



Subsecretaría  
de Redes  
Asistenciales

Gobierno de Chile



**ORIENTACIONES COMPLEMENTARIAS  
METAS LEYES 18.834 - 19.664 - 20.707**

**Departamento de Control de Gestión  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
2023**





## AUTORES

### SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

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

Carolina Salgado Manzano.

Sebastián Cid Alvarado.

## COLABORADORES

### SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

#### Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua

Jessie Morales Quezada

#### División de Gestión de la Red Asistencial.

#### Oficina de Gestión de la Información y Control de Gestión

Lilian Pérez Pérez.

George Erice Chávez

Janette Toledo Reyes

Mabel Pinilla Villalobos

Yeni Varas Meneses

Fabiola Galleguillos Navarrete

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

Solange Burgos Estrada

Paulo Vilches González

Roberto Araneda Ortega

Maureen Gold Semmler.

Karina Guzmán González

Patricia Acevedo Loyola

Romina Venturino Solar.

Leonardo Molina Fuentes

Claudia Muñoz Ponce

Claudia Montenegro Ponce

Pablo Norambuena Mateluna.

Susana Fuentealba Cofre

#### Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.

Yonathan San Martín Vega

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





Pamela Flores Rojas.  
Mauro Orsini Brignole.

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

Carolina Oshiro  
Rodrigo Wolff

**División de Atención Primaria.**

**Departamento de Control de Gestión y Calidad.**

Laura Morlans Huaquin.  
Xenia Benavides Manzoni.  
Marcela Rivera Medina.



## Contenido

<b>Introducción</b> .....	7
<b>Capítulo I: Metas Sanitarias Ley 18.834</b> .....	8
<b>Marco Legal</b> .....	9
I. Metas Sanitarias Establecimientos Alta, Mediana y Baja Complejidad de la Red de Servicios de Salud. Ley 18.834.....	10
1.1 Porcentaje de personas diabéticas compensados en el grupo de 15 y más años.....	10
1.2 Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación anual de los pies.....	11
1.3 Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años.....	12
1.4 Porcentaje de egresos de Maternidad con lactancia materna exclusiva.....	13
1.5 Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red.15	
1.6 Porcentaje de categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH.....	17
1.7 Porcentaje de pacientes categorizados con CUDYR (categorización usuaria por dependencia y riesgo).....	19
1.8 Porcentaje de Gestión Efectiva para el cumplimiento GES en la Red.....	21
1.9 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas. 23	
II. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2023 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud.....	24
2.1 Porcentaje de llamadas al 131 contestadas en el año t.....	24
2.2 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 10 segundos de espera en el año t.....	25
2.3 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 20 segundos de espera en el año t.....	26
2.4 Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).....	27
2.5 Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo con condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico). 28	
III. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.....	29
3.1 Porcentaje de funcionarios regidos por el estatuto administrativo, capacitados en el año t, en al menos una actividad de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.....	29
<b>Capítulo II: Metas de Producción y Calidad Ley 20.707</b> .....	30
<b>Marco Legal</b> .....	31
I. Área de Producción.....	32
1.1 Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/ o ESI2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) 32	
1.2 Donación y Procuramiento de Órganos.....	34
II. Área de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	37
2.1 Regulación médica de solicitudes de transporte secundario según protocolo establecido en el Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	37
2.2 Actualización de conocimientos ACLS - Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado a médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	38
2.3 Utilización de identificación funcionaria por los médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	39
IV. Área de Calidad.....	40
3.1 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso consentimiento informado. 40	
3.2 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas.....	42
3.3 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada.....	44
3.4 Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno.....	46
3.5 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia 48	
3.6 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de registros clínicos. 50	
3.7 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo.....	52
<b>Capítulo III: Metas de Desempeño Institucional Ley 19.664</b> .....	54



Marco Legal.....	55
I. Área atención médica a usuarios.....	57
1. Porcentaje de personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 años y mas.....	57
2. Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes mellitus 2 bajo control, con evaluación anual de los pies.....	58
3. Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años.....	59
4. Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.....	60
5. Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.....	61
6. Porcentaje de disminución del 20% de la Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores de mayor antigüedad al cierre del año t-1.....	62
7. Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.....	63
8. Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialistas en modalidad presencial y a distancia. 65	
9. Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas 70	
10. Promedio de días de estada de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio. 71	
II. Área de Coordinación de Red Asistencial.....	75
11. Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.....	75
III. Área de Atención Pre Hospitalaria (aplica sólo para los Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud).....	77
12. Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.....	77
13. Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.....	78
14. Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitantes.....	79
IV. Área de Atención Hospital Metropolitano.....	80
15. Porcentaje de médicos con capacitación vigente en RCP.....	80
16. Porcentaje de órdenes de exámenes de imagenología realizada según protocolo en el año t.....	81
17. Porcentaje de médicos capacitados en prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.....	82
18. Porcentaje de transfusiones que se realizan de acuerdo con protocolo en el año t.....	84
<b>Anexos.....</b>	<b>85</b>
Anexo. N°1 "Informe de justificación Lactancia Materna Exclusiva al alta del servicio Gineco-obstétrico".....	85
Anexo. N°2 "Instructivo de Informe de Justificación Meta Lactancia Materna Exclusiva (LME) al Egreso de los Servicios Gineco-obstétricos" 87	
Anexo. N°3 "Consentimiento informado para mujeres que se acogen a su derecho de no amamantar".....	89



## Introducción

En el sistema de salud chileno, existen diversos establecimientos de salud tanto en el sector público como en el sector privado. Los establecimientos públicos son administrados por el Estado a través del Ministerio de Salud y los Servicios de Salud regionales y municipales. Estos incluyen hospitales de todas las complejidades y centros de atención primaria como centros de salud familiar, centros de salud mental y comunitaria, servicios de atención de urgencia, postas rurales de salud, entre otros.

Los y las funcionarios y funcionarias de salud en el sector público incluyen a múltiples profesionales, técnicos y personal del tipo administrativo, en donde su trabajo colaborativo, coordinado y de excelencia permite la entrega de prestaciones y servicios sanitarios oportunos y de calidad a la población dentro del territorio nacional que así lo requiera. Estas personas son empleados del Estado y reciben una remuneración de acuerdo con su categoría, nivel de experiencia y otros factores establecidos en las escalas y bonificaciones salariales del sector público.

En cuanto a los incentivos remuneracionales, existen diversos mecanismos para incentivar el desempeño y la productividad de los funcionarios de salud. Algunos de estos incentivos pueden incluir:

1. Bonificaciones por cumplimiento de metas: Se establecen metas y objetivos específicos, como el cumplimiento de indicadores de calidad o eficiencia, y los funcionarios que logran alcanzar o superar estas metas pueden recibir una bonificación adicional en su remuneración.
2. Pagos por turnos extras: En algunos casos, los funcionarios de salud pueden recibir remuneración adicional por trabajar turnos extras o en horarios especiales, como fines de semana o festivos.
3. Estímulos por especialización y capacitación: Los profesionales de la salud que se especializan en áreas específicas o participan en programas de capacitación y educación continua pueden recibir incentivos adicionales, como aumento salarial o bonificaciones.

Es importante tener en cuenta que los incentivos remuneracionales pueden variar según el tipo de establecimiento de salud, el nivel jerárquico del funcionario y las políticas internas de cada institución.

Entre los principales mecanismos de incentivos remuneracionales asociados al cumplimiento de compromisos institucionales que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile se encuentran las metas sanitarias, estipuladas en la Ley N°18.834 para profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares; metas de producción y calidad regidas por la ley N°20.707 que incentiva a los profesionales médicos que se desempeñan en sistema de turno; y por último, las metas de desempeño institucional vinculadas a los profesionales regidos por la Ley N°19.664.

En este contexto, el presente documento contiene las orientaciones técnicas específicas para los indicadores asociadas a las diferentes metas que rigen para el año 2023, de las tres leyes de personal nombradas en el párrafo anterior.

Finalmente, se requiere que los Servicios de Salud y sus redes de establecimientos estudien con detenimiento las orientaciones técnicas que esta Subsecretaría pone a su disposición, para el monitoreo y evaluación de las metas de desempeño.



Subsecretaría  
de Redes  
Asistenciales

Gobierno de Chile



# CAPÍTULO I: METAS SANITARIAS LEY 18.834





## Marco Legal



La Ley N°18.834, también conocida como Estatuto Administrativo, regula el estatuto de los funcionarios públicos en Chile. Esta ley establece los derechos, deberes, beneficios y régimen laboral aplicables a los funcionarios del Estado, incluyendo aquellos que trabajan en el sector de la salud.

La asignación de desarrollo de estímulo de desempeño colectivo, para las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos; y la asignación de acreditación individual y estímulo de desempeño colectivo para la planta de profesionales, se otorga a través del cumplimiento de un conjunto de indicadores y metas denominadas "Metas Sanitarias", las que se encuentran normadas por los

siguientes cuerpos legales y reglamentarios:

Marco regulatorio	Descripción
Art. 83° y 86 del DFL N°1/2004	Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469. Promulgado el 23 de septiembre de 2005. Publicado en el Diario Oficial el 24/04/2006. Última versión del 17 de febrero de 2012.
Ley N°18.834	Estatuto Administrativo - DFL 29 fija texto refundido y sistematizado de la presente Ley
Decreto Ley N°249, de 1974	Fija Escala Única de Sueldos para el Personal
Decreto 123/2004	Aprueba Reglamento que Regula el Otorgamiento del Componente Asociado al Cumplimiento Anual de Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención Proporcionada a los Usuarios de las Asignaciones de Desarrollo y Estimulo al Desempeño Colectivo, y de Acreditación Individual y Estimulo al Desempeño Colectivo, Conforme a lo señalado los artículos 63 y 67 del Decreto Ley N°2.763 de 1979

A través de la Resolución Exenta N°650 del año 2022, el Ministerio de Salud fijó las metas sanitarias nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2023 en conformidad al decreto N°123 del 2004.

En este documento se establecen los objetivos de mejoramiento de la atención de la gestión 2023 de los Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial y las metas sanitarias de establecimientos de alta, mediana y baja complejidad de la red de Servicios de Salud.

## I. Metas Sanitarias Establecimientos Alta, Mediana y Baja Complejidad de la Red de Servicios de Salud. Ley 18.834

### 1.1 Porcentaje de personas diabéticas compensados en el grupo de 15 y más años.

#### Consideraciones Técnicas.

Se entiende por persona diabética compensada aquella que, habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2, presenta una HbA1c < 7 (grupo etario entre 15 y 79 años) o una HbA1c < 8 (grupo etario entre 15 y 79 años) según último control vigente.

Las personas diabéticas bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no han dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

Para este indicador se considerará el formulario REM P04, y además un resumen de los resultados indicando claramente de donde se obtienen los datos para la construcción de dicho indicador, por lo que es recomendable que los encargados de Control de Gestión de Servicios de Salud revisen que el ingreso de datos al sistema se realice según forma y plazo.

#### Medios de Verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de personas diabéticas compensados en el grupo de 15 y más años.		Número de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses		HbA1C <7% y HbA1C <8%	P4	COL01	P4180300, P4200200	C36, C37
		Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario		Diabéticos	P4	COL01	P4150602	C17
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información				Depto. De Control de Gestión y Calidad, DIVAP Laura Morlans Huaquin				

## 1.2 Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación anual de los pies.

### Consideraciones Técnicas.

La meta tiene por objetivo asegurar que a toda persona con diabetes bajo control se le examinen los pies, se clasifique según riesgo de ulceración/amputación y se defina un plan diferenciado de seguimiento y educación según nivel de riesgo, para prevenir estas complicaciones.

### Medios de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación anual de los pies.	Número de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente en el año t.	RIESGO BAJO, MODERADO, ALTO, MAXIMO	P4	COL01	P4190809, P4170300, P4190500, P4190600	C60, C61, C62, C63
	Total de personas diabéticas de 15 años y más bajo control en el nivel primario.	DIABETES MELLITUS 2	P4	COL01	P4150602	C17
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento		Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información		Depto. De control de gestión y calidad, DIVAP Laura Morlans Huaquin				

### 1.3 Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años.

#### Consideraciones Técnicas.

Se entiende por persona hipertensa compensada aquella cuyo grupo etario está entre 15 y 79 años, habiendo sido diagnosticada con presión arterial persistentemente elevada ( $\geq$  o = a 140/90 mmHg) registra una presión arterial menor a PA < 140/90 mmHg en último control vigente, más las personas del grupo etario de 80 y más años, con presión arterial menor a PA < 150/90 mmHg.

Las personas hipertensas bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no han dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

#### Medios de Verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años		Nº de personas con HTA con presión arterial compensada en los últimos 12 meses		PA < 140/90 mmHg y PA < 150/90 mmHg	P4	COL01	P4180200, P4200100	C34, C35
		Total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario		HIPERTENSION ARTERIAL	P4	COL01	P4150601	C16
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información				Depto. De control de gestión y calidad, DIVAP Laura Morlans Huaquin.				

## 1.4 Porcentaje de egresos de Maternidad con lactancia materna exclusiva.

### Consideraciones Técnicas.

La lactancia materna (LM) es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior a las curvas basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o fórmula láctea<sup>1</sup>.

La leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. La leche humana, además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico<sup>2</sup>.

Por otro parte, los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera<sup>3</sup>.

La lactancia materna es un importante factor positivo en la Salud Pública y las prácticas óptimas de LM se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que a su vez es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS. El indicador tiene por objeto incentivar la indicación de lactancia materna exclusiva (LME) en todas las Unidades Hospitalarias del país, que cuenten con Servicios Gineco-obstétricos y de Neonatología.

La meta sanitaria de la Ley 18.834 de LME al alta hospitalaria se medirá sólo en las Maternidades, excluyendo las altas de los servicios de Neonatologías. El Medio de verificación se obtiene del REM A24 Sección E, donde se informan todas las Altas de los servicios indicados.

Para efecto de evaluación de esta Meta Sanitaria:

- Los menores con incompatibilidad de ser amamantados que responden a lo descrito en el **Instructivo informe de justificación (documento adjunto)**, se deben descontar del **Denominador**.
- Los lactantes con madres portadoras de VIH+ o HTLV-1, no requieren completar el **informe de justificación**, sólo declarar el diagnóstico y deben ser contabilizados en planilla de información para el descuento en el denominador, al momento de calcular la meta sanitaria real.
- Así mismo aquellas madres que deciden NO amamantar al RN acogiéndose al derecho que le otorga la Ley N°21.155, deben recibir una consejería previa y dejar constancia en un documento simple de consentimiento informado y deben ser contabilizados en planilla de información para el descuento en el denominador, al momento de calcular la meta sanitaria real.

<sup>1</sup> Nuevo Patrón de Crecimiento de Crecimiento Inf. Lactantes Alim con LM. OMS 2006

<sup>2</sup> Nutr. Hosp. vol.33 no.2 Madrid mar./abr. 2016 Benef. inmunológicos LM, Rev. Sistemática.

<sup>3</sup> Horta, BL, CGKuschir, MC 1997 LM y Mal oclusiones, desarrollo adecuado de arcos dentales y arcos dentales.

Respecto al **Formulario de justificación** de indicación de fórmula láctea (FL) es preciso señalar lo siguiente:

- El Profesional a quien corresponde completar el Informe de Justificación es el médico que indicó FL al recién nacido.
- El formulario es individual y deben existir tantos informes de justificación como número **recién nacidos egresados sin lactancia materna exclusiva (LME)**.

### Medios de Verificación

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva		Número de Egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva		N/A	A24	B107	N/A	<b>107</b>
		Número de Egresos de Maternidad		N/A	A24	B112	N/A	<b>112</b>
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información				Depto. De Control de Gestión y Calidad Laura Morlans Huaquin				

## 1.5 Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red.

### Consideraciones Técnicas.

- 1.1. El cálculo y la evaluación del indicador considera la actividad de consultas de profesionales no médicos, de acuerdo con las orientaciones técnicas enviadas desde MINSAL.
- 1.2. Para efectos del proceso de programación y planificación 2023, se debe seguir los lineamientos ministeriales según la Orientación Técnica de Programación y Planificación en Red del año 2023, disponible en la web MINSAL: <https://www.MINSAL.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>.

### Medios de Verificación.

- 1.1. Planilla Excel de cumplimiento de programación de profesionales no médicos 2023 con la totalidad de los Establecimientos de Alta, Mediana y baja Complejidad y CRS, incluyendo modalidad presencial y a distancia.
- 1.2. Producción; Incluir datos detallados en recuadro: (Rem 2023)

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDAS
Porcentaje de Cumplimiento de Programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red	Nº de consultas de profesionales no médicos realizadas en el año t	N/A	REM A06	D	06020208 06020202 06020602 06020206 07020600	D14:17+19
			A07	D	07024900 07024915 07031120 07024925 07024935 07024920 07024816 07024607 07024705 07024506 09600403	D160:170
			A28	C U U V	28021230 28021240 28021250 28021280 28021290 28021300 28021320 28021330 28021340	B187:189 U199:201 U2010:212 V210:212

			A32	D	32100470 32100480 32100490 32100500 32100510 32100530	D102:106+108
	Nº total de consultas de profesionales no médicos programadas y validadas en el año t X 100	N/A	<a href="https://www.MINSAL.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/">https://www.MINSAL.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/</a>			

**PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023**

Día, mes, año de extracción de los datos	31 de enero de 2024
Método de procesamiento	Extracción de datos - REM ( DEIS)
Unidad o departamento responsable de la información	Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA Susana Fuentealba Cofré



## 1.6 Porcentaje de categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH.

### Consideraciones Técnicas.

El indicador tiene por objetivo potenciar el uso y la implementación de la herramienta Emergency Severity Index (ESI, en español: Índice de Severidad de Emergencia) en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) de Alta Complejidad<sup>4</sup>, que corresponde a un Sistema TRIAGE estructurado y estandarizado, sistema que cuenta con suficiente evidencia científica, para ser implementado en las Unidades de Emergencia Hospitalaria<sup>5</sup>:

*“La disponibilidad del sistema de Triage estructurado en las UEH es considerado como un índice de calidad básico y relevante en la relación riesgo -eficiencia ya que además cuenta con la certificación del profesional que lo realiza”.*

Este nuevo modelo de categorización siendo, el primer subproceso clínico por medio del cual se asegura la oportunidad de atención de pacientes es un sistema de ordenamiento de la atención de los consultantes de las UEH, realizado exclusivamente por enfermería, en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospecha diagnóstica. Este profesional aplica el algoritmo estructurado de la herramienta *“Índice de Severidad de Emergencia”*, en la que, con una evaluación estructurada, estandarizada, breve y toma de signos en solamente un grupo de pacientes, asigna al paciente una de las cinco categorías de C1 a C5.

Este subproceso de categorización y priorización, *“permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos”*. Este proceso prioriza la oportunidad de la atención según el riesgo vital y la complejidad de la atención del paciente.

Es importante precisar que el subproceso de categorización corresponde a un ordenamiento de la demanda y no a una atención médica de urgencia, por lo que bajo ningún punto de vista un paciente que ha sido categorizado puede ser derivado desde ese punto a otro centro de atención, ni establecer que su consulta no es pertinente. Una derivación puede ocurrir solamente precedida de una atención médica. Atención médica de Emergencia/Urgencia: *“Es la atención integral de Emergencia/Urgencia médica otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro centro de atención al Servicio de Urgencia (ya sean atención abierta o cerrada)”*.

### **Escala de Categorización ESI de Pacientes de la UEH.**

La escala estructurada otorga 5 niveles de priorización, los que organizan de la siguiente manera:

- **Pacientes en situación de alto riesgo:** Situación de riesgo vital o de peligro inmediato real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no recibe atención calificada precoz o incluso de inmediato en algunos casos. En esta categoría se incluye C1 y C2.

<sup>4</sup> Exento N°108, 29 de junio 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales Sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en Unidades de Emergencia Hospitalaria.

<sup>5</sup> Manual para la implementación de sistema Triage en los cuartos de Urgencia OPS/OMS diciembre 2012.

En aquellos pacientes que no se encuentran en una situación de alto riesgo, la categorización los segmenta según la complejidad de su atención:

- **Paciente complejo:** Todo paciente que no se encuentra en una situación de riesgo que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención implique la aplicación de variados recursos físicos o humanos. En esta categoría se incluye C3.
- **Paciente de menor complejidad:** Todo paciente que no se encuentra en una situación de riesgo que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención no implique la aplicación de variados recursos físicos o humanos, sino pueda resolverse con la capacidad basal instalada más algún recurso que no demore su atención. En esta categoría se incluye C4 y C5.

El indicador es aplicable a establecimientos de mayor complejidad y para establecimientos de mediana complejidad solo es aplicable sí disponen de profesional exclusivo para la función de categorización, y no es aplicable a establecimientos de baja complejidad.

### Medios de Verificación

La fuente de información para la construcción del numerador corresponde al registro del REM 08, la construcción del numerador es; REM A08 – sección B celda AN64 y para el denominador es; el REM A08, sección ***A.1, columna B – Fila 12 + columna B – Fila 15., que incluye las consultas odontológicas.***

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de Categorización de urgencia a través de ESI en las UEH	de	Nº de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH	según	N/A	REM A08	AN	08180201	<b>AN66</b>
							08180202	
							08180203	
							08180204	
							08222610	
							08180205	
		Nº Total de pacientes con consultas de urgencia realizadas en UEH.		N/A	REM A08	COL B12 COL B15	08221000 08241030	<b>B12+B15</b>
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				31 de enero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos – REM (DEIS)				
Unidad o departamento responsable de la información				Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

## 1.7 Porcentaje de pacientes categorizados con CUDYR (categorización usuaria por dependencia y riesgo).

### Consideraciones Técnicas.

Este indicador tiene por objeto aplicar el instrumento que contribuya a gestionar el proceso de hospitalización en las diferentes unidades asistenciales y mide el porcentaje de pacientes categorizados por riesgo dependencia, mediante la relación entre los días camas categorizados y el total de días camas ocupados.

Para esta categorización se debe:

- Usar el instrumento definido para esta actividad “CUDYR” y se debe aplicar a todos los pacientes que ocupen una cama hospitalaria, excluyendo pensionado. Considerando los pacientes que a lo menos tengan 8 horas de hospitalización, debe considerar a los pacientes que se encuentran deambulando o que se encuentran fuera de la unidad (exámenes o procedimientos), este debe ser aplicado por profesional de enfermería y/o matronería.
- Cada establecimiento podrá definir el horario que deberá ser aplicado este instrumento (día o noche), el que deberá permanecer invariable, y registrarse una vez al día.
- Aplicar de lunes a domingo en unidades de cuidado crítico y de lunes a viernes en unidades de cuidados medios y básicos (esto último en específico dirigido a establecimientos que no dispongan de recurso humano para aplicar instrumento de categorización los fines de semana). Si el Establecimiento cuenta con los recursos para categorizar las unidades de cuidados medios y básicos de lunes a domingo (situación ideal)
- Se sugiere realizar una evaluación cruzada del proceso de categorización entre servicios clínicos, para evaluar la consistencia y concordancia del registro, en establecimientos de mediana y alta complejidad
- Los establecimientos deberán considerar la capacitación continua a los profesionales que aplican este instrumento.
- **Días Camas Ocupados Categorizables:** Corresponde a una cama con paciente categorizado (que cumpla con al menos 8 horas de permanencia y que esté ocupando cama.)

### Medios de Verificación.

- Reporte CUDYR informado por los establecimientos en REM
- REM 20, para los días camas ocupados.

Consideraciones Especiales:

- Realizar corte trimestral enviar pre-informe a la referente MINSAL con el fin de realizar un trabajo colaborativo y focalizado en aquellos SS que presenten bajos cumplimientos (menor al 90%), intencionado una elaboración de plan de mejora.
- Se monitorizarán aquellos establecimientos que realizan mayor categorización a los DCO.
- Se recibirán las apelaciones de los SS, en el caso que su meta se haya visto afectada al cierre del 31-12-2023, estas apelaciones deberán contar con un plan de mejora elaborando anteriormente sumado a un análisis cuanti-cualitativos sobre su realidad local.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes categorizados CUDYR	de	Número de días Camas que se Categorizan	con	N/A	REM Ruta <a href="http://extranet.deis.cl/?page_id=1868">http://extranet.deis.cl/?page_id=1868</a>	N/A	N/A	N/A
(categorización usuaria por dependencia y riesgo).	por	Número de Días Camas Ocupados		N/A	REM Ruta <a href="http://extranet.deis.cl/?page_id=1868">http://extranet.deis.cl/?page_id=1868</a>	N/A	N/A	N/A

#### PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023

Día, mes, año de extracción de los datos	31 de enero de 2024
Método de procesamiento	Extracción de datos - Ruta de REM indicada en recuadro anterior dispone DEIS
Unidad o departamento	Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA.
Responsable de la información	Susana Fuentealba Cofré

## 1.8 Porcentaje de Gestión Efectiva para el cumplimiento GES en la Red

### Consideraciones Técnicas.

Este indicador mide el cumplimiento de garantías de oportunidad en los tiempos indicados. Para estos efectos se debe considerar:

- No se incluirán las garantías nombradas como "no definidas".
- No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
- Incluye toda intervención sanitaria (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento)

Para efectos del cálculo del indicador se debe tener presente la siguiente consideración:

- El número de garantías de oportunidad activadas y cumplidas en el año t (numerador), corresponden al total de garantías cumplidas, garantías exceptuadas y garantías incumplidas atendidas.
- Se definen como garantías activadas en el año t (denominador) a la suma de las garantías cumplidas, garantías exceptuadas, garantías incumplidas atendidas, garantías incumplidas no atendidas a cumplir en el año t y las garantías retrasadas acumuladas.
- El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T, a excepción de las garantías retrasadas que debe ser considerado el total, incluyendo la fecha límite de años anteriores.

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.

Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la resolución deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias.

Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados

Para este indicador los medios de verificación que se deben subir son los señalados en el Decreto, para ello es importante señalar que las bases de datos que proporciona el sistema SIGGES-DATAMART, deben cautelar no proporcionar los antecedentes de identificación de los usuarios, principalmente el RUT, para lo cual se sugiere que, una vez realizada las tablas para obtener los resultados, dicho dato (RUT) se elimine o bloquee de la base de datos proporcionada.

De esta forma el archivo Excel debe contener la base más el análisis por tipo de garantía, de manera de reflejar de la mejor forma los datos para el numerador y denominador, el que además deberá contener un certificado emitido por el director del Servicio de Salud, quien valida y certifica que los datos proporcionados son fidedignos.

## Medios de verificación.

Datos y porcentaje de cumplimiento generada por el Servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGGES, Datamart, u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos, Fonasa extrae los datos de cumplimiento y retraso de garantías que comparte con MINSAL mensualmente, los cuales son ordenados por el Referente MINSAL y envía a los Servicio para su revisión y análisis.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de Gestión Efectiva para el cumplimiento GES en la Red	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas +Garantías Incumplidas Atendidas en el año t	N/A	SIGGES DATAMART	N/A	N/A	N/A
	(Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas no Atendidas) en el año t + Garantías Retrasadas Acumuladas	N/A	SIGGES DATAMART	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Según disposición de Fonasa				
Método de procesamiento		SIGGES - DATAMART				
Unidad o departamento responsable de la información		Oficina de Gestión de la Información y Control de Gestión, DIGERA. Janette Toledo Reyes				

## 1.9 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.

### Consideraciones Técnicas.

Este indicador mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH) que ingresan desde el Servicio de urgencia a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza en tiempo menor o igual a las 12 horas.

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica y los que acceden directamente al proceso quirúrgico (C98)), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia no debe ser considerado con camas de hospitalización.

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los siguientes tiempos:

- Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.
- Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.

### Medio de verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	de	Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH, < de 12 horas para acceder a cama de dotación en año t.	de	N/A	A 08 sección D	C95	08222640	C95
		Número Total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en año t.		N/A	A 08 sección D	C95 C96 C97 C100	8222640 8222650 8222660 8222680	C95+C96+C97+C100

### PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023

Día, mes, año de extracción de los datos	31 de enero de 2024
Método de procesamiento	Extracción de datos - REM (DEIS)
Unidad o departamento responsable de la información	Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega

## II. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2023 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud

### 2.1 Porcentaje de llamadas al 131 contestadas en el año t.

#### Consideraciones Técnicas.

El objetivo de este indicador es velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los centros de atención Pre-hospitalario, optimizando el tiempo de llamado realizados por la población a los servicios de atención médica de Urgencia (SAMU).

#### Medio de verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de llamadas al 131 contestadas año t.	Nº de llamadas contestadas totales	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
	(Nº de llamadas totales entrantes a la PBX 131 - llamadas abandonadas por el usuario antes de 3 segundos de espera)]*100	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de diciembre de 2023				
Método de procesamiento		Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria. Plataforma ACD				
Unidad o departamento responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				



## 2.2 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 10 segundos de espera en el año t.

### Consideraciones Técnicas.

El objetivo de este indicador es optimizar el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a SAMU. El tiempo de respuesta óptimo está definido como < 10 segundos de espera máximo. Se excluyen las llamadas no contestadas.

### Medio de verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de llamadas contestadas en < 10 segundos de espera año t.	Número de llamadas contestadas en menos de 10 segundos	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
	Número de llamadas totales contestadas) *100	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de diciembre de 2023				
Método de procesamiento		Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria. Plataforma ACD				
Unidad o departamento Responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

### 2.3 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 20 segundos de espera en el año t.

#### Consideraciones Técnicas.

El objetivo de este indicador es optimizar el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a SAMU. El tiempo de respuesta óptimo está definido como < 20 segundos de espera máximo. Se excluyen las llamadas no contestadas.

#### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de llamadas contestadas en < 20 segundos de espera año t.	Número de llamadas contestadas en menos de 20 segundos	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
	Número de llamadas totales contestadas) *100	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de diciembre de 2023				
Método de procesamiento		Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria. Plataforma ACD				
Unidad o departamento Responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

## 2.4 Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

### Consideraciones Técnicas.

Un manejo adecuado de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS), permite disminuir la mortalidad y las secuelas que originan los paros cardíacos.

Este indicador tiene por objetivo velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), de acuerdo, al protocolo existente, lo que permitirá minimizar los riesgos asociados a una adecuada reanimación cardiopulmonar.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)	(Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP	N/A	Sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria	N/A	N/A	N/A
	Número total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP) *100	N/A	Sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de diciembre de 2023				
Método de procesamiento		Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria. Centro Regulador SAMU				
Unidad o departamento responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

## 2.5 Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo con condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico).

### Consideraciones Técnicas.

El paciente crítico se encuentra a menudo en un ambiente clínico y fisiológico cambiante. La selección e interpretación de los parámetros a monitorizar son de utilidad solamente cuando van asociados a un razonamiento clínico de la condición del paciente, basado en los elementos de la historia clínica, examen físico y otros auxiliares diagnósticos. Es fundamental comprender que los monitores no son terapéuticos y que jamás deben separar al clínico del lado del paciente.

La monitorización hemodinámica del paciente crítico tiene cuatro propósitos básicos:

- **Alertar:** Según la condición del paciente y el nivel de monitorización, le avisa al clínico cualquier deterioro en la función medida.
- **Diagnóstico continuo:** Permite observar el comportamiento y cambios del paciente en una condición determinada.
- **Pronóstico:** La observación de las tendencias en los parámetros observados en la evolución, ayuda a establecer pronóstico.
- **Guía terapéutica:** Facilita la evaluación y corrección de las medidas terapéuticas implementadas.
- La monitorización incluye tanto técnicas no invasivas como invasivas, que van desde la medición manual del pulso y presión arterial, hasta la medición del Débito Cardíaco (DC) y de las presiones intracardiacas mediante cateterizaciones.

El indicador tiene por objeto asegurar un traslado de pacientes en condiciones de calidad y seguridad, para lo cual se debe utilizar la medición de protocolo en los ámbitos de sujeción y control hemodinámico.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	DEL	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo con condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico).	de	Número de pacientes trasladados de acuerdo (sujeción -control Hemodinámico)	N/A	Sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria	N/A	N/A	N/A
	de	Número total de pacientes Traslados	N/A	Sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>							
Día, mes, año de extracción de los datos			N/A				
Método de procesamiento			Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria. Reporte del C. A. Pre-Hospitalaria.				
Unidad o departamento responsable de la información			Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

### III. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial

#### 3.1 Porcentaje de funcionarios regidos por el estatuto administrativo, capacitados en el año t, en al menos una actividad de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.

##### Consideraciones Técnicas.

Se entenderá por funcionario capacitado, aquel que haya aprobado con nota igual o superior a cuatro (4,0), en al menos una (1) actividad vinculada a alguno de los Ejes Estratégicos, que sea pertinente al área de su desempeño, cuya duración sea igual o superior a 20 horas pedagógicas.

Los Objetivos Estratégicos son los definidos en el Plan Nacional de Salud (ENS) para el periodo.

Para este indicador se considerarán las actividades ejecutadas en el año e incorporadas en; el Programa Anual de Capacitación (PAC), el no PAC y el Programa de Iniciativa Ministerial (PIM), que cuenten con el respectivo registro, con cierre académico o cierre administrativo, en el Módulo de Capacitación del SIRH.

La dotación que considerar para el indicador es la informada al mes de **marzo 2023**.

En caso de que se declare disminución presupuestaria para la ejecución de actividades de capacitación, no disponer oportunamente de la plataforma de capacitación a distancia (SIAD), decreto de Alerta Sanitaria, o alguna eventualidad que represente alteraciones al trabajo de la red, se deben considerar atenuantes significativas al momento de evaluar el cumplimiento de este indicador.

##### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de funcionarios regidos por el estatuto administrativo, capacitados en el año t, en al menos una actividad de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.	Número de funcionarios capacitados año t	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de funcionarios de la dotación *100	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de diciembre de 2023				
Método de procesamiento		Reporte del Departamento de capacitación y desarrollo de recurso humanos de los servicios de salud				
Unidad o departamento responsable de la información		Unidad de capacitación, Servicios de Salud				



Subsecretaría  
de Redes  
Asistenciales

Gobierno de Chile



# CAPÍTULO II: METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD LEY 20.707



## Marco Legal

La implementación de La Ley 20.707 buscó mejorar las condiciones remuneracionales de los y las profesionales funcionarios y funcionarias que ejercen funciones de jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo, e incentivar la permanencia de profesionales especialistas en los servicios o unidades críticas, de urgencias, maternidades y residencias médicas, que requieren atención en forma continua los 365 días del año en la red de establecimientos públicos de salud. Junto con lo anterior, se buscó disminuir la brecha de especialistas en regiones carentes de especialidades médicas de las unidades señaladas; generar un estímulo

de carácter permanente por especialidad y variable orientado al cumplimiento de metas de producción y calidad en dichas unidades de trabajo y, por último, establecer un plan de retiro voluntario para los profesionales pertenecientes a las leyes N°19.664 y N°15.076.

Con relación a los estímulos de carácter fijo y variable que la ley implementó para profesionales funcionarios con jornada de 28 horas semanales de la ley N°15.076, estos tuvieron como finalidad abordar en forma integral los problemas que se suscitan en la gestión clínica de los establecimientos de salud de la red asistencial, haciendo indispensable que la atención de urgencia sea abordada en el marco de la atención al usuario.

En este contexto, el artículo 12 de la referida Ley, establece una asignación de estímulo por competencias profesionales de un 10%, para profesionales funcionarios con desempeño en cargos de 28 horas semanales, regidos por la ley N°15.076, en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, incluidos los profesionales liberados de guardia, que sigan desempeñándose en servicios de urgencia o maternidades y en unidades de cuidado intensivo.

Marco regulatorio	Descripción
Ley N°20.707	Establece los incentivos remuneracionales que indica, a favor de los profesionales de los servicios de salud que señala.
DFL N°1	Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley n°15.076.
Decreto N°172	Aprueba reglamento para el pago de la asignación por cumplimiento anual de metas de producción y de calidad a que se refiere el artículo 12 de la ley n° 20.707

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de la Resolución Exenta N°678 del 30 de septiembre de 2022, fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2023, en el marco de lo prescrito en el Artículo N°12 de la Ley 20.707, que se refiere a la asignación asociadas a metas de producción y calidad de profesionales funcionarios regidos por la Ley 15.076. En este documento se establecen los objetivos para mantener y mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas a la población, procurando desarrollar actividades de acuerdo con las normas y protocolos establecidos para ello, y, cumplir con los estándares generales de calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, eficacia en el uso de los recursos, además de la implementación y aplicación de normas de calidad y seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud.

## I. Área de Producción

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

#### Consideraciones Técnicas.

Este indicador mide el tiempo que espera un paciente C2 para acceder a la primera atención médica en la Unidades de Emergencia Hospitalaria, desde su categorización.

El numerador y denominador se obtienen de un reporte que debe emitir la Unidad de emergencia del establecimiento, tomando como fuente el Dato de Atención de Urgencia y debe contener los campos indicados en la Tabla 1:

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

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

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

#### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de atención de pacientes C2 en los tiempos según estándar en las Unidades de Emergencia	Número total de Pacientes C2 que se atiende en 30 minutos o menos en Unidad de Emergencia	N/A	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2, hora de categorización y hora de primera atención médica.	N/A	N/A	N/A



	Número total de pacientes C2 atendidos en Unidad de Emergencia)	N/A	REM -A 08. Atenciones de Urgencia Sección B	B	08180202	B/62
--	-----------------------------------------------------------------	-----	---------------------------------------------	---	----------	------

**PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023**

Día, mes, año de extracción de los datos	31 de enero de 2024
Método de procesamiento	Extracción de datos - REM
Unidad o departamento responsable de la información	Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega

## 1.2 Donación y Procuramiento de Órganos

### Consideraciones Técnicas.

Este indicador mide el porcentaje de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH y UPC (UCIS, UTI e UCIM o intermedio) adulto y pediátrico, que fueron notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento del hospital base o de la red. El cumplimiento de la meta se aplicará en cada unidad mencionada anteriormente en forma individual.

### Definiciones.

- **Posible Donante:** Todo paciente que cumpla con las siguientes condiciones:
  - Daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados.
  - Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7.
- **Potencial Donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica/muerte por criterio neurológico.
- **Coordinación Local de Procuramiento:** Corresponde a la unidad encargada de gestionar la obtención de órganos y tejidos para trasplantes en los centros asistenciales con capacidad generadora de donantes, pertenecientes a la red de salud pública, privada y de las fuerzas armadas, de orden y seguridad pública del país. Esta coordinación deberá tener disponibilidad los 365 días del año, en un horario 24 horas/7 días a la semana (24/7).
- **UEH:** Unidad de Emergencia Hospitalaria.
- **UPC:** Unidad de Paciente Crítico
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **UCIM:** Unidad de Cuidados Intermedios.

Todo posible donante debe ser notificado y/o pesquisado desde los hospitales de la red hacia la coordinación local de procuramiento correspondiente, vía telefónica o presencial, la que debe quedar registrada en la ficha clínica y en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante – SIDOT.

Es responsabilidad del establecimiento es definir una estrategia de alerta protocolizada institucionalmente.

### Fuentes de datos del numerador y denominador.

**Numerador:** La fuente de datos es el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT), de él se obtiene el reporte individualizado de todos los notificados/pesquisados y registrados por la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) del establecimiento o la CLP de la red.

**Denominador:** La fuente de datos es el sistema de los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD), de él se obtiene el reporte individualizado de todos los egresos fallecidos por causa neurológica según CIE-10, entre 6 meses y 78 años emitidos por la oficina GRD MINSAL.

## Consideraciones.

Para el correcto cruce de los datos individualizados, se identificarán aquellos RUT del numerador que estén contenidos en el denominador, de esta forma se obtiene una ecuación que luego será multiplicada por el amplificador que es 100, obteniéndose el resultado alcanzado según periodo evaluado.

El informe será emitido por la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) del establecimiento o de la red, hacia el referente del Servicio de Salud. (Anexo N°1).

### 1. Cálculo del indicador para Unidad de Emergencia Hospitalaria:

**Numerador:** Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados en UEH adultos y pediátricos, registrados en SIDOT por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red.

**Denominador:** Número total de egresos fallecidos en la UEH adultos y pediátricos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD.

### 2. Cálculo del indicador para Unidad de Paciente Críticos (Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados (Tratamientos) Intermedios):

**Numerador:** Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados en UPC (UCIS, UTI e UCIM o intermedio) adultos y pediátricos, registrados en SIDOT por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red.

**Denominador:** Número total de egresos fallecidos en la UPC (UCIS, UTI e UCIM o intermedio) adultos y pediátricos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD.

#### Periodicidad de evaluación:

Informe semestral	Informe de cierre al 30 de junio de 2023. Primer Semestre (corte / entrega)	Fecha de entrega del informe 31 de julio 2023
Informe Anual	Informe de cierre al 31 de diciembre de 2023. Primer Semestre (corte / entrega)	Fecha de entrega del informe 31 enero 2024

**Para la Meta e Indicador**, se establece que el 90% de los posibles donantes serán notificados y/o pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento o aumento de 30 puntos porcentuales a partir de su línea base año 2022.

#### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos para trasplantes.	Número de posibles/potenciales donantes, entre 6 meses y 78 años, notificados/pesquisados,	N/A	GRD SIDOT	N/A	N/A	N/A

	registrados por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red.					
	Número total de egresos fallecidos por causa neurológica, entre 6 meses y 78 años reportados en GRD *100	N/A	GRD SIDOT	N/A	N/A	N/A

#### PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023

Día, mes, año de extracción de los datos	La fecha de corte para la extracción de los datos los días 15 de julio 2023 y 15 de enero 2024 de las plataformas SIDOT y GRD.
Método de procesamiento	Cruce de la información SIDOT Y GRD. Fuente de información para el denominador GRD (CIE-10) y para el numerador SIDOT. (Excel) Informe emitido por el CLP del establecimiento (Anexo N°1). Para el cumplimiento del indicador se evalúan las unidades por separado.
Unidad o departamento responsable de la información	Coordinación nacional de Procuramiento de trasplante de órganos y tejidos, DIGERA Rodrigo Wolff Rojas

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

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

#### Consideraciones Técnicas.

Realizar transporte secundario cuya regulación debe ser realizada por un médico según protocolo establecido en el Centro Regulador del SAMU perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central.

No requiere orientaciones técnicas específicas.

#### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.) *100	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

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

### Consideraciones Técnicas.

Para este indicador el medio de verificación será el informe certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos capacitados.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de médicos SAMU *100	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023				
Unidad o departamento responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

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

### Consideraciones Técnicas.

Para este indicador el medio de verificación será el Informe certificado de cumplimiento firmado por el departamento de calidad del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos que se les constato el uso de identificación funcionaria (nombre y apellido).

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA S
Porcentaje de médicos con identificación.	Número de médicos que portan con identificación (nombre y apellido)	N/A	Fuente local	N/A	N/A	<b>N/A</b>
	Número total de médicos SAMU *100	N/A	Fuente local	N/A	N/A	<b>N/A</b>
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Dpto. Red de Urgencia, DIGERA Roberto Araneda Ortega				

## IV. Área de Calidad

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

#### Consideraciones Técnicas.

Se establece que el 80% de las cirugías mayores realizadas durante el año 2022, deberán cumplir con los contenidos mínimos en los correspondientes "consentimientos informados", de los pacientes intervenidos en el periodo. La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria trimestral la que se obtendrá de la siguiente manera:

Se debe contar con el listado de cirugías mayores de los respectivos pacientes intervenidos en el trimestre, objeto de consentimiento informado de acuerdo característica DP 2.1 del estándar de acreditación.

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

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

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

1. Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

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

- a) De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- b) Frente a registros manuales se debe:
  - a. calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
  - b. elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumara el valor del intervalo lo que identificara la ubicación del 2º registro, luego a esta última ubicación se le



vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.

- c) Una vez identificados los casos, se procede a ubicar las fichas clínicas que servirán de fuente de información para la medición del indicador.
2. Registrar en pauta cotejo, el cumplimiento de los criterios definidos en protocolo local, incluyendo al menos los criterios mínimos exigidos en la característica DP 2.1 del estándar de acreditación atención cerrada

### Fuentes de información

1. Numerador: Pauta de cotejo elaboración propia con contenidos mínimos de acuerdo, a lo definido en protocolo local (Sistema Acreditación Característica DP 2.1)
2. Denominador: Reporte de sistema informático local de cirugías mayores del periodo evaluado

### Medio de Verificación.

1. Registro de los casos incluidos en la muestra aleatoria.
2. Pauta de cotejo elaboración propia con evaluación del cumplimiento de registros mínimos definidos en protocolo local (Sistema de Acreditación característica DP 2.1). en muestra seleccionada.
3. Informe de resultados firmado por jefe Unidad de desempeño.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registros de consentimiento informado	Número de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de cirugías mayores	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A

### PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023

Día, mes, año de extracción de los datos	Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.
Método de procesamiento	Protocolo local (Sistema de Acreditación característica DP 2.1), con corte 31 de diciembre de 2023.
Unidad o departamento responsable de la información	Unidad Quirúrgica comprometida / Jefe Servicio

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

#### Consideraciones Técnicas.

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

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

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

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

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

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

- De existir registros informáticos (bases de datos) esto debe realizarse a través programas validados y que el prestador estime conveniente (Función Aleatorio Excel; Research randomizer u otra herramienta de aleatorización).
- Frente a registros manuales se debe:
  - a) calcular un intervalo (universo/ tamaño de muestra)
  - b) elegir un número al azar entre 1 y el valor de intervalo calculado que corresponderá a la ubicación del primer registro seleccionado. A este número se le sumará el valor del intervalo lo que identificará la ubicación del 2º registro, luego a esta última ubicación se le vuelve a sumar el intervalo para generar el 3er registro y así sucesivamente hasta lograr el total de la muestra.
  - c) Registrar en pauta cotejo el cumplimiento de los criterios definidos en protocolo local (anexo 1), la Unidad de UPC, nombre del responsable de la evaluación, fecha de la evaluación, etc.

ANEXO N°1 Pauta de Cotejo Cumplimiento Criterios Ingreso a UPC				
Pauta de Cotejo Cumplimiento Criterios Ingreso a UPC				
<b>Fecha</b>				
<b>Nombre de Evaluador</b>				
<b>Firma de Evaluador</b>				
<b>Identificador Ficha / RUT</b>	<b>Fecha Ingreso</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Diagnostico Ingreso</b>	<b>Cumple SI/NO con criterios definidos</b>

### Fuente Información

1. Numerador: Pauta de cotejo (Anexo N° 1) Cumplimiento criterios ingreso UPC según protocolo local (Sistema Acreditación Característica GCL 1.5).
2. Denominador: Registro local del total de ingresos en UPC del periodo.

### Medio de Verificación.

1. Pauta Cotejo (Anexo N°1) con evaluación del cumplimiento de criterios de ingreso UPC según protocolo local (Sistema de Acreditación característica GCL 1.5) en muestra seleccionada.
2. Registro de los casos incluidos en la muestra aleatoria
3. Informe de resultados firmado por Jefe Unidad de desempeño.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso	Número de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso, según protocolo local	N/A	Fuente local	N/A	N/A	<b>N/A</b>
	Número total de pacientes ingresados a UPC	N/A	Fuente local	N/A	N/A	<b>N/A</b>
PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Protocolo local (Sistema Acreditación Característica GCL 1.5), con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Unidad de Paciente Critico comprometida / Jefe de Servicio				

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

#### Consideraciones Técnicas.

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

- El Servicio o Unidad comprometida deberá contar con un listado de los profesionales médicos regidos **por la Ley N° 15.076** al 31 de diciembre 2022 que contenga fecha de última actualización en IAAS (anexo N°2).
- De acuerdo, a información anterior, se determinará los médicos regidos **por la Ley N°15.076** del servicio o unidad comprometida que deben capacitarse en IAAS en el año 2023 (se utilizará como denominador).
- El programa de capacitación debe incluir al menos los temas relacionados a la Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención en salud, duración mínima 20 horas cronológicas y los contenidos los definidos en capsula Aprendizaje Autogestionado MINSAL.
- Registrar en pauta de cotejo (anexo N°2): nombre y RUT del profesional, nombre del curso, horas del curso, fecha capacitación y Entidad que otorga certificado.

ANEXO N° 2 REGISTRO DE CAPACITACION EN IAAS				
Nombre del médico	RUT	Unidad	Fecha de capacitación de 20 o más horas	Entidad que otorga Certificado **

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

\*\*En el caso de que la capacitación, se realice en forma interna, esta se deberá acreditar mediante documento de la Unidad de Control y Prevención de Infecciones o la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud o del Hospital.

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

#### Fuente Información

1. Numerador Registro de profesionales médicos (Ley 15.076) con capacitación vigente en IAAS Al 31 de diciembre de 2023.
2. Denominador: Registro de profesionales médicos (Leyes 15.076) del servicio o unidad comprometida (Sistema de Acreditación, RH 3.1).

#### Medio de Verificación.

1. Listado de los profesionales médicos regidos por la Ley N° 15.076 al 31 de diciembre 2023 que contenga fecha de última actualización en IAAS. (anexo N° 2)
2. Registro de la totalidad de profesionales médicos regidos por la Ley N° 15.076 que se desempeñan en el servicio o unidad comprometida
3. Informe de médicos (ley 15.076) con capacitación actualizada firmada por jefe Unidad Comprometida.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de médicos de la ley 15.076 con capacitación vigente en medidas de prevención y control de IAAS	Numerador: Total de médicos regidos por la Ley N°15.076 que trabajan en el servicio o unidad comprometida durante el año 2023 que cuentan con capacitación vigente en medidas de prevención y control de IAAS	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Denominador: Total de médicos regidos por la Ley N°15.076 que trabajan en el servicio o unidad comprometida durante el año 2023	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A

#### PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023

Día, mes, año de extracción de los datos	Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.
Método de procesamiento	Registro de unidad de capacitación con corte 31 de diciembre de 2023.
Unidad o departamento responsable de la información	Unidad de capacitación del establecimiento

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

#### Consideraciones Técnicas.

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

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

- a) Para el caculo de la muestra los Servicios o unidades que no tengan valores históricos de evaluación último año o cuyo resultado de desempeño haya sido inferior a 80% se regirán de acuerdo, a lo siguiente:

	Tamaño de la muestra		Tamaño de la muestra
Turnos de 12 horas	2 entregas de turno diarias, * 30= 60 *6 = 360 registros al año según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 50%, margen de error 10%) lo que arroja una muestra de 76 casos.	Turnos 24 horas	1 entrega de turno diaria, * 30= 30 *6 = 180 registros al año según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 50%, margen de error 10%) lo que arroja una muestra de 63 casos

- b) Para el cálculo de la muestra los servicios o unidades que tengan valores históricos de evaluación último año cuyo resultado de desempeño sea igual o superior al 80 % se regirán de acuerdo, a lo siguiente:

	Tamaño de la muestra		Tamaño de la muestra
Turnos de 12 horas	2 entregas de turno diarias, * 30= 60 *12 = 360 registros al año según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 80%, margen de error 10%) lo que arroja una muestra de 53 casos.	Turnos 24 horas	1 entrega de turno diaria, * 30= 30 *6 = 180 registros al año según calculadora SISQ- MINSAL (valor esperado 80 %, margen de error 10%) lo que arroja una muestra de 46 casos.

2. Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

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

**Fuente Información:**

1. Numerador: Pauta de cotejo con los contenidos mínimos a evaluar de acuerdo con lo definido en protocolo local (Sistema Acreditación Característica AOC 2.2).
2. Denominador: Registro de entregas de turno del periodo.

**Medio de Verificación.**

1. Pauta de cotejo con evaluación del cumplimiento de registros mínimos entrega de turno definidos en protocolo local (Sistema de Acreditación característica AOC 2.2) en la muestra seleccionada.
2. Registro de entrega de turno incluidos en la muestra aleatoria.
3. Informe de resultados firmado por jefe Unidad de desempeño

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje entrega de turno médico con registro, según protocolo	Número de entregas de tueno médico con registro según protocolo local	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de entrega de turno médico del periodo	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Protocolo local (Sistema de Acreditación característica AOC 2.2), con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Unidades Clínicas comprometidas / Jefe Servicio				

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

#### Consideraciones Técnicas.

Se establece que el 80% de los datos de urgencia (DAU) cumplan con los registros mínimos, de acuerdo, a lo descrito en protocolo local correspondiente a la característica REG 1.2 del estándar de acreditación.

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

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

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

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

2.- Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

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

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



### Fuente Información

1. Numerador: Pauta de cotejo con los contenidos mínimos a evaluar de acuerdo a lo definido en protocolo local (Sistema Acreditación Característica REG 1.2).
2. Denominador: Registro de número de DAU del periodo.

### Medio de Verificación.

1. Pauta de cotejo con evaluación del cumplimiento de registros mínimos definidos en protocolo local (Sistema de Acreditación característica REG 1.2) en la muestra seleccionada
2. Registro de los DAU incluidos en la muestra aleatoria.
3. Informe de resultados firmado por jefe Unidad de desempeño

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU	Número de DAU con registros mínimos	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de DAU	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Protocolo local (Sistema Acreditación Característica REG 1.2), con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento Responsable de la información		Unidad de Urgencia comprometida / Jefe Servicio				

### 3.6 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de registros clínicos.

#### Consideraciones Técnicas

Se establece que el 80% de los Protocolos operatorios cumplan con los registros mínimos, de acuerdo con lo descrito en protocolo local correspondiente a la característica REG 1.2 del estándar de acreditación.

1. La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:
  - a) Para el cálculo del tamaño de la muestra los hospitales que no tengan valores históricos de evaluación último año o cuyo resultado de desempeño sea inferior a 80% se regirán de acuerdo con la **Tabla N°1** (valor esperado 50%, margen de error 10%) Según Calculadora SISQ- MINSAL.
  - b) Para los hospitales que dispongan de valores históricos último año cuyo resultado de desempeño sea igual o mayor a 80% se regirán para el cálculo del tamaño de la muestra por la **Tabla N°2** (valor esperado 80%, margen de error 10%).

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

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

2. Seleccionar casos a través de herramienta de aleatorización

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

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

#### Fuente Información

1. Numerador: Pauta de cotejo con los contenidos mínimos a evaluar de acuerdo a lo definido en protocolo local (Sistema Acreditación Característica REG 1.2)
2. Denominador: Registro de número de protocolo operatorio del período.

### Medio de Verificación.

1. Pauta de cotejo con evaluación del cumplimiento de registros mínimos definidos en protocolo local (Sistema de Acreditación característica REG 1.2) en la muestra seleccionada.
2. Registro de datos mínimos en protocolo operatorio incluidos en la muestra aleatoria.
3. Informe de resultados firmado por jefe de Unidad de Desempeño.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio	Número de protocolos operatorios con registros mínimos	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de protocolos operatorios	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Protocolo local (Sistema de Acreditación característica REG 1.2), con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Unidad quirúrgica comprometida / Jefe Servicio				

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

#### Consideraciones Técnicas.

Se establece que el 80% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente cumplan con los registros de indicación médica de manejo del dolor agudo, de acuerdo con lo descrito en protocolo local correspondiente a la característica GCL 1.3 del estándar de acreditación.

1. La evaluación se realizará a través de una muestra aleatoria semestral, la que se obtendrá de la siguiente forma:
  - a) Para el cálculo del tamaño de la muestra los hospitales que no tengan valores históricos de evaluación último año o cuyo resultado de desempeño sea inferior a 80% se regirán de acuerdo con la **Tabla N°1** (valor esperado 50%, margen de error 10%) Según Calculadora SISQ- MINSAL.
  - b) Para los hospitales que dispongan de valores históricos último año cuyo resultado de desempeño sea igual o mayor a 80% se regirán para el cálculo del tamaño de la muestra por la **Tabla N°2** (valor esperado 80%, margen de error 10%)

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

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

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

**Fuente información:**

1. Numerador: Pauta de cotejo con registro contenidos mínimos de indicación médica de manejo de dolor agudo en pacientes intervenidos quirúrgicamente de acuerdo, a lo definido en protocolo local (Sistema de Acreditación característica GCL 1.3).
2. Denominador: Registro de pacientes con intervención quirúrgicas del periodo evaluado.

**Medio de Verificación.**

1. Pauta de cotejo con la evaluación del cumplimiento del registro contenidos mínimos de indicación médica de manejo de dolor agudo en pacientes intervenidos quirúrgicamente de acuerdo, a lo definido en protocolo local (Sistema de Acreditación característica GCL 1.3) en muestra seleccionada.
2. Registro con los casos incluidos en la muestra aleatoria seleccionada.
3. Informe de resultados firmado por jefe Unidad de desempeño.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes quirúrgicos que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro de indicación médica de manejo de dolor agudo	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15/01/2024.				
Método de procesamiento		Protocolo local (Sistema de Acreditación característica GCL 1.3), con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Unidad Quirúrgica comprometida / Jefe Servicio				



Subsecretaría  
de Redes  
Asistenciales

Gobierno de Chile



# CAPÍTULO III: METAS DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL LEY 19.664



## Marco Legal

El Artículo N°28, letra d), de la ley N°19.664, establece una bonificación por desempeño colectivo para el conjunto de los profesionales de las unidades de trabajo que deban cumplir las metas de desempeño institucional que se convengan con el Servicio de Salud o con el establecimiento correspondiente.

El artículo N°37 de la ley N°19.664, refiere que la mencionada bonificación tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud, ya sea para cada unidad de trabajo o para cada establecimiento en su conjunto y agrega que el convenio que contenga el aludido acuerdo, debe ser consistente con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo, a más tardar el 31 de diciembre de cada año.

Por su parte, el artículo 4° del decreto N°849, de 2000, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento para el pago de la bonificación en comento, dispone que el Ministerio de Salud definirá, mediante un decreto suscrito también por el Ministerio de Hacienda y que será expedido bajo la fórmula "por orden del Presidente de la República", las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, el que deberá dictarse, a más tardar, dentro del mes de septiembre de cada año.

Considerando lo prescrito en el Artículo N°12. Del Reglamento N°849 que indica "...El Ministro de Salud podrá impartir a los Directores de los Servicios de Salud todas las instrucciones que estime necesarias para la adecuada formulación, cumplimiento y evaluación de los programas de trabajo y de los convenios a que éstos dieran lugar, a nivel de unidades de trabajo, establecimientos y Servicios de Salud, respectivamente..."

Marco regulatorio	Descripción
Ley 19.664 de 2000	Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N°15.076
Decreto N°849 de 2000	Aprueba reglamento para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a que se refiere el Artículo 37 de la Ley N°19.664
Decreto Bi-ministerial Ministerio de Salud - Ministerio de Hacienda	Establece las prioridades y objetivos a cumplir el año siguiente en el marco del Art. 37 de la Ley 19.664
Orientaciones Técnicas	Artículo 8, reglamento N°849 "Corresponderá al Ministro de Salud ejercer el control del cumplimiento de los convenios celebrados con los Servicios de Salud, debiendo establecer al efecto procedimientos de seguimiento y auditoría

	periódicos que permitan verificar de un modo objetivo el estado de avance de las metas comprometidas.”
Orientación e indicaciones en específico	Se entenderán como indicaciones, aclaración y/o especificaciones, todas aquellas indicaciones complementarias a las orientaciones técnica, tendientes a una mejor comprensión o desarrollo de las actividades a fin de cumplir con las metas comprometidas

En este contexto es que el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda, a través del Decreto N°67 de septiembre de 2022, fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2023 para el pago de la bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere el artículo 37 de la Ley N°19.664.

En este documento se establecen los objetivos para mantener y mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas a la población, procurando desarrollar actividades de acuerdo con las normas y protocolos establecidos para ello, y cumplir con los estándares generales de calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, eficacia en el uso de los recursos, además de la implementación y aplicación de normas de calidad y seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud.



## I. Área atención médica a usuarios.

### 1. Porcentaje de personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 años y mas

#### Consideraciones Técnicas.

Se entiende por persona con DM2 compensada a aquella que, habiendo sido diagnosticado con esta patología, presenta una HbA1c <7 (grupo etario entre 15 y 79 años) o una HbA1c < 8 (grupo etario mayor o igual a 80 años), según último control vigente de los últimos 12 meses.

Las personas con DM2 bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no han dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

Para este indicador se considerará el formulario REM P04, y además realizar un resumen de los resultados indicando claramente de donde se obtienen los datos para la construcción de dicho indicador, es por ello por lo que es recomendable que el Departamento de Control de Gestión revise que el ingreso de datos al sistema se realice según forma y plazo.

#### Medio de Verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años.		Número de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses		HbA1C <7% y HbA1C <8%	P4	COL01	P4180300, P4200200	C36, C37
		Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario		Diabéticos	P4	COL01	P4150602	C17
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información				Depto. De Control de Gestión y Calidad, DIVAP Laura Morlans Huaquin				

## 2. Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes mellitus 2 bajo control, con evaluación anual de los pies.

### Consideraciones Técnicas.

La meta tiene por objetivo asegurar que a toda persona con diabetes mellitus 2 bajo control se le examinen los pies, se clasifique según riesgo de ulceración/amputación y se defina un plan diferenciado de seguimiento y educación según nivel de riesgo, para prevenir estas complicaciones. La fuente de información es el REM P04.

### Medio de Verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación anual de los pies.		Número de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente en el año t.		Riesgo bajo, moderado, alto, máximo	P4	COL01	P4190809, P4170300, P4190500, P4190600	C60, C61, C62, C63
		Total de personas diabéticas de 15 años y más bajo control en el nivel primario.		Diabetes mellitus 2	P4	COL01	P4150602	C17
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información				Depto. De control de gestión y calidad, DIVAP Laura Morlans Huaquin				

### 3. Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años

#### Consideraciones Técnicas.

Se entiende por persona con HTA compensada, a aquella que registra una presión arterial menor a PA<140/90 mmHg en ultimo control vigente (grupo etario está entre 15 y 79 años), más las personas del grupo etario de 80 y más años, con presión arterial menor a PA < 150/90 mmHg.

Las personas con hipertensión arterial bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no han dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04.

#### Medio de Verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años		Número de personas con HTA con presión arterial compensada en los últimos 12 meses		PA < 140/90 mmHg y PA < 150/90 mph	P4	COL01	P4180200, P4200100	C34, C35
		Total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario		HIPERTENSION ARTERIAL	P4	COL01	P4150601	C16
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				09 de febrero de 2024				
Método de procesamiento				Extracción de datos - SQL				
Unidad o departamento responsable de la información				Depto. De control de gestión y calidad, DIVAP Laura Morlans Huaquin.				

#### 4. Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.

##### Consideraciones Técnicas.

Este indicador da cuenta del porcentaje de suspensión de pacientes programados en tabla quirúrgica ya sea en horario hábil o inhábil. Se debe recalcar que este este indicador se focaliza en la persona y no solamente en el uso del quirófano, es decir, si una persona es reemplazada por otra, ya estando programada en la tabla quirúrgica difundida, igual se debe considerar como una suspensión. Las intervenciones quirúrgicas suspendidas no podrán superior el 7% establecido como meta anual. Para la evaluación, se incluyen todos los establecimientos hospitalarios que registren actividad quirúrgica, incluyendo los establecimientos experimentales en cada Servicio de Salud según corresponda, se excluyen los establecimientos bajo gestión del DFL N°36.

##### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el periodo	Número de cirugías que han sido incluidas en la tabla quirúrgica diaria y que posteriormente no son realizadas en el periodo	N/A	A21, sección E	COL_07 COL_08	21500600 21600800 21600900 21700100 21500700 21500800 21700300 21700400 21700500 21700600 21500900 21700700 29101381	(H91+I91)
	Número total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla quirúrgica en el establecimiento en el periodo	N/A	A21, sección E	COL_05 COL_06	21500600 21600800 21600900 21700100 21500700 21500800 21700300 21700400 21700500 21700600 21500900 21700700 29101381	(H91+I91)
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Extracción de datos - REM (DEIS)				
Unidad o departamento		Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA				
Responsable de la información		Susana Fuentealba Cofré				

## 5. Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.

### Consideraciones Técnicas.

El objetivo de este indicador es aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas (cirugías mayores) en tipo de atención o modalidad ambulatoria.

Para este indicador es importante utilizar los antecedentes aportados (línea Base) desde el Nivel Central para la construcción de los resultados del indicador, además cada Servicio deberá incorporar un análisis de los datos por cada uno de los establecimientos de su red, los que deben ser consistentes con los del Nivel Central. Dicho análisis deberá ser certificado, además, por el Director /a o Subdirector/a Médico del Establecimiento.

Cabe señalar que el certificado proporcionado por GRD Ministerial, refleja los resultados del año, razón por la cual necesariamente debe hacerse un análisis local del nivel de cumplimiento en relación, a la línea base. Sólo comparados ambos resultados se puede determinar el nivel de cumplimiento de cada establecimiento.

Por lo anterior, se sugiere adjuntar en planilla Excel las hojas de análisis y los certificados emitidos desde el Nivel Central y el Certificado emitido por el Establecimiento.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.	Número de egresos de CMA en el período	N/A	GRD	N/A	N/A	N/A
	Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el período.	N/A	GRD	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		10 de febrero de 2024				
Método de procesamiento		Fuente Base de Datos GRD IR MINSAL v_3.0 - Norma 2018-2019 trabajado en Excel.				
Unidad o departamento Responsable de la información		Oficina de Gestión de la Información y Control de Gestión, DIGERA Fabiola Galleguillos Navarrete.				

## 6. Porcentaje de disminución del 20% de la Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores de mayor antigüedad al cierre del año t-1.

### Consideraciones Técnicas.

El objetivo de este indicador es disminuir la lista de espera de **Intervenciones Quirúrgicas** mayores y menores con extrema antigüedad, mejorando la oportunidad de resolución de los problemas de salud, para ello se ha planteado como meta 2023 la disminución del 20% de la Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores de **mayor** antigüedad al cierre del año t-1. En rigor implica disminuir el universo correspondiente al 20% más antiguo de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores del año t-1 a lo menos en un 70% para obtener el cumplimiento máximo de la meta al 31/12/2023.

Dado lo anterior se comparte un archivo Excel **"Lista de Espera IQ p80 para Metas Sanitarias 2023"** con los datos de la Línea Base correspondiente el universo de trabajo respecto a la lista de espera del cierre del año 2022, y con un monitoreo al 31/03/2023. Adicionalmente este contiene definiciones de los conceptos que se consideran en cada cálculo, un ejemplo aplicable a los establecimientos para que puedan ingresar sus datos e ir monitoreando durante el año 2023. Esta planilla se compartirá por correo electrónico u otro medio web que permita ponerlo a disposición para el uso de cada Establecimiento, dado el gran volumen de datos que contiene, en conjunto con las Orientaciones Técnicas 2023.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGOS	CELDA S
Disminución del 20% de la Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores de mayor antigüedad al cierre del año t-1	Corresponde al Universo de lista de Espera de IQ, mayores y menores con fecha de antigüedad igual o superior establecida en el año t-1 (Línea Base). - Universo de casos de LE_IQ mayores y menores con fecha de antigüedad igual o superior establecida al cierre del año t(corte).	N/A	SIGTE	N/A	N/A	N/A
	Corresponde al casos Universo de lista de Espera de IQ, mayores y menores con fecha de antigüedad igual o superior	N/A	SIGTE	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		12 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Fuente SIGTE extraído a Excel				
Unidad o departamento responsable de la información		Oficina de Gestión de la Información y Control de Gestión, DIGERA Fabiola Galleguillos Navarrete				

## 7. Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.

### Consideraciones Técnicas.

El objetivo del indicador es aumentar el número de pacientes que resuelven de manera integral el problema de salud bucal por el cual fueron derivados a la atención ambulatoria de Especialidad Odontológica en los Establecimientos de mediana y alta complejidad. Realizar el monitoreo de las altas de tratamiento, permite en primera instancia identificar nodos críticos asociados a la **continuidad de la atención** que pueden relacionarse con los procesos clínicos y administrativos, con el recurso físico y humano disponible, con equipos, equipamientos e infraestructura, entre otros. De acuerdo con lo anterior, es posible establecer planes de acción a nivel local y central para realizar la gestión territorial y seguimiento correspondiente.

La meta 2023 se establece en relación con la actividad clínica de especialidad odontológica ejecutada durante los años 2019, 2020, 2021 y 2022 por Servicio de Salud. Cada Servicio de Salud tiene una meta diferenciada (85%, 90%, 95% y 100%) dependiendo de la ejecución a junio 2022 y la meta que se fijó según reglas de asignación para el mismo año.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de altas odontológicas de especialidad del nivel secundario por ingreso de tratamiento	Número de altas de tratamiento odontológico de especialidad	N/A	Serie A 09 Sección I	COL01	09216213 09204954 09216613 09217013 09218013 09600176 09218413 09218913 09219313 09600190 09309050 09309250 09240600	N/A
	Número de ingresos de tratamiento Odontológicos de especialidad	N/A	Serie A 09 Sección I	COL01	09216113 09204953 09216513 09216913 09217913 09600175 09218313 09218813 09219213 09600189 09309000 09309200 09240500	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos			20 de enero de 2024			
Método de procesamiento			Extracción de Datos fuente Rem, disponible en Tableau			
Unidad o departamento responsable de la información			Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA Susana Fuentealba Cofré			

**Tabla N°1: Meta año a cumplir por Servicio de Salud**  
**Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.**

<b>Tabla: Meta a cumplir por Servicio de Salud</b>	
<b>Servicios de Salud</b>	<b>Meta 2023</b>
SS Arica	100%
SS Iquique	≥ 90%
SS Antofagasta	≥ 90%
SS Atacama	≥ 90%
SS Coquimbo	≥ 90%
SS Valparaíso San Antonio	≥ 90%
SS Viña del Mar Quillota	≥ 90%
SS Aconcagua	100%
SS Metropolitano Norte	≥ 95%
SS Metropolitano Occidente	≥ 90%
SS Metropolitano Central	≥ 90%
SS Metropolitano Oriente	100%
SS Metropolitano Sur	≥ 90%
SS Metropolitano Sur Oriente	≥ 90%
SS O'Higgins	≥ 90%
SS Maule	≥ 90%
SS Ñuble	100%
SS Concepción	100%
SS Talcahuano	100%
SS Biobío	≥ 90%
SS Arauco	≥ 90%
SS Araucanía Norte	≥ 85%
SS Araucanía Sur	≥ 90%
SS Valdivia	≥ 90%
SS Osorno	100%
SS Reloncaví	100%
SS Chiloé	≥ 90%
SS Aysén	≥ 90%
SS Magallanes	≥ 90%



## 8. Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialistas en modalidad presencial y a distancia.

### Consideraciones Técnicas.

El cálculo y la evaluación del indicador considera la actividad de consultas de profesionales médicos, de acuerdo con las orientaciones técnicas enviadas desde MINSAL.

Para efectos del proceso de programación y planificación 2023, se debe seguir los lineamientos ministeriales según la orientación técnica de programación y planificación en red del año 2023, disponible en la web MINSAL. <https://www.MINSAL.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>

Considerar que la planilla Excel enviada por los Servicios de Salud, como validador del denominador, debe remitirse dentro de las fechas estipuladas en cada corte.

Precisar que se incluye la ruta REM A28 sección D2 celda 345-349-353 que corresponde a médico Fisiatra.

Es importante considerar que la evaluación del indicador aplica a todos los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, así como a CRS que disponen de programación.

Respecto a las atenciones a distancia, se considera en la evaluación las siguientes actividades:

- Telemedicina control (tele interconsulta asincrónica)
- Telemedicina nueva (tele interconsulta asincrónica)
- Telemedicina control (tele interconsulta sincrónica)
- Telemedicina nueva (tele interconsulta sincrónica)
- Tele consultas nuevas y de control
- Tele consulta control salud mental
- Contacto telefónico

### Medio de Verificación.

Se precisa rutas a considerar en este indicador, que complementan las definidas en el medio de verificación de la Ficha:

- REM A07; Sección B B11:B70.
- REM A28, Sección D2, C345; 349;353
- REM A30; Sección A N18:S77.
- REM A32; Sección D1 B37:B96.
- SM: REM 06 Sección A1 celda C27.
- SM: REM 06 Sección B1 celda C43+C45.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/ OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialistas en modalidad presencial y a distancia	Numero consultas especialistas realizadas durante el periodo en modalidad presencial y a distancia en el periodo T	N/A	A06	D D	06300900 06400200 06400300 06400400	D27 D43:D45
			A07	C	07020130 07020230 07020330 07020331 07020332 07024219 07020500 07020501 07020600 07020601 07020700 07020800 07020801 07020900 07020901 07021000 07021001 07021100 07021101 07021230 07021300 07021301 07022000 07022001 07021531 07022132 07022133 07022134 07021700 07021800 07021801 07021900 07022130 07022142 07022143 07022144 07022135 07022136 07022137 07022700 07022800 07022900 07021701 07023100 07023200 07023201 07023202 07023203 07023700 07023701 07023702 07023703	C11:70

					07024000 07024001 07024200 07030500 07024201 07024202 07030501 07030502	
			A30	O:T	30000000 30000001 30000002 30000003 30000004 30000005 30000006 30000007 30000008 30000009 30000010 30000011 30000012 30000013 30000014 30000015 30000016 30000017 30000018 30000019 30000020 30000021 30000022 30000023 30000024 30000025 30000026 30000027 30000028 30000029 30000030 30000031 30000032 30000033 30000034 30000035 30000036 30000037 30000038 30000039 30000040 30000041 30000042 30000043 30000044 30000045 30000046 30000047 30000048 30000049 30000050	O18:T77

					30000051 30000052 30000053 30000054 30000086 30000055 30000056 30000087 30000088	
			A32		32101535 32100180 32101536 32101537 32100200 32101538 32100210 32101539 32100220 32101540 32101541 32101542 32101543 32101544 32101545 32101546 32101547 32101548 32101549 32100230 32101550 32101551 32100240 32101552 32101553 32101554 32101555 32101556 32101557 32101558 32101559 32101560 32101561 32101562 32101563 32101564 32101565 32101566 32101567 32101568 32101569 32101570 32101571 32101572 32101573 32101574 32101575 32100270 32100280 32101576	

					32101577 32101578 32101579 32101580 32101581 32101582 32100250 32101583 32101584 32101585	
	Total, de consultas especialista programadas y validadas para igual periodo, en modalidad presencial y a distancia en el periodo t	N/A	<a href="https://www.MINSAL.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/">https://www.MINSAL.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/</a>			
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos	31 de enero de 2024					
Método de procesamiento	Extracción de datos - REM (DEIS)					
Unidad o departamento Responsable de la información	Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA Susana Fuentealba Cofré					

## 9. Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas

### Consideraciones Técnicas.

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH) acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica y los que acceden directamente al proceso quirúrgico (C98)), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia no debe ser considerado con camas de hospitalización.

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los siguientes tiempos:

- Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.
- Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH, < de 12 horas para acceder a cama de dotación en año t.	N/A	A 08 sección D	C95	08222640	C95
	Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en año t.	N/A	A 08 sección D	C95 C96 C97 C100	08222640 08222650 08222660 08222680	C95+C96+C97+C100
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos			31 de enero de 2024			
Método de procesamiento			Extracción de datos - REM (DEIS)			
Unidad o departamento responsable de la información			Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA Roberto Araneda Ortega			

## 10. Promedio de días de estada de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio.

### Consideraciones Técnicas.

De acuerdo con lo que indica la R.E. N°868/2021, la Unidad de Gestión Centralizada de Casos tiene como objetivo central el optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública y privada de salud en todo el país, a través de una visión integrada y en red, lo cual se concreta a través de las principales funciones que desarrollan los equipos operativos de profesionales de la salud que conforman la unidad.

Para la derivación de pacientes se requiere de un trabajo integrado con los diferentes niveles de atención (Hospitales, Servicios de Salud y MINSAL), que permita mejorar el acceso oportuno a una cama hospitalaria de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en base a una optimización del recurso público, fundamentado en la colaboración de las redes con menor demanda en beneficio de las más sobre demandadas, contribuyendo de esta manera, a garantizar con equidad la distribución de este recurso. Es fundamental que los Servicios de Salud y Hospitales de origen realicen seguimiento diario a los pacientes derivados con el propósito de gestionar el rescate oportuno de ellos y así disminuir los días de estada de los pacientes derivados y optimizar el recurso cama de la red pública y privada de salud del país.

En este contexto, se crea una estrategia que relaciona, por un lado, la oferta de camas y capacidad resolutive del prestador, y por el otro, la demanda no satisfecha de éstas en los distintos establecimientos públicos de salud del país. Recurriendo al sector privado, de manera complementaria, cuando los recursos de cama y capacidad resolutive se encuentra efectivamente agotados en la red pública.

Es así como los pacientes beneficiarios de FONASA pueden acceder a los convenios realizados por este asegurador con prestadores privados, entre ellos, el convenio de resolución de patología aguda o agudizada con mecanismo de pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que consiste en una compra de servicios de salud para resolución integral del evento por el cual fue derivado, hasta su egreso (por alta a domicilio o fallecimiento). Los prestadores privados son ordenados en un ranking de acuerdo, a lo formalizado por FONASA. En caso de no encontrar disponibilidad de cama en el sistema público y privado en convenio con FONASA (dentro del ranking), se debe extender la búsqueda en el **sistema privado no rankeado**, es decir, establecimientos asistenciales fuera de convenio GRD con FONASA. Lo anterior, con el propósito principal de dar continuidad de la atención al paciente.

De acuerdo, a lo anterior y con el fin de velar por el óptimo uso de los recursos públicos, la UGCC realiza seguimiento mensual de los pacientes trasladados a través de la UGCC, con énfasis en los pacientes que tuvieron como destino centros fuera de ranking FONASA y posterior retroalimentación a los Servicios de Salud de origen para informar el estado de sus casos y apoyar la gestión oportuna de rescate de los pacientes de acuerdo, a su contexto clínico. En este marco, es que se construye el siguiente indicador como parte de la meta sanitaria de los Servicios de Salud.

## 1) Muestra

Todo caso derivado que sigue el flujo habitual de búsqueda (primero público, después privado en convenio y por último no rankeado) a través de la UGCC. Este caso es solicitado desde un hospital público y derivado a una institución privada fuera de ranking. El caso se debe encontrar en estado histórico en el módulo de derivaciones del sistema informático de la UGCC.

## 2) Criterios de exclusión

- Derivaciones de pacientes realizadas hacia centros privados en convenio de resolución de patología aguda o agudizada con mecanismo de pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) con FONASA.
- Casos de pacientes crónicos (\*).
- Pacientes derivados mediante otros convenios de FONASA, como hospitalización domiciliaria, rehabilitación, psiquiatría, entre otros.
- Pacientes como Casos Especiales (\*\*)
- Pacientes derivados por sospecha o confirmación de enfermedad COVID - 19

## 3) Aclaraciones

A continuación, se describen ciertas aclaraciones de conceptos mencionados en los criterios de exclusión:

### – (\*) Paciente crónico:

Para la definición de la marca de “paciente crónico” en sistema informático UGCC se van a considerar los siguientes criterios:

1. Pacientes de larga estada: pacientes con más de 30 días en unidad de paciente crítico (UCI y UTI) o con persistencia de requerimiento de cama de cuidado intensivo o intermedio.
2. Paciente con resolución de motivo de traslado pero que permanece hospitalizado por complicaciones de patología de ingreso, como necesidad de rehabilitación integral, manejo de lesión por presión (LPP) y/o asociados a eventos adversos.
3. Paciente con pluripatología, es decir paciente que presenta enfermedades crónicas de dos o más categorías establecidas en la tabla N°1. Este término intenta incorporar a pacientes que presentan dos o más enfermedades pero que, al mismo tiempo, tienen una mayor susceptibilidad de fragilidad clínica, es decir, intentan identificar a aquellos pacientes que tienen un mayor riesgo de sufrir reagudizaciones frecuentes o caer en situación de dependencia.

Para considerar el paciente crónico este debe presentar el criterio 1, asociada al numeral 2 y/o 3.



Tabla 1. Categorías clínicas para la consideración de paciente pluripatológico

<p><b>Categoría A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).</li> <li>• Cardiopatía isquémica</li> </ul>
<p><b>Categoría B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.</li> <li>• Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (&gt; 1,4 mg/dl en hombres o &gt; 1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina &gt; 300 mg/g, microalbuminuria &gt; 3mg/dl en muestra de orina o albúmina &gt; 300 mg/día en orina de 24 horas mantenidas, durante 3 meses).</li> </ul>
<p><b>Categoría C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso: disnea evaluada por escala del Medical Research Council (MRC), o FEV1 &lt; 65%, o SaO<sub>2</sub> ≤85%, o SaO<sub>2</sub> ≤ 90%.</li> </ul>
<p><b>Categoría D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>• Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR &gt; 1,7, Albúmina &lt; 3,5 g/dl, Bilirrubina &gt; 2 mg/dl) o hipertensión portal (definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos).</li> </ul>
<p><b>Categoría E:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataque cerebrovascular.</li> <li>• Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel &lt;60).</li> <li>• Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).</li> </ul>
<p><b>Categoría F:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arteriopatía periférica sintomática.</li> <li>• Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.</li> </ul>
<p><b>Categoría G:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb &lt; 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.</li> <li>• Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.</li> </ul>
<p><b>Categoría H:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel&lt;60).</li> </ul>

– **(\*\*) Pacientes como Casos Especiales**

Las derivaciones marcadas como casos especiales en sistema informático de la UGCC corresponden a situaciones de menor frecuencia, relacionadas al paciente y/o a la línea de gestión realizada por la UGCC. Existen ciertas condiciones clínicas estandarizadas que reciben esta marca en el sistema informático:

1. Usuarios derivados por requerimiento de ECMO.
2. Pacientes prematuros extremos (recién nacidos menores a 32 semanas al momento de nacer).
3. Pacientes derivados a través de convenios como parte de las estrategias de desocupación (hospitalización domiciliaria, psiquiatría, rehabilitación, cama básica).
4. Paciente con diagnóstico de falla hepática fulminante y/o requerimiento de trasplante.
5. Paciente con sospecha diagnóstica o diagnóstico de Gran Quemado.
6. Paciente con sospecha diagnóstica o diagnóstico hematooncológico.
7. Paciente con sospecha diagnóstica o diagnóstico de cardiopatía congénita.

Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Promedio de días de estada de pacientes	VARIABLE 1 Numerador	N/A	OTROS	N/A	N/A	N/A

derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio	Sumatoria de días hospitalización de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio					
	VARIABLE 2 Denominador Total de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio	N/A	OTROS	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos	5 primeros días hábiles del mes siguiente					
Método de procesamiento	Extracción de datos desde el Sistema UGCC a Excel					
Unidad o departamento responsable de la información	Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA Claudia Montenegro Villalobos					

**Tabla N°1 Unidad de Gestión Centralizