



# INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED 2019



**Departamento de Control de Gestión  
Gabinete  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
Dirección de Presupuesto  
Ministerio de Hacienda  
Año 2019**

---

## AUTORES

### **Departamento de Control de Gestión, Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**

Cristián Sáez Burdiles.  
Carolina Esturillo Vivar.  
Catalina Román Ahumada.  
Lucía Astorga Inostroza.  
Sebastián Cid Alvarado.

## COLABORADORES

### **Gabinete, Ministerio de Salud.**

#### **Departamento de Gestión Sectorial de TIC.**

Inger Rivera Gómez.

#### **Departamento de Auditoría.**

Enrique Parra Ruiz.  
Ana María Martínez Silva.

#### **Unidad de Gestión al Usuario.**

Montserrat Cordero.  
Pablo Krause.

### **Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**

#### **Departamento de Participación y Trato al Usuario.**

Paola Cárcamo Guzmán.  
Fabiola López Plaza.  
Bernardita Palma Piña.

### **División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**

#### **Departamento de Eficiencia Hospitalaria.**

Ricardo Martino Bassano.  
Christopher Lui Mi.

#### **Departamento de Gestión Financiera.**

Adriana Sánchez Rodríguez.  
Adolfo Beck Quintanilla.  
Marco Vásquez Zúñiga.

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

#### **Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.**

Susana Romero Derderian.  
María Elena Campos Alarcón.  
Verónica del Fierro González.

María Francisca Molina Pérez.  
Lisset Slaibe Carrasco.  
Carolina Isla Meneses.

**Departamento de Gestión de Servicios de Salud.**

Juan Pablo Olmos Jorquera.  
Daniela Ampuero Azúa.

**Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.**

Manuel Arriagada Figueroa.

**Departamento GES y Redes de Alta Complejidad.**

Yonathan San Martín Vega.

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

José Luis Rojas Barraza.  
Carolina Oshiro Riveros.

**Unidad de Gestión de la Información.**

Silvana Santander Azar.  
Leonardo Molina Fuentes.  
Patricio Manríquez Arriagada.

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

**Departamento de Calidad de Vida Laboral.**

María Isabel Acosta Vásquez.

**Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua.**

Luis Echavarría Rocamora.

**Departamento de Estadistas e Información de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.**

Pamela Suárez Ojeda.  
Lorena Durán Caroca.



<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
Contexto.....	8
Antecedentes.....	9
Requisitos Evaluación EAR.....	10
Consideraciones del BSC Hospitalario.....	12
<b>INDICADORES BALANCED SCORECARD AÑO 2019 .....</b>	<b>26</b>
Porcentaje de Cumplimiento de Compras de la Canasta CEM a través de CENABAST (A.1.1).....	27
Porcentaje de Compras Vía Licitación Tipo L1 y Trato Directo (A.1_1.2).....	28
Porcentaje de Disminución de la Deuda (A.1_2.1).....	29
Equilibrio Financiero (A.1_2.2).....	30
Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios (A.1.3).....	31
Porcentaje de Devengamiento Oportuno de Documento Tributario Electrónico (DTE) de Proveedores (A.3_1.1).....	32
Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos (A.3_1.2).....	33
Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico (A.3_1.3).....	34
Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas Realizadas por Especialista (A.4_1.1).....	35
Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina (A.4_1.2).....	36
Costo del Recurso Humano por Actividad Hospitalaria (B.1.1).....	37
Promedio de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas (B.2.1).....	38
Porcentaje de Funcionarios/as que Ejercen Funciones de Jefatura Clínica Capacitados en Temáticas Priorizadas (B.2.2).....	39
Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables (B.3_1.1).....	40
Porcentaje de Camas Críticas Disponibles (B.3_1.2).....	41
Índice Funcional (B.3_1.3).....	42
Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior (B.3_1.4).....	43
Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados (B.3_1.5).....	44
Variación de Porcentaje de Pacientes que Esperan más de 12 Horas en la UEH para Acceder a una Cama de Dotación (B.4_1.1).....	45
Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).....	46
Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.3).....	47
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas (B.4_1.4).....	48
Porcentaje de Cumplimiento de Integración en Comités CIRA (C.2.1).....	49
Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH, UPC y/o UCIs Adulto y Pediátricas (C.3.1).....	50
Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red (C.4_1.1).....	51

Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad (C.4_1.2).....	52
Variación del Promedio de Días de Espera para Intervención Quirúrgica (C.4_1.3).....	53
Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2). ....	54
Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades (C.4_3.1). ....	55
Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrarreferencias (C.4_3.2). ....	56
Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas (D.1.1). ....	57
Porcentaje de Cumplimiento de Concordancia de Registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos (D.3.1). ....	58
Porcentaje de Cumplimiento de las Actividades Críticas en el Plan de Calidad y Seguridad de la Atención (D.3_2.1). ....	59
Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría (D.3_2.2). ....	60
Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 Días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) (D.4_1.1). ....	61
Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno (D.4_1.2). ....	62
Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos (D.4_1.3). ....	63
Porcentaje de Satisfacción Usuaría (D.4_1.4). ....	64
Nota obtenida en la Encuesta de Trato Usuario (D.4_1.5). ....	65
<b>ANEXOS. ....</b>	<b>66</b>
Anexo 01 Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) (A.3_1.1).....	66
Anexo 02 Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos (A.3_1.2) .....	67
Anexo 03 Listado de documentos excluidos – Verificables Comité de Farmacia (A.3_1.3).....	69
Anexo 04 Metodología de Cálculo (B.1.1).....	71
Anexo 05 Instructivo para la extracción de datos (B.3_1.2) .....	75
Anexo 06 Definiciones para Determinar Numerador y Denominador de Indicador (B.4_1.2) .....	79
Anexo 07 Orientaciones Proceso de Notificación de Posibles Donantes de Órganos (C.3.1).....	80
Anexo 08 Definiciones GES (C.4_1.1).....	90
Anexo 09 Meta de Reducción por Establecimiento (C.4_1.2).....	92
Anexo 10 Meta de Reducción por Establecimiento (C.4_1.3).....	94
Anexo 11 Definiciones del Consejo Consultivo de los Usuarios – Extracto D.S. N° 38 (C.4.2) .....	96
Anexo 12 Definiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (C.4_3.2) .....	97
Anexo 13 Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Análisis de reoperaciones quirúrgicas no programadas. Resolución N°1031 /2012 (D.1.1) .....	100
Anexo 14 Pauta e Información de Componente de Registros Estadísticos (D.3.1).....	104
Anexo 15 Pauta de Chequeo para Evaluación Anual (D.3_2.2).....	109
Anexo 16 Fórmula indicador “Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos” (D.4_1.3).....	110
Anexo 17 Instructivo Encuesta de Satisfacción Usuaría (D.4_1.4).....	120

## INTRODUCCIÓN

La Ley 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.

Desde el mes de junio del 2018, se conformó un Comité Interministerial que entre sus principales funciones se encuentra el monitoreo a los establecimientos en su gestión y eficiencia hospitalaria. Asimismo, el equipo de Control de Gestión de gabinete del Subsecretario de Redes Asistenciales,

coordina visitas a los Establecimientos Autogestionados en Red, 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 gestión hospitalaria, considerando la sustentabilidad financiera, la eficiencia operacional, la gestión en red y la calidad de atención de los usuarios.

La nueva versión 2019 del instrumento de evaluación contiene 39 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 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 nuevas definiciones estratégicas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el periodo 2019-2022 que son:

- 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.

Se han implementado una serie de iniciativas desde el nivel central con el objetivo de motivar la gestión local e impactar en los resultados en las redes:

- Conformación del Comité Interministerial cuyos miembros permanentes son: Subsecretario de Redes Asistenciales, Asesora de Presidencia, Jefe División Coordinación Interministerial de la Secretaría General de Presidencia, Jefe División de Presupuesto SSRA, Subdirector de Racionalización y función pública de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, Director de un Hospital público y un invitado del sector privado. Durante el año 2018 el comité participó en la revisión y aprobaron de los planes de ajuste y contingencia de los establecimientos autogestionados que no cumplieron con la evaluación del periodo 2017.
- Taller de alineamiento estratégico realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en conjunto con Laboratorio de Gobierno, cuyos objetivos fueron: identificar los principales desafíos institucionales para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la SSRA; consensuar ideas para abordar los desafíos priorizados, describiendo cómo debieran llevarse a cabo e identificando responsables; y entregar lineamientos metodológicos para que la SSRA y sus divisiones den continuidad al proceso.
- Proceso de acompañamiento a los Establecimientos Autogestionados en Red, realizándose visitas a terreno conformado por un grupo multidisciplinario de las distintas divisiones y departamentos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Presentaciones presenciales de los directores EAR al comité Interministerial dando cuenta de los resultados de los indicadores BSC y procesos relacionados a la gestión administrativa y clínica.
- Videoconferencia de Buenas Prácticas en Gestión Hospitalaria.

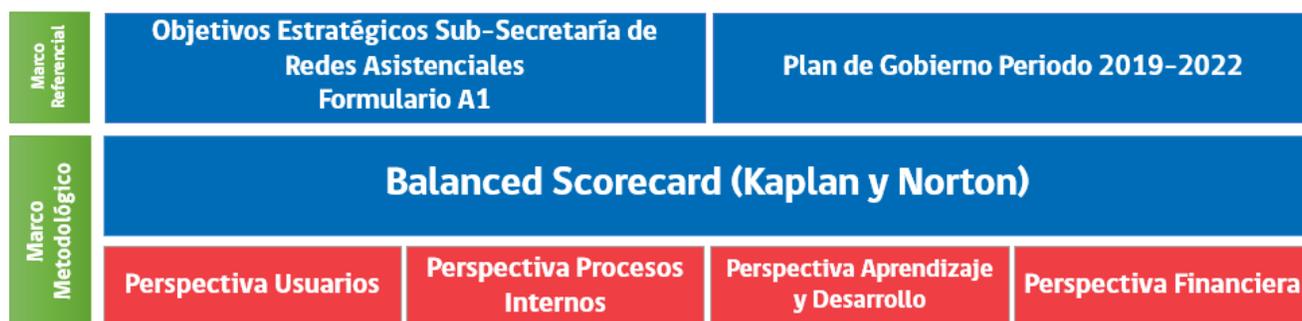
## II. ANTECEDENTES.

El presente “Instrumento Técnico de evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red”, tal y como lo señala el art. N° 17 del DS 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 DS 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.

- c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual deberá considerar, 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. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.  
  
Los Comités mínimos con los que debe contar un EAR son:  
I. Capacitación.  
II. Ética clínica.  
III. Fármacos.  
IV. Adquisiciones.  
V. Consejo Técnico.  
VI. Comité Directivo.
- 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 DS 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).

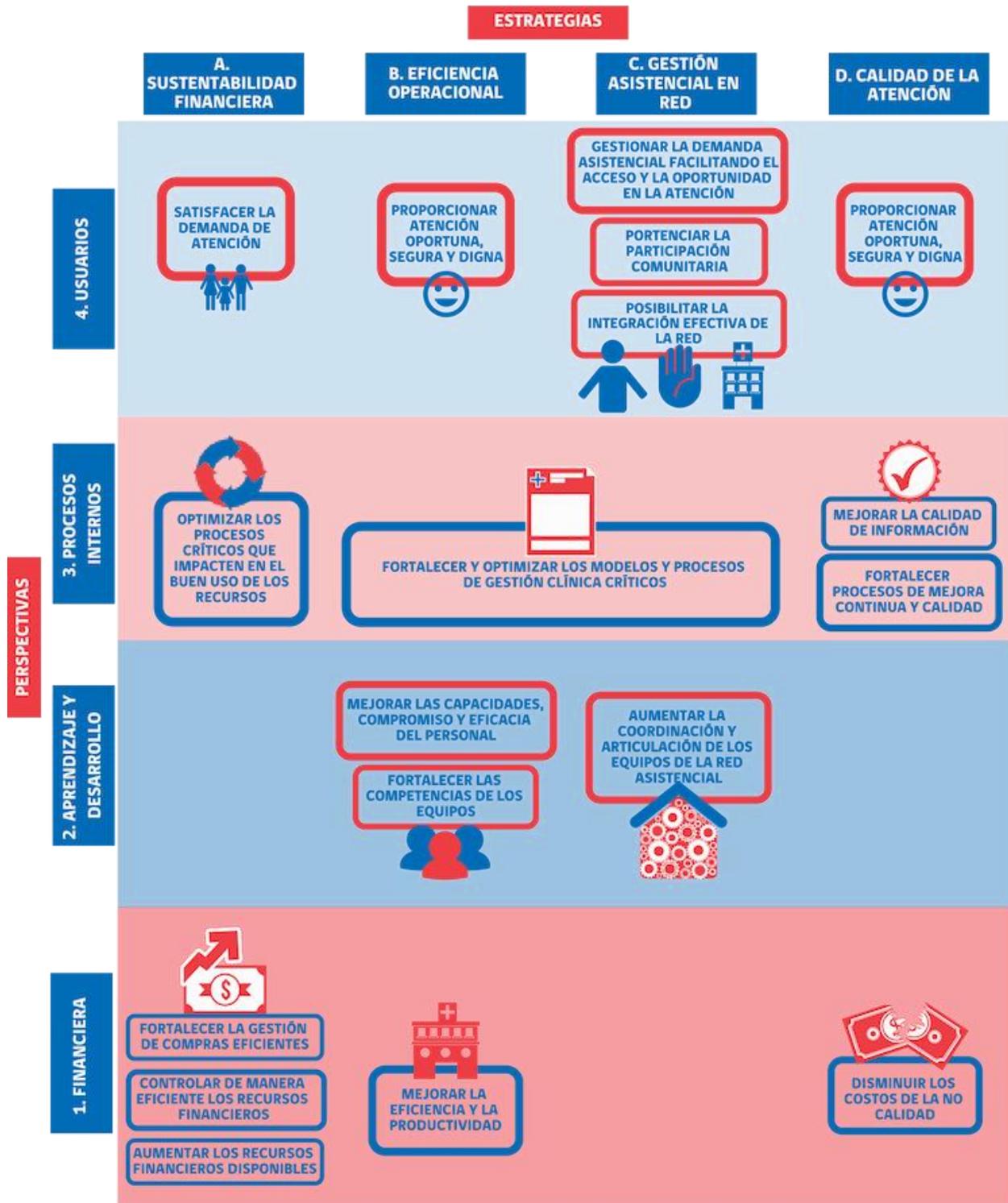
El Mapa Estratégico es una herramienta que ayuda a explicar visualmente la estrategia de la organización a través de la conexión de los distintos objetivos e indicadores en relaciones de causa-efecto y agrupados según la perspectiva que aborda cada objetivo. Las cuatro perspectivas abordadas y en las 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.

En la jornada realizada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Laboratorio de Gobierno, se definió utilizar el mapa estratégico como marco para visualizar la estrategia y definir los objetivos a cumplir. Al adecuar las perspectivas y en la medida de apalancar los objetivos y sus indicadores, se realizaron diversas preguntas en cada una de las perspectivas, partiendo por la perspectiva financiera preguntándose *¿Qué condiciones financieras necesitamos para desarrollarlas?*, en la perspectiva de aprendizaje y desarrollo, *¿Qué capacidades necesitamos desarrollar para hacerlo?*, en la perspectiva de procesos internos *¿Qué debemos hacer de manera excelente para lograrlo?*, y por último la perspectiva usuarios se preguntó *¿Qué esperamos generar en nuestros usuarios?*.

A partir de lo definido en dicha jornada y utilizando como marco referencial los objetivos estratégicos de la Subsecretaría y el Programa de Gobierno 2019-2022, se construye el nuevo mapa estratégico.

Figura 1. Mapa Estratégico<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> 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\_1.1 Porcentaje de Cumplimiento de Compras de la Canasta CEM a través de Cenabast.
- A.1\_1.2 Porcentaje de Compras vía Licitación tipo L1 y Trato Directo
- A.1\_2.1 Porcentaje de Disminución de la Deuda.
- A.1\_2.2 Equilibrio Financiero.
- A.1.3 Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios.
- A.3\_1.1 Porcentaje de Devengamiento Oportuno de DTE (documento tributario electrónico) de Proveedores.
- A.3\_1.2 Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos.
- A.3\_1.3 Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico.
- 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 por Telemedicina.
- B.1.1 Costo del recurso humano por actividad hospitalaria.
- B.2.1 Promedio de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas.
- B.2.2 Porcentaje de Funcionarios/as que ejercen funciones de Jefatura Clínica capacitados en temáticas priorizadas.
- B.3\_1.1 Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables.
- B.3\_1.2 Porcentaje de Camas Críticas Disponibles.
- 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\_1.1 Variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación.
- 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.
- C.2.1 Porcentaje de Cumplimiento de Integración en Comités CIRA.
- C.3.1 Porcentaje de notificación de posibles donantes.
- 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.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.
- C.4\_3.1 Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades.
- C.4\_3.2 Porcentaje de Cumplimiento Contrarreferencia.
- D.1.1 Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas.
- D.3.1 Porcentaje de cumplimiento de concordancia de registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos.
- D.3\_2.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades críticas en plan de calidad y seguridad de la atención.
- D.3\_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.
- D.4\_1.1 Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).
- D.4\_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.
- D.4\_1.3 Oportunidad calidad y gestión de la respuesta a los reclamos.
- D.4\_1.4 Porcentaje de Satisfacción Usuaría.
- D.4\_1.5 Nota obtenida en la Encuesta de Trato Usuario.

En total la matriz incorpora 39 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 perspectivas<sup>2</sup>.

Balanced Scorecard Hospitalario	Temas Estratégicos				Total Indicadores
	Calidad de la Atención	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Sustentabilidad Financiera	
Perspectiva Financiera	1	1		5	7
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo		2	1		3
Perspectiva Procesos Internos	3	5	1	3	12
Perspectiva Usuarios	5	4	6	2	17
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>39</b>

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.

<sup>2</sup> Fuente: Elaboración equipo redactor.

Tabla 2. Mapa de los indicadores BSC<sup>3</sup>.

		ESTRATEGIAS			
		A. SUSTENTABILIDAD FINANCIERA	B. EFICIENCIA OPERACIONAL	C. GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED	D. CALIDAD DE LA ATENCIÓN
PERSPECTIVAS	4. USUARIOS	<p>A.4_1.1 Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista</p> <p>A.4_1.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas de especialidad por Telemedicina</p>	<p>B.4_1.1 Variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación</p> <p>B.4_1.2 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria</p> <p>B.4_1.3 Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria</p> <p>B.4_1.4 Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspensas</p>	<p>C.4_1.1 Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red</p> <p>C.4_1.2 Variación del Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad</p> <p>C.4_1.3 Variación del Promedio de días de Espera para Intervención Quirúrgica</p> <p>C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios</p> <p>C.4_3.1 Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades</p> <p>C.4_3.2 Porcentaje de Cumplimiento Contrareferencia</p>	<p>D.4_1.1 Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)</p> <p>D.4_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno</p> <p>D.4_1.3 Oportunidad calidad y gestión de la respuesta a los reclamos</p> <p>D.4_1.4 Porcentaje de Satisfacción Usuaría</p> <p>D.4_1.5 Nota obtenida en la Encuesta de Trato Usuario</p>
	3. PROCESOS INTERNOS	<p>A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento Oportuno de DTE (documento tributario electrónico) de Proveedores</p> <p>A.3_1.2 Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos</p> <p>A.3_1.3 Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico</p>	<p>B.3_1.1 Porcentaje de Ambulorización de Cirugías Mayores Ambulorizables</p> <p>B.3_1.2 Porcentaje de Camas Críticas Disponibles</p> <p>B.3_1.3 Índice Funcional</p> <p>B.3_1.4 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior</p> <p>B.3_1.5 Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados</p>	<p>C.3.1 Porcentaje de notificación de posibles donantes</p>	<p>D.3.1 Porcentaje de cumplimiento de concordancia de registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos</p> <p>D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades críticas en plan de calidad y seguridad de la atención</p> <p>D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría</p>
	2. APRENDIZAJE Y DESARROLLO		<p>B.2.1 Promedio de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas</p> <p>B.2.2 Porcentaje de Funcionarios/as que ejercen funciones de Jefatura Clínica capacitados en temáticas prioritizadas</p>	<p>C.2.1 Porcentaje de Cumplimiento de Integración en Comités CIRA</p>	
	1. FINANCIERA		<p>A.1_1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM</p> <p>A.1_1.2 Porcentaje de compras vía licitación tipo L1 y trato directo</p> <p>A.1_2.1 Porcentaje de disminución de la deuda</p> <p>A.1_2.2 Equilibrio presupuestario</p> <p>A.1.3 Porcentaje de recaudación de ingresos propios</p>	<p>B.1.1 Costo del recurso humano por actividad hospitalaria</p>	<p>D.1.1 Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas</p>

<sup>3</sup> 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.2.1 Porcentaje de Cumplimiento de Integración en Comités CIRA. C.4_3.2 Porcentaje de cumplimiento de contrarreferencia.
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 actividades críticas en plan 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.1_2.2 Equilibrio Financiero.

Artículo 16 D.S. N°38	Relación con el BSC
<p>Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.</p>	<p>A.3_1.2 Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos. D.4_1.4 Porcentaje de Satisfacción Usuaría.</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>C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.</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>	<p>D.4_1.3 Oportunidad calidad y gestión de la respuesta a los reclamos.</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.	D.3.1 Porcentaje de cumplimiento de concordancia de registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos.
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.3.1 Porcentaje de cumplimiento de concordancia de registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos.
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.
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 tabla 3).

**Tabla 3.** 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 tabla 4), ya sea de aumento o reducción de esta. El sistema otorgará el puntaje según la primera condición que se cumpla.

**Tabla 4.** 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 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 (tabla 5).

**Tabla 5.** Cumplimiento según trazadoras. Caso con distintas metas a cumplir en cada trazadora.

Ejemplo del puntaje a obtener: En la trazadora 1 (porcentaje de cumplimiento de oportunidad) obtiene 2 puntos, en la trazadora 2 (porcentaje de cumplimiento calidad) obtiene 4 puntos, y en la trazadora 3 (porcentaje de cumplimiento gestión) obtiene 4 puntos. El puntaje final del indicador será el promedio de 2+4+4, que serían 3 puntos. Se aplica regla de redondeo superior (entero más próximo).

Puntuación	Porcentaje de Cumplimiento Oportunidad	Porcentaje de Cumplimiento Calidad	Porcentaje de Cumplimiento Gestión
0	$X < 70,0\%$	$X < 60,0\%$	$X=0\%$
1	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	$60,00\% \leq X < 65,75\%$	-----
<b>2</b>	<b><math>80,0\% \leq X &lt; 90,0\%</math></b>	$65,75\% \leq X < 71,50\%$	$0\% < X < 100\%$
3	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	$71,50\% \leq X < 80,0\%$	-----
4	$X = 100,0\%$	<b><math>80,0\% \leq X &lt; 100\%</math></b>	<b><math>X=100\%</math></b>

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

**Tabla 6.** Cumplimiento según trazadoras con ponderación diferente en el puntaje.

**70% puntaje para UEH:** (Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento / Total de egresos fallecidos UEH, por causa neurológica, entre 6 meses a 75 años , reportados en GRD) x 100

**30% puntaje para UPC y/o UCIs:** (Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento/ Total de egresos fallecidos en las UPC-UCIs, por causa neurológica entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD) x 100.

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

Ejemplo del puntaje a obtener: Para este indicador las trazadoras tienen una meta común de  $X \geq 95,0\%$  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:

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

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

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

- **Resultados y Puntaje Total obtenido en el BSC:** La sumatoria de los puntajes obtenidos en cada indicador determinará el resultado final de la evaluación. El puntaje máximo por obtener será 156 puntos. Se dará por aprobado aquel establecimiento que obtenga 117 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 requiere 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 20 de cada mes (en caso de día inhábil el cierre será el día hábil siguiente).
- 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 2019



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de Compras de la Canasta CEM a través de CENABAST (A.1.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer la gestión de compras eficiente.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 CEM prestablecida para el 2019, a través de la intermediación de CENABAST.</p> <p>Los criterios de construcción de dicha canasta, se basaron en el alto consumo de la red asistencial, junto con la factibilidad técnica de CENABAST para responder y cumplir con la demanda programada establecida.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula de cálculo: (Monto comprado a través de CENABAST de Canasta CEM / Monto total de compras de medicamentos e insumos de la Canasta CEM) *100.</p> <p>*Se considerará para este cálculo la gradualidad en la disponibilidad de los 814 productos según el plan definido por Cenabast y el plan de compras de cada establecimiento.</p>		
<b>Fuente de datos:</b> Certificación de datos del Establecimiento coincidentes con datos de CENABAST.		
Línea de base: Sin línea de base.	Meta $\geq$ 80%.	
<b>Razonamiento meta:</b> 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 aumentar a un 80%. Es por esta razón, que la CENABAST ajustó esta canasta agregando desde 223 a 814 productos ofrecidos a toda la red de salud pública permitiendo mayores alternativas de abastecimiento, un mayor ahorro y un beneficio directo para el 80% de la población que se atiende en los establecimientos públicos.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer procesos que resguarden adecuadamente lo compra de canasta CEM.</li> <li>2. Desarrollar e implementar planes de mejora en el proceso de compras en lo relacionado con Canasta CEM de CENABAST.</li> </ol>	

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

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Compras Vía Licitación Tipo L1 y Trato Directo (A.1_1.2).	<b>Responsable:</b> Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer la gestión de compras eficiente.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Obtener condiciones más ventajosas en la gestión de compras.	
<p><b>Descripción:</b> Este es un indicador compuesto que mide tanto el porcentaje de licitaciones públicas del denominado "Tipo L1" (Art. 19 bis del Decreto 250 Ley 19.886) que contratan montos iguales o inferiores a 100 UTM, por sobre el monto total de licitaciones que se efectúen en el período y el porcentaje de órdenes de compras que se emiten y efectúan por trato directo (Art. 10 del mismo decreto anterior), por sobre el total de órdenes de compra emitidas en el mismo período. Cada componente anterior, tiene una ponderación de 50% cada uno. Para efectos de la asignación de puntaje, los establecimientos que logran la meta estándar obtendrán el puntaje máximo de cuatro puntos.</p> <p>La División de Presupuesto, podrá realizar cruces de este indicador con los montos de Licitaciones y monto de Trato Directo, solicitando a los establecimientos planes de acción y ajustes para los niveles críticos de medición del indicador.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p><b>Fórmula de cálculo:</b> <math>(((\text{Número de licitaciones L1 en el período} / \text{Total de licitaciones en el período}) \times 0,5) + ((\text{Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el período} / \text{Total de órdenes de compra en el período}) \times 0,5)) \times 100</math></p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> Portal Datos Abiertos de Chile Compras Certificado anual emitido por la División de Presupuestos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta $\leq$ 20%	
<p><b>Razonamiento meta:</b> 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"> <li>1. Utilizar plan de compras institucional como herramienta de gestión y realizar programación de adquisición de bienes y/o servicios.</li> <li>2. Validar cumplimiento de parámetros para los oferentes.</li> <li>3. Identificar nodos críticos en los procesos de adquisiciones e implementar planes de mejora.</li> </ol>	

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

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Disminución de la Deuda (A.1_2.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Disminuir deuda menor a 45 días.	
<p>Descripción: Este indicador cuantifica la disminución de la deuda acumulada entre diciembre del año anterior y la deuda acumulada en el año en curso. Para efectos de este indicador se entenderá por deuda, aquellas cuentas por pagar que se encuentran asociadas a los subtítulos 21, 22 y 29 y que posean una antigüedad superior a 45 días. Para efectos de la evaluación, se comparará la deuda señalada entre diciembre del año anterior y diciembre del año en evaluación.</p> <p>El Servicio de Salud, será el responsable de transferir oportunamente los recursos financieros que le corresponda al establecimiento autogestionado, de tal modo que esta situación no sea una variable que afecte el resultado de este indicador y por ende la evaluación del equipo directivo del EAR. Si esto no ocurre, el gestor de la red deberá justificar al Director del Hospital ante el MINSAL, señalando expresamente las razones del por qué no se realizaron.</p> <p>La fórmula incorporada en este indicador sólo aplica cuando el establecimiento tiene deuda en el período anterior. En el caso que el Hospital no posea deuda en el periodo definido como línea base y mantenga esta situación al cierre del año en evaluación, se entiende que la situación de deuda se extinguió y por lo tanto el establecimiento obtendrá la puntuación máxima (cuatro puntos).</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores positivos son buenos.
Fórmula: $[(\text{Monto deuda total acumulada a diciembre en el período } n-1 - \text{Monto deuda total acumulada en el período } n) / (\text{Monto deuda total acumulada a diciembre del período } n-1)] \times 100$		
<b>Fuente de datos:</b> SIGFE, Anexo III Servicios de Salud.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: 10% de reducción bajo la línea base, o deuda cero.	
<b>Razonamiento meta:</b> Idealmente no debería existir deuda en el Hospital. La disminución de la deuda, mejora la imagen corporativa de la organización y permite obtener mejores precios en los procesos de negociación con sus proveedores. Un establecimiento sin deuda o con un nivel aceptable de deuda, está en condiciones de enfrentar cualquier contingencia que implique utilización de recursos financieros, especialmente en casos relacionados con la atención clínica que corresponde a la operación principal de este rubro.		
Iniciativas:	1. Monitorear la deuda.	
	2. Establecer políticas internas para disminuir la deuda.	
	3. Cuadrarse con la ejecución presupuestaria.	
	4. Monitorear el gasto, evaluando su ejecución presupuestaria y análisis financiero.	
	5. Establecer y generar planes de contención de gastos del subtítulo 22, adaptando el plan a la realidad del establecimiento.	

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

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Equilibrio Financiero (A.1_2.2).	<b>Responsable:</b> Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Buscar el cumplimiento de la regla de Equilibrio Financiero y la disciplina financiera del establecimiento.	
<p>Descripción: Este indicador permite medir la relación que debe existir entre los gastos devengados y los ingresos devengados del periodo.</p> <p>Para el cumplimiento de este indicador por parte del EAR, el Director del servicio de salud deberá velar por una oportuna y adecuada transferencia presupuestaria. Si esto no ocurriera, el gestor de la red deberá justificar al director del hospital ante el MINSAL, señalando expresamente las razones del por qué no se ha cumplido. Lo anterior, no será excusa para no aplicar la escala definida para este indicador.</p> <p>La evaluación se realizará con tres decimales.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Número.	<b>Polaridad:</b> El valor alto es bueno.
Fórmula: (Gastos Devengados en el período / Ingresos Devengados en el período)		
<b>Fuente de datos:</b> <a href="http://www.sigfe.gob.cl/sigfeReports/">http://www.sigfe.gob.cl/sigfeReports/</a> .		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: = 1	
<b>Razonamiento meta:</b> Alcanzar el equilibrio financiero a través de la gestión y uso óptimo de los recursos públicos, es decir, evidenciar apego creciente a la disciplina fiscal que debe existir entre los marcos presupuestarios otorgados (ingresos) y los gastos en el funcionamiento de los establecimientos.		
Iniciativas:	1. Establecer un presupuesto acorde a los ingresos.	
	2. Monitorear el gasto realizado por el establecimiento.	
	3. Establecer políticas de contención de gastos.	

Puntuación	Escala de cumplimiento
0	$X > 1,030$
1	$1,020 < X \leq 1,030$
2	$1,010 < X \leq 1,020$
3	$1,000 < X \leq 1,010$
4	$1,000 = X$

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios (A.1.3).	<b>Responsable:</b> Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Aumentar los recursos financieros disponibles.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Aumentar los márgenes de recaudación de los ingresos propios.	
<p>Descripción: Este indicador mide la optimización en el proceso de recaudación de los ingresos Propios (Subtítulo 07, 08 y 12). Para la aprobación de este indicador, todos los establecimientos deberán cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Demostrar un incremento en la recaudación de los ingresos propios, los que deberán ser consignados en los ingresos de operación y en otros ingresos corrientes. (Subtítulos 07, 08 y 12).</li> <li>Del subtítulo 07, el devengo en SIGFE deber ser igual al libro de ventas SII.</li> </ul> <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>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores positivos son buenos.
<p>Puntaje 70%: (Recaudación de Ingresos Propios subtítulo 7 y 8 en el período de evaluación t/ Devengo de ingresos propios subtítulo 7 y 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</p>		
<b>Fuente de datos:</b> <a href="http://www.sigfe.gob.cl/sigfeReports/">http://www.sigfe.gob.cl/sigfeReports/</a>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta 1: $\geq 70\%$ del recaudo por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 2: $\geq 35\%$ del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.	
<b>Razonamiento meta:</b> El objetivo final es conseguir mayor liquidez, mediante la pronta recuperación de los ingresos propios		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Elaborar e implementar el proceso de cobranza de ingresos propios.</li> <li>Seguimiento y control mensual de las cuentas por cobrar.</li> </ol>	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 60,00\%$	$X < 25,00\%$
1	$60,00\% \leq X < 63,30\%$	$25,00\% \leq X < 28,30\%$
2	$63,30\% \leq X < 66,60\%$	$28,30\% \leq X < 31,60\%$
3	$66,60\% \leq X < 70,00\%$	$31,60\% \leq X < 35,00\%$
4	$X \geq 70,00\%$	$X \geq 35,00\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Devengamiento Oportuno de Documento Tributario Electrónico (DTE) de Proveedores (A.3_1.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Optimizar los procesos financieros críticos.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Cumplir con el marco tributario del devengo oportuno dentro de los primeros 8 días desde la emisión del documento tributario electrónico.	
<p>Descripción: Este indicador permite controlar el proceso de devengamiento de los documentos tributarios electrónicos (D.T.E.) en la ejecución presupuestaria, considerando como hitos de control la fecha de recepción en el establecimiento en la Unidad correspondiente establecida por resolución y la fecha en que se realiza el devengo de los D.T.E. En anexo 01 aparecen los documentos tributarios electrónicos que serán evaluados.</p> <p>La medición se realizará en términos monetarios de aquellos D.T.E. que cumplan con lo expuesto en el marco tributario (Art. 160 del Código de Comercio), en la cual un D.T.E. ingresado al establecimiento tiene 8 días corridos como máximo para ser aceptada en los términos que señala el documento.</p> <p>Los datos se obtendrán de una base de datos extraídos de SIGFE mensualmente y el libro de compras del SII.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Monto de D.T.E. Devengadas acumulada en el período/ Monto total de D.T.E. registradas en el libro de compras SII o en el sistema de registro de cada establecimiento acumulada en el período) x 100		
<b>Fuente de datos:</b> Base de agregada SIGFE; Libro de Compras SII.		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: 100%.
<b>Razonamiento meta:</b> 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, además permite mejorar el control de los D.T.E. que ingresan, cumpliendo con la norma tributaria que todo D.T.E. de compra tiene un periodo de 8 días corridos para ser aceptado, o bien rechazado por el establecimiento. 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 de D.T.E.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definir y establecer procesos sobre la trazabilidad de D.T.E., desde su recepción hasta el pago, pasando por su respectivo devengo.</li> <li>Desarrollar e implementar planes de mejora, en el proceso de digitación de los D.T.E. en la plataforma SIGFE.</li> </ol>	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 85,0%
1	85,0% ≤ X < 90,0%
2	90,0% ≤ X < 95,0%
3	95,0% ≤ X < 100,0%
4	X = 100,0%

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos (A.3_1.2).	<b>Responsable:</b> Encargado de Finanzas.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Optimizar los procesos financieros críticos.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 y calidad del proceso de imputación de los costos en las diferentes unidades del establecimiento, utilizando para ello la metodología definida en el anexo 02.</p> <p>La medición, para efectos del cumplimiento del objetivo, comenzará a ser evaluada a partir del segundo semestre (mes de julio). Lo anterior producto del plan de migración desde WinSIG a PERC (41 hospitales); programa que se desarrollará durante el primer semestre. Para los 25 establecimientos que ya utilizan PERC, los mismos también serán parte del programa de monitoreo como indicador a partir del segundo semestre, conformando así una evaluación integral a los 61 establecimientos bajo PERC.</p> <p>La medición se hará en base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimiento mensual respecto de la fecha de entrega establecida (ver anexo 02).</li> <li>- Calidad de la información incluida, según centros de costos previamente definidos.</li> </ul> <p>Dado que la migración se producirá durante el primer semestre, cada establecimiento deberá comenzar a enviar sus reportes mensualmente tan pronto esté habilitado su sistema, lo anterior independientemente del comienzo de la fecha de medición del indicador (julio).</p> <p>Los reportes deben ser enviados al referente PERC de MINSAL (Departamento de Eficiencia Hospitalaria al correo clui@minsal.cl).</p> <p>El mecanismo de cálculo del puntaje se establece en el anexo 02.</p> <p>Nota: Los establecimientos que migren a PERC deben cumplir con los plazos para su implementación, lo anterior según sea informado por MINSAL cuando corresponda.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: $\frac{(((\text{Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos}) \times 0,5) + ((\text{Puntaje de calidad por reporte sistema de costos}) \times 0,5))}{(\text{Total de puntaje que aplica para el período de evaluación}) \times 100}$ .		
<b>Fuente de datos:</b> Certificado emitido por Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto.		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: $\geq 95,0\%$ .
<b>Razonamiento meta:</b> 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.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar la herramienta PERC para monitorear e identificar focos de mejora y la implementación de éstos.</li> <li>2. Realizar análisis de los costos del establecimiento para justificación y toma de decisiones en el uso eficiente de los recursos.</li> </ol>	

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	$X \geq 95,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico (A.3_1.3).	<b>Responsable:</b> Encargado de Farmacia.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logísticos.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Fomentar el análisis técnico-económico para la selección y el uso de fármacos.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de medicamentos del arsenal definido por el establecimiento, que fueron utilizados en el período. Quedaran excluidos de la medición, aquellos medicamentos definidos por la Unidad de Fármacos e Insumos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (ver anexo 03). Además, como requisito el establecimiento debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir las exigencias de funcionamiento del Comité de Farmacia, según Norma General Técnica N° 113 y requerimientos detallados en anexo 03.</li> <li>• Utilizar formularios definidos por el establecimiento para la incorporación, modificación y eliminación de fármacos de su arsenal.</li> <li>• Las actas del Comité de Farmacia y Terapéutica efectuadas deben contener todas las modificaciones al arsenal farmacológico, entiéndase como: incorporación, cambio y eliminación de medicamentos. A su vez, contar con registro mensual de estas modificaciones para ser enviadas trimestralmente.</li> </ul>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de medicamentos utilizados en el periodo de evaluación que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento / Total de medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico del establecimiento del periodo de evaluación) x 100.</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> Resoluciones del arsenal farmacológico vigente y el anterior a éste. Copia de los formularios de fármacos incorporados y eliminados del arsenal en el periodo de medición. Verificables de funcionamiento del comité de farmacia según anexo 3.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95\%$ .	
<p><b>Razonamiento meta:</b> Establecer una revisión del Arsenal Farmacológico implica monitorizar aquellos productos con baja rotación y tomar decisiones para gestionar con mayor eficiencia la adquisición de fármacos a través de un método de compra planificado y actualizado.</p>		
Iniciativas:	1. Comité de farmacia en funcionamiento periódico.	
	2. Arsenal terapéutico actualizado y difundido.	
	3. Definir protocolos por Comité de farmacia para incorporación, modificación y eliminación de medicamentos en el Arsenal Fármaco-terapéutico.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 85,0\%$
1	$85,0\% \leq X < 88,3\%$
2	$88,3\% \leq X < 91,6\%$
3	$91,6\% \leq X < 95,0\%$
4	$X \geq 95,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas Realizadas por Especialista (A.4_1.1).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Satisfacer la demanda de atención.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 contratadas validada por SIRH.</p> <p>Esta programación debe ser realizada con antelación al año a aplicar, según las directrices del COMGES N°3 MINSAL, estar basada en la oferta que posee el establecimiento, priorizando la atención directa de pacientes y estar validada por el Servicio de Salud y MINSAL. En el caso que exista alejamiento/incorporación de profesionales y/o cambio del mix horario, se pueden presentar reprogramaciones solo en el mes de junio, las cuales se deben justificar en el marco de la evaluación del COMGES N° 3 vigente.</p> <p>No se deben incluir en la programación, ni en la producción las compras de servicios ni aquellos aumentos de horas médicas de especialistas de programas gubernamentales o especiales de carácter transitorio (igual o menor a tres meses), debiendo llevar un registro separado.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de consultas médicos especialistas realizadas durante el periodo/ Total de consultas médicos especialistas programadas para igual periodo) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Numerador: Publicación DEIS- REM A07; Denominador: Programación, reprogramación y horas contratadas de especialistas según registros SIRH validadas por MINSAL (COMGES N° 3, Minsal).		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> Gestionar eficientemente la totalidad de horas médicas de especialidad contratadas, busca optimizar la oferta, para dar resolución a las necesidades de atención de la población beneficiaria.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar medidas al interior del EAR y junto a la red, para disminuir los usuarios que no se presentan a la consulta médica de especialidad (NSP).</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Identificar y justificar las suspensiones de horas médicas de especialidad.</li> </ol>	

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	$X \geq 95,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina (A.4_1.2).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
<b>Estrategia:</b> Sustentabilidad Financiera.	<b>Objetivo específico:</b> Satisfacer la demanda de atención.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Optimizar el recurso de horas médicas de Telemedicina.	
<p>Descripción: El objetivo de este indicador es medir el porcentaje de cumplimiento de la programación anual del total de las consultas médicas de especialidad realizadas por telemedicina (nuevas y controles).</p> <p>Dicha programación debe ser realizada con antelación al año a aplicar, según las directrices del COMGES N° 3 MINSAL, debe estar basada en la oferta que posee el establecimiento y ser validada por el Servicio de Salud respectivo y la contraparte técnica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por lo tanto, en los denominadores se debe ingresar la programación validada para consultas por telemedicina, constituyendo un requisito obligatorio para el cumplimiento de este indicador. Se aceptará reprogramación solo en el mes de junio en los casos que exista alejamiento/incorporación de profesionales, y/o cambio del mix horario, las cuales se deben justificar en el marco de la evaluación del COMGES N°3 vigente.</p> <p>Es necesario precisar que para todos los efectos la prestación la registra el establecimiento que otorga la consulta por telemedicina, no el establecimiento que la solicita y se considerará las teleconsultas nuevas, de control y para pacientes hospitalizados.</p> <p>No se deben incluir en la programación, ni en la producción las compras de servicios ni aquellos aumentos de horas médicas de especialistas de programas gubernamentales o especiales de carácter transitorio (igual o menor a tres meses), debiendo llevar un registro separado.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de consultas médicas de especialidad realizadas a través de telemedicina, en el periodo / Total de consultas de especialista programadas y validadas para el periodo) x 100		
<b>Fuente de datos:</b> Numerador: Publicación DEIS REM A 30. Denominador: Programación, reprogramación y horas contratadas de especialistas según registros SIRH validadas por MINSAL (COMGES N° 3, Minsal).		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 95,0\%$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> Estrategia basada en las redes integradas de salud, que facilita la provisión a distancia de servicios de orientación diagnóstica y/o terapéutica, que busca garantizar la equidad y oportunidad de atención a usuarios que presentan brechas de acceso y ser un aporte efectivo en la reducción de los tiempos de espera.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar los distintos niveles de atención para asegurar una atención efectiva por telemedicina, conociendo la oferta del nivel secundario y la demanda desde APS.</li> <li>2. 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.</li> </ol>	

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	$X \geq 95,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre Indicador:</b> Costo del Recurso Humano por Actividad Hospitalaria (B.1.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector Médico y Subdirector Administrativo.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Mejorar la productividad.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Medir el costo en personal para realizar una cantidad determinada de producción y comparar el desempeño con el período anterior.	
<p>Descripción: Este indicador mide la relación entre el gasto en personal ejecutado y la producción de las actividades hospitalarias definidas en un periodo determinado. Se medirá la producción principal de un grupo de trazadoras que se relacionan a la actividad hospitalaria que realiza el establecimiento.</p> <p>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.</p> <p>Se considera el total del gasto en personal (incluido el gasto en compras de servicios de personal, según lo definido en anexo 04, distribuidos mediante el sistema de costeo vigente que tiene el establecimiento. Se definen las siguientes trazadoras, con las siguientes actividades hospitalarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalización (Egresos).</li> <li>2. Consultas Médicas de especialidad.</li> <li>3. Cirugía Mayor Ambulatoria.</li> <li>4. Atenciones de Emergencia.</li> </ol> <p>El cálculo de la producción específica y los gastos en personal distribuidos en el sistema de costos, se explican en el anexo Para efectos de cumplimiento del indicador, se promediará el puntaje por cada trazadora definida.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: <math>\{[(\text{gasto en personal periodo } t / \text{producción específica}_{(1)} \text{ periodo } t) - ((\text{gasto en personal periodo } t-1 / \text{producción específica}_{(1)} \text{ periodo } t-1) \times (1 + \text{Reajuste Salarial}))] / [(\text{gasto en personal periodo } t-1 / \text{producción específica}_{(1)} \text{ periodo } t-1) \times (1 + \text{Reajuste Salarial})]\} \times 100</math></p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> Numerador: Sistema de costeo vigente en establecimiento basado en los gastos de RRHH reportados en cada prestación según indicación en anexo 04. Denominador: Producción específica extraída del DEIS y GRD, según anexo 04.</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: $\leq 0\%$ del costo por concepto de gasto en personal por cada una unidad producida.	
<p><b>Razonamiento meta:</b> El objetivo es obtener el costo en personal para realizar una cantidad determinada de producción y comparar el desempeño de cada establecimiento con el período anterior.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoreo e incentivo del registro total de prestaciones en REM y GRD.</li> <li>2. Implementar medidas de gestión estratégica que permitan mejorar el rendimiento del recurso humano.</li> <li>3. Gestionar y tomar decisiones sobre productividad.</li> </ol>	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento de reducción
0	$X > 3,00\%$
1	$3,00\% \geq X > 2,00\%$
2	$2,00\% \geq X > 1,00\%$
3	$1,00\% \geq X > 0,00\%$
4	$X \leq 0,00\%$

<b>Perspectiva:</b> Aprendizaje y Desarrollo.	<b>Nombre indicador:</b> Promedio de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas (B.2.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector de Gestión de las Personas.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia Operacional.	<b>Objetivo Específico:</b> Mejorar las capacidades, compromiso y eficacia del personal.	
	<b>Objetivo Indicador:</b> Disminuir el promedio de días de ausentismo por licencias médicas curativas.	
<p>Descripción: Este indicador mide el promedio de días de ausentismo laboral por licencias médicas curativas del tipo 1 (enfermedad o accidente común) y tipo 2 (medicina preventiva), sobre el universo de medición de la dotación de los establecimientos compuesto por: la dotación efectiva, y la dotación de suplencia y reemplazos. La medición del indicador corresponde al ausentismo acumulado a un periodo de evaluación, en donde el numerador es la suma de los días de ausentismo laboral de las licencias tipo 1 y 2 del universo de medición de dicha dotación, y el denominador es el promedio de la dotación mensual, identificada para cada mes en la fecha de corte establecidas a nivel MINSAL, del mismo universo de medición (dotación efectiva en cargos, suplencias y reemplazos). Como requisitos adicionales, en 2019 se deberán remitir al MINSAL dos (2) informes:</p> <p>- <b>1 DE JULIO 2019:</b> un informe breve (<i>no más de 10 páginas, excluyente</i>), que incluya: 1. Caracterización del ausentismo del establecimiento en el año 2018, 2. Plan de trabajo 2019, de acuerdo a los lineamientos ministeriales, <i>con foco en el ausentismo por licencias cortas y/o reiteradas y el acompañamiento de las LM prolongadas no gestionables</i>, 3. Caracterización del ausentismo en el primer trimestre del año en curso (Enero a Marzo) y 4. Gestión realizada en relación al seguimiento de LM. <i>Así como la aplicación del instructivo sobre gestión del ausentismo laboral, Resolución Exenta N.º 1042 del 14.11.18.</i></p> <p>- <b>31 DICIEMBRE 2019:</b> informe ejecutivo (<i>no más de 10 páginas, excluyente</i>), respecto a: 1. <i>Aplicación del plan de trabajo</i>, 2. <i>Evaluación de la aplicación del Plan de Trabajo, logros y oportunidades de mejoras detectadas</i> y 3. <i>Propuesta de Plan de Trabajo 2019.</i></p> <p>La no presentación de los informes solicitados, o la presentación incompletos de estos, implicará el descuento de un (1) punto del puntaje total de la evaluación.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Índice.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos son buenos.
<p>Fórmula: (Total de días de ausentismo por licencias médicas curativas de la dotación efectiva vigente y de las dotaciones de suplencias y reemplazos vigente a la fecha de corte de cada mes en el periodo de evaluación) / (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><b>Fuente de datos:</b> 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>		
Línea de base: acumulado a diciembre del año anterior	Meta: ≤ 18 días/año	
<p><b>Razonamiento meta:</b> Durante los últimos años se ha observado en el sector salud, un incremento progresivo en el índice de ausentismo laboral por licencias médicas curativas, fenómeno multifactorial que se correlaciona con aspectos de la calidad de vida laboral. Este ausentismo impacta directamente sobre la capacidad operativa del sistema público de salud; y representa una mayor carga financiera para el sector.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>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, cuidados infantiles y salud funcionaria.</li> <li>Aplicación de las medidas informadas en el instructivo sobre gestión del ausentismo laboral, Resolución Exenta N.º 1042 del 14.11.18</li> <li>Implementar medidas que tengan como objetivo revertir la situación en las áreas definidas como críticas en este tema.</li> </ol>	

Puntuación	Cumplimiento en días
0	X > 25.1
1	25 ≤ X > 22.6
2	22.5 ≤ X > 19.1
3	19 ≤ X > 18,1
4	X ≤ 18

<b>Perspectiva:</b> Aprendizaje y Desarrollo.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Funcionarios/as que Ejercen Funciones de Jefatura Clínica Capacitados en Temáticas Priorizadas (B.2.2).	<b>Responsable:</b> Encargado de Recursos Humanos.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia Operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer las competencias directivas.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Fortalecer competencias de las Jefaturas Clínicas	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de funcionarios/as que ejercen funciones de jefatura clínica, capacitados en temas relacionados con: gestión asistencial-sanitaria, gestión de la red asistencial, tecnologías de información o gestión estratégica y/o administrativa.</p> <p>El establecimiento podrá prescindir de dicha capacitación, cuando aquellos funcionarios/as posean formación en los temas citados, mediante un Diplomado, Magíster o Doctorado, sin exceder los 7 años de antigüedad. Cabe destacar que las capacitaciones deben tener a lo menos 20 horas de duración, ser evaluados con nota y su respectiva certificación, adquiriendo una validez de dos años.</p> <p>Ejemplos de cursos son: Administración, liderazgo, gestión de recursos humanos, planificación estratégica, Balanced Scorecard, finanzas, evaluación de proyectos, control de gestión, sistemas de información, gestión de calidad, gestión de RISS, habilidades directivas, entre otros.</p> <p>Se debe considerar a todas aquellos funcionarios/as que mediante resolución ejercen la función de jefatura clínica. Dichas jefaturas, deben estar explicitadas en el organigrama del establecimiento, formalizadas a través de Resolución Exenta y sociabilizadas con los equipos.</p> <p>La capacitación requerida para las personas mencionadas en este indicador, sólo se hará exigible para aquellos funcionarios que tengan una antigüedad igual o superior a 6 meses.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de personas con funciones de jefatura clínicas (titulares) capacitadas según criterios definidos en el periodo de evaluación/ Total de personas con funciones de jefaturas clínicas (titulares), en el establecimiento según resolución en el periodo de evaluación) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> SIRH, organigrama del hospital y resoluciones de asignación de jefatura.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 70\%$ cada año.	
<b>Razonamiento meta:</b> El posicionar Jefes Clínicos capacitados en áreas relacionadas con administración y otros temas afines, permite la continuidad de la gestión.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contar con un programa de inducción y orientación para las jefaturas y profesionales con responsabilidades directivas que ingresen al establecimiento.</li> <li>2. Generar estrategias que faciliten el acceso a capacitación.</li> </ol>	

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	$X \geq 70,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables (B.3_1.1).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Quirúrgica.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia Operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Aumentar la ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de ambulatorización en cirugías mayores del total de cirugías ambulatorizables realizadas en el establecimiento en el periodo de evaluación.</p> <p>La definición de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación menor o igual a 23.59 horas, vuelve a su domicilio y que su estadía se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin y no en una cama hospitalaria.</p> <p>Este indicador aplica a egresos hospitalarios <i>ambulatorizables</i> que consideran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiarios de Fonasa modalidad institucional</li> <li>• Intervenciones quirúrgicas programadas</li> <li>• Haber estado hospitalizados 1 día o menos</li> <li>• Que correspondan a severidad menor</li> <li>• Haber sido dado de alta a su domicilio</li> </ul>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: $[(\text{Número de egresos de CMA en el periodo}) / (\text{Número total de egresos de CMA} + \text{Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo})] \times 100$ .		
<b>Fuente de datos:</b> Sistema GRD-IR versión en uso.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	<p>Meta: Para establecimientos con porcentaje <math>\leq</math> a 54,0% = aumento de 7% sobre su línea base.</p> <p>Para establecimientos con porcentaje entre 55,0% y 64,0% = aumentar hasta el 65,0% o más.</p> <p>Para establecimientos con porcentaje <math>\geq</math> 65,0% = Mantener o aumentar.</p>	
<b>Razonamiento meta:</b> 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	Para establecimientos con porcentaje $\leq$ a 54,0% Aumento de 7 puntos porcentuales (p.p.) a partir de su línea base.	Para establecimientos con porcentaje entre 55,0% y 64,0% = Aumentar hasta el 65,0% o más. Para establecimientos con porcentaje $\geq$ 65,0% = Mantener o aumentar.
0	Aumento $1 <$ p.p.	$X < 55,0\%$
1	$1 \text{ p.p.} \leq$ Aumento $< 3$ p.p.	$55,0\% \leq X < 58,3\%$
2	$3 \text{ p.p.} \leq$ Aumento $< 5$ p.p.	$58,3\% \leq X < 61,7\%$
3	$5 \text{ p.p.} \leq$ Aumento $< 7$ p.p.	$61,7\% \leq X < 65,0\%$
4	Aumento $\geq 7$ p.p.	$X \geq 65,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Camas Críticas Disponibles (B.3_1.2).	<b>Responsable:</b> Subdirector Médico.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Mejoramiento de la productividad.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Medir la disponibilidad de camas críticas.	
<p><b>Descripción:</b> Este indicador mide el grado de disponibilidad de las camas críticas, que posee el establecimiento según resolución de dotación de camas vigente. La medición se realiza en camas de cuidados intermedios y cuidados intensivos que posea el establecimiento, cuyo registro a utilizar es el corte diario que realiza el propio sistema informático a las 12:00 horas.</p> <p>Las definiciones de estado de cama que se consideran en este indicador son las establecidas en el Manual de Usuario Sistema Informático UGCC, formalizado y difundido a las redes el año 2012, dichos estados son; ocupada, reservada, disponible y fuera de servicio (se considerarán para este indicador las camas que por sistema informático figuren como de dotación y en estado vigente, ver anexo 05). Se agrega como requisito contar con la dotación de camas actualizado, según el proceso de reconocimiento de camas emanado desde DIGERA (Ordinario 3578, Ordinario 331 y Ordinario 2677). La aplicación de este indicador es a todos los establecimientos que tengan camas críticas de las diferentes unidades, ya sean adultos, pediátricos y neonatales.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p><b>Fórmula:</b> <math>[1 - (\text{Número de días cama fuera de servicio informados en sistema UGCC en el periodo} / \text{Número de días cama informados en sistema UGCC en el periodo})] \times 100</math>.</p>		
<b>Fuente de datos:</b> Sistema informático de la UGCC.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 98\%$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> Optimizar el recurso de camas críticas a fin de asegurar la continuidad de la atención, mejorar la gestión hospitalaria y disminuir la compra de camas al extrasistema.		
Iniciativas:	1. Monitorear constantemente la disponibilidad de las camas críticas.	
	2. Identificar las causas de fuera de servicio de las camas críticas, gestionar apertura y proporcionar esta información a las autoridades en los distintos niveles del establecimiento.	
	3. Cuantificar y gestionar financiamiento de acuerdo con nodos críticos y brechas detectadas.	
	4. Implementar planes de mejora, de acuerdo con nodos críticos y brechas.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 95,0\%$
1	$95,0\% \leq X < 96,0\%$
2	$96,0\% \leq X < 97,0\%$
3	$97,0\% \leq X < 98,0\%$
4	$X \geq 98,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Índice Funcional (B.3_1.3).	<b>Responsable:</b> Subdirector Médico.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia Operacional.	<b>Objetivo Específico:</b> Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos	
	<b>Objetivo Indicador:</b> Aumentar la eficiencia en el uso del recurso camas	
<p>Descripción: Este indicador refleja 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 estadías hospitalarias” permite poner en igualdad la condición clínica y la complejidad de los casos para su comparación. Se excluye de esta medición las especialidades de psiquiatría adulta y pediátrica y de la adolescencia de larga estancia.</p> <p>El índice funcional (IF), es el cociente entre la estadía media ajustada por casuística (EMAC) y la estancia media del estándar y/o de la norma. 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>La Unidad de GRD del MINSAL, es quien, valida este dato al cierre de año de evaluación, no obstante, se deben ingresar los datos mensuales de manera de tener una referencia comparativa de alcance sobre la meta.</p> <p>Aplicable sólo a establecimientos con sistema operativo GRD, en el periodo correspondiente a la evaluación.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Número.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos reflejan mayor eficiencia.
Fórmula: $IF = EMAC / EM \text{ Norma.}$		
<b>Fuente de datos:</b> Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\leq 1,00$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> Si las estadías 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 estancias prolongadas.	
	2. Identificar factores causales de IF mayor a uno.	
	3. Realizar 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	$X \leq 1,00$

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior (B.3_1.4).	<b>Responsable:</b> Subdirector Médico y Jefes de Servicio.
<b>Estrategia:</b> Procesos Internos.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos	
	<b>Objetivo indicador:</b> Disminuir el porcentaje de egresos con estadías prolongadas	
<p>Descripción: Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística.</p> <p>La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la Norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.</p> <p>Se excluyen pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).</li> <li>- Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).</li> <li>- Camas socio sanitarias las que no deberán ser codificadas por IR GRD (no existentes en hospitales de alta y mediana complejidad).</li> </ul> <p>Sólo será aplicable para aquellos establecimientos que cuenten con el sistema operativo GRD, en el periodo correspondiente a la evaluación.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos son buenos.
Fórmula: (Número de egresos con estadías prolongadas en el período de evaluación / Total de egresos codificados en el período de evaluación) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD del MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: ≤ 5,6%.	
<b>Razonamiento meta:</b> Usar de manera eficiente el recurso cama de los hospitales, ajustado a la complejidad de la casuística.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar sistemáticamente este indicador y evaluar con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria.</li> <li>2. Elaborar planes de mejora continua en los procesos clínicos y administrativos, atendiendo a las causas que apunten a mejorar este indicador.</li> </ol>	

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	$X \leq 5,6\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados (B.3_1.5).	<b>Responsable:</b> Encargado Pabellón Quirúrgico.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer y optimizar modelos y procesos de gestión clínica críticos.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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. <u>Consideraciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 20 días hábiles x número de quirófanos habilitados.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• La medición no incluye quirófano de urgencia general, ni quirófano de urgencia obstétrica.</li> </ul>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados / Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> REM A21.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 86\%$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> 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	$X < 74,0\%$
1	$74\% \leq X < 78\%$
2	$78\% \leq X < 82\%$
3	$82\% \leq X < 86\%$
4	$X \geq 86\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Variación de Porcentaje de Pacientes que Esperan más de 12 Horas en la UEH para Acceder a una Cama de Dotación (B.4_1.1).	<b>Responsable:</b> Gestor de Pacientes o Subdirector Médico.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía Unidad de Emergencia Hospitalaria.	
<p>Descripción: Este indicador mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y aquellos en que su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con línea base. 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 o indicación quirúrgica.  Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso: al servicio clínico (paciente acostado) o Pabellón.</p> <p>Para este indicador también se considerará los pacientes que permanecieron en la UEH y que nunca accedieron a una cama de dotación.</p> <p>Aquellos establecimientos que tienen una línea base entre el rango [0%, 5%] en el periodo t-2 y mantengan en este rango al cierre del año en evaluación, obtendrán el puntaje máximo de 4 puntos.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: <math>\{[(\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2}) - (\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH en periodo t})] / (\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2})\} \times 100.</math></p>		
<b>Fuente de datos:</b> REM A08.		
Línea de base: Año 2017.	Meta: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.	
<b>Razonamiento meta:</b> Los pacientes que permanecen en la UEH por más de 12 horas, constituyen un grupo de riesgo, quedando sin la oportunidad de acceder al proceso de Hospitalización con el nivel de cuidados requerido, afectando directamente el pronóstico de recuperación. Además, bloquea camillas de atención, ocupa recursos humanos, alterando significativamente el flujo y la oportunidad de atención de pacientes nuevos.		
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 de reducción
0	$X < 0,00\%$
1	$0,00\% \leq X < 1,66\%$
2	$1,66\% \leq X < 3,32\%$
3	$3,32\% \leq X < 5,00\%$
4	$X \geq 5,00\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.2).	<b>Responsable:</b> Médico Jefe de UEH.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia Operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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. Se medirá el subproceso de Atención Médica y tratamiento el que comienza con la <i>Primera Atención Médica</i> (primer registro médico) y termina con la <i>Indicación de Alta Médica</i>. Incluye todas las actividades involucradas para ello (diagnóstico, tratamiento e indicaciones, reevaluaciones).</p> <p>El alta del proceso de UEH incluye las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta a domicilio.</li> <li>• Alta por fallecimiento.</li> <li>• Alta por ingreso al proceso de hospitalización.</li> <li>• Alta por ingreso al proceso quirúrgico hospitalario.</li> <li>• Alta por ingreso a Hospitalización Domiciliaria.</li> <li>• Alta por traslado a otro establecimiento público o privado.</li> </ul> <p>En el anexo 06 se presentan las indicaciones para realizar los registros y posteriormente construir el numerador.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de pacientes con estadía $\leq$ 6 horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria / Total de Pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Numerador: Reporte de sistema informático local basado en registros DAU.		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: $\geq$ 90%.
<b>Razonamiento meta:</b> El tiempo de permanencia en las UEH, es el reflejo de todas las actividades incluidas en el proceso de atención. El estándar internacional se encuentra alrededor de las 4 horas y el estándar nacional 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.		
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	
	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	$X \geq 90,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria (B.4_1.3).	<b>Responsable:</b> Médico Jefe UEH.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia Operacional	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 un alta médica*.</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).</p> <p>Total de Pacientes con Alta médica (incluyendo todos sus variables *).</p> <p>Se deberá reportar el valor del porcentaje del total de abandono.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos son buenos.
Fórmula: $[(\text{Total de pacientes admitidos con generación de DAU con o sin alta médica} - \text{Total de Atenciones de Urgencia con alta médica}) / (\text{Total de pacientes admitidos con generación de DAU con o sin alta médica})] \times 100$ .		
<b>Fuente de datos:</b> REM Sección A 08.		
Línea de base: Sin línea base.		Meta: $\leq 10\%$ .
<p><b>Razonamiento meta:</b> 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 abandono
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	$\leq 10,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas (B.4_1.4).	<b>Responsable:</b> Encargado Pabellón Quirúrgico.
<b>Estrategia:</b> Eficiencia operacional.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención oportuna segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Disminuir las suspensiones quirúrgicas.	
<p>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.</p> <p>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. El horario de medición es el institucional y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica.</p> <p>Se solicita elaborar un plan de mejora, que incluya análisis de causas de suspensión por especialidad quirúrgica trazadora, elaborado por la Subdirección Médica, en aquellas especialidades con resultados de suspensión mayores a 7%.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> 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.		
<b>Fuente de datos:</b> Publicación REM A21; informe de plan de mejora y evaluación, elaborado por la Subdirección Médica del establecimiento.		
Línea de base: Sin línea base.      Meta: $\leq 7\%$ .		
<b>Razonamiento meta:</b> 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 Pre Quirúrgico, 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	$X > 10\%$
1	$9\% < X \leq 10\%$
2	$8\% < X \leq 9\%$
3	$7\% < X \leq 8\%$
4	$X \leq 7\%$

<b>Perspectiva:</b> Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de Integración en Comités CIRA (C.2.1).	<b>Responsable:</b> Director EAR.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Aumentar la coordinación y articulación de los equipos de la red asistencial.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Propiciar la integración del EAR a la Red del Servicio de Salud respectivo.	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de la integración del EAR a la Red del Servicio de Salud respectivo, a través de la conformación de los Comités del CIRA pertinentes.</p> <p>Requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) EAR incorporado a los comités del CIRA en al menos en un tema que sea pertinente a su aporte a la resolución de atenciones sanitarias en Red, a través del Director del EAR y/o el referente técnico asociado a la temática del Comité respectivo.</li> <li>2) Presentación trianual del avance del trabajo de la comisión que integra el EAR, a través de la exposición en CIRA.</li> </ol>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Trimestral.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de requisitos de coordinación cumplidos que aplican en el período/ Total de requisitos aplicables (4) en el mismo período) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Resoluciones de conformación de Comités de cada CIRA. Presentaciones realizadas en reuniones CIRA.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100% de los requisitos.	
<b>Razonamiento meta:</b> La coordinación con la red permite optimizar el uso de los recursos y otorga una mejor oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes y/o usuarios de cada red.		
Iniciativas:	Establecer vínculos permanentes con otros establecimientos de la red.	
	Establecer Protocolos de Resolutividad en Red.	

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

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH, UPC y/o UCIs Adulto y Pediátricas (C.3.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector Médico.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo Específico:</b> Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos críticos.	
	<b>Objetivo del Indicador:</b> Aumentar la notificación de posibles donantes de órganos en las UCI/UPC y UEH.	
<p>Descripción: Este indicador mide tanto el porcentaje de notificación 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) y/o Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), Unidades de tratamiento Intermedio (UTI) adulto y pediátricos. La medición se realizará en el caso de la UEH respecto al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses y 75 años, reportados en GRD y en el caso de las UPC y/o UCIS adulto y pediátrico respecto al total de egresos fallecidos por causa neurológica entre los 6 meses y los 75 años, reportados en GRD.</p> <p>Adicionalmente se solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un protocolo intrahospitalario para la notificación de posibles donantes, el cual debe contener los elementos mínimos detallados en el anexo N° 07. Este indicador aplica a los establecimientos que conforman la red de procuramiento nacional (anexo 07).</li> <li>• Contar con una resolución exenta emitida por la dirección del hospital donde quede explicitado la obligatoriedad de la Notificación de Posibles Donantes desde las unidades generadoras, como UEH y UPC, UTI y/o UCIS Adulto y Pediátricos a los Coordinadores Locales de Procuramiento.</li> <li>• Informar semestralmente todos los fallecidos por causa neurológica entre 6 meses y 75 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).</li> <li>• Todo posible donante notificado deberá ser registrado en ficha clínica y SIDOT.</li> </ul>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula (*): <u>70% puntaje para UEH</u>: (Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento / Total de egresos fallecidos UEH, por causa neurológica, entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD) x 100</p> <p><u>30% puntaje para UPC, UTI y/o UCIs</u>: (Número de Posibles Donantes, entre 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento/ Total de egresos fallecidos en las UPC – UTI y UCIs, por causa neurológica entre 6 meses a 75 años, reportados en GRD) x 100.</p> <p>(*) En caso de que aplique sólo una formula se pondera al 100%.</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> Numerador: SIDOT; Denominador: Reporte GRD según anexo N°07, Certificado de Validación semestral emitido por Unidad de Coordinación Local de Procuramiento. Protocolo de Notificación de Posibles Donantes intrahospitalario o de la red (según anexo N° 7) aprobado por resolución y difundido a todo el personal de las Unidades de Emergencia, Unidad de Pacientes Críticos, UTI y/o Unidad de Cuidados Intensivos Adulto y Pediátricos. Informe semestralmente de todos los fallecidos por causa neurológica entre 6 meses y 75 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).</p>		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: ≥ 90%	
<p><b>Razonamiento meta:</b> La notificación de posibles donantes a las unidades de Coordinación de Procuramiento, es una obligación legal (dispuesto Decreto N° 35, Título IV Artículo 18 del Reglamento de la Ley de Trasplantes vigente) y es una de las estrategias que contribuyen 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.</p>		
Iniciativas:	1. Liderazgo del Subdirector Médico para priorizar el Proceso de Donación de Órganos en el establecimiento. Se recomienda emitir resolución exenta informando la obligatoriedad de la Notificación de Posibles Donantes desde las unidades generadoras, como UEH y UPC, UTI y/o UCIS Adulto y Pediátricos a los Coordinadores Locales de Procuramiento.	
	2. Difusión y evaluación continua del cumplimiento del protocolo de Notificación de Posibles donantes y de las responsabilidades del equipo médico en el cumplimiento de estas. Reforzar el registro oportuno de Notificación de Posibles donantes en ficha clínica.	
	3. Capacitación continua a la comunidad hospitalaria y en especial al equipo clínico en el proceso de donación de órganos y comunicación de muerte humanizada en los equipos de Salud.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 60,0 %
1	60,0% ≤ X < 70,0%
2	70,0% ≤ X < 80,0%
3	80,0% ≤ X < 90,0%
4	X ≥ 90,0%

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red (C.4_1.1).	<b>Responsable:</b> Subdirector Médico.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 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>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: $[(\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas}) \text{ del periodo a evaluar} / ((\text{Garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas} + \text{Garantías incumplidas no atendidas}) \text{ del periodo a evaluar} + \text{Garantías retrasadas acumuladas})] \times 100$ .		
<b>Fuente de datos:</b> SIGGES – FONASA, Base de datos disponible por Unidad de Gestión de la Información/DIGERA.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100%.	
<b>Razonamiento meta:</b> Cumplir con la realización de las prestaciones garantizadas de acuerdo con el decreto vigente; incluyendo en el indicador, tanto a la garantía de oportunidad como la de acceso. Se consideran como cumplidas todas aquellas garantías que ya se realizaron, ya sea en los tiempos o pasados los tiempos garantizados y las garantías exceptuadas registradas durante el período de evaluación.		
Iniciativas:	1. Registro oportuno en SIGGES de la información asociada a la gestión de garantías.	
	2. Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad.	
	3. Aplicación del modelo de gestión de garantías en su ámbito de responsabilidad.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 99,50%
4	X ≥ 99,50%

<b>Perspectiva:</b> Usuarios	<b>Nombre Indicador:</b> Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad (C.4_1.2).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Ambulatoria (CAE o similar).
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 el Sistema de Registro Nacional de Listas de Espera vigente. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades Médicas y 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> <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 menor a 182 días y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.</p> <p>En el anexo 09 se encuentra un ejemplo de la aplicación de esta medida, la que considera las tablas de puntuación, para evaluar el avance de los establecimientos de acuerdo con su línea base y metas exigidas.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: $[(\text{Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad en el período} - \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad}) / \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad}] \times 100$ .		
<b>Fuente de datos:</b> Registro nacional de listas de espera (SIGTE) en su línea base y/o 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 5% sobre de dicha línea base.	
<b>Razonamiento meta:</b> Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención de consulta nueva de especialidad, 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:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las brechas causales de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad.</li> <li>2. Monitoreo y gestión lista de espera.</li> <li>3. Implementar un sistema de priorización de casos.</li> </ol>	

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 9,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$6,0\% < X \leq 9,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$3,0\% < X \leq 6,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 3,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$X \leq 0,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre Indicador:</b> Variación del Promedio de Días de Espera para Intervención Quirúrgica (C.4_1.3).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Quirúrgica.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Reducir el promedio de días de espera para una intervención quirúrgica.	
<p><b>Descripción:</b> 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 el Sistema de Registro Nacional de Listas de Espera vigente. 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 menor a 182 días y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.</p> <p>En el anexo 10 se encuentra un ejemplo de la aplicación de esta medida, la que considera las tablas de puntuación, para evaluar el avance de los establecimientos de acuerdo con su línea base y metas exigidas.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p><b>Fórmula:</b> <math>[(\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}] \times 100</math>.</p>		
<b>Fuente de datos:</b> Registro nacional de listas de espera (SIGTE) en su línea base y/o 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 5% sobre de dicha línea base.	
<b>Razonamiento meta:</b> Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención quirúrgica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.		
Iniciativas:	1. Identificar las brechas causales de la lista de espera quirúrgica.	
	2. Monitoreo y gestión lista de espera.	
	3. Implementar un sistema de priorización de pacientes.	

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para Establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 9,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$6,0\% < X \leq 9,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$3,0\% < X \leq 6,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 3,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$X \leq 0,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios (C.4.2).	<b>Responsable:</b> Director/a del establecimiento de Salud.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Potenciar la participación comunitaria.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Implementar estrategias generadas por las instancias formales de participación efectiva.	
<p>Descripción: Este indicador mide la existencia de participación ciudadana efectiva en la institución, a través del Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) (ver anexo 11) y otros actores de la comunidad. (*)</p> <p>Es importante que, para cumplir con el indicador, se deben considerar las siguientes instancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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: 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.</li> <li>2. Director/a del establecimiento de Salud presenta un Plan Anual Institucional del establecimiento al Consejo Consultivo y a otros actores de la comunidad, generando un espacio de retroalimentación (consultas, propuestas, opiniones, entre otros) desde la comunidad.</li> <li>3. 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.</li> <li>4. Director/a del establecimiento de Salud socializa con la comunidad usuaria y funcionaria los resultados alcanzados en las estrategias implementadas.</li> </ol> <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>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (N° de acciones implementadas por el establecimiento con el CCU / Total de acciones comprometidas por el establecimiento con el CCU) *100		
<b>Fuente de datos:</b> Cronograma de trabajo del Consejo Consultivo y actas de las reuniones realizadas; Resolución con Plan Anual del establecimiento y acta que incluye lista de asistencia de la reunión de presentación del Plan, realizada durante el primer semestre de cada año; Verificables de las acciones realizadas e Informe anual del Director/a del establecimiento de Salud reportando las acciones realizadas a diciembre de cada año para dar cumplimiento a los acuerdos tomados junto al Consejo Consultivo.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100%.	
<b>Razonamiento meta:</b> 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.		
Acciones a ejecutar:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recoger opiniones/análisis de los integrantes del Consejo Consultivo de Usuarios/as, para ser incorporadas como antecedentes de trabajo en el Comité de Gestión Usuaria del establecimiento.</li> <li>2. Relevar y visibilizar la figura del CCU como espacio efectivo de participación ciudadana entre la comunidad funcionaria y usuaria.</li> </ol>	

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

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades (C.4_3.1).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Posibilitar la integración efectiva de la red.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Aumentar los cupos para consulta nueva de especialidad.	
Descripción: Este indicador mide la proporción de consultas médicas nuevas de especialidad realizadas, en relación con el total de consultas médicas de especialidad efectuadas en el período. Debe considerar todas las especialidades médicas que oferta el establecimiento.		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de consultas nuevas de médicos especialistas realizadas en el periodo de evaluación/ Total de consultas de médicos especialistas realizadas en el mismo periodo de evaluación) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> REM A07.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: $\geq 10$ puntos porcentuales de aumento a partir de su línea base, o porcentaje de consultas nuevas $\geq 35\%$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> El aumento de las consultas nuevas médicas de especialidad, es un indicador que contribuye a la reducción de la lista de espera, con esto se mejora el acceso y la oportunidad de la atención para los usuarios de la red.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asegurar disponibilidad de oferta de consultas nuevas a los usuarios.</li> <li>2. Contar con protocolos de atención en red definidos para las distintas especialidades.</li> <li>3. Gestión de Listas de espera de Consulta Nueva de Especialidad.</li> </ol>	

Puntuación	Aumento de puntos porcentuales a partir de línea base	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 1,0 \%$	$X < 28,5\%$
1	$1,0 \% \leq X < 4,0 \%$	$28,5\% \leq X < 30,0\%$
2	$4,0 \% \leq X < 7,0 \%$	$30,0\% \leq X < 32,5\%$
3	$7,0 \% \leq X < 10,0 \%$	$32,5\% \leq X < 35,0\%$
4	$X \geq 10,0 \%$	$X \geq 35\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrarreferencias (C.4_3.2).	<b>Responsable:</b> Encargado Área Ambulatoria de Especialidades.
<b>Estrategia:</b> Gestión Asistencial en Red.	<b>Objetivo específico:</b> Posibilitar la integración efectiva de la Red.	
	<b>Objetivo indicador:</b> 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 de dos indicadores trazadores del proceso de contrarreferencia: Porcentaje de contrarreferencia realizada al momento de la primera atención o consulta nueva de especialidad médica y Porcentaje de contrarreferencia realizada en el momento del alta de consulta ambulatoria.</p> <p><u>Adicionalmente se solicita informe con envío a autogestion@minsal.cl a más tardar el 30 abril que contenga al menos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del sistema de información a utilizar en el establecimiento (informático, manual o mixto), de no contar con sistema informático, el informe debe incluir estrategias de mejorar la informatización de la contrarreferencia.</li> <li>Información acumulada de enero a diciembre del año anterior, para ser considerada como Línea Base, con los siguientes campos: número de contrarreferencia en consulta nueva en el periodo, número total de consultas nuevas en el periodo, Numero de Contrarreferencia en el Alta médica en el periodo, Número Total de Altas médicas en el periodo y porcentajes de cumplimiento según trazadoras.</li> </ul> <p>En el anexo 12 se presentan definiciones y conceptos.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula:</p> <p><u>50% puntaje:</u> (Número de contrarreferencias en consulta nueva en el periodo / Número total de consulta nueva en el periodo) x 100.</p> <p><u>50% puntaje:</u> (Numero de contrarreferencias en el alta médica en el periodo / Número total de altas médicas en el periodo) x 100.</p>		
<b>Fuente de datos:</b> Numerador: Fuente SIDRA, de no contar con sistema informático generar informe propio que incluya estrategias de mejoras para informatizar la información. Denominador: Publicación DEIS- REM 07.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior.	Meta: 100% de cumplimiento o aumento de 10 puntos porcentuales a partir de su línea base.	
<b>Razonamiento meta:</b> Basado en las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el usuario circula por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados, lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior sea realizado de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente.		
Iniciativas:	1. Monitorear el cumplimiento del proceso de Contrarreferencia	
	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 de puntos porcentuales (p.p.) a partir de línea base	Porcentaje de Cumplimiento
0	$X < 2,5\%$	$X < 70\%$
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$70\% \leq X < 80\%$
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$80\% \leq X < 90\%$
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$90\% \leq X < 100\%$
4	$X \geq 10,0\%$	$X = 100\%$

<b>Perspectiva:</b> Financiera.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas (D.1.1).	<b>Responsable:</b> Encargado Pabellón Quirúrgico.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Disminuir los costos de la no calidad.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Evitar eventos centinela de alto costo para la institución y la seguridad del paciente.	
<p>Descripción: Este indicador mide las intervenciones quirúrgicas no planificadas a un paciente ya operado, como consecuencia de la cirugía primaria, dentro de los siguientes treinta días de la intervención. Se incluye sólo cirugías mayores en atención cerrada (ver anexo 13).</p> <p>A su vez, todo paciente derivado dentro de los siguientes treinta días para re-intervención a otro establecimiento de la red, ya sea público o privado, debe ser considerado en el registro del Hospital, quien será el responsable de llevar el dato. Cabe señalar que este indicador, no corresponde meramente a un dato extraído por estadística. El proceso debe asegurar que la recolección de datos será realizada por personal del área quirúrgica.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos son buenos.
Fórmula: (Número de reintervenciones quirúrgicas no planificadas en el periodo / Total de pacientes operados en el periodo) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Sistema de seguimiento de reintervenciones quirúrgicas; informes de resultado del encargado de pabellones quirúrgicos y constancia de su envío a la unidad de calidad del establecimiento.		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: 10% de disminución de la línea base o porcentaje de reintervenciones no planificadas $\leq 2\%$	
<b>Razonamiento meta:</b> Las reintervenciones quirúrgicas no planificadas, son un evento adverso centinela para el establecimiento. Conocer su incidencia, realizar análisis de causas e implementar mejoras, constituyen un elemento de seguridad de la atención, que los directores deben gestionar.		
Iniciativas:	1. Disponer en el área de pabellones quirúrgicos, un sistema de registro de las reintervenciones no planificadas.	
	2. Todas las Reintervenciones no programadas deben contar con análisis de causas por los equipos quirúrgicos involucrados.	
	3. Implementar planes de mejora.	

Puntuación	Reducción de línea base	Porcentaje de Cumplimiento
0	$X < 2,5\%$	$X > 3,5\%$
1	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$3,0\% < X \leq 3,5\%$
2	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$2,5\% < X \leq 3,0\%$
3	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	$2,0\% < X \leq 2,5\%$
4	$X \geq 10,0\%$	$X \leq 2,0\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de Concordancia de Registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos (D.3.1).	<b>Responsable:</b> Encargado de Gestión en TIC y Jefe de Estadística.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Mejorar la calidad de información. <b>Objetivo indicador:</b> Mejorar la concordancia de registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos.	
<p>Descripción: Este indicador mide dos trazadoras relacionados a la información que se genera en el establecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concordancia entre los registros de procesos clínicos priorizados; consulta médica ambulatoria de especialidad y atención de urgencia; en SIDRA y REM</li> <li>• Consistencia de registros REM, en seis ámbitos de revisión: 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 14. Cabe destacar que las actualizaciones de datos posteriores a la fecha de evaluación, no modificarán el cumplimiento informado en la fecha de corte.</li> </ul>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas:  <u>50% del puntaje fórmula 1:</u> (porcentaje de cumplimiento de concordancia de registro de consultas médicas ambulatoria de especialidad + porcentaje de cumplimiento de concordancia de registro de consultas médicas de urgencia)/2.  <u>50% del puntaje fórmula 2:</u> Puntaje para consistencia de REM: (Número de ámbitos que cumple de la pauta de consistencia en el periodo / Total de ámbitos de la pauta de consistencia que aplican al establecimiento en el periodo) x 100.</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> La validación del cumplimiento de concordancia de registros de procesos clínicos priorizados (consulta médica ambulatoria de especialidad y consultas de urgencia) se realizará trimestralmente por TIC MINSAL, a través de archivo de texto plano con información de los registros clínicos individualizados de los procesos priorizados, enviados por los SS a TIC MINSAL, e información REM validada a través de DEIS MINSAL.  Para la consistencia de datos, se debe considerar el reporte que genera centralizadamente DEIS, con el cumplimiento de la pauta de consistencia.</p>		
Línea de base: Sin línea base	Meta: 85% en concordancia registros procesos clínicos y 100% en consistencia de registros estadísticos.	
<p><b>Razonamiento meta:</b> Se ha establecido como meta país que los establecimientos públicos de salud cuenten con un sistema de registro clínico electrónico para la gestión de información de pacientes, sus atenciones y resultados. Para ello se debe resguardar la implementación, el uso del registro clínico electrónico; evaluar la calidad en los procesos de registros y uso de la información. A su vez la integración de los registros clínicos electrónicos con los demás sistemas y consistencia de registros REM, permiten optimizar y dar soporte a la toma de decisiones clínicas y de producción del hospital.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer procesos de validación de datos, asegurando la completitud y calidad de los registros.</li> <li>2. Comunicación y coordinación permanente de los referentes de TICs y estadísticos del EAR, con los referentes técnicos, para contar con registros consistentes.</li> <li>3. Monitoreo y mejoras continuas tanto en los procesos de interoperabilidad de los sistemas utilizados en los establecimientos como en los procesos de recolección de información estadística.</li> </ol>	

Puntuación	% de cumplimiento concordancia registros procesos clínicos SIDRA - REM	Porcentaje de cumplimiento en consistencia de registros estadísticos
0	$X < 75,0\%$	$X < 95,00\%$
1	$75,0\% \leq X < 78,3\%$	$95,00\% \leq X < 96,68\%$
2	$78,3\% \leq X < 81,6\%$	$96,68\% \leq X < 98,34\%$
3	$81,6\% \leq X < 85,0\%$	$98,34\% \leq X < 100,00\%$
4	$X \geq 85,0\%$	$X = 100,00\%$

<b>Perspectiva:</b> Procesos internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Cumplimiento de las Actividades Críticas en el Plan de Calidad y Seguridad de la Atención (D.3_2.1).	<b>Responsable:</b> Director del Establecimiento.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Implementar un plan de calidad orientado a la seguridad de atención y cumplimiento de los estándares de acreditación.	
<p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del Programa de calidad del establecimiento, orientado a la seguridad de la atención y, a mantener y mejorar el cumplimiento de las características del estándar de Acreditación y que debe incluir como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de documentos que vencen en el año.</li> <li>• 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.</li> <li>• Información y análisis de los indicadores de Norma de Seguridad y Calidad de la Atención.</li> <li>• Evaluación y difusión del cumplimiento del plan de trabajo, al menos semestralmente, en reunión de Comité Técnico ampliado, coordinada y dirigida por la Dirección del establecimiento.</li> </ul> <p>El Programa de Calidad del Establecimiento se debe elaborar en el primer trimestre del año y debe estar aprobado formalmente tanto por el Director del Establecimiento y por el Director del Servicio de Salud.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: (Número de actividades mínimas exigidas del plan de trabajo cumplidas en el periodo / Total de actividades mínimas del plan de trabajo exigidas en el periodo) x 100.</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> Plan de Calidad anual aprobado por Director del establecimiento y Director Servicio de Salud; Listado de los documentos que vencen en el año y los actualizados en el periodo; Informe de autoevaluación; Informe de análisis de resultados de indicadores de la Norma de Seguridad y Calidad de la atención; Informe de evaluación de cumplimiento de plan de trabajo; Acta de reunión Comité Técnico ampliado en que se difunde informe.</p>		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: 100%.	
<p><b>Razonamiento meta:</b> 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 permita 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 en el SIS-Q respecto del nivel de cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias.	
	3. Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del plan de calidad y seguridad del paciente.	

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

<b>Perspectiva:</b> Procesos Internos.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría (D.3_2.2).	<b>Responsable:</b> Jefes de Áreas Auditadas.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Suscribir e implementar compromisos en las áreas auditadas.	
<p>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.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmula: <math>(((\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{N}^\circ \text{ de Acciones correctivas Implementadas de CGR} / \text{N}^\circ \text{ de compromisos suscritos cuyo cumplimiento se encuentran vencido en el periodo} + \text{N}^\circ \text{ de acciones correctivas de CGR vencidas}) \times 0,5)) \times 100.</math></p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> 1. Plan anual de Auditoría, del año en evaluación y del anterior; 2. Compromisos Suscritos formalizados por el auditado (vía memo, 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 15); 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.</p>		
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.	
<p><b>Razonamiento meta:</b> Realizar auditorías, sólo tiene sentido si apunta a mejorar los aspectos detectados como deficitarios. Los compromisos de mejora suponen que existe una formalización del resultado del informe de auditoría en el establecimiento y también que el director del establecimiento exige del auditado la formalización de medidas tendientes a solucionar situaciones de riesgo detectados, con la identificación de los responsables de la implementación y fecha comprometida. El desarrollo, implementación y seguimiento de ellos, constituye la herramienta más efectiva para lograr el objetivo.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.</li> <li>2. Gestionar el monitoreo y cumplimiento de planes de acción de CGR, mediante el sistema informático dispuesto para ello.</li> </ol>	

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	$X \geq 75\%$	$X \geq 90\%$	$X \geq 80\%$	$X \geq 70\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 Días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) (D.4_1.1).	<b>Responsable:</b> Subdirección Médica.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención de calidad, segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Disminuir el porcentaje de reingresos urgentes.	
<p>Descripción: Este indicador mide todos aquellos episodios de pacientes que reingresan en forma urgente en un Centro Hospitalario, después de haber tenido otro episodio de ingreso en el mismo Centro en menos de 7 días, agrupados por misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).</p> <p>Para el año 2020 está programado para este indicador que la medición se realice sobre el total de los reingresos, sin la restricción actual que recoge sólo aquellos casos que corresponden a la misma CDM. Para ello debe generar un plan de evaluación del total de los episodios.</p> <p>Dado a lo anterior, durante el primer cuatrimestre del año 2019 se les solicitará un informe con los resultados obtenidos con los criterios mencionados.</p> <p>Se excluyen de esta medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los reingresos cuyo motivo de egreso en el episodio de origen haya sido la fuga y/o alta voluntaria. Estos casos deben ser notificados como incidentes, ser auditados y monitoreados por equipos de calidad.</li> <li>• Los Recién Nacidos con Ictericia y Fototerapia como diagnóstico y procedimiento principal respectivamente.</li> <li>• Para los Hospitales pediátricos se excluirán los adultos (<math>\geq</math> a 15 años), considerando que los casos constituyen sólo excepciones.</li> </ul>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores bajos y el cero son buenos.
Fórmula: (Número de reingresos por misma CDM antes de 7 días/ Total de egresos del período) x 100		
<b>Fuente de datos:</b> Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y Certificado de la Unidad de GRD de MINSAL.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: Reingresos Pacientes Adultos $\leq$ 0,69% y Reingreso Pacientes Pediátricos $\leq$ 1,51%.	
<b>Razonamiento meta:</b> 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.		
Iniciativas:	1. Identificar y caracterizar la casuística que reingresa en un plazo menor de 7 días y sus causalidades.	
	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
0	$X > 1,21\%$	$X > 1,73\%$
1	$1,01\% < X \leq 1,21\%$	$1,63\% < X \leq 1,73\%$
2	$0,89\% < X \leq 1,01\%$	$1,54\% < X \leq 1,63\%$
3	$0,69\% < X \leq 0,89\%$	$1,51\% < X \leq 1,54\%$
4	$X \leq 0,69\%$	$X \leq 1,51\%$

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno (D.4_1.2).	<b>Responsable:</b> Encargado de Farmacia.
<b>Estrategia:</b> Calidad Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención oportuna, segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna.	
Descripción: El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio indicado.		
Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en Farmacia, 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. En el registro REM "la receta con despacho total" incluye la oportunidad, ya que se darían en forma simultánea.		
Se podrán excluir de la medición, aquellos medicamentos que durante el año presenten quiebres de stock por desabastecimiento a nivel nacional. Lo anterior, debe ser respaldado por ordinario de MINSAL o del Instituto de Salud Pública. Dicha exclusión, no considera los quiebres de CENABAST. Para ello se emitirá un reporte semestral por Unidad de Fármacos DIGERA.		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo / Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Publicación DEIS REM A04.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: ≥ 99,5%.	
<b>Razonamiento meta:</b> La demora en el inicio del tratamiento puede incrementar la morbilidad y la mortalidad. Diferir la entrega de medicamentos, implica la realización de nuevos trámites para el usuario y una nueva asistencia al centro hospitalario. Una entrega total y oportuna mejora adherencias terapéuticas y resulta una mejora en la satisfacción usuaria.		
Iniciativas:	1. Implementar un sistema de registro de la demanda de fármacos del área ambulatoria.	
	2. Gestionar la entrega total y oportuna de todos los proveedores.	
	3. Definición de stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad del establecimiento.	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	X < 86,0%
1	86,0% ≤ X < 90,5%
2	90,5% ≤ X < 95,0%
3	95,0% ≤ X < 99,5%
4	X ≥ 99,5%

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos (D.4_1.3).	<b>Responsable:</b> Director/a del establecimiento de Salud.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la atención.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención de calidad, segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Gestionar y dar respuesta a los reclamos de manera oportuna y efectiva.	
<p>Descripción: El indicador mide el cumplimiento de tres trazadoras respecto de la respuesta de los reclamos, en la cual deben cumplir con los siguientes requisitos:</p> <p><b>1. Oportunidad:</b> Que la respuesta al reclamo sea en un periodo no superior a los 15 días hábiles (según lo establecido en la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes). Es importante señalar, que cuando un reclamo es enviado desde otra institución, los días para su gestión se comienzan a contar desde el siguiente día hábil que ingresa al establecimiento objeto del reclamo. Para asegurar el cumplimiento de esto, el establecimiento deberá contar con un procedimiento formal de gestión de reclamos que establece responsabilidades, tiempos de respuesta interno y controles de las unidades involucradas en el proceso.</p> <p><b>2. Calidad:</b> Que la respuesta cumpla con todos los requisitos de calidad, la cual será medida por el establecimiento de salud con la pauta de evaluación de la calidad (muestra representativa) detallada en anexo 16 para obtener el máximo puntaje en este ámbito. Luego, de cada muestra, el equipo OIRS MINSAL supervisará este proceso analizando los casos evaluados por el establecimiento de salud. Dicho monitoreo se realizará mensualmente, de forma aleatoria (ver indicaciones en anexo 16, punto N° 3).</p> <p><b>3. Gestión:</b> Realizar un análisis del año anterior, que considere las primeras tres tipologías que presenten mayor número de reclamos (de acuerdo al REM 19B), en conjunto con el Comité de Gestión Usuaria. Según el análisis efectuado, sobre las 3 tipologías identificadas y priorizadas deben elaborar e implementar acciones de mejora. El resultado de esta trazadora, debe ser la disminución del número de reclamos presentados en las 3 tipologías identificadas y priorizadas y su correlación con la mejora continua de la satisfacción usuaria. Se evaluará de acuerdo a definido en el anexo 16, punto N° 1).</p> <p>El o la Director/a del establecimiento de Salud deberá velar por un oportuno y adecuado cumplimiento de las normativas legales vigentes en términos de los plazos formales de gestión y respuesta a los reclamos (Ley N° 20.584; Decreto N° 35, art. 11). El puntaje final se obtiene a partir del promedio de los puntajes obtenidos en cada uno de las trazadoras según lo estipulado en la descripción del indicador y tabla de sensibilidad.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
<p>Fórmulas: <b>Oportunidad:</b> (Número de reclamos contestados en el plazo establecido en el periodo/ Total de reclamos contestados en el periodo) *100; <b>Calidad:</b> (Puntaje obtenido en evaluación de calidad de la respuesta de los reclamos / Puntaje esperado en la evaluación de la calidad de la respuesta de los reclamos) *100; <b>Gestión:</b> (Número de reclamos por tipologías priorizadas (por separado) en el periodo t- Número de reclamos por tipologías priorizadas (por separado) en el periodo t-1).</p>		
<p>Fuente de datos: <b>Oportunidad:</b> REM, Resolución del procedimiento formal de gestión de reclamos que establece responsabilidades, tiempos de respuesta interno y controles de las unidades involucradas en el proceso; <b>Calidad:</b> Informe trimestral de resultados de la evaluación de la calidad de la respuesta según anexo; <b>Gestión:</b> REM 19B sección A año 2018; REM 19b 2019. Informe de análisis semestral de las estrategias implementadas y según lo solicitado en anexo 16.</p>		
<p>Línea de base: Sin LB. Metas: 100% en oportunidad; ≥ 80,0% en calidad; 100% en gestión.</p>		
<p><b>Razonamiento meta:</b> Que la institución conteste los reclamos de forma oportuna y de calidad, y realice mejoras sobre las áreas críticas priorizadas, indica que se ocupa de los temas que inquietan a sus usuarios/as y asegura el cumplimiento de las normativas legales vigentes en términos de cumplimiento de los plazos formales de gestión y respuesta a los requerimientos ciudadanos, para garantizar el derecho de las personas a dar su opinión y recibir respuesta.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer las OIRS como espacios de gestión usuaria y promoción del buen trato a los usuarios/as.</li> <li>Generar estrategia de gestión de felicitaciones.</li> <li>Incorporar la opinión de los/as usuarios/as en el proceso de mejora continua al interior del establecimiento, involucrando a directivos, jefaturas y equipos encargados en las oportunidades de mejora que los reclamos evidencien (Comité de Gestión Usuaria).</li> </ol>	

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento oportunidad	Porcentaje de cumplimiento calidad	Porcentaje de cumplimiento gestión
0	X < 70,0%	X < 60,0%	X=0%
1	70,0% ≤ X < 80,0%	60,00% ≤ X < 65,75%	-----
2	80,0% ≤ X < 90,0%	65,75% ≤ X < 71,50%	0% < X < 100%
3	90,0% ≤ X < 100,0%	71,50% ≤ X < 80,0%	-----
4	X = 100,0%	80,0% ≤ X < 100%	X=100%

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Porcentaje de Satisfacción Usuaría (D.4_1.4).	<b>Responsable:</b> Director/a del establecimiento de Salud.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la atención.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención de calidad, segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Medir la satisfacción usuaria en las áreas diferenciadas.	
<p>Descripción: Este indicador mide el nivel de satisfacción usuaria, detectado a través de un cuestionario aplicado a los/as pacientes o sus acompañantes, atendidos en el servicio de urgencia y área ambulatoria.</p> <p>El cuestionario será proporcionado por el Ministerio de Salud (MINSAL) (ver anexo 17) y contendrá los elementos básicos que se quieren medir, con un lenguaje claro y sencillo. Para disminuir el sesgo en las respuestas, este cuestionario debe ser aplicado por personal no clínico y capacitado en el tema.</p> <p>El Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario del MINSAL supervisará la aplicación del cuestionario a los 57 Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) más los Hospitales candidatos e invitados, dicho monitoreo se realizará mensualmente, de forma aleatoria y vía telefónica (ver indicaciones en anexo 17).</p> <p>Nota 1: Para obtener el tamaño de la muestra, indicaciones para aplicar la encuesta y cálculo del porcentaje de satisfacción usuaria ver anexo 17.</p> <p>Nota 2: El establecimiento de salud podrá incorporar preguntas en el cuestionario que vayan en beneficio de la mejora continua, tomando en consideración la extensión del documento, de modo que no influya en la calidad de respuesta y no supriman las que se envían desde MINSAL.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Mensual.	<b>Tipo de unidad:</b> Porcentaje.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: (Sumatoria del Puntaje total obtenido en las encuestas aplicadas/Sumatoria del puntaje máximo a obtener del total de las encuestas aplicadas) x 100.		
<b>Fuente de datos:</b> Cuestionarios utilizados, registro mensual con resultados de las encuestas aplicadas y monitoreo telefónico de encuestas aplicadas.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $\geq 80\%$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> Conocer la opinión de los usuarios (pacientes o sus acompañantes) respecto de la atención recibida. Es una herramienta de gestión que debe permitir a los equipos de salud, identificar demandas, introducir planes de mejoras concretos y realizar seguimiento de los cambios e innovaciones efectuados a los servicios entregados.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar análisis trimestral de los resultados de la medición de la satisfacción usuaria en las áreas diferenciadas.</li> <li>2. Incorporar los resultados de la evaluación de la satisfacción usuaria como antecedentes del trabajo en el Comité de Gestión Usuaría del establecimiento de salud.</li> <li>3. Realizar seguimiento, evaluación trimestral y difusión de las estrategias implementadas para la mejora y analizar su impacto en las siguientes evaluaciones de satisfacción usuaria.</li> </ol>	

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

<b>Perspectiva:</b> Usuarios.	<b>Nombre indicador:</b> Nota obtenida en la Encuesta de Trato Usuario (D.4_1.5).	<b>Responsable:</b> Dirección.
<b>Estrategia:</b> Calidad de la Atención.	<b>Objetivo específico:</b> Proporcionar atención de calidad, segura y digna.	
	<b>Objetivo indicador:</b> Medir trato usuario según encuesta establecida.	
<p>Descripción: Este indicador considera la nota obtenida por el establecimiento de salud, en el estudio anual de medición de la calidad del trato al usuario, durante el periodo evaluado.</p> <p>Esta medición se enmarca en la Ley N° 20.646 que establece una asignación asociada al mejoramiento de la calidad del trato a los usuarios, para el personal que se desempeña en establecimientos dependientes de los servicios de salud, y que se otorga cada año como resultado de la aplicación de un instrumento de evaluación.</p> <p>El cuestionario es elaborado por el Minsal y está compuesto por 12 ítems que evalúan diferentes aspectos del trato recibido en el establecimiento, más una pregunta al final del cuestionario donde se califica en términos generales la calidad del trato al usuario. Todas las preguntas se evalúan en una escala de 1 a 7 y consideran las dimensiones del trato al usuario: empatía, presentación personal, cortesía y confianza, disponibilidad e interés y confiabilidad.</p> <p>La encuesta es aplicada por un ejecutor externo y de forma presencial a aquellos usuarios que han sido dados de alta en el establecimiento de salud durante el periodo de evaluación.</p> <p>Cabe destacar que el resultado de la aplicación de la encuesta, entrega a los establecimientos de salud, información relevante respecto a la calidad del trato, lo que permite determinar las mejoras necesarias para elevar la calidad de la atención que se otorga en salud.</p>		
<b>Frecuencia de medición:</b> Anual.	<b>Tipo de unidad:</b> Número.	<b>Polaridad:</b> Los valores altos son buenos.
Fórmula: Nota obtenida en la Encuesta de Trato Usuario.		
<b>Fuente de datos:</b> Encuesta oficial de Trato Usuario.		
Línea de base: Sin línea base.	Meta: $X \geq 6,73500$ .	
<b>Razonamiento meta:</b> Conocer la opinión de los usuarios respecto del trato recibido es una herramienta de gestión que debe permitir a los equipos de salud, identificar estrategias que permitan entregar una mejor calidad de la atención y una mejora en la satisfacción usuaria.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar análisis de los resultados de la medición de trato usuario</li> <li>2. Incorporar los resultados de la evaluación del trato usuario como antecedentes del trabajo en el Comité de Gestión Usuaria del establecimiento de salud.</li> <li>3. Realizar seguimiento, evaluación y difusión de las estrategias de mejora implementadas y analizar su impacto en las siguientes mediciones de trato usuario.</li> </ol>	

Puntuación	Rango de nota de cumplimiento
0	$X < 6,24000$
1	$6,24000 \leq X < 6,40500$
2	$6,40500 \leq X < 6,57000$
3	$6,57000 \leq X < 6,73500$
4	$X \geq 6,73500$

**ANEXOS.**

**Anexo 01**  
**Documentos Tributarios Electrónicos (DTE)**  
**(A.3\_1.1)**

Documento de apoyo al indicador  
 Porcentaje de Devengamiento Oportuno de Documento Tributario Electrónico (DTE) de Proveedores

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

Nombre tipo documento	Tipo documento
Factura Afecta	101
Factura Afecta Electrónica	102
Factura Exenta	201
Factura Exenta Electrónica	202
Factura de Compra	300
Factura Electrónica de Compra	350
Nota de Crédito	401
Nota de Débito	501
Boleta de Compra y Venta	900
Boleta de Honorarios	1000
Boleta de Prestación de Servicios	1800
Boleta Afecta Electrónica	6040
Boleta Afecta	6050
Boleta Exenta Electrónica	6060
Boleta de Honorarios Electrónica	9100
Cobro en efectivo	9111

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

**Anexo 02**  
**Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos**  
**(A.3\_1.2)**  
 Documento de apoyo al indicador  
 Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos

### 1. Fecha de Reportes Cuadros Gerenciales (PERC).

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

— Para Hospitales con sistema PERC.

Mes que informa	Mes de Reporte
Julio	30 agosto 2019
Agosto	30 septiembre 2019
Septiembre	30 octubre 2019
Octubre	30 noviembre 2019
Noviembre	30 diciembre 2019
Diciembre	05 febrero 2020

Los establecimientos que migren a PERC deben cumplir con los plazos para su implementación, según sea informado por MINSAL cuando corresponda.

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 PERC de MINSAL los costos. Estos reportes denominados; “sistema de costeo” serán evaluados en el ítem “Oportunidad” según fecha de envío de acuerdo con el cuadro que se presenta a continuación:

Día de entrega de reporte	Puntos	Observación
Demora más de 7 días hábiles	0	*Los días 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.
Demora de 5 a 6 días hábiles	1	
Demora de 3 a 4 días hábiles	2	
Demora de 1 a 2 días hábiles	3	
Día ≤ 30	4	

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.

### **3. Actividades por realizar para el cumplimiento del sistema de costeo del indicador:**

- i. Se requerirá el reporte 4 del sistema de costeo.
- ii. Todos los CC que tengan gastos, también deben presentar producción imputada (salvo Administración y Abastecimiento).
- iii. También se deberán revisar los costos unitarios de las producciones para determinar si están bien imputados los gastos.
- iv. Las producciones ingresadas al sistema correspondan a los reportados por REM.
- v. Las imputaciones de gastos deben corresponder al consumo del período. Sin embargo, al cabo de un año calendario (diciembre), los costos totales del establecimiento informado en PERC y sus devengados informados en SIGFE no deben tener una diferencia mayor a un 5% en subtítulo 21 y subtítulo 22.
- vi. No se aceptarán modificaciones, una vez validada la información, de los datos de un período anterior, salvo exista autorización del equipo MINSAL.
- vii. Se enviará instructivo para la elaboración del informe trimestral que deberán enviar los establecimientos que utilizan PERC.
- viii. Se informará del cronograma de actividades para que los establecimientos que utilicen WinSig, según corresponda, puedan implementar PERC.

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

**Anexo 03**  
**Listado de documentos excluidos – Verificables Comité de Farmacia**  
**(A.3\_1.3)**

Documento de apoyo al indicador Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico

**I.-Listado de medicamentos excluidos de la medición del indicador:**

FÁRMACO (NOMBRE GENÉRICO)	FORMA FARMACÉUTICA (FF)	PRESENTACIÓN
ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	SOLUCION INYECTABLE	100 MG/ML
ALPROSTADIL	SOLUCION INYECTABLE	500 MCG/ML
BOSENTAN	COMPRIMIDO	62,5 MG
CALCIO FOLINATO (ACIDO FOLINICO)	SOLUCION INYECTABLE	50 MG
CARBON ACTIVADO USP	POLVO	GR
CODEINA	MATERIA PRIMA	G
COMPLEJO COAGULANTE ANTIINHIBIDOR FVIII	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	1000 U
DANTROLENO	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	20 MG
FACTOR ANTIHEMOFILICO VII	POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	2 MG.
FACTOR ANTIHEMOFILICO VIII	LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE CON DISOLVENTE	250,500,1000 UI
FACTOR ANTIHEMOFILICO IX	LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE CON DISOLVENTE	500 y 1000 UI
FLUMAZENILO	SOLUCION INYECTABLE	0,1 MG/ML
GAMMAGLOBULINA ANTI-RH	FA	0.25 MG
GLUCAGON ADN RECOMBINANTE	SOLUCION INYECTABLE	1 MG/ML
INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA	SOLUCION INYECTABLE	300 UI/2 ML
INMUNOGLOBULINA ANTI-TETANICA	SOLUCION INYECTABLE	250 UI
INMUNOGLOBULINA VARICELA ZOSTER	SOLUCION INYECTABLE	125 UI/5 ML
INTERFERON BETA 1 A	SOLUCION INYECTABLE	22 MCG/0.5 ML
MORFINA	MATERIA PRIMA	G
N-ACETIL CISTEINA	SOLUCION PARA NEBULIZACION	100 MG/ML
N-ACETIL CISTEINA	CAPSULA	600 MG
NALOXONA	SOLUCION INYECTABLE	0,4 MG/ML
NITROGLICERINA	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	0,6 MG
OCTREOTIDA ACETATO	SOLUCION INYECTABLE	0,1 MG/ML
OXIMA REACTIVADORA ACETILCOLINESTERASA (OBIDOXIMA)	SOLUCION INYECTABLE	250 MG/ML
OSELTAMIVIR	CÁPSULAS	75 mg
OSELTAMIVIR	POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL	12 mg/mL
PALIVIZUMAB	SOLUCION INYECTABLE	50 MG

PALIVIZUMAB	SOLUCION INYECTABLE	100 MG
PARACETAMOL	SOLUCION INYECTABLE	1 G/100 ML
PENICILAMINA	COMPRIMIDO	250 MG
PIRIMETAMINA	COMPRIMIDO	25 MG.
PROTAMINA SULFATO	SOLUCION INYECTABLE	50 MG/5 ML
VACUNA ANTIRRABICA USO HUMANO	SOLUCION INYECTABLE	2.5 UI
VACUNA ANTIRRABICA USO VETERINARIO	SOLUCION INYECTABLE	NO MENOS 2.50 UI

Anexo a esta listado, el establecimiento no deberá considerar en la medición del indicador:

1. Medicamentos Oncológicos si no tiene la prestación.
2. Medicamentos utilizados en Trasplante si no tiene prestación.
3. Formas farmacéuticas pediátricas si no cuenta con Unidad Pediátrica.
4. Formas farmacéuticas de adultos en Hospitales Pediátricos.
5. Preparados Magistrales de uso ocasional.
6. Medicamentos pertenecientes al carro de paro (Respaldar con resolución respectiva).
7. TBC y medicamentos utilizados como antídotos y/o contenidos en stock CAFU.

## II.-Comité de farmacia.

Resumen de exigencias al Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT):

- a. Debe poseer copia de la Resolución vigente que aprueba la conformación del CFT, siguiendo con lineamientos de Res. Ex. N° 504/2009. Designando a miembros titulares y subrogantes, actualizada cada dos años.
- b. Actualizar cada dos años el listado de medicamentos contenidos en el arsenal farmacológico del establecimiento y difundirlo apropiadamente, según Norma General Técnica N°113.
- c. Contar con un Plan anual de actividades del CFT.
- d. Contar con un procedimiento para la evaluación de la incorporación, eliminación o modificación de un medicamento al arsenal farmacológico según Norma General Técnica N°113.
- e. El Comité debe sesionar a lo menos una vez al mes y cuando las circunstancias lo requieren. Podrá ser convocado en forma extraordinaria por el Director, siendo obligatoria la asistencia de sus integrantes.
- f. Se debe contar con un archivo Excel ordenado por trimestres el cual contenga al menos la siguiente información:
  - Número de acta CFT
  - Fecha de realización
  - Nombre medicamento y forma farmacéutica a incorporar, eliminar y/o modificar.
  - Resultado de la evaluación para los medicamentos aceptados a incorporar en el arsenal.
  - Observaciones.

**Fuente de información:** Unidad de Fármacos e Insumos, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

**Anexo 04**  
**Metodología de Cálculo**  
**(B.1.1)**

Documento de apoyo al indicador Costo del Recurso Humano por Actividad Hospitalaria

Para el cálculo de la línea base, según el sistema vigente de costeo, es el siguiente:

**1. Establecimientos con PERC año 2018:**

**Numerador:** Se debe considerar sólo el gasto de RRHH de las prestaciones descritas en la ficha del indicador. Esto considerando que se instruyó que en este sistema la compra de servicios correspondiente a RRHH se debe imputar como ítem “Salarios”. Los centros de costos PERC 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 NEUROCIRUGÍA
HOSPITALIZACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA	QUIRÓFANOS OFTALMOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	QUIRÓFANOS OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN PENSIONADOS	QUIRÓFANOS PROCTOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	QUIRÓFANOS TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia
HOSPITALIZACIÓN TRAUMATOLOGÍA	QUIRÓFANOS UROLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN UROLOGÍA	QUIRÓFANOS ODONTOLOGICA
HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA	QUIRÓFANOS CABEZA Y CUELLO
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	QUIRÓFANOS CARDIOVASCULAR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOQUIRÚRGICA	QUIRÓFANOS DERMATOLOGÍA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOS	QUIRÓFANOS DIGESTIVA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA	QUIRÓFANOS OBSTETRICIA
UNIDAD DE CUIDADOS 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 NEUROCIRUGÍA
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	

## c. Trazadora “Cirugía Mayor Ambulatoria”

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

## d. Trazadora “Atenciones de Emergencia”

EMERGENCIAS	EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
EMERGENCIAS ADULTO	EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS	

**2. Establecimientos con WinSig año 2018:**

**Numerador:** Además de los costos del subtítulo 21 de los Centros de Costos que comprenden las prestaciones descritas en la ficha, se deben sumar los gastos del subtítulo 22 (extraídos de SIGFE y distribuidos en los centros de costos según corresponda): 22-12-999-009; 22-12-999-003-01; 22-12-999-003-02; 22-999-16-01 y 22-999-16-02.

La lista de los Centros de Costos de WinSIG, según configuración de cada establecimiento para el subtítulo 21 es:

## a. Trazadora “Hospitalización” (Egresos).

H.ALTO RIESGO OBSTETRICO	H.UROLOGÍA ADULTOS
H.CARDIOLOGIA ADULTOS	HOSP CIRUGIA GENERAL
H.CARDIOLOGÍA INFANTIL	HOSP MEDICINA ADULTO
H.CIRUGÍA INFANTIL	HOSP NEONATOLOGIA
H.CIRUGÍA GENERAL ADULTOS	HOSP.PCTES DERIVADOS OTROS CENTROS
H.CIRUGÍA PLÁSTICA REP. QUEMADOS ADULTOS	HOSPITALIZACION GINECO OBSTETRICIA
H.ESP. QUIRÚRGICA INDIFERENCIADAS	HOSPITALIZACION INDIFERENCIADA
H.EXTRAORDINARIA EN EMERGENCIAS	H.PSIQUIATRÍA CORTA ESTADÍA
H.GERIATRIA	H.PSIQUIATRÍA CRÓNICOS
H.GINECO OBSTETRICA	H.PSIQUIATRÍA FORENSE ALTA COMPLEJIDAD
H.GINECOLOGÍA	H.PSIQUIATRÍA INDIFERENCIADOS
H.HEMATO-ONCOLOGÍA INFANTIL	H. PSIQUIATRÍA MEDIANA ESTADÍA
H.M.Q.INDIFERENCIADA	PABELLON CARDIOVASCULAR
H.MEDICINA ADULTOS	PABELLON CIRUGIA OBSTETRICA
H.MEDICINA AGUDOS ADULTOS	PABELLON HEMODINAMIA
H.NEONATOLOGÍA	PABELLON OFTALMOLOGÍA
H.NEUROCIRUGÍA ADULTOS	PABELLON QUIRURGICO
H.NEUROLOGÍA ADULTOS	UCI ADULTOS
H.NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL	UCI CORONARIA

H.OBTETRICIA	UCI INDIFERENCIADO
H.ONCOLOGÍA ADULTOS	UCI NEONATAL
H.OTORRINOLARINGOLOGÍA ADULTOS	UCI PEDIATRICA
H.PEDIATRÍA AGUDOS	UCI PEDIÁTRICA
H.PEDIATRÍA BÁSICA	UTI CARDIOLOGIA
H.PEDIATRÍA INDIFERENCIADOS	UTI CIRUGIA
H.PENSIONADO GENERAL	UTI INDIFERENCIADA
H.PUERPERIO	UTI MEDICINA
H.TRAUMATOLOGÍA ADULTOS	UTI NEONATOLOGIA
H.TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	UTI PEDIATRICA

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

C.ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	C.BRONCOPULMONAR (NEUMOLOGÍA) ADULTOS
C.MEDICAS INDIFERENCIADAS INFANTIL	C.CARDIOLOGÍA ADULTOS
C.MEDICINA GENERAL	C.CIRUGÍA GENERAL ADULTOS
C.NEFROLOGÍA ADULTOS	C.CIRUGÍA INFANTIL
C.NEONATOLOGÍA	C.CIRUGÍA MAXILO FACIAL
C.NEUMOLOGÍA INFANTIL	C.DERMATOLOGÍA ADULTOS
C.NEUROCIRUGÍA ADULTOS	C.ENDOCRINOLOGÍA ADULTOS
C.NEUROLOGÍA ADULTOS	C.GASTROENTEROLOGÍA ADULTOS
C.NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL	C.GERIATRIA
C.OFTALMOLOGÍA ADULTOS	C.GINECO OBSTÉTRICA
C.ONCOLOGIA ADULTOS	C.HEMATOLOGÍA ADULTOS
C.ONCOLOGÍA INFANTIL	C.INFECTOLOGÍA ADULTOS
C.OTORRINOLARINGOLOGÍA ADULTOS	C.M.Q.CARDIO HEMODINAMIA
C.PATOLOGÍA CERVICAL	C.M.Q.INDIFERENCIADAS
C.PEDIATRÍA GENERAL	C.MEDICAS INDIFERENCIADAS
C.PSIQUIATRIA ADULTO	C.MEDICAS INDIFERENCIADAS ADULTOS
C.PSIQUIATRÍA INFANTIL	C.UROLOGÍA ADULTOS
C.REUMATOLOGÍA ADULTOS	CONS.MEDICA ADOLESCENTE
C.TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	CONSULTA GINECOLÓGICA
C.TRAUMATOLOGÍA ADULTOS	CONSULTA MEDICA INDIFERENCIADA

c. Trazadora “Cirugía Mayor Ambulatoria”

CMA INDIFERENCIADA	PABELLON URGENCIA
--------------------	-------------------

d. Trazadora “Atenciones de Emergencia”

AT. EMERGENCIA GINECOOBSTETRICA	AT. EMERGENCIA PEDIATRICA
AT. EMERGENCIA GINECOOBSTETRICA POR MATRONA	AT. EMERGENCIA TRAUMATOLOGIA ADULTOS
AT. EMERGENCIA INDIFERENCIADA	ATENCION EMERGENCIA PEDIATRICA
AT. EMERGENCIA MEDICINA ADULTOS	ATENCION EMERGENCIA INDIFERENCIADA

**Para todos los establecimientos:**

**Denominador:** Es la producción de cada trazadora y se obtienen de las siguientes fuentes:

- 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.
- Trazadora “Consultas Médicas” (de especialidad).
  - Para todos los establecimientos las Consultas Médicas se obtienen de la Series A, REM 7.

- 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 + Series REM A 09, sección I.

### 3. Cálculos de porcentajes para tabla de sensibilidad:

- a. Trazadora “Hospitalización” (Egresos).

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

- b. 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.

### 4. 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 2018. Éste corresponde al 3,5%.

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 05**  
**Instructivo para la extracción de datos**  
**(B.3\_1.2)**  
Documento de apoyo del indicador  
Porcentaje de camas críticas disponibles

**1. Definición de términos.**

- a) Estado de Cama:** denominación que se le da a la cama hospitalaria de acuerdo con su uso, clasificándose en: Disponible, Ocupada, Reservada o Fuera de servicio<sup>4</sup>.
- a.1) Cama Disponible:** corresponde a una cama que se encuentra en condiciones de recibir a un paciente.
  - a.2) Cama Ocupada:** corresponde a una cama hospitalaria utilizada por un paciente, en la que se registra nombre y categoría riesgo dependencia (después de 8 horas de hospitalización. Antes de ello se registra no aplica en la casilla de riesgo dependencia).
  - a.3) Cama Reservada:** corresponde a cama hospitalaria destinada a un paciente en particular, cuyo ingreso se realizará a corto plazo (si es posible se debe registrar nombre y Rut del paciente).
  - a.4) Cama Fuera de Servicio:** corresponde a cama hospitalaria que se encuentra bloqueada por diversos motivos, ya sea, aislamiento, falta de personal, falta de equipamiento, mantención u otros.
- b) Categoría cama:** denominación que se le da a la cama hospitalaria de acuerdo con disponibilidad según resolución exenta, clasificándose en cama de dotación o adicional.
- b.1) Cama de Dotación:** Son las camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instalada y dispuesta las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. La dotación no está afectada por fluctuaciones temporales, es decir camas que se agregan o que se quitan por períodos cortos de tiempo<sup>5</sup>.
  - b.2) Cama adicional nueva:** corresponde a cama que se habilita dada las necesidades del establecimiento, la cual no está considerada dentro de su resolución exenta.

<sup>4</sup> Manual De Usuario Sistema Informático Unidad De Gestión Centralizada De Camas.

<sup>5</sup> <http://deis.minsal.cl/deis/NOTAS%20TECNICAS%20REM-20.html>.

A continuación, la simbología de todas las definiciones para camas de UGCC.

Iconos camas		
SIMBOLOGÍA		
 <p><b>Dotación</b> Corresponde a las camas aprobadas por resolución exenta para esta unidad funcional</p>	 <p><b>Ocupadas</b> Cama hospitalaria ocupada por un paciente</p>	 <p><b>No Habilitadas</b> Cama hospitalaria que está bloqueada por diversos motivos: aislamiento, falta de personal o equipamiento, mantención u otro.</p>
 <p><b>Reservadas</b> Cama hospitalaria destinada a ser ocupada para un paciente en traslado</p>	 <p><b>Complejizadas</b> Corresponde a una cama de dotación del establecimiento, que cambia su nivel de cuidados (complejidad) inicial a uno superior, por un periodo determinado de tiempo, ejemplo; básica a media, media a crítica.</p>	 <p><b>Adicionales complejizadas</b> Cama sumada a la dotación actual cuyo origen es un área clínica de menor nivel de cuidados (menor complejidad).</p>
 <p><b>Adicionales (Nuevas)</b> Cama implementada, extras a la dotación de camas del establecimiento.</p>	 <p><b>Disponibles</b> Corresponde a un cama que se encuentra en condiciones de recibir a un paciente</p>	
Campaña de Invierno (CI)		
 <p><b>Complejizadas por CI</b> Corresponde a una cama de dotación del establecimiento, que cambia su nivel de cuidados (complejidad) inicial a uno superior, por un periodo determinado de tiempo, ejemplo; básica a media, media a crítica.</p>	 <p><b>Adicionales complejizadas por CI</b> Cama sumada a la dotación actual cuyo origen es un área clínica de menor nivel de cuidados (menor complejidad).</p>	 <p><b>Adicionales (Nuevas) por CI</b> Cama implementada, extras a la dotación de camas del establecimiento.</p>

**Proceso de Cama:** denominación que se otorga al estado de actualización de la información en plataforma electrónica UGCC, realizada por profesional a cargo, con el objetivo de conocer la trazabilidad de la cama, clasificándose en Vigente o En Modificación.

**c.1) Cama Vigente:** corresponde a la cama que se encuentra con datos actualizados y con modificación finalizada del día en curso.

**c.2) Cama en Modificación:** corresponde a la cama que se encuentra con datos actualizados, pero que no ha finalizado el proceso de modificación, vale decir, no se ha presionado botón “Finalizar modificación”.

## 2. Procedimiento.

### 2.1 Extracción Diaria de base de datos:

- Ingresar a plataforma UGCC, para lo cual cada establecimiento cuenta con un nombre de usuario y clave de ingreso.
- Seleccionar ítem “Gestión de Camas”.
- Revisar las camas UPC diariamente, camas que deben contar con información actualizada por supervisor UPC y revisadas por Gestor de Camas.

Las camas que se consideran en este indicador son las que se encuentran en estado “fuera de servicio”, categoría “dotación” y en proceso “vigente”, tal como se muestra en la imagen.

HOSPITAL ALTA Y MEDIANA

Inicio Espera de camas UEH Gestión de camas Derivación de pacientes Informes Indicadores Ley de Urgencia

Resumen UCI-ADULTO UTI-ADULTO UCI-PEDIATRIA UTI-PEDIATRIA UCI-NEONATOLOGIA UTI-NEONATOLOGIA

Agregar Cama Adicional Agregar Cama Adicional CI Actualizar Riesgo

UCI-ADULTO													
Id-cama	Estado	ID-Interno	Nombre paciente	Hora cam	Fecha cambio	Causa fuera de ser	Causa reserva	Estado	Riesgo	Hora ries	Fecha riesgo	Categoría	Pr
547	Fuera de ser	1	JORGE LOBOS ARANCIBIA	04:33	23-11-2016								
1137	Ocupada	10	WLADIMIR GIOVANNY BRIONES LEITON	04:45	29-11-2016			08 días, 03:22 Hrs	A1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
2134	Ocupada	11	CLAUDIO ADRIAN BARRA MARTINEZ	14:40	01-12-2016			05 días, 17:28 Hrs	A1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
124	Ocupada	12	JORGE JAVIER TORRES AREVALO	18:39	06-12-2016			00 días, 13:29 Hrs	A1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
2346	Ocupada	2	ANA DE LAS MERCEDES CARRERA GONZA	06:23	03-12-2016			04 días, 01:44 Hrs	B1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
2130	Ocupada	3	CARLOS MANUEL ABARCA REVECO	16:45	05-12-2016			01 días, 15:23 Hrs	A1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
233	Ocupada	4	RAFAEL NUÑEZ VILCHEZ	01:13	04-12-2016			03 días, 06:54 Hrs	A1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
1288	Ocupada	5	JULIO CESAR ALFARO DELGADO	00:14	29-11-2016			08 días, 07:54 Hrs	B1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
2400	Ocupada	6	ANIBAL ROLANDO LOPEZ ZUÑIGA	00:26	05-12-2016			01 días, 07:42 Hrs	A1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente
846	Ocupada	7	LUIS SOLIS SAGREDO	11:56	25-11-2016			11 días, 20:12 Hrs	B1	04:50	07-12-2016	Dotacion	Vigente

Mostrando 1 - 10 de 14

cama	Estado	Estado	Alias	Hora cam	Fecha cambio	Causa fuera de servi	Causa reserva	Estado	Riesgo	Hora riesg	Fecha riesgo	Categoría	Proceso
	Fuera de servicio			15:45	20-01-2015	Falta de personal						Dotacion	Vigente

## 2.2 Extracción Mensual base de datos:

- Ingresar a plataforma UGCC, para lo cual cada establecimiento cuenta con un nombre de usuario y clave de ingreso.
- Seleccionar ítem "Gestión de Camas".
- En ítem "Gestión de camas", se desplegarán 4 opciones, de éstas presionar "Reporte Camas Fuera de Servicio"

← → ↻ <https://ugcc.minsal.d/index.php?pid=HOME&>

**UGCC**

HOSPITAL ALTA Y MEDIANA

Inicio Espera de camas UEH **Gestión de camas** Derivación de pacientes Informes Indicadores Ley de Urgencia

Estado de camas  
Individual (UCI-UTI)  
Grupal (UCI-UTI-MEDIAS Y BASICAS)  
**Reporte Camas Fuera de Servicio**  
Camas FDS mayo 2015

Buscar ID Ley de urgencia

Revisar NOTICIAS

Contactos

5 de Diciembre de 2016

**Estimados Usuarios**

Nos encontramos reorganizando las noticias. Pronto estarán disponibles nuevamente.

Gracias por su comprensión

- Seleccionar periodo: mes y año a extraer. Presionar "Analizar"

https://ugcc.minsal.cl/index.php?pid=NRPTV2&rptd=a5bfc9e0-7964-f8dd-deb9-5fc584cd965d

**UGCC**

HOSPITAL ALTA Y MEDIANA

Inicio ▾ Espera de camas UEH ▾ Gestión de camas ▾ Derivación de pacientes ▾ Informes ▾ Indicadores ▾ Ley de Urgencia ▾

### Camas Fuera de Servicio

Se debe seleccionar obligatoriamente el mes y el año que se desea consultar.

Mes:

Año:

- e) El sistema arroja 2 bases de datos, una del total de camas fuera de servicio del SS y la segunda del hospital que está consultando, donde se especifica tipo de cama y especialidad (tipo de paciente). Esta última base de datos es la que se requiere para realizar seguimiento del indicador. La base de datos es exportable en Excel. Sólo aparecerán los meses en los cuales se ha presentado a lo menos 1 cama Fuera de Servicio, por lo que si NO registran camas fuera de servicio no se mostrara informe en dicho mes.

HOSPITAL ALTA Y MEDIANA

Inicio ▾ Espera de camas UEH ▾ Gestión de camas ▾ Derivación de pacientes ▾ Informes ▾ Indicadores ▾ Ley de Urgencia ▾

### Camas Fuera de Servicio

Se debe seleccionar obligatoriamente el mes y el año que se desea consultar.

Mes:

Año:

**Camas Fuera de Servicio**

	01-11-2016	02-11-2016	03-11-2016	04-11-2016	05-11-2016	06-11-2016	07-11-2016	08-11-2016	09-11-2016	10-11-2016	11-11-2016	12-11-2016	13-11-2016	14-11-2016	15-11-2016
SSVSA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

**Camas Fuera de Servicio**

SS	HOSPITAL	TIPO CAMA	ESP	01-11-2016	02-11-2016	03-11-2016	04-11-2016	05-11-2016	06-11-2016	07-11-2016	08-11-2016	09-11-2016	10-11-2016	11-11-2016	12-11-2016	13-11-2016	14-11-2016	15-11-2016
SSVSA	H. Carlos Van Buren	UTI	ADULTO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Fuente de información: UGCC, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

**Anexo 06**  
**Definiciones para determinar numerador y denominador de indicador**  
**(B.4\_1.2)**

Documento de apoyo al indicador  
 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria

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 07

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

Documento de apoyo para el indicador  
Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos en UEH, UPC y/o UCI Adulto y Pediátrico

**1.-Definiciones:**

- **Posible donante en UEH Adulto y/o Pediátrico:** es todo aquel paciente que haya presentado durante su estadía en el servicio de urgencia con las siguientes características: Glasgow  $\leq 7$  secundario a diagnóstico de daño neurológico severo grave, de edad entre los 6 meses y los 75 años, fuera de alcance neuroquirúrgico. (Se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).
- **Posible Donante en UPC, UTI y/o UCIs:** es todo paciente con diagnóstico de ingreso neurológico grave en UPC, UTI y/o UCIs adulto y pediátrico, considerado fuera de alcance neuroquirúrgico, de edad entre los 6 meses y los 75 años y Puntaje Glasgow de Ingreso  $\leq 7$  puntos. (Se incluyen aquellos posibles donantes diagnosticados por telemedicina).
- **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 el Servicio de Salud.

Para mayores antecedentes se recomienda revisar Orientaciones Técnicas “Proceso de procuramiento y trasplante de órganos y tejidos”, vigente.

**2.-Contenidos mínimos del Protocolo intrahospitalario para la notificación de posibles donantes:**

Documento que debe ser elaborado en conjunto por las unidades involucradas en el proceso de notificación, la Unidad Local de Procuramiento y revisado por autoridades del establecimiento y encontrarse aprobado por resolución. Además, debe existir constancia de difusión al menos en todos los funcionarios pertenecientes a la Unidad de Emergencia Hospitalaria, Unidad de paciente Crítico, Unidad de tratamiento Intermedio y/o Unidad de Cuidados intensivos adulto y pediátrico.

Los puntos mínimos por contener son:

- Identificación de los responsables del proceso de notificación.
- Flujo de comunicación con la Coordinación Local de Procuramiento correspondiente al establecimiento.
- Acciones clínicas iniciales para la correcta selección del posible donante como solicitud y toma de exámenes del posible donante, solicitud formal de cama a UPC y/o UCI, manejo clínico inicial 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 traslado hacia un centro de mayor complejidad.

El responsable de la Notificación de los Posibles Donantes a la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) de los hospitales, deberán registrar en ficha clínica el día y la hora de la notificación del caso.

El Coordinador Local de procuramiento deberá realizar el registro de la Notificación del Posible Donante en ficha clínica y en el SIDOT, registro que se debe realizar en forma oportuna, es decir dentro de las 24 horas de haber sido notificado por las unidades generadoras.

Los hospitales que son Coordinaciones Locales de Procuramiento y actúan en Red (con hospitales de su Servicio de Salud), deberán crear un protocolo que incluya el proceso de Notificación de Posibles Donantes con los hospitales de la red.

Se adjunta listado:

Coordinaciones De Procuramiento	Hospitales De La Red
Hospital San Pablo De Coquimbo. Servicio de Salud Coquimbo.	H. San Pablo, Coquimbo / H. San Juan de Dios (La Serena) / Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle).
Hospital Carlos Van Burén. Servicio De Salud Valparaíso – San Antonio	H. Carlos Van Burén, Valparaíso/ Hospital Claudio Vicuña (San Antonio).
Hospital Gustavo Fricke. Servicio Salud Viña Del Mar – Quillota.	H. Gustavo Fricke, Viña del Mar / H. San Martín, Quillota / H. Quilpué.
Hospital San Camilo San Felipe. Servicio Salud Aconcagua.	H. San Camilo, San Felipe/ H. San Juan de Dios, Los Andes.
Hospital Cesar Garavagno, Talca. Servicio De Salud Maule.	H. César Garavagno, Talca/ Hospital San Juan de Dios (Curicó). Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares).
Hospital Regional Rancagua. Servicio De Salud O’Higgins.	H. REGIONAL RANCAGUA / HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (SAN FERNANDO).
Hospital San José. Servicio Salud Metropolitano Norte.	H. Roberto del Río / H. San José ( Stgo).
Hospital San Juan De Dios. Servicio Salud Metropolitano Occidente.	H. San Juan de Dios (Stgo)/ H. Félix Bulnes / H. Adalberto Steeger, Talagante.
Hospital De Urgencia Asistencia Pública. Servicio Salud Metropolitano Central	H. San Borja Arriarán / H. El Carmen, Maipú / HUAP.
Hospital Del Salvador. Servicio Salud Metropolitano Oriente.	H. del Salvador (Stgo) / H. Luis Calvo Mackenna / Instituto Nacional de Neurocirugía / H. Luis Tisné. / Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica
Hospital Barros Luco Trudeau. Servicio Salud Metropolitano Sur.	H. Barros Luco / H. El Pino / H. Exequiel González.
Hospital Sotero Del Río. Servicio Salud Metropolitano Sur – Oriente.	H. Sotero del Río / H. Padre Hurtado / H. La Florida.

### **3.- Resolución donde quede explicitado la obligatoriedad de la Notificación de Posibles Donantes desde las unidades generadoras como UEH y UCIS Adulto y Pediátricos.**

- La resolución deberá describir los responsables de la notificación de posibles donantes en las unidades generadoras y la forma en que realizarán el proceso de notificación.
- Esta resolución deberá estar emitida y difundida a más tardar el primer semestre.
- En el caso de no cumplimiento se descontara puntaje.

### **4.-Obtención de los datos del numerador.**

#### *4.1 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 uno a uno).

**Numerador:** Número de Posibles Donantes, entre los 6 meses a 75 años, notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento.

#### *4.2 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 uno a uno).

**Numerador:** Número de Posibles Donantes, entre los 6 meses a 75 años notificados a la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento.

**Fuente de datos:** Registros en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT) de la Unidad de Coordinación Local de Procuramiento. Todos los posibles donantes que fueron notificados por las UEH, UPC, UTI y/o UCIS deberán estar registrados en el SIDOT.

### **5.-Obtención de los datos del denominador**

#### *5.1 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 neurológica.

**Denominador:** Total de Egresos Fallecidos en UEH Adulto y Pediátrico, por causa neurológica, entre los 6 meses a 75 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.

#### 5.2 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 75 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 y/o UCIs.

#### **6.- 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 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, anualmente la Coordinación Local de Procuramiento del hospital o red, emitirá un Certificado de Validación, informe donde deberá quedar consignado los posibles donantes notificados por el establecimiento o los establecimientos de la red y los posibles donantes que debieron haberse notificado.

## — Listado de códigos CIE 10 a incluir en el Denominador de Indicador

<b>Códigos CIE 10 - Indicador EAR (</b>	
G93.1	Lesion cerebral anoxica, no clasificada en otra parte
G97.8	Otros trastornos del sistema nervioso consecutivos a procedimientos
I60	Hemorragia subaracnoidea
I60.0	Hemorragia subaracnoidea de sifón y bifurcación carotídea
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
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 intraencefálicas
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 precerebrales
I63.1	Infarto cerebral debido a embolia de arterias precerebrales
I63.2	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias precerebrales
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
I65	Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin ocasionar infarto cerebral
I65.0	Oclusión y estenosis de arteria vertebral
I65.1	Oclusión y estenosis de arteria basilar
I65.2	Oclusión y estenosis de arteria carótida
I65.3	Oclusión y estenosis múltiple bilateral de arterias precerebrales
I65.8	Oclusión y estenosis de otras arterias precerebrales
I65.9	Oclusión y estenosis de arteria precerebral no especificada
I66	Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral
I66.0	Oclusión y estenosis de la arteria cerebral media
I66.1	Oclusión y estenosis de la arteria cerebral anterior
I66.2	Oclusión y estenosis de la arteria cerebral posterior
I66.3	Oclusión y estenosis de arterias cerebelosas
I66.4	Oclusión y estenosis múltiple bilateral de arterias cerebrales
I66.8	Oclusión y estenosis de otras arterias cerebrales
I66.9	Oclusión y estenosis de arteria cerebral no especificada
I67	Otras enfermedades cerebrovasculares
I67.0	Diseción de arterias cerebrales sin ruptura
I67.1	Aneurisma cerebral sin ruptura
I67.4	Encefalopatía hipertensiva

Códigos CIE 10 - Indicador EAR C.....	
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 (E85.-†)
I68.2	* Arteritis cerebral en otras enfermedades clasificadas en otra parte
I68.8	* Otros trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte
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	Fractura 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
S02.91	Fractura del cráneo y de los huesos de la cara parte no especificada Abierta

Códigos CIE 10 - Indicador EAR (	
S06	Traumatismo intracraneal
S06.1	Edema cerebral traumático
S06.10	Edema cerebral traumático Sin herida intracraneal
S06.11	Edema cerebral traumático Con herida intracraneal
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
S06.90	Traumatismo intracraneal no especificado Sin herida intracraneal
S06.91	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	Traumatismo 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**, debido a que sus características no califican en la generación de donantes que se quiere medir (no existencia de UEH adulto ó infantil, no existencia de UPC y/o UCIS, UTI Adulto o Infantil o no son parte de la red de Procuramiento)

Servicio Salud	Establecimiento
Antofagasta	Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)
Atacama	Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar)
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
Ñuble	Hospital de San Carlos
Concepción	Hospital San José (Coronel)
Concepción	Hospital de Lota
Talcahuano	Penco-Lirquén
Talcahuano	Hospital de Tomé
Arauco	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría (Curanilahue)
Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)
Araucanía Norte	Hospital San José (Victoria)

RED DE PROCURAMIENTO		
Servicios de Salud	Centros con capacidad generadora de donantes	Coordinación local de procuramiento (*)
Arica	H Juan Noé, Arica	H Juan Noé, Arica
Iquique	H. Ernesto Torres, Iquique	H. Ernesto Torres, Iquique
Antofagasta	H. Leonardo Guzmán, Antofagasta	H. Leonardo Guzmán, Antofagasta
Atacama	H. San José del Carmen, Copiapó	H. San José del Carmen, Copiapó
Coquimbo	H. San Pablo, Coquimbo / H. San Juan de Dios, La Serena / Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle)	H. San Pablo, Coquimbo
Valparaíso - San Antonio	H. Carlos Van Burén, Valparaíso. Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)	H. Carlos Van Burén, Valparaíso
Viña del Mar - Quillota	H. Gustavo Fricke, Viña del Mar / H. San Martín, Quillota / H. Quilpué	H. Gustavo Fricke, Viña del Mar
Aconcagua	H. San Camilo, San Felipe. H. San Juan de Dios, Los Andes	H. San Camilo, San Felipe
Metropolitano Norte	H. Roberto del Río / H. San José, M. Norte.	H. San José, M. Norte
Metropolitano Occidente	H. San Juan de Dios, M. Occidente / H. Félix Bulnes / H. Adalberto Steeger, Talagante.	H. San Juan de Dios
Metropolitano Central	H. San Borja Arriarán / H. El Carmen, Maipú / HUAP	HUAP
Metropolitano Oriente	H. del Salvador, M. Oriente / H. Luis Calvo Mackenna / Instituto Nacional de Neurocirugía / H. Luis Tisné / Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	H. del Salvador
Metropolitano Sur	H. Barros Luco / H. El Pino / H. Exequiel González /	H. Barros Luco
Metropolitano Sur Oriente	H. Sotero del Río / H. Padre Hurtado / H. La Florida	H. Sotero del Río
O'Higgins	H. Regional Rancagua / Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	H. Regional Rancagua
Maule	H. César Garavagno, Talca / Hospital San Juan de Dios (Curicó) Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares).	H. César Garavagno, Talca
Ñuble	H. Herminda Martín, Chillán	H. Herminda Martín, Chillán

RED DE PROCURAMIENTO		
Servicios de Salud	Centros con capacidad generadora de donantes	Coordinación local de procuramiento (*)
Concepción	H. Guillermo Grant , Concepción	H. Guillermo Grant , Concepción
Arauco	No realiza	H. Guillermo Grant , Concepción
Talcahuano	H. Las Higueras, Talcahuano	H. Las Higueras, Talcahuano
Biobío	H. Víctor Ríos, Los Ángeles	H. Víctor Ríos, Los Ángeles
Araucanía Norte	No realiza	H. H. Henríquez, Temuco
Araucanía Sur	H. H. Henríquez, Temuco	H. H. Henríquez, Temuco
Valdivia	H. Regional Valdivia	H. Regional Valdivia
Osorno	H. Base Osorno	H. Base Osorno
Reloncaví	H. Puerto Montt	H. Puerto Montt
Chiloé	H. de Castro	H. de Castro
Aisén	H. Regional Coyhaique	H. Regional Coyhaique
Magallanes	H. Lautaro Navarro, Punta Arenas	H. Lautaro Navarro, Punta Arenas

(\*) Coordinación local de procuramiento, corresponde a la unidad intrahospitalaria encargada de realizar detección activa y precoz de posibles donantes, seguimiento de ellos hasta la certificación de muerte encefálica y posterior coordinación de todas las etapas de la donación de órganos. 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

Documentos de apoyo para la gestión:

- Ley de Trasplante N° 19.451 y su actualización en la Ley 20.413 y 20.463.
- Reglamento 35 de la Ley 19.451.
- Libro “Redes de atención GES y no GES” 2019.
- Orientaciones Técnicas de Procuramiento de Órganos, Vigente.
- Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias: Propuestas para una Comunicación Humanizada. Octubre 2017

Fuente de Información:

Unidad de Coordinación de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos /DIGERA/ Minsal

## Anexo 08 Definiciones GES (C.4\_1.1)

Documento de apoyo al indicador  
Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red

### 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). Luego realizar el cálculo del mes a evaluar; si es marzo, con las Garantías con fecha límite entre el 01 al 31 de marzo. Se recomienda que sea el Servicio de Salud quien realice el cálculo del cumplimiento del mes, y entregue el resultado al EAR adjuntando la base acumulada.
- 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
<b>Total de Garantías</b>	<b>X</b>

- Es importante, además, cada mes hacer el cálculo de los meses anteriores usando la base acumulada y separada por las Garantías con fecha límite de cada mes, esto para ir validando y corrigiendo (si es necesario) los datos subidos en los meses anteriores. (El software SIS-Q presente en los EAR entrega el % de cumplimiento acumulado anual según los datos mensuales que se ingresen).
- 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: Unidad de Gestión de la Información, Depto. de Estudios, Innovación e Información para la gestión, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

**Anexo 09**  
**Meta de Reducción por Establecimiento**  
**(C.4\_1.2)**

Documento de apoyo al indicador  
Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad

En la siguiente tabla se muestra el rango de variación entre el promedio país y el promedio de días de espera por establecimiento del año, definiendo de esta forma la meta de reducción a aplicar para cada establecimiento de acuerdo con su resultado de variación del año anterior.

Tabla	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 aumentar máximo en un 5%)
[-1%, 4%]	≥ 2%
[5%, 24%]	≥ 10%
[25%, 49%]	≥ 18%
[50%, 99%]	≥ 25%
≥ 100%	≥ 40%

**Caso 1:**

Hospital con rango de porcentaje de variación entre promedio país (466 días) y promedio de establecimiento está en el rango ≤ -2%, por ejemplo, el promedio de la institución que obtuvo en el año 2018 fue 420 la variación porcentual respecto al promedio país es  $= ((420 - 466) / 466) * 100 = -10\%$ . Por lo tanto, al Hospital del ejemplo le corresponde mantener su promedio de días de espera por debajo del promedio el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 5% sobre de dicha línea base.

Ejemplo caso 1. Como el resultado del año anterior del establecimiento (línea base) fue 420 días, y obtiene un Promedio de días espera en el total de las Consultas Nuevas de Especialidad en el período de evaluación de 435 días, obtendrá 4 puntos en el indicador, ya que su aumento fue de un 3% menor al 5%, en el caso de que obtiene un Promedio de días espera en el total de las Consultas Nuevas de Especialidad en el período de evaluación de 455 días, obtendrá 3 puntos en el indicador, ya que su aumento fue de un 8% y esto es mayor al 5%.

Se asignará puntaje según sea el porcentaje de variación de este aumento acorde a la siguiente tabla de sensibilidad.

Puntuación	Cumplimiento Variación porcentual para Establecimientos con meta de reducción cero
<b>0</b>	$X > 12,0\%$
<b>1</b>	$10,0\% < X \leq 12,0\%$
<b>2</b>	$8,0\% < X \leq 10,0\%$
<b>3</b>	$5,0\% < X \leq 8,0\%$
<b>4</b>	$0,0\% < X \leq 5,0\%$

**Caso 2:** Hospital con rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento (cálculo realizado sobre la línea base), entre [5%, 24%] le corresponde una meta de reducción ≥ 10%.

Ejemplo caso 2. Si el resultado del año anterior del establecimiento (línea base) fue 433 días, y obtiene un Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad en el período de evaluación de 380 días, obtendrá 4 puntos, ya que el resultado de la fórmula del indicador es:

**Variación del Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad** = [(Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad en el período - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad] x 100

Variación = [(433 – 380) / 380] \* 100 = -14,2%.

Porcentaje de cumplimiento de reducción = (Variación del Promedio de días de espera para *consultas nuevas de especialidad* / Meta de reducción del establecimiento)\*100 = (-14,2% / -10,0%)\*100 = **142%**.

Este resultado implica que cumplió el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento (cumplió más del 100%), por lo tanto, según la tabla de sensibilidad de “% Cumplimiento meta de reducción” le corresponden el puntaje de 4 puntos.

En los casos de que no haya logrado cumplir la meta de reducción establecida para el establecimiento, se asignará puntaje según sea el porcentaje de cumplimiento que alcance a dicha meta de reducción, tal cual se observa en la siguiente tabla:

Puntuación	% Cumplimiento meta de reducción
0	X < 62,5%
1	62,5% ≤ X < 75,0%
2	75,0% ≤ X < 87,5%
3	87,5% ≤ X < 100,0%
4	X ≥ 100,0%

La línea base y el porcentaje de reducción de cada establecimiento, será enviada por el referente MINSAL de Lista de Espera, en enero 2019 y corresponderá al corte diciembre 2018.

Fuente de información: Unidad de Gestión de la Información, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

**Anexo 10**  
**Meta de Reducción por Establecimiento**  
**(C.4.\_1.3)**

Documento de apoyo al indicador  
Variación del Promedio de días de espera para intervención quirúrgica

En la siguiente tabla se muestra el rango de variación entre el promedio país y el promedio de días de espera por establecimiento del año, definiendo de esta forma la meta de reducción a aplicar para cada establecimiento de acuerdo con su resultado de variación 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 5% sobre de dicha línea base.

Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	Meta de reducción de línea base
$\leq -2\%$	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar en un 5%)
[-1%, 4%]	$\geq 1,5\%$
[5%, 24%]	$\geq 6\%$
[25%, 49%]	$\geq 11\%$
[50%, 99%]	$\geq 15\%$
$\geq 100\%$	$\geq 21\%$

**Caso 1:**

Hospital con rango de porcentaje de variación entre promedio país (466 días) y promedio de establecimiento está en el rango  $\leq -2\%$ , por ejemplo, el promedio de la institución que obtuvo en el año 2017 fue 420 la variación porcentual respecto al promedio país es  $= ((420 - 466) / 466) * 100 = -10\%$ . Por lo tanto, al Hospital del ejemplo le corresponde mantener su promedio de días de espera bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 5% sobre de dicha línea base.

Ejemplo caso 1. Como el resultado del año anterior del establecimiento (línea base) fue 420 días, y obtiene un Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período de evaluación de 435 días, obtendrá 4 puntos en el indicador, ya que, se mantiene bajo el promedio ya que su aumento fue de un 3% menor al 5%, en el caso de que obtiene un Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período de evaluación de 455 días, obtendrá 3 puntos en el indicador, ya que su aumento fue de un 8% y esto es mayor al 5%. Se asignará puntaje según sea el porcentaje de variación de este aumento acorde a la tabla de sensibilidad.

En los otros casos que no logre mantenerse bajo el promedio país y haya aumentado, por ejemplo, un establecimiento al cierre del año 2018 obtiene un promedio de 450 y termina el año 2019 con un promedio de 480 días de espera, se asignará puntaje según sea el porcentaje de variación de este aumento acorde a la siguiente tabla de sensibilidad. Para este caso la variación de acuerdo con la fórmula del indicador es  $= ((480 - 450) / 450) * 100 = 6,6\%$ , por lo tanto, el puntaje del año para este establecimiento es 1 punto, debido a que el resultado de la variación (6,6%) está contenido en el rango  $6,0\% < X \leq 9,0\%$  según tabla de sensibilidad.

Puntuación	Cumplimiento Variación porcentual para Establecimientos con meta de reducción cero
0	$X > 12,0\%$
1	$10,0\% < X \leq 12,0\%$
2	$8,0\% < X \leq 10,0\%$
3	$5,0\% < X \leq 8,0\%$
4	$0,0\% < X \leq 5,0\%$

**Caso 2:** Hospital con rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento (cálculo realizado sobre la línea base), entre [5%, 24%] le corresponde una meta de reducción  $\geq 6\%$ .

Ejemplo caso 2. Si el resultado del año anterior del establecimiento (línea base) fue 500 días, y obtiene un Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período de evaluación de 468 días, obtendrá 4 puntos, ya que el resultado de la fórmula del indicador es:

**Variación del Promedio de días de espera para intervención quirúrgica** = [(Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas] x 100

Variación =  $[(468 - 500) / 500] * 100 = -6,4\%$ .

Porcentaje de cumplimiento de reducción = (Variación del Promedio de días de espera para intervención quirúrgica / Meta de reducción del establecimiento)\*100 =  $(-6,4\% / -6,0\%)*100 = 106\%$ .

Este resultado implica que cumplió el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento (cumplió más del 100%), por lo tanto, según la tabla de sensibilidad de “% Cumplimiento meta de reducción” le corresponden el puntaje de 4 puntos.

En los casos de que no haya logrado cumplir la meta de reducción establecida para el establecimiento, se asignará puntaje según sea el porcentaje de cumplimiento que alcance a dicha meta de reducción, tal cual se observa en la siguiente tabla:

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción
0	$X < 62,5\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$

La línea base y el porcentaje de reducción de cada establecimiento, será enviada por el referente MINSAL de Lista de Espera, en enero 2019 y corresponderá al corte diciembre 2018.

Fuente de información: Unidad de Gestión de la Información, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

## Anexo 11

## Definiciones del Consejo Consultivo de los Usuarios – Extracto D.S. N° 38

## (C.4.2)

Documento de apoyo para el indicador Porcentaje de acciones implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios

**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.

**Anexo 12**  
**Definiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia**  
**(C.4\_3.2)**  
Documento de apoyo para el indicador  
Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrarreferencias

### **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.

Este mecanismo técnico administrativo recibe el nombre de Referencia y Contra-referencia.

- **Sistema de Referencia y Contra-referencia:** 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 resolutoria y la contra-referencia 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 resolutoria 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.
- **Contra-referencia:** 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 Contra-referencia** incorpora dos momentos:

- a. 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.
- b. 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.

**Situaciones especiales:**

- a) En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contra-referencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.
- b) Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente.
- c) 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 contra-referencia 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 Contra-referencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contra-referencia 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 contra-referencia de la red.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

- a) 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 Contra-referencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
- b) 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 contra-referencia.

## **2.- Medición de Indicadores**

### ***Contra-referencia al momento de la primera consulta o consulta nueva de especialidad médica***

(Número de contra-referencias realizadas en consulta nueva en el periodo / Total de consulta nueva de especialidad realizadas en el periodo) x100

### ***Contra-referencia al alta del proceso de atención de consultas de especialidad médica.***

(Número de contra-referencias al alta de consultas de especialidad en el periodo / Total de altas de consultas de especialidad realizadas en el periodo) x100

Fuente de información: División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

## Anexo 13

## Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Análisis de reoperaciones quirúrgicas no programadas. Resolución N°1031 /2012

## (D.1.1)

Documento de apoyo para el indicador

Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas

**Introducción**

Reoperación quirúrgica no programada es la realización de una intervención quirúrgica no planificada a un paciente ya operado como consecuencia de la cirugía primaria, dentro de los primeros 30 días de la intervención.

Se entiende por una reoperación quirúrgica programada aquellas cirugías en que en el período preoperatorio o post operatorio inmediato se ha documentado en la ficha clínica que el paciente requiere de una segunda intervención o que exista una posibilidad de que se requiera una segunda intervención.

La reoperación quirúrgica no planificada incide directamente en los resultados finales para el paciente, el equipo que interviene en la cirugía, el que aplica los cuidados y con el establecimiento. La incidencia, dependiendo de la complejidad de los pacientes varía entre 1,7% y 11,2%, en cirugías de adulto e infantil. La incidencia por tipos de cirugía es variable: 26,3% en trasplante renal, 8,7% en cirugía vascular periférica, 8,5% en bypass gástrico, 6,8% en resecciones de intestino delgado, 6,3% en laparotomía diagnóstica, 3,0% en colecistectomía, 2,5% en bypass coronario (por sangramiento), 1,2% en cirugía mamaria y 0,1% en herniorrafía.

La mayoría de las reoperaciones reflejan problemas relacionados con los procedimientos quirúrgicos en sí. Una revisión de 447 casos de reoperaciones encontró que la causa en el 70% fue por errores en la técnica quirúrgica y 21% por la comorbilidad asociada. Otra revisión de 107 reoperaciones, mostró que el 85% se debió a la técnica quirúrgica original; de éstos el 18% relacionados con anastomosis y 23% infección y dehiscencia. Otras causas frecuentes de reoperación son dehiscencia de anastomosis, perforación intestinal, peritonitis, obstrucción intestinal por bridas o adherencias. También se han identificado como causas la filtración de la anastomosis, infección de la herida, íleo postoperatorio y la oclusión vascular.

La mortalidad es mayor en el grupo de pacientes que se reopera comparado con aquellos no reoperados; en pacientes pediátricos reoperados fue de un 8% y 4.4% en el grupo no reoperado. En adultos la mortalidad en reoperaciones de resección pancreática fue de 33% versus 3,7% en los no reoperados, para esofagogastrectomía 100% versus 4,2% y en funduplicatura laparoscópica 50% versus 0%.

El impacto de una reoperación precoz se expresa en aumento de 8 veces las infecciones del sitio operatorio, triplica el tiempo de estadía hospitalaria y en 10 veces la mortalidad operatoria.

La reoperación no planificada ha sido utilizada como un indicador de calidad de la atención si ciertas condiciones se cumplen como el registro preciso y completo de las causas de reoperación seguida de un ajuste de las tasas por riesgo.

Se conocen pocas intervenciones eficaces para mejorar la calidad de la técnica quirúrgica a excepción del entrenamiento profesional. Estudios que evalúan revisiones clínicas de casos con retroalimentación pueden ser eficaces para mejorar la práctica, en particular cuando el cumplimiento inicial de la práctica es bajo y cuando las opiniones se brindan en forma activa. Las lecciones aprendidas de las revisiones rutinarias de casos de reoperaciones quirúrgicas han sido de utilidad en el proceso educativo continuo de los equipos médicos para poder generar cambios en conductas y técnicas quirúrgicas.

El impacto de intervenciones para disminuir las reoperaciones dependerá de las causas más frecuentes en el nivel local, del tipo de pacientes, técnicas quirúrgicas utilizadas y entrenamiento de los equipos médicos.

### **Propósito de la intervención**

Revisar las condicionantes que más frecuentemente se asocian a reoperaciones no planificadas para establecer las medidas preventivas de acuerdo con la realidad local.

### **Estrategia**

Análisis y discusión en reunión clínica de cada una de las reoperaciones no programadas ocurridas en cada servicio quirúrgico.

### **Objetivos generales**

Identificar y analizar las causas más frecuentes de reoperaciones no programadas en los servicios quirúrgicos.

### **Objetivos específicos**

Retroalimentar a los equipos quirúrgicos sobre las causas de reoperaciones no programadas identificadas y su análisis como una instancia para mejorar la práctica y técnicas quirúrgicas.

### **Normas para su aplicación**

1. La Dirección Médica de cada Prestador Institucional designará formalmente un profesional médico responsable de implementar la estrategia en la totalidad de la actividad quirúrgica de la organización; de dirigir, supervisar y coordinar las actividades necesarias para realizar la evaluación de los casos de reoperaciones no programadas.
2. La fuente de información sobre la nómina de pacientes reoperados será la base de datos de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada servicio quirúrgico durante un mes en la institución.
3. Para identificar los pacientes reoperados, el (la) encargado(a) del programa de Calidad de la Institución Prestadora de Salud solicitará a Servicios Quirúrgicos el listado del total de pacientes operados en los 30 días anteriores. Posterior a ello, procederá a ordenar el listado utilizando el identificador seleccionado por la Institución; a partir de ella se obtendrá el listado de pacientes reoperados en el período.
4. El profesional médico responsable, analizará este listado para identificar los pacientes reoperados no programados y eliminará aquellos pacientes en que la segunda intervención estaba planificada o constituía una segunda etapa de su tratamiento.
5. Todas las reoperaciones no programadas serán presentadas dentro de los 20 días siguientes a la reoperación en reunión clínica de servicio por el primer cirujano de equipo de la primera intervención y comentadas por un cirujano par del servicio quirúrgico.
6. Si un paciente es reoperado no programado más de una vez en el período, se presentará en reunión la primera reoperación no programada.
7. En cada caso se presentará brevemente: diagnóstico y operación primaria, incidentes de la cirugía, evolución post operatoria, causa que motivó la reoperación y conducta quirúrgica adoptada como solución.
8. La información mínima a presentar en reunión clínica de cada paciente reoperado no programado será:

- a. Identificación del o la paciente (edad, sexo).
  - b. Diagnóstico clínico preoperatorio de primera intervención.
  - c. Operación realizada y fecha, incluye cualquier incidente destacable durante el acto quirúrgico.
  - d. Evolución post operatoria.
  - e. Causas de reoperación, hallazgos, operación realizada y fecha.
  - f. Estado actual del o la paciente.
  - g. Comentario breve sobre el caso por otro cirujano asignado por jefe de servicio clínico que resuma los aprendizajes.
  - h. Información consolidada debe quedar.
9. Cada reunión de análisis de reoperaciones no programadas se documentará con un acta según formato adjunto en anexo N° 1.

### **Supervisión del cumplimiento de la normativa**

Esta norma se evaluará con los siguientes indicadores:

- a) Indicador Global.

Número de pacientes reoperados no programados analizados en reunión clínica ÷ Número total de pacientes reoperados no programados x 100

- b) Indicador Complementario.

Número de pacientes reoperados no programados ÷ Número total de pacientes operados x 100

### **Informe de cumplimiento**

1. Las Instituciones Prestadoras de Salud mantendrán Acta(s) sobre la realización de reuniones clínicas para el análisis de reoperaciones no programadas las que deberán ser archivadas en Nivel Local. (Anexo N° 1 Formato Acta Reunión Análisis Reoperaciones Quirúrgicas no Programadas) y conservará la agenda/programa de estas reuniones clínicas para control de la actividad y sus asistentes cuando corresponda.
2. Se realizará una evaluación trimestral y anual de las causas más frecuentes de reoperaciones no programadas y medidas adoptadas.
3. El profesional médico encargado enviará trimestralmente la información sobre la medición de estos indicadores al profesional encargado del Programa de Calidad de Prestador Institucional.
4. Cada tres meses el encargado del Programa de Calidad de Prestador Institucional deberá enviar al Servicio de Salud cuando corresponda y al Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud un informe consolidado con los resultados de la medición de este indicador en la Institución Prestadora de Salud según formato adjunto en Anexo N° 2.
5. La información respecto de las mediciones de estos indicadores y sus resultados deberá ser difundida a todos los niveles de la Institución.
6. El Prestador Institucional y Servicio de Salud cuando corresponda mantendrá registros sobre la realización del proceso trimestral de análisis de reoperaciones no programadas.
7. Anualmente las instituciones Prestadoras de Salud realizarán un informe con análisis consolidado de las tasas de reoperación en cada servicio quirúrgico no programadas y del porcentaje presentado en reunión clínica, de las causas de reoperación no programadas observadas y sus porcentajes.

8. El Prestador Institucional y Servicio de Salud cuando corresponda mantendrá registros sobre la realización del proceso trimestral de evaluación y resultados de las mediciones de indicador de cada establecimiento.

### **Recomendaciones para la aplicación**

Se recomienda mantener registro por tipo de cirugía, así como un análisis de datos de las causas en los primeros 7 días desde la operación original y los que se producen después de la primera semana (día 8 a 30).

<b>Anexo N° 1: Acta Análisis Reoperaciones Quirúrgicas No Programadas</b>	
Identificación Institución Prestadora de Salud:	
Servicio Quirúrgico:	
Identificación Paciente (RUN, cuenta corriente u otro similar) según Ley N° 20.584 Derechos y Deberes del paciente:	
Diagnóstico preoperatorio 1ª intervención:	
Operación realizada:	Fecha 1ª intervención:
Causa(s) reoperación no programada:	Fecha reoperación no programada:
Reunión de Análisis	Fecha reunión análisis:
Cirujano que presenta	
Cirujano que comenta	

<b>Anexo N° 2: Formato informe de medición del Análisis Reoperaciones no Programadas</b>	
Identificación Institución Prestadora de Salud:	
Servicio de Salud (cuando corresponda)	
Fecha en que se realiza la medición	
Nombre Profesional responsable de la medición	
Número de personas que participaron en la medición.	
Listado de Servicios/Unidades en que se hizo la medición.	
Número total de pacientes evaluados.	
Formula Indicador Global: Número de pacientes reoperados no programados presentados en reunión clínica/ Número total pacientes reoperados no programados / X 100	
Período de observación	
Resultado Numerador (Número de pacientes reoperados no programados presentados en reunión clínica):	
Resultado Denominador (Número pacientes reoperados no programados):	
Resultado Obtenido (numerador/denominador x 100):	
Formula Indicador Complementario: Número total de pacientes reoperados no programados en el período/ Número total de pacientes operados en el período X100	
Resultado Numerador (Número de pacientes reoperados no programados en el período)	
Resultado Denominador (Número total de pacientes operados en el período)	
Resultado obtenido	
Comentarios sobre los resultados:	
Plan de Acción	
Fecha envío de informe de medición	

**Fuente de información:** Depto. Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

**Anexo 14**  
**Pauta e información de componente de Registros estadísticos**  
**(D.3.1)**

Documento de apoyo al indicador  
Porcentaje de cumplimiento de concordancia de registros de Procesos Clínicos y Consistencia de Registros Estadísticos

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: Total de Intervenciones Quirúrgicas (SI/NO)	Promedio de Quirófanos Habilitados		Horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados	
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple)					
	Resultados posibles	Si el establecimiento tiene IQ (P1 > 0), y si se cumple que P2 y P3 son mayores que cero, cumple meta =			1	
		SI P1, P2 Y P3 = No aplica (según cartera de servicios), no aplica ámbito =			N/A	
Para todos los demás casos, no cumple ámbito =				0		
Ámbito 2	Aspectos			Meta		
	ÍTEM	REM Serie B17	REM Serie A			
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 =			
		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=			1
		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=			1
		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 ambulatorias y no ambulatorias	Pacientes programados en tabla (mayores y menores de 15 años)	Pacientes suspendidos en tabla (mayores y menores de 15 años)	
	Validación de registros (1 = Cumple, N/A No aplica y 0 no Cumple).				
	Resultados posibles	P13 $\geq$ (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		
<b>Ámbito 7</b>	<b>Aspectos</b>				<b>Meta</b>
	<b>ÍTEM</b>	<b>REM Serie A21</b>	<b>REM Serie A</b>		
Índice de pacientes Intervenido (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 Intervenido (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%	P10: SECCIÓN A: Información de partos atendidos	
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	Índice de Pacientes Intervenido (complementa ámbito 6)	1	P16: Pacientes intervenidos (mayores y menores de 15 años)	
			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		<b>7</b>
		Total de ámbitos de la pauta de consistencia que aplican al establecimiento en el periodo		<b>7</b>
Consistencia de REM =				<b>100</b>
Con este resultado (100%) obtiene 4 puntos en Consistencia de REM, para el periodo de evaluación.				

Fuente de información: Manual Series REM 2016, REM 2017 y REM 2018. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

**Anexo 15**  
**Pauta de chequeo para evaluación anual**  
**(D.3\_2.2)**

Documento de apoyo para el indicador  
Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, Producto de una Auditoría

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.

## Anexo 16

**Fórmula indicador “Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos”  
(D.4\_1.3)**

Pauta evaluación de calidad de respuesta a reclamos  
Formato recomendado para el diseño aplicación y análisis de la evaluación de calidad de respuesta a reclamos

Formato de presentación de requerimientos en OIRS  
Formato de respuesta a requerimientos de Presidencia  
Documento de apoyo para el indicador

Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos

### 1.-Formula del indicador

El puntaje final se obtiene a partir del promedio de los puntajes obtenidos en cada una de las trazadoras.

Trazadora 1 Oportunidad: (Número de reclamos contestados en el plazo de 15 días hábiles en el periodo/ Total de reclamos contestados en el periodo) \*100.

Fuente de datos: REM 2019 y Resolución del procedimiento formal de gestión de reclamos que establece responsabilidades, tiempos de respuesta interno y controles de las unidades involucradas en el proceso.

Trazadora 2 Calidad: (Puntaje obtenido en evaluación de calidad de la respuesta de los reclamos (trimestral) / Puntaje esperado en la evaluación de la calidad de la respuesta de los reclamos (trimestral)) \*100.

Fuente de datos: Informe trimestral de resultados de la evaluación de la calidad de la respuesta según lo señalado en el punto 4.3.

#### Trazadora 3 Gestión:

1. (Número de reclamos por tipología priorizada 1 en el periodo t- Número de reclamos por tipología priorizada 1 en el periodo t -1).
2. (Número de reclamos por tipología priorizada 2 en el periodo t- Número de reclamos por tipología priorizada 2 en el periodo t -1)
3. ((Número de reclamos por tipología priorizada 3 en el periodo t- Número de reclamos por tipología priorizada 3 en el periodo t -1)

De acuerdo al resultado obtenido en cada tipología priorizada, el puntaje a obtener será el siguiente:

- 0 puntos: Al finalizar la evaluación anual año 2019 con la implementación de las estrategias de mejora, se constata en el registro estadístico mensual (REM), si existe aumento de reclamos en todas las tipologías identificadas y priorizadas.
- 2 puntos: Al finalizar la evaluación anual año 2019 con la implementación de las estrategias de mejora, se constata en el registro estadístico mensual (REM), que hubo una disminución del número de reclamos en una o más de las tipologías identificadas y priorizadas.
- 4 puntos: Al finalizar la evaluación anual año 2019 con la implementación de las estrategias de mejora, se constata en el registro estadístico mensual (REM), que hubo una disminución del número de reclamos en las 3 tipologías identificadas y priorizadas.

Fuente de Datos: REM 19B sección A año 2018; REM 19b 2019; informe de análisis semestral de los reclamos que contiene evaluación de la oportunidad, calidad de la respuesta y los ámbitos más reclamados; Carta Gantt de acciones de mejora ejecutadas; informe ejecutivo semestral, de la Dirección del establecimiento, que dé cuenta de las estrategias implementadas y mejoramiento de las áreas críticas priorizadas.

## 2.- Evaluación de la calidad de respuestas a reclamos

**2.1 Pauta de Evaluación.** El siguiente documento contiene las recomendaciones para responder a los requerimientos ciudadanos que los usuarios realizan en las OIRS de los establecimientos de la red asistencial.

La respuesta, por papel o electrónica, es un documento público por ello y de acuerdo a la normativa vigente es importante utilizar un lenguaje claro, simple y comprensible, evitando siglas o palabras técnicas que la mayoría de las veces no son conocidas por los usuarios/as, además de contener la referencia a todos los puntos planteados por el usuario/a en su solicitud y teniendo los cuidados en la mención o divulgación de datos sensibles, principalmente cuando la respuesta no va dirigida al afectado(a).

ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA CALIDAD DE LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS CIUDADANOS
<p><b>I.-Contenido del enunciado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dirige a la persona por su nombre y apellido.</li> <li>• Hace referencia a la solicitud (fecha, nombre de la institución, tipo de requerimiento, folio).</li> <li>• Hace alusión a la(s) PETICION(ES) CONCRETA(S) de la persona.</li> </ul>
<p><b>II.-Recepción de la solicitud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica y analiza el problema/situación planteado/a por la persona.</li> <li>• Manifiesta empatía con la situación planteada por la persona.</li> <li>• Da cuenta de la importancia que tiene el requerimiento para la institución, servicio o unidad que la recepciona.</li> </ul>
<p><b>II.-Contenido y calidad de la respuesta:</b> Da respuesta a los planteamientos de la Solicitud Ciudadana tomando en cuenta 3 elementos:</p> <p><u>Que sea Oportuna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a lo establecido por normativa legal (Artículo 11, Decreto 35, Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud). Asimismo, considera los plazos instruidos para los requerimientos de: Presidencia, Parlamentarios, FONASA, entre otros.</li> </ul> <p><u>Que sea Resolutiva - Satisfactoria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expone el resultado de la investigación del caso particular, dando respuesta a todas las peticiones expuestas por el reclamante/persona o planteamiento de la institución frente a la problemática/situación. Luego, profundiza en el tema sobre la petición concreta, procurando dar resolución total o parcial estableciendo plazos y forma en que dará cumplimiento o no pudiendo acceder a su solicitud según competencia. Si no es posible dar resolución, se deben presentar vías alternativas para “orientar” y pasos a seguir por el/la requirente que permitan llegar a una respuesta satisfactoria.</li> </ul> <p><u>Compromisos de la institución</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La respuesta contiene los compromisos adquiridos por la institución con la persona.</li> <li>• Define los plazos, lugar de ejecución, requisitos y responsable (si procede).</li> <li>• En caso que sea pertinente, informa los compromisos institucionales y/o ministeriales para los ámbitos planteados en el requerimiento ciudadano.</li> </ul>
<p><b>IV.-Canales de comunicación con la institución:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menciona las distintas alternativas que tiene la institución para generar acceso comunicacional con sus usuarios/as: Teléfono/os, e-mail, horarios de atención, entre otros).</li> </ul>
<p><b>V.-Cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Despedirse de manera formal indicando interés y voluntad de responder las inquietudes y problemáticas en el ámbito de salud, dentro del marco de las atribuciones y facultades de la institución.</li> <li>• En caso que el requerimiento sea un reclamo, la respuesta incorpora los párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado.</li> </ul>

**VI.-Formato:**

- Logo y/o nombre de la institución
- Fecha, indicando día, mes y año de la respuesta.
- Señala firma, nombre/apellido y cargo del firmante (Artículo 10, Decreto 35, Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud).

**PAUTA DE EVALUACION DE CALIDAD DE LA RESPUESTA**

La siguiente Pauta de evaluación es un instrumento que permite apoyar la evaluación, de lo que se considerará como una respuesta efectiva y de calidad para el usuario/a que está haciendo uso de su derecho ciudadano.

Elemento	Insuficiente 1	Suficiente 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Porcentaje
<b>I.-Contenido del enunciado:</b> 1. Se dirige a la persona por su nombre y apellido. 2. Hace referencia a la solicitud (fecha, nombre de la institución, tipo de requerimiento, folio). 3. Hace alusión a la(s) PETICION(ES) CONCRETA(S) de la persona.	No se dirige a la persona por nombre y apellido. No hace referencia a la solicitud (fecha, nombre de la institución, tipo de requerimiento, folio) No hace alusión a la(s) PETICION(ES) CONCRETA(S) de la persona.	Hace referencia sólo a una de las 3 dimensiones del enunciado.	Hace referencia a 2 de las 3 dimensiones del enunciado.	Se dirige a la persona por su nombre y apellido. Hace referencia a la solicitud (fecha, folio). Hace alusión a la(s) PETICION(ES) CONCRETA(S) de la persona.	<b>10%</b>
<b>II.-Recepción de la solicitud:</b> 1. Identifica y analiza el problema/situación planteado/a por la persona. 2. Manifiesta empatía con la situación planteada por la persona. 3. Da cuenta de la importancia que tiene el requerimiento para la institución, servicio o unidad que la recepciona.	No identifica ni analiza el problema/situación planteado/a por la persona. No manifiesta empatía con la situación planteada. No da cuenta de la importancia que tiene el requerimiento para la institución, servicio o unidad que la recepciona.	Hace referencia sólo a una de las 3 dimensiones del enunciado.	Hace referencia a 2 de las 3 dimensiones del enunciado.	Identifica y analiza claramente el problema/situación planteado/a por la persona. Manifiesta empatía con la situación planteada por la persona. Da cuenta de la importancia que tiene el requerimiento para la institución, servicio o unidad que la recepciona.	<b>10%</b>
Elemento	Insuficiente 1	Suficiente 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Porcentaje
<b>III. Contenido y calidad de la respuesta.</b>  <b>1. Que sea Oportuna:</b> De acuerdo a lo establecido por normativa legal (Artículo 11, Decreto 35, Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su	No responde al requerimiento realizado por la persona dentro del plazo establecido.	N/A	N/A	Responder al requerimiento realizado por la persona dentro del plazo establecido.	<b>20%</b>

atención en salud). Asimismo, considera los plazos instruidos para los requerimientos de: Presidencia, Parlamentarios, FONASA, entre otros.					
<p><b>2. Que sea Resolutiva y Satisfactoria:</b></p> <p>Expone el resultado de la investigación del caso particular, dando respuesta a todas las peticiones expuestas por el reclamante/persona o planteamiento de la institución frente a la problemática/situación. Luego, profundiza en el tema sobre la petición concreta, procurando dar resolución total o parcial estableciendo plazos y forma en que dará cumplimiento o no pudiendo acceder a su solicitud según competencia. Si no es posible dar resolución, se deben presentar vías alternativas para “orientar” y pasos a seguir por el/la requirente que permitan llegar a una respuesta satisfactoria.</p>	La respuesta no cumple con las características para ser considerada resolutiva y satisfactoria.	N/A	N/A	La respuesta si cumple con las características para ser considerada resolutiva y satisfactoria.	<b>20%</b>
<p><b>3. Compromisos de la institución:</b></p> <p>La respuesta contiene los compromisos adquiridos por la institución con la persona. Define los plazos, lugar de ejecución, requisitos y responsable (si procede). En caso que sea pertinente, informa los compromisos institucionales y/o ministeriales para los ámbitos planteados en el requerimiento ciudadano.</p>	No se manifiestan los compromisos adquiridos por la institución con la persona, ni se definen los plazos, lugar de ejecución, requisitos y responsable (si procede). Es pertinente informar los compromisos ministeriales en los ámbitos planteados, pero esto no se evidencia en la respuesta.	Se manifiestan los compromisos institucionales, pero no se definen plazos, lugar de ejecución, requisitos y responsables (si procede). Es pertinente informar los compromisos ministeriales en los ámbitos planteados, pero esto no se evidencia en la respuesta.	Se manifiestan los compromisos institucionales adquiridos por la institución con la persona, para abordar la situación planteada. Solo se observan algunos requerimientos solicitados (plazos, lugar de ejecución, etc.) De ser pertinente, si se informan los compromisos ministeriales en los ámbitos planteados, lo que se evidencia en la respuesta.	La respuesta explicita los compromisos adquiridos por la institución con la persona, para abordar la situación planteada. Son definiendo los plazos, lugar de ejecución, requisitos y responsable (si procede) De ser pertinente, si se informan los compromisos ministeriales en los ámbitos planteados, lo que se evidencia en la respuesta.	<b>20%</b>
<p><b>IV.-Canales de comunicación con la institución:</b></p> <p>Menciona las distintas alternativas que tiene la institución para generar acceso comunicacional con sus usuarios/as: Teléfono/os, e-mail, horarios de atención, entre otros).</p>	No informa de las alternativas de contacto que tiene la institución.	N/A	N/A	Hace mención a todas las alternativas con que cuenta la institución para contactarse con sus usuarios/as.	<b>5%</b>
<b>Elemento</b>	<b>Insuficiente 1</b>	<b>Suficiente 2</b>	<b>Bueno 3</b>	<b>Muy bueno 4</b>	<b>Porcentaje</b>
<p><b>V.-Cierre.</b></p> <p>Despedirse de manera formal indicando interés y voluntad de responder las inquietudes y problemáticas en el ámbito de salud, dentro del marco de las atribuciones y facultades de la institución. En caso que el requerimiento sea un reclamo, la respuesta incorpora los párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado.</p>	No realiza cierre de la solicitud. No incorpora los párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado.	N/A	N/A	Se despide de manera formal indicando interés y voluntad de responder frente a las inquietudes planteadas. En caso que el requerimiento sea un reclamo, la respuesta incorpora los	<b>5%</b>

				párrafos relacionados con la Superintendencia de Salud y el Consejo de Defensa del Estado.	
<b>VI.-Formato.</b> 1. Logo y/o nombre de la institución 2. Fecha, indicando día, mes y año de la respuesta. 3. Señala firma, nombre/apellido y cargo del firmante (Artículo 10, Decreto 35, Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud).	Respuesta no contiene ninguno de los puntos señalados en formato estándar.	Respuesta contiene 1 de los 3 puntos señalados en formato estándar.	Respuesta contiene 2 de los 3 puntos señalados en formato estándar.	Respuesta contiene los 4 puntos señalados en formato estándar.	<b>10%</b>

Esta Pauta contiene un total de seis elementos, que deben ser evaluados mediante una escala de 1 a 4 puntos, donde 1 es Insuficiente y 4 es Muy Bueno.

Tabla de puntajes y notas de la escala:

Elemento		Porcentaje ponderado	Puntaje por obtener según evaluación de cada elemento y su porcentaje ponderado			
			1	2	3	4
<b>1.Contenido del enunciado</b>		10%	0.1	0.2	0.3	0.4
<b>2.Recepción de la solicitud</b>		10%	0.1	0.2	0.3	0.4
<b>3.Contenido de la respuesta</b>	<b>Que sea oportuna</b>	20%	0.2	N/A	N/A	0.8
	<b>Que sea resolutive y satisfactoria</b>	20%	0.2	N/A	N/A	0.8
	<b>Compromisos de la institución</b>	20%	0.2	0.4	0.6	0.8
<b>4.Canales de comunicación con la institución</b>		5%	0.1	N/A	N/A	0.2
<b>5.Cierre</b>		5%	0.1	N/A	N/A	0.2
<b>6.Formato</b>		10%	0.1	0.2	0.3	0.4

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

Elemento	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Porcentaje Ponderado	Puntaje
	1	2	3	4		
1.Contenido del enunciado			3		10%	0.3
2.Recepción de la solicitud		2			10%	0.2
3.Contenido de la respuesta				4	20%	0.8
				4	20%	0.8
	1				20%	0.2

4.Canales de comunicación con la institución				4	5%	0.2
5.Cierre				4	5%	0.2
6.Formato				4	10%	0.4
<b>Puntaje</b>						<b>3.1</b>

De este modo, si se evalúa un reclamo mediante la aplicación de la pauta, sumando los resultados de los seis elementos y se obtiene un puntaje de 3.1, este resultado es interpretado como una respuesta “suficiente”, de acuerdo con los rangos<sup>1</sup> descritos a continuación:

Respuesta Insuficiente	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que se encuentre en el rango de 1 a 2.3.
Respuesta Suficiente	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que se encuentre en el rango de 2.4 a 3.1.
Respuesta Buena	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que se encuentre en el rango de 3.2 a 3.9.
Respuesta Muy Buena	Se considerará en esta categoría un puntaje ponderado que haya cumplido con el puntaje máximo de 4 para cada elemento.

### Formato Para Registrar Evaluación.

Puntaje por elemento							
Reclamo N° de folio	Puntaje contenido del enunciado	Puntaje recepción de lasolicitud	Puntaje contenido de la respuesta	Puntaje canales de comunicación con la institución	Puntaje cierre	Puntaje formato	Total puntaje
XXXX							
XXXX							
XXXX							
<b>TOTAL</b>							

### 2.2 Cálculo del porcentaje de cumplimiento.

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

Puntaje general= ((puntaje reclamo 1+puntaje de reclamo 2+ puntaje de reclamos 3...) / (N x 4,0)) \*100. Donde N es el total de reclamos evaluados.

<sup>1</sup> los rangos fueron trabajados con un nivel de exigencia de un 60% para un puntaje de 2,4, correspondiente a una “respuesta suficiente”.

### 2.3 Diseño, aplicación y análisis de la evaluación de la calidad de las respuestas.

**Objetivo del Monitoreo:** Realizar levantamiento de datos, a través de la aplicación de una pauta, para evaluar la calidad de las respuestas a los reclamos.

#### **Metodología.**

- Universo: El universo de este monitoreo lo constituye los reclamos contestados por el establecimiento.
- Definición del tamaño muestral: Para obtener un tamaño muestral, considerar el 5% del total de los reclamos contestados e informados en el REM 19B sección A, correspondientes al trimestre anterior a la evaluación, de forma aleatoria. Si este resultado es superior a 30 reclamos, se deberá considerar solo hasta un número máximo de 30 reclamos.
- La evaluación debe ser realizada, aplicando la pauta enviada por MINSAL.
- Los procesos de selección de los reclamos y de aplicación de la pauta de evaluación de la calidad, no deben ser ejecutados por los equipos de las OIRS, ni el Comité de Gestión Usuaria; ellos sólo coordinan estos procesos. La tarea debe ser realizada por otro grupo de profesionales, entre los cuales se sugiere: calidad, control de gestión, clínicos y RRHH.
- La etapa de análisis de datos debe ser realizada por el referente OIRS en conjunto con el comité de gestión usuaria para áreas críticas.

**Cálculo del porcentaje de cumplimiento:** La evaluación de calidad de la respuesta de los reclamos debe ser trimestral. Una vez obtenido el puntaje de la evaluación de los reclamos, se debe proceder a calcular el porcentaje de cumplimiento para el establecimiento:  $\text{Puntaje general} = ((\text{puntaje reclamo 1} + \text{puntaje de reclamo 2} + \text{puntaje de reclamos 3...}) / (N \times 4,0)) * 100$ . Donde N es el total de reclamos evaluados.

#### **Estructura informe trimestral de resultados de la evaluación de la calidad.**

1. Introducción.
2. Contexto (descripción del proceso de evaluación).
3. Metodología (Definición de la muestra).
4. Análisis de los resultados y por elemento.
5. Principales resultados (brechas y/o fortalezas).
6. Oportunidades de mejoramiento/Plan de mejora.
7. Conclusiones.
8. Anexo: Incluir la tabla "Formato Para Registrar Evaluación".

#### **Consideraciones de la Supervisión a la evaluación de calidad de la respuesta a los reclamos.**

Con el propósito de asegurar la validez del proceso de evaluación de la calidad de las respuestas a los reclamos, el equipo OIRS MINSAL, monitoreará de forma mensual el trabajo realizado por los equipos. Dicho proceso, se realizará seleccionando aleatoriamente a 8 establecimientos cada mes, hasta completar el seguimiento de los 57 Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) más los Hospitales candidatos e invitados, al finalizar el año. Esta supervisión empezará desde el mes de abril, dado que la primera evaluación se realizará para el primer trimestre.

Para ello, cada recinto hospitalario deberá entregar, durante los primeros cinco días hábiles posteriores al término de cada mes, los informes de evaluación de calidad de la respuesta. Esta información debe ser enviada a la Jefatura de la Unidad de Atención al Usuario, Sr. Pablo Krause, cuyo correo es [pablo.krause@minsal.cl](mailto:pablo.krause@minsal.cl), con copia a Montserrat Cordero [montserrat.cordero@minsal.cl](mailto:montserrat.cordero@minsal.cl).

De los establecimientos escogidos, se procederá a seleccionar de forma aleatoria un determinado número de reclamos, a los cuales se les aplicará nuevamente la pauta de evaluación, validando el proceso llevado a cabo inicialmente en el establecimiento.

Los resultados de las evaluaciones, se notificarán a los equipos al finalizar el año, a través de un cuadro resumen que valide el trabajo realizado. De esta manera, si los reclamos efectivamente cumplen con los requisitos de calidad descritos en la pauta (respuesta buena o muy buena), el establecimiento mantendrá el puntaje obtenido en sus reportes; sin embargo, si uno o más de una de las respuestas analizadas obtiene puntaje bajo (**respuesta insuficiente o mala**), se procederá a descontar 1 punto en la evaluación final del indicador.

### 3.- Formato de presentación de requerimientos en OIRS.



[NOMBRE INSTITUCIÓN]

Folio Nº: [FOLIO] REQUERIMIENTO]

[CIUDAD DE LA INSTITUCIÓN], [FECHA DE RESPUESTA]

Señor (a, es, as)

[NOMBRE RECLAMANTE]

[DIRECCIÓN-CORREO ELECTRÓNICO]

**Presente**

De mi consideración:

Junto con saludar, informo a Usted(es) que con fecha [FECHA DE INGRESO DEL REQUERIMIENTO] se ha recibido en nuestra institución, su reclamo Folio Nº [FOLIO DEL REQUERIMIENTO], donde expone [ENUNCIACIÓN BREVE DE LA(S) MATERIA (S) RECLAMADA (S) Y ENUNCIACIÓN DE LA(S) PETICIÓN(ES) CONCRETA(S)].

En atención a lo señalado, podemos informar lo siguiente:

[n°] [PETICIÓN CONCRETA DEL REQUERIMIENTO]

[DETALLE DE LA RESPUESTA (Exponer el resultado de la investigación del caso particular, dando respuesta a todas las peticiones expuestas por el reclamante o planteamiento de la institución frente a la problemática. Luego, se profundiza en el tema sobre la petición concreta, procurando dar resolución total, parcial estableciendo plazos y forma en que dará cumplimiento o no pudiendo acceder a su solicitud según competencia. Si no es posible dar resolución, se deben presentar vías alternativas para “orientar” pasos a seguir por el/la requirente que permitan llegar a una respuesta satisfactoria)]

[n°] [PETICIÓN CONCRETA DEL REQUERIMIENTO]

[DETALLE DE LA RESPUESTA]

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

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

Si está desconforme con la respuesta dada, o si la resolución no fue gestionada durante 15 días hábiles, Ud. podrá solicitar a la Superintendencia de Salud su revisión, dentro de un plazo de 5 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta, debiendo acompañar copia de la respuesta y de los antecedentes que disponga (Reclamos por Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, Decreto N° 35, artículo N° 14).

A su vez, en caso que a partir de las prestaciones reclamadas, usted identifique que se ocasionó un daño a la salud, puede ejercer el derecho de presentar un reclamo en las dependencias del Consejo de Defensa del Estado de todo el país (Fono 800 800 233), solicitando una mediación, procedimiento que eventualmente podría proporcionar una solución de la problemática, de lograrse un acuerdo con el prestador asistencial (Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, artículo N°43 y siguientes). Si el establecimiento al cual reclama depende de una Corporación Municipal, la solicitud de mediación debe tramitarse a través de la Superintendencia de Salud, procedimiento que tiene un costo, el cual debe ser asumido por las partes.

Sin otro particular, le saluda atentamente a Ud.

[FIRMA]

[NOMBRE DEL FIRMANTE]

[CARGO DEL FIRMANTE]

#### 4.-Formato de respuesta a requerimientos de Presidencia



(REEMPLACE POR EL LOGO INSTITUCIONAL)

(INSERTAR INPR DE CORRESPONDENCIA Y NUMERO INTERNO EN EL CASO QUE CORRESPONDA)

ANT.: Memorándum INPR2018-XXXXX

Carta/ORD./Oficio N°XXX/AÑO

, Dirección de  
Gestión Ciudadana,  
Presidencia de la República.

MAT.: Informa lo que indica.

Santiago, DÍA de MES de AÑO (PONER CIUDAD Y FECHA ACTUAL)

PARA: NOMBRE DEL CIUDADANO A QUIEN VA DIRIGIDA.  
(INSTITUCIÓN O DIRECCIÓN DEL CIUDADANO)  
DE: (NOMBRE DE QUIEN CORRESPONDA)  
DIRECTOR DE SEREMI DE SALUD/SERVICIO/HOSPITAL (INDICAR CARGO)

Encabezado: Junto con saludar, informamos que el requerimiento remitido por usted a la Presidencia de la República en donde solicita SEÑALAR REQUERIMIENTO fue derivado al Ministerio de Salud en el marco de la materia consultada.

Le agradecemos haberse contactado con nosotros, ya que nos permite revisar nuestros procedimientos y mejorar la atención a nuestros usuarios/as.

En relación a lo solicitado se puede señalar lo siguiente:

INSERTAR AQUÍ EL DETALLE DE LA RESPUESTA DIRIGIDA AL CIUDADANO, LA QUE DEBE CONTENER LO SIGUIENTE:

- NOMBRE COMPLETO DEL AFECTADO
- RESOLUCION TOMADA CON RESPECTO A LA SOLICITUD DEL CIUDADANO. (YA SEA POSITIVA O NEGATIVA)  
SE DEBE DESCRIBIR.
- AL FINAL DE LA RESPUESTA DEBE IR FIRMADA Y TIMBRADA POR QUIEN REMITE LA RESPUESTA.

Ante dudas, sugerencias y solicitudes se puede contactar telefónicamente a la plataforma de Salud Responde fono: 600 360 7777. En dicha plataforma existen profesionales de la salud atendiendo las 24 horas del día los 7 días de la semana. También, puede ingresar su requerimiento vía sistema web <http://oirs.minsal.cl/> o mediante carta certificada al/a la Nombre de la institución que responde, ubicado/a en Dirección de la institución que responde, Teléfono/s: Teléfonos de la institución que responde.

Finalmente, y considerando que nuestra institución acoge cada solicitud o situación presentada por nuestros usuarios/as, manifestamos nuestro máximo interés y voluntad en apoyar a las personas y su entorno familiar, a mejorar su calidad de vida, resolver sus inquietudes y problemáticas, dentro del marco de nuestras atribuciones y facultades.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

NOMBRE DE QUIEN REMITE (TIMBRE Y FIRMA)  
CARGO DE REMITENTE

**Fuente de información:** Depto. de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

**Anexo 17**  
**Instructivo Encuesta de Satisfacción Usuaría**  
**(D.4\_1.4)**  
 Documento de apoyo para el indicador  
 Porcentaje de Satisfacción Usuaría

Folio

**Encuesta de Satisfacción Usuaría Área Urgencia**

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

Servicio o Unidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Tipo de usuario: Paciente\_\_ Acompañante\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidad o país de origen: \_\_\_\_\_

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

1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?		Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
Admisión/ Informaciones	1.1 Personal de Admisión			
	1.2 Personal de recaudación			
	1.3 Personal de informaciones/OIRS			
Proceso de atención	1.4 Médico			
	1.5 Enfermero/a			
	1.6 Matrón (a)			
	1.7 Técnico Paramédico			
Seguridad	1.8 Personal de guardias			
Otro	1.9 Otro (Ej.: Auxiliar de servicio, Personal de aseo) Especificar _____			

2. Respeto de la atención e información ¿Qué nota le pondría a...?		Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.				
2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)				
2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.				
2.4 La claridad de la información entregada por el personal al paciente y su(s) acompañante(s)				
4. Respeto a la infraestructura, qué nota le pondría a....?		Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
4.1 La comodidad durante la espera de atención (iluminación, sillas, otros)				
4.2 La limpieza/aseo de sala de espera				
4.3 La limpieza/aseo en box de atención				
4.4 La limpieza/aseo de los baños				

## 4. En general ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en el área de urgencia?

Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta

## 5. Finalmente, ¿Qué aspecto(s) del funcionamiento y atención en esta unidad necesita(n) ser mejorado(s)?

<input type="checkbox"/> Trato del personal	<input type="checkbox"/> Calidad de la información entregada
<input type="checkbox"/> Infraestructura del lugar	<input type="checkbox"/> Organización del lugar
¿Qué nos sugiere para mejorar?	
_____	
_____	
_____	

## Datos para supervisión:

Los siguientes datos son solicitados para efectos de supervisión, ya que usted podría ser contactado telefónicamente para conocer si efectivamente la encuesta le fue aplicada.

Nombre del encuestado/a (voluntario):	Teléfono o e-mail encuestado/a (obligatorio)
Nombre completo encuestador/a (obligatorio):	

Agradezca Y Cierre

**Encuesta de Satisfacción Usuaría Área Ambulatorio**

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

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

Servicio o Unidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Tipo de usuario: Paciente\_\_ Acompañante\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidad o país de origen: \_\_\_\_\_

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

	1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
Admisión/ Informaciones	1.1 Personal de Admisión			
	1.2 Personal de recaudación			
	1.3 Personal de informaciones/OIRS			
Proceso de atención	1.4 Médico			
	1.5 Enfermero/a			
	1.6 Matrón (a)			
	1.7 Técnico Paramédico			
	1.8 Nutricionista			
Seguridad	1.9 Kinesiólogo/a			
	1.10 Personal de guardias			
Otro	1.11 Otro (Ej.: Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Auxiliar de servicio, Personal de aseo) Especificar _____			

	2. ¿Qué nota le pondría a la atención e información recibida, respecto a...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
	2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.			
	2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)			
	2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.			
	2.4 La claridad de la información administrativa entregada (recaudación, toma de muestras, imagenología).			

	3. ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en las siguientes unidades de apoyo, respecto a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
	3.1 La atención en Laboratorio (Toma de muestras)			
	3.2 La atención en Imagenología (Radiografías, scanner)			
	3.3 La atención en Farmacia			
	3.4 La orientación de la Oficina de informaciones / OIRS			

	4. Respecto a la infraestructura, qué nota le pondría a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
	4.1 La comodidad durante la espera de atención (iluminación, sillas, otros)			

4.2 La limpieza/aseo de sala de espera			
4.3 La limpieza/aseo en box de atención			
4.4 La limpieza/aseo de los baños			

**5. En general, ¿Qué nota le pondría usted a la atención recibida en el área Ambulatoria?**

Escriba nota de 1 a 7	No aplica	No responde

**6. Finalmente, ¿Qué aspecto(s) del funcionamiento y atención en esta unidad necesita(n) ser mejorado(s)?**

<input type="checkbox"/> Trato del personal	<input type="checkbox"/> Calidad de la información entregada
<input type="checkbox"/> Infraestructura del lugar	<input type="checkbox"/> Organización del lugar
<p>¿Qué nos sugiere para mejorar?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

**Datos para supervisión:**

Los siguientes datos son solicitados para efectos de supervisión, ya que usted podría ser contactado telefónicamente para conocer si efectivamente la encuesta le fue aplicada.

Nombre del encuestado/a (voluntario):	Teléfono o e-mail encuestado/a (obligatorio)
Nombre completo encuestador/a (obligatorio):	

Agradezca Y Cierre

## I. Instructivo Encuesta de Satisfacción Usuaría área urgencia y ambulatoria.

### 1. ANTECEDENTES GENERALES.

La presente encuesta tiene como objetivo conocer el nivel de satisfacción usuaria en los/as usuarios/as o acompañantes sobre el proceso de atención recibida en la unidad de urgencia y área ambulatoria. De las respuestas obtenidas, se espera orientar mejoras en la calidad de la atención a las personas en dichas unidades.

### 2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Para definir la muestra se recomiendan dos opciones:

- a) Obtener un tamaño de muestra representativa, utilizando la planilla para la estimación de muestras enviada por el MINSAL, la que considera los siguientes parámetros: Número de atenciones realizadas por cada área (urgencia y ambulatoria) en el mismo mes del año anterior, desviación estándar estimada (2), margen de error (0,5) y nivel de confianza del (95%). Aplicada la encuesta, se espera alcanzar al menos un 80% de satisfacción de los/as usuarios/as o acompañantes encuestados.

### 3. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

A continuación, se desglosará cada uno de los ítems incluidos en el instrumento a fin de explicar el sistema de llenado. Recomendamos al encuestador/a, leer en detalle cada una de las preguntas de la encuesta, ya que las variables consultadas tienen distintos niveles de profundidad y desagregación.

**Cabe destacar que las encuestas deben ser aplicadas de forma presencial y durante el mes de evaluación.**

#### I. Introducción.

**Folio:** Corresponde al número correlativo de cada una de las encuestas (01, 02, 03).

Al iniciar la comunicación con el usuario/a, Ud. debe presentarse indicando nombre completo y señalarle el objetivo de la encuesta. Es importante destacar que las respuestas entregadas son totalmente anónimas y no comprometerán la atención.

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

#### II. Datos del Servicio/Unidad y encuestado/a.

Es importante completar los siguientes puntos:

1. Servicio o unidad al que corresponde.
2. Fecha de encuesta y hora de realización.
3. Usuario/a - Acompañante: especificar quien responde la encuesta. Solo puede ser encuestado el acompañante en caso de que este/a haya estado presente durante todo el proceso de atención (Ej. paciente Adulto mayor, paciente menor de edad, paciente no autovalente, paciente grave, otros).
4. Parentesco: responder solo en caso de que la encuesta sea respondida por un acompañante (Ej. Madre, padre, hijo/a, abuelo/a, vecino/a, amigo/a, otro).

5. Género.
6. Rango de edad.
7. Nacionalidad o país de origen.

Servicio o Unidad: _____	Fecha: ___/___/___	Hora: ___: ___
Tipo de usuario: Paciente__ Acompañante__	Parentesco: _____	
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="checkbox"/> 18 - 29	<input type="checkbox"/> 30 – 59 <input type="checkbox"/> 60 o más
Nacionalidad o país de origen: _____		

### III. Desarrollo de la encuesta.

Cada usuario/a que conteste la encuesta indicará su nivel de satisfacción usuaria respecto de la atención recibida en las áreas de urgencia y ambulatorio, escogiendo una nota dentro del rango 1-7 (con posibilidad de uso de decimales).

El encuestado puede responder colocando una nota de 1 a 7, o en caso de que la respuesta no corresponda o no sea contestada, registrar “No Aplica” o “No Contesta”.

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

#### 1. Trato e información.

Se busca conocer la percepción respecto del trato recibido por parte del personal indicado. Cabe destacar que la respuesta debe ser entregada considerando el personal que atendió al paciente (puede ser uno o más):

#### Área urgencia.

	1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
<b>Admisión/ Informaciones</b>	1.1 Personal de Admisión			
	1.2 Personal de recaudación			
	1.3 Personal de informaciones/OIRS			
	1.4 Médico			
<b>Proceso de atención</b>	1.5 Enfermero/a			
	1.6 Matrón (a)			
	1.7 Técnico Paramédico			
<b>Seguridad</b>	1.8 Personal de guardias			
<b>Otro</b>	1.9 Otro (Ej.: Auxiliar de servicio, Personal de aseo) Especificar _____			

**Área ambulatoria.**

	1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
<b>Admisión/ Informaciones</b>	1.1 Personal de Admisión			
	1.2 Personal de recaudación			
	1.3 Personal de informaciones/OIRS			
<b>Proceso de atención</b>	1.4 Médico			
	1.5 Enfermero/a			
	1.6 Matrn (a)			
	1.7 Técnico Paramédico			
<b>Seguridad</b>	1.8 Nutricionista			
	1.9 Kinesiólogo/a			
<b>Otro</b>	1.10 Personal de guardias			
	1.11 Otro (Ej.: Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Auxiliar de servicio, Personal de aseo) Especificar _____			

**Área ambulatoria.**

3. ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en las siguientes unidades de apoyo, respecto a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
3.1 La atención en Laboratorio (Toma de muestras)			
3.2 La atención en Imagenología (Radiografías, scanner)			
3.3 La atención en Farmacia			
3.4 La orientación de la Oficina de informaciones / OIRS			

Este ítem solicita al usuario/a evaluar algunos aspectos de la atención e información recibida en atención de urgencia y área ambulatoria. Debe evaluar cada aseveración:

**Área urgencia.**

2. Respecto de la atención e información ¿Qué nota le pondría a...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.			
2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)			
2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.			
2.4 La claridad de la información entregada por el personal al paciente y su(s) acompañante(s)			

**Área ambulatoria.**

2. ¿Qué nota le pondría a la atención e información recibida, respecto a...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.			
2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)			
2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.			
2.4 La claridad de la información administrativa entregada (recaudación, toma de muestras, imagenología).			

**2. Infraestructura.**

Con las siguientes preguntas se espera conocer la percepción sobre la limpieza, aseo y comodidad durante la espera y en la atención.

**Área urgencia y ambulatoria.**

4. Respecto a la infraestructura, qué nota le pondría a....?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
4.1 La comodidad durante la espera de atención (iluminación, sillas, otros)			
4.2 La limpieza/aseo de sala de espera			
4.3 La limpieza/aseo en box de atención			
4.4 La limpieza/aseo de los baños			

**3. Evaluación general.**

Considerando todo el proceso de atención el/la usuario/a debe indicar su nivel de satisfacción con la atención recibida:

**Área urgencia y ambulatoria.**

4. En general ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en el área?		
Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta

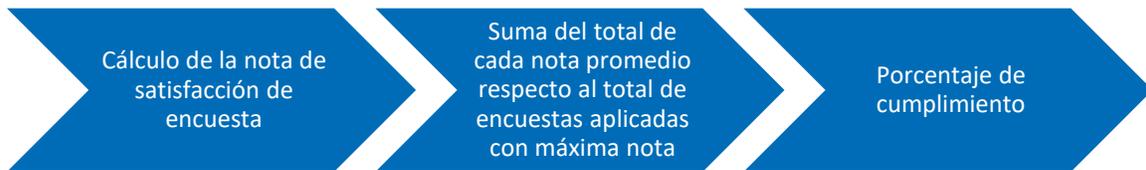
A continuación, el/la usuario/a puede decidir por la(s) opción(es) que considere pertinente(s) y comentar por qué necesita(n) ser mejorada(s) dependiendo del área en el/la que fue atendido/a. Los aspectos señalados corresponden a:

- **Trato del personal:** Se refiere al trato que se brinda al usuario(a) durante todo el proceso de la atención. Considera ámbitos como la recepción y acogida, lenguaje utilizado y la disposición del equipo para la atención.
- **Calidad de la información entregada:** Se refiere a la información necesaria que los (as) usuarios (as) y/o sus acompañantes deben manejar acerca del proceso de atención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, entre otros.
- **Infraestructura del lugar:** Se debe considerar salas de espera, servicios higiénicos, box de atención, etc.

- **Organización del lugar:** Se refiere al funcionamiento general de la unidad/servicio, horarios, coordinación, proceso de atención, entre otros.

Además, el/la usuario/a puede entregar su opinión sobre aspectos de la atención que considere relevantes a mejorar.

#### Área urgencia y ambulatoria.



#### 5. Finalmente, ¿Qué aspecto(s) del funcionamiento y atención en esta unidad necesita(n) ser mejorado(s)?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trato del personal        | <input type="checkbox"/> Calidad de la información entregada |
| <input type="checkbox"/> Infraestructura del lugar | <input type="checkbox"/> Organización del lugar              |

¿Qué nos sugiere para mejorar?

---



---



---

#### 4. Agradezca y cierre.

Para finalizar la encuesta, es importante que el/la encuestador/a agradezca al usuario/a la disposición para responder cada una de las preguntas y el tiempo destinado. A continuación, se despide cordialmente del usuario.

La última parte de la encuesta corresponde al encuestador/a, quien deberá registrar su nombre completo y algunos datos del encuestado/a los que son entregados de forma voluntaria y obligatoria para efectos de supervisión del proceso de medición.

#### Datos para supervisión:

Los siguientes datos son solicitados para efectos de supervisión, ya que usted podría ser contactado telefónicamente para conocer si efectivamente la encuesta le fue aplicada.

Nombre del encuestado/a (voluntario):	Teléfono o e-mail encuestado/a (obligatorio)
---------------------------------------	--

Nombre completo encuestador/a (obligatorio):
--

## 5. Cálculo del porcentaje de cumplimiento.

El cálculo del porcentaje de cumplimiento se divide en dos partes. Una primera, en la que se saca la nota promedio de las encuestas individuales y una segunda, en la que se suman todas las notas obtenidas respecto del número de encuestas aplicadas con la máxima nota. Lo que conlleva al porcentaje de cumplimiento. Podemos resumir este proceso en el siguiente flujo:

## 6. Nota promedio de la encuesta.

La nota promedio de encuesta es, básicamente, un promedio de las notas dadas en cada una de las preguntas. Nótese que en el denominador sólo se consideran las preguntas para las que el/la encuesta dio una nota.

$$\text{Nota promedio de encuesta} = \frac{\sum \text{Nota en cada una de las preguntas}}{\text{Total de preguntas contestadas}}$$

Dónde,

- (1) Nota en cada una de las preguntas: está es la nota dada por el/la encuestado/a para cada una de las preguntas contestadas. Por ejemplo, en el apartado uno “¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del/la...?”, se deben considerar las notas de cada una de las preguntas contestadas, como por ejemplo “1.1 Médico”, “1.2 Enfermero/a”, etc.
- (2) Total, de preguntas contestadas: Aquí se considera el número total de preguntas que efectivamente contesto el/la encuestado/a, por lo que se deben descontar aquellas en las que se marcó “No aplica” o “No contesta”.

Por ejemplo, en una encuesta aplicada en el área de urgencia:

1. ¿Qué nota le pondría al trato recibido por parte del personal...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
1.1 Médico	5,2		
1.2 Enfermero/a	7		
1.3 Matrn (a)		x	
1.4 Técnico Paramédico	5		
1.5 Personal de Admisión		x	
1.6 Personal de Recaudación		x	
1.7 Personal de informaciones/OIRS		x	
1.8 Personal de guardias		x	
1.9 Otro (Ej.: Auxiliar de servicio, Personal de aseo)		x	

2. Respecto de la atención e información ¿Qué nota le pondría a...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
2.1 La disposición del médico a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento.	6		
2.2 La explicación del médico sobre su estado de salud con lenguaje claro y sencillo (diagnóstico, pronóstico, tratamiento, otros)	4,8		
2.3 La disposición del médico a involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.	6		
2.4 La claridad de la información entregada por el personal al paciente y su(s) acompañante(s)	5		

3. Respecto del entorno ¿Qué nota le pondría a...?	Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
3.1 La limpieza/aseo de sala de espera	6,3		
3.2 La limpieza/aseo en box de atención	7		
3.3 La limpieza/aseo de los baños	6		
3.4 La comodidad durante la espera de atención (iluminación, sillas, otros).	6		

4. En general ¿Qué nota le pondría a la atención recibida en el área de urgencia?		
Escriba la nota de 1 a 7	No aplica	No contesta
5,4		

Como se observa, se contestó un total de 12 preguntas. 6 preguntas no fueron contestadas ya que se marcó “No aplica” en ellas. **Calculemos entonces la nota promedio.**

$$\text{Nota promedio encuesta} = \frac{(\sum_{P=1}^Z \text{Nota de pregunta } P)}{Z}$$

Donde Z es el total de preguntas que se les puso nota en escala de 1 a 7.

$$\text{Nota promedio encuesta} = \frac{(5,2 + 7,0 + 5,0 + 6,0 + 4,8 + 6,0 + 5,0 + 6,3 + 7,0 + 6,0 + 6,0)}{12} = 5,8$$

Entonces la nota promedio de la encuesta ejemplo es **5,8**.

#### **Cálculo del porcentaje de cumplimiento.**

Una vez obtenida la nota promedio de cada una de las encuestas individuales, se debe proceder a calcular el porcentaje de cumplimiento para el establecimiento, lo que constituye el Indicador de “Porcentaje de Satisfacción Usuaría” propiamente tal.

$$\text{Puntaje general} = \frac{(\text{nota promedio } E1 + \text{nota promedio } E2 + \text{nota promedio } E3 \dots)}{N \times 7,0}$$

Donde E es Encuesta y N es el total de encuestas aplicadas.

Por ejemplo, si se realizó 10 encuestas en el área de urgencia:

Encuesta	Nota
Encuesta 1	5,8
Encuesta 2	6,3
Encuesta 3	7,0
Encuesta 4	5,8
Encuesta 5	6,5
Encuesta 6	4,7
Encuesta 7	5,8
Encuesta 8	5,7
Encuesta 9	5,4
Encuesta 10	5,1
Promedio	58,1

$$\text{Puntaje general} = \frac{(5,8 + 6,3 + 7,0 + 5,8 + 6,5 + 4,7 + 5,8 + 5,7 + 5,4 + 5,1)}{10 \times 7,0} = \frac{58,1}{70} = 0,83$$

Una vez obtenido el puntaje general de las encuestas, se procederá a la conversión a un porcentaje de cumplimiento.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = 100 \times \text{Puntaje general}$$

En el ejemplo, el porcentaje es:

$$0,83 \times 100 = \mathbf{83\%}$$

En este ejemplo, se obtuvo un porcentaje de satisfacción usuaria del 83% en el área de urgencia.

- II. Consideraciones supervisión a la aplicación del cuestionario a los 57 Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) más los Hospitales candidatos e invitados.

Con el propósito de asegurar la calidad y validez de las encuestas aplicadas, el equipo de Participación Ciudadana y Trato al Usuario del Ministerio de Salud, monitoreará de forma mensual el trabajo de campo realizado por los equipos. Dicho proceso, se realizará seleccionando aleatoriamente a 8 establecimientos cada mes, hasta completar el seguimiento de los 57 Hospitales Autogestionados más los Hospitales candidatos e invitados, al finalizar el año.

Para ello, cada recinto hospitalario deberá entregar, al término de cada mes, una base de datos con la información de contacto de las personas encuestadas en el periodo. En caso de ser elegidos, se procederá a seleccionar de forma aleatoria el 10% de los datos entregados, los cuales serán contactados telefónicamente, para validar el cuestionario aplicado. Esta información debe ser enviada a Fabiola López Plaza, correo: [fabiola.lopez@minsal.cl](mailto:fabiola.lopez@minsal.cl), con copia a Bernardita Palma Piña, correo: [bernardita.palma@minsal.cl](mailto:bernardita.palma@minsal.cl).

Los resultados de la supervisión, se notificarán a los equipos al finalizar el año, a través de un cuadro resumen que valide el trabajo de campo. De esta manera, si los contactos seleccionados efectivamente notifican que fueron encuestados, el establecimiento mantendrá el puntaje obtenido en sus reportes; sin embargo, si uno o más de uno de los contactos seleccionados comunica que no se le aplicó la encuesta, se procederá a descontar 1 punto en la evaluación final del indicador.

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