de un reporte que debe emitir la Unidad de emergencia del establecimiento, tomando como fuente el Dato de Atención de Urgencia y debe contener los campos indicados en la Tabla 1:

Tabla 1
Campos obligatorios del registro y reporte de atención de pacientes C2 y/o ESI2

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

- c) Se mide con el total de pacientes C2 atendidos en la UEH.
- d) No se puede medir por muestreo.
- e) Se mide en forma mensual con Meta Anual, no tiene línea basal.
- f) El reporte que dé cuenta del nivel de cumplimiento debe ser emitido por la unidad de emergencia del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2, hora de admisión y hora de primera atención médica.

1.4. Donación y Procuramiento de Órganos

OBJETIVO DEL PROCESO	Potenciar la notificación de posibles donantes a las unidades de Coordinación de Procuramiento que contribuya a elevar el universo de donantes, la cual, independiente de la negativa a la donación por parte de las familias, incrementará el número de donantes efectivos del país.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Para UEH adulto y pediátrico: Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento.	En las unidades de emergencia hospitalarias pediátricas y/o adultos, corresponden al número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A qué tipo de establecimiento le aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Para UCIs e intermedio adulto y pediátrico: Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento.	En las UCIs e intermedio pediátricas y/o adultos, corresponden al número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento.			
	C- VARIABLE 3	DESCRIPCIÓN VARIABLE 3	Eficacia	Proceso	Alta Complejidad
	Para UEH adulto y pediátrico: Total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD.	En las unidades de emergencia hospitalarias pediátricas y/o adultos, corresponden al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD.			
D- VARIABLE 4	DESCRIPCIÓN VARIABLE 4				
	Para UCIs e intermedio: Total de egresos fallecidos en las UCIs, entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD.	En las UCIs e intermedio pediátrico y/o adultos, corresponden al total de egresos fallecidos en las UCIs, entre 6 meses a 75			

		años, reportados en GRD.		
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	90% o aumento de 30 puntos porcentuales a partir de su línea base año 2019.	Anual	Informe de validación elaborado por la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento, en el cual incluya como numerador, las estadísticas reportadas por Unidad de Coordinación Local de Procuramiento y en el denominador el Reporte GRD.	SERVICIO DE SALUD
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Posibles Donantes, entre 6 Meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento por UEH} + \text{N}^\circ \text{ de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento por UCIs}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 75 años, reportados por UEH en GRD} + \text{N}^\circ \text{ total de egresos fallecidos en las UCIs, entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Definiciones:

Posible Donante: corresponde a todo paciente que presente las siguientes características:

- Glasgow igual o menor a 7.
- Daño neurológico severo (habitualmente causado por Accidente cerebro vascular, traumatismo encéfalo-craneano, Hipoxia, tumores primarios del Sistema nervioso central y/o procesos infecciosos encefálicos).

Potencial Donante: corresponde a todos los posibles donantes que han sido certificados en muerte encefálica y/o con diagnóstico al menos clínico de muerte encefálica.

Donante Efectivo: es todo aquel potencial donante, del que efectivamente se extrae al menos un órgano para trasplante.

Unidad de Coordinación Local de Procuramiento: corresponde a la unidad que tiene por función el proceso de Procuramiento (donación) de órganos a nivel intrahospitalario. Todos los centros con capacidad de generar donantes tienen definida una Unidad de Coordinación Local de

Procuramiento, la que puede estar ubicada dentro del mismo centro o ser referencia para los hospitales del Servicio de Salud.

Todo posible donante deberá ser notificado y/o pesquisado/a por la Coordinación Local de Procuramiento, de acuerdo a protocolo de notificación vigente en el hospital y aquellos hospitales que actúan en red.

La responsabilidad de la evaluación es del Sub-Director Médico del Servicio de Salud.

El Coordinador Local de Procuramiento del establecimiento realizará el Informe de Validación en el cual incluya como numerador, todos los posibles donantes notificados que se encuentren registrados en SIDOT, y en el denominador, el reporte de fallecidos GRD. La remisión del citado informe será trimestral, de manera a alertar a los centros acerca del estado de avance en el cumplimiento de la meta propuesta como parte del acompañamiento que realiza la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante (CNPT).

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 indicador.

Para la Meta e Indicador, establece que el 90% de los posibles donantes serán notificados y/o pesquisados/as por la Coordinación Local de Procuramiento.

Medios de Verificación: Informe de Validación de metas Sanitarias.

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

2.1. Regulación médica de solicitudes de transporte secundario según protocolo establecido en el Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO		Realizar transporte secundario cuya regulación debe ser realizada por un médico según protocolo establecido en el Centro Regulador del SAMU perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Producción	Calidad	Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC.
Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario realizadas al Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	100%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud Metropolitano Central.	SERVICIO DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de transporte secundario en el año t}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

2.2. Actualización de conocimientos ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado a médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualización continua de los médicos del SAMU perteneciente al SSMC según vigencia y avances en tecnología y técnicas de ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en ACLS en el año t.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos.	Corresponde al número total de médicos que requieren capacitación para actualizar sus conocimientos ACLS del año t.	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥ 80%	Anual	Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud Metropolitano Central con el porcentaje de cumplimiento y número de médicos capacitados en ACLS.	SERVICIO DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				$\left(\frac{\text{Nº de médicos con capacitación actualizada en ACLS avanzado}}{\text{Nº total de médicos SAMU}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

2.3. Utilización de identificación funcionaria por los médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO		Uso permanente de la identificación funcionaria de cada médico del SAMU perteneciente al SSMC.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de médicos con identificación.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con identificación (nombre y apellido).	Corresponde al número de médicos del SAMU perteneciente al SSMC que se les constató uso de identificación (nombre y apellido) en el año t.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos.	Corresponde al número total de médicos del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	100%	Anual	Certificado de cumplimiento firmado por el Departamento de Calidad del Servicio de Salud Metropolitano Central.	SERVICIO DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				$(N^{\circ} \text{ de médicos con identificación (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de médicos}) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

3. Área de Calidad

3.1. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de uso consentimiento informado

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de uso consentimiento informado en cirugía mayor de acuerdo a las normas y protocolos establecidos			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con Consentimiento informado según protocolo.	Cumplimiento Consentimiento Informado según protocolo local.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº Total de cirugías mayores.	Nº Intervenciones cirugía mayor.	Proceso	Calidad	Alta y mediana Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Trimestral	Sistema de Acreditación, DP 2.1 según orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometido	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con Consentimiento informado según protocolo}}{\text{Nº Total de cirugías mayores}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se establece que el 80% de las cirugías mayores realizadas durante el año 2020, deberán contar con los correspondientes "consentimientos informados", de los respectivos pacientes intervenidos.

La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria trimestral, la que se obtendrá de la siguiente manera:

- a) Se debe contar con el listado de cirugías mayores realizadas en los últimos tres meses, objeto de consentimiento informado, de acuerdo característica DP 2.1 del estándar de acreditación. Debe incluir las cirugías mayores que correspondan a la unidad: cirugía adulto, cirugía infantil.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, los hospitales que no tengan valores históricos de evaluación en el último año o cuyo resultado de desempeño sea inferior a 80% se regirán de acuerdo a la Tabla N° 1 (valor esperado 50%, margen de error 10%) según Calculadora SISQ-MINSAL. Para los hospitales que dispongan de valor histórico último año y cuyo resultado de desempeño sea igual o mayor a 80%, se regirán para el cálculo del tamaño de la muestra por la Tabla N° 2 (valor esperado 80%, margen de error 10%).

TABLA N°1		TABLA N°2	
CASOS	TAMAÑO MUESTRAL	CASOS	TAMAÑO MUESTRAL
50-100	50	50-100	33
101-200	57	101-200	43
201-300	69	201-300	49
301-400	76	301-400	52
401-600	81	401-600	55
601-1000	86	601-1000	57
>1000	90	>1000	60

*Si el universo es inferior a 50, se debe evaluar la totalidad de los casos

- b) Seleccionar los casos a través de herramienta de aleatorización.
Los casos deben ser seleccionados en forma aleatoria dentro del universo alcanzado en el período de medición (trimestre).
- c) De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través de programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- d) Frente a registros manuales se debe:
- Calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
 - Elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado, que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumará el valor del intervalo, lo que identificará la ubicación del 2º registro, luego a esta última ubicación, se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.
- e) Una vez identificados los casos, se procede a ubicar las fichas clínicas que servirán de fuente de información para la medición del indicador.
- f) Cotejar cumplimiento en pauta de evaluación establecida según criterios definidos en protocolo local, incluyendo al menos los criterios exigidos característica DP 2.1 del estándar de acreditación atención cerrada.

Medios de Verificación:

- Informe de resultados firmado por jefe unidad de desempeño año 2020 (en caso de que sea utilizado para el cálculo de la muestra).
- Listado de cirugías mayores realizadas en el período.
- Registro muestra seleccionada aleatoriamente.
- Pauta de cotejo evaluación criterios definidos.
- Informe de resultados firmado por jefe unidad de desempeño.

Esta meta aplica a unidades clínicas quirúrgicas y el registro de consentimiento informado según los criterios mínimos definido en protocolo local (Sistema de acreditación característica DP 2.1) de cada establecimiento, en que se establece por un lado el responsable y también la oportunidad del llenado de este registro clínico.

3.2. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.				
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.				
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
		Nº de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso.	Cumplimiento criterios de ingreso a UPC según protocolo local.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
		Nº de pacientes ingresados a UPC.	Base de datos pacientes ingresados a UPC.	Proceso	Calidad	Alta y mediana Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Unidad Paciente Crítico comprometido.	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left(\frac{\text{Nº de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso}}{\text{Nº de pacientes ingresados a UPC}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se establece que 80% de pacientes ingresados a UPC (UCI-UTI) cumplan con la correcta aplicación de criterios de ingreso, de acuerdo a lo descrito en protocolo local correspondiente a la característica GCL 1.5 del estándar de acreditación atención cerrada.

La meta solo aplica a Unidades de Paciente Critico (UCI-UTI) debido a que son los profesionales médicos de estas unidades responsables de decidir el ingreso de los pacientes a dichas unidades, de acuerdo al cumplimiento de los criterios de ingreso definidos, en el respectivo protocolo institucional (Sistema de Acreditación, característica GCL 1.5), elaborado por el equipo médico de la correspondiente Unidad de Paciente Critico adulto, pediátrica y neonatal según la realidad de cada establecimiento. No obstante, el mencionado protocolo se difundirá a otras unidades cuyos profesionales soliciten el ingreso del paciente, como son Medicina y Cirugía, quienes deben estar informados de los criterios y procedimientos.

La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:

a) Se deberá contar con un listado que dé cuenta de los ingresos a cada unidad crítica del establecimiento de salud (adulto, pediátrico, neonatal, según corresponda).

Para el cálculo del tamaño de la muestra los hospitales que no tengan valores históricos de evaluación último año o cuyo resultado de desempeño sea inferior a 80% se regirán de acuerdo a la Tabla N° 1 (valor esperado 50%, margen de error 10%), según Calculadora SISQ- MINSAL. Para los hospitales que dispongan de valores históricos último año, cuyo resultado de desempeño sea igual o mayor a 80%, se regirán para el cálculo del tamaño de la muestra por la Tabla N° 2 (valor esperado 80%, margen de error 10%).

TABLA N°1		TABLA N°2	
CASOS	TAMAÑO MUESTRAL	CASOS	TAMAÑO MUESTRAL
50-100	50	50-100	33
101-200	57	101-200	43
201-300	69	201-300	49
301-400	76	301-400	52
401-600	81	401-600	55
601-1000	86	601-1000	57
>1000	90	>1000	60

*Si el universo es inferior a 50, se debe evaluar la totalidad de los casos

b) El registro debe realizarse en pauta de cotejo (anexo 1), señalando UPC, nombre del responsable de la evaluación, fecha de la evaluación, etc.

c) Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización.

Los casos deben ser seleccionados en forma aleatoria dentro del universo alcanzado en el período de medición (Semestre).

d) De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través de programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).

e) Frente a registros manuales se debe:

- Calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
- Elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado, que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumara el valor del intervalo lo que identificara la ubicación del 2º registro, luego a esta última ubicación se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.

f) Una vez identificados los casos, se procede a ubicar las fichas clínicas que servirán de fuente de información para la medición del indicador.

Medios de Verificación:

- Informe de resultados firmado por jefe unidad de desempeño año 2020 (en caso de que sea utilizado para el cálculo de la muestra).
- Listado de ingresos a UPC.
- Registro de muestra seleccionada aleatoriamente.
- Pauta de cotejo criterios Ingreso.
- Informe de resultados firmado por jefe unidad de desempeño.

Anexo Nº 1

Pauta de Cotejo Cumplimiento Criterios Ingreso a UPC

Pauta de Cotejo Cumplimiento Criterios Ingreso a UPC				
Fecha				
Nombre de evaluador				
Firma de evaluador				
Identificador Ficha/RUT	Fecha Ingreso	Procedencia	Diagnostico Ingreso	Cumple SI/NO con criterios definidos

3.3. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada de los profesionales en prevención de IAAS.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Capacitación actualizada en precauciones estándares de IAAS a médicos Ley 15.076.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS.	Capacitación actualizada en IAAS médicos (Ley 15.076).	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076).	Registro de médicos (Ley 15.076) que deben capacitarse actualizada en IAAS.	Proceso	Calidad	Alta mediana y Baja Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Anual	Sistema de Acreditación, RH 3.1 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades comprometidas.	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS}}{\text{Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se establece que el 80% de los médicos cuentan con capacitación actualizada (5 años) en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), según lo establece característica RH 3.1 del estándar de acreditación.

La evaluación se realizará considerando el universo de los profesionales médicos regidos por la Ley Nº 15.076 que se desempeñen en la unidad comprometida.

La medición se realizará de la siguiente forma:

1. La institución deberá tener listado de los profesionales médicos regidos por la Ley Nº 15.076 con los que cuenta la institución. (Dotación efectiva profesionales médicos regidos por la Ley Nº 15.076 del servicio o unidad comprometida al 31 de diciembre 2020).

2. Programa de capacitación institucional anual, que incluya temas relacionados a la Prevención y Control de infecciones Asociadas a la Atención en Salud, duración mínima 20 horas cronológicas, contenidos definidos en capsula Aprendizaje Autogestionado MINSAL.

3. Registrar en pauta de cotejo (anexo 2), nombre y RUT del profesional, nombre del curso, horas del curso, fecha capacitación y Entidad que otorga certificado.

INDICADOR: CAPACITACIÓN EN PRECAUCIONES ESTÁNDARES DE IAAS

Cobertura anual esperada (meta) \geq 80%

Medios de verificación:

- Listado de profesionales médicos (Leyes N° 15.076) del servicio o unidad comprometida al 31 de diciembre 2020.
- Programa de la capacitación en IAAS que han recibido.
- Certificados de capacitación médicos (Leyes N° 15.076).
- Informe de cobertura de médicos (Leyes N° 15.076) con capacitación actualizada firmada por Jefe Unidad comprometida.

ANEXO N° 2 REGISTRO CAPACITACIÓN EN IAAS

Nombre del médico	RUT	Unidad	Fecha de capacitación de 20 o más horas	Entidad que lo otorga

(*) Actualizada quiere decir con cinco años máximo desde que fue impartida

NOTA: el resultado esperado (Cobertura de 80% o más) es por servicio clínico o unidad comprometida.

3.4. Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno, de acuerdo a las norma y protocolo local.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numero entrega de turno médico con registro según protocolo.	Corresponde al cumplimiento de registro entrega turno medico según protocolo.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimiento s aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº total de entregas de turno del periodo.	Corresponde a las entregas de turno médico.	Proceso	Calidad	Alta mediana Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left(\frac{\text{Nº entrega de turno médico con registro según protocolo}}{\text{Nº total de entregas de turno del periodo}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se establece que el 80% de la entrega de turno médico cumplan con registros mínimos, de acuerdo a lo descrito en protocolo local correspondiente a la característica AOC 2.2 del estándar de acreditación.

La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:

Los hospitales que no tengan valores históricos de evaluación último año o cuyo resultado de desempeño sea inferior a 80% se registrarán de acuerdo a:

Situación 1

Para los servicios en que los turnos son de 12 horas, el tamaño de la muestra se determinará considerando un número de 2 entregas de turno diarias, $2 * 30 \text{ días} = 60 * 6 = 360$ registros en el semestre según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 50%, margen de error 10%), lo que arroja una muestra de 76 casos.

Para los servicios en que los turnos son de 24 horas, el tamaño de la muestra se determinará considerando un número de 1 entrega de turno diaria, $1 * 30 = 30 * 6 = 180$ registros en el semestre según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 50%, margen de error 10%), lo que arroja una muestra de 63 casos.

Los servicios o unidades que tengan valores históricos de evaluación último año y cuyo resultado de desempeño sea igual o superior al 80% se registrarán de acuerdo a lo siguiente:

Situación 2

Para los servicios en que los turnos son de 12 horas, el tamaño de la muestra se determinará considerando un número de 2 entregas de turno diarias, $2 * 30 \text{ días} = 60 * 6 = 360$ registros en el semestre según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 80 %, margen de error 10%), lo que arroja una muestra de 53 casos.

Para los servicios en que los turnos son de 24 horas, el tamaño de la muestra se determinará considerando un número de 1 entrega de turno diaria, $1 * 30 \text{ días} = 30 * 6 = 180$ registros en el semestre según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 80%, margen de error 10%), lo que arroja una muestra de 46 casos.

Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización:

Los casos deben ser seleccionados en forma aleatoria dentro del universo alcanzado en el período de medición (Semestre).

- De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través de programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- Frente a registros manuales se debe:
 - Calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
 - Elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado, que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumará el valor del intervalo lo que identificará la ubicación del 2º registro, luego a esta última ubicación se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.
- Una vez identificados los casos, se procede a ubicar el registro que servirán de fuente de información para la medición del indicador.

Medios de Verificación:

- Informe de resultados firmado por jefe unidad de desempeño año 2020 (situación 2 para el cálculo de la muestra).
- Registros de entrega de Turno.
- Registro de muestra entrega de Turno seleccionada aleatoriamente.
- Pauta de cotejo evaluación criterios definidos en protocolo local (AOC 2.2).
- Informe resultados firmado por jefatura Unidad comprometida.

3.5. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de DAU con registros mínimos.	Corresponde al cumplimiento registro mínimos en DAU según protocolo.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº total de DAU.	Corresponde al total de DAU.	Proceso	Calidad	Alta mediana y Baja Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Urgencia comprometido.	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(\text{N}^\circ \text{ de DAU con registros mínimos} / \text{N}^\circ \text{ total de DAU}) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU, de acuerdo a lo descrito en protocolo local, correspondiente a la característica REG 1.2 del estándar de acreditación de atención cerrada.

El subdirector médico o quien la Dirección del establecimiento determine, designará a un médico responsable para evaluar la aplicación del protocolo en la unidad sujeto de evaluación. La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:

El tamaño de la muestra se determinará de acuerdo a la siguiente tabla (valor esperado 50%, margen de error 10%), según Calculadora SISQ- MINSAL.

CASOS	TAMAÑO MUESTRAL
50-100	50
101-200	57
201-300	69
301-400	76
401-600	81
601-1000	86
> a 1000	90

*Si el universo es inferior a 50, se debe evaluar la totalidad de los casos

Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

Los casos deben ser seleccionados en forma aleatoria dentro del universo alcanzado en el período de medición (Semestre).

- De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través de programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- Frente a registros manuales se debe:
 - o Calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra),
 - o Elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número, se le sumará el valor del intervalo lo que identificará la ubicación del 2º registro, luego a esta última ubicación se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.

Una vez identificados los casos, se procede a ubicar el registro que servirá de fuente de información para la medición del indicador.

Medios de Verificación:

1. Listado de atenciones de urgencia.
2. Registro de muestra seleccionada.
3. Pauta de cotejo evaluación criterios definidos en protocolo local REG 1.2 (Contenidos Mínimos Atención Urgencia).
4. Informe resultados firmado por jefatura Unidad comprometida.

3.6. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación del correcto registro del protocolo operatorio

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación del correcto registro del protocolo operatorio de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.				
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio.				
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
		Número de protocolos operatorios con registros mínimos.	Cumplimiento registro mínimos en protocolos operatorios según documento local.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
		Número total de protocolos operatorios.	Numero de protocolos operatorios.	Proceso	Calidad	Alta y mediana Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas.	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO			
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(N^{\circ} \text{ de protocolo operatorios con registros mínimos} / N^{\circ} \text{ total de protocolos operatorios}) * 100.$			

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El subdirector médico o quien la Dirección del establecimiento determine, designará a un médico responsable para evaluar la aplicación del protocolo en la unidad sujeto de evaluación.

La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:

El tamaño de la muestra se determinará de acuerdo a la siguiente tabla (valor esperado 50%, margen de error 10%) Según Calculadora SISQ- MINSAL

CASOS	TAMAÑO MUESTRAL
50-100	50
101-200	57
201-300	69
301-400	76
401-600	81
601-1000	86
> a 1000	90

*Si el universo es inferior a 50, se debe evaluar la totalidad de los casos

Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

- Los casos deben ser seleccionados en forma aleatoria dentro del universo alcanzado en el periodo de medición (Semestre).
 - o De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través de programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- Frente a registros manuales se debe:
 - o Calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra),
 - o Elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumará el valor del intervalo lo que identificará la ubicación del 2^o registro, luego a esta última ubicación se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.
- Una vez identificados los casos, se procede a ubicar el registro que servirá de fuente de información para la medición del indicador.

Medios de Verificación:

- Listado de intervenciones quirúrgicas realizadas en el período.
- Registro de muestra seleccionada.
- Pauta de cotejo evaluación criterios definidos en protocolo local REG 1.2 (Contenidos Mínimos protocolo operatorio).
- Informe resultados firmado por jefatura Unidad Comprometida.

3.7. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo.	Cumplimiento registro indicación médica de manejo de dolor agudo en pacientes intervenidos quirúrgicamente según protocolo.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total pacientes intervenidos quirúrgicamente.	Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente.	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL1.3 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometido.
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo}}{\text{Nº total pacientes intervenidos quirúrgicamente}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo, según característica GCL 1.3 del estándar acreditación Atención cerrada.

El sub-director médico o quien la Dirección del establecimiento determine, designará a un médico responsable para evaluar la aplicación del protocolo en la unidad sujeto de evaluación.

La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:

El tamaño de la muestra se determinará de acuerdo a la siguiente tabla (valor esperado 50%, margen de error 10%) Según Calculadora SISQ- MINSAL)

CASOS	TAMAÑO MUESTRAL
50-100	50
101-200	57
201-300	69
301-400	76
401-600	81
601-1000	86
> a 1000	90

Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

- Los casos deben ser seleccionados en forma aleatoria dentro del universo alcanzado en el período de medición (Semestre).
 - i. De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través de programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- Frente a registros manuales se debe:
 - o Calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
 - o Elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumará el valor del intervalo lo que identificará la ubicación del 2^o registro, luego a esta última ubicación se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.
- Una vez identificados los casos, se procede a ubicar el registro que servirán de fuente de información para la medición del indicador.

Medios de Verificación

- Listado de intervenciones quirúrgicas realizadas en el período.
- Registro muestra seleccionada aleatoriamente.
- Pauta de cotejo evaluación criterios definidos. (manejo dolor agudo) característica GCL1.3 de estándar acreditación.
- Informe de resultados firmado por jefe unidad de desempeño.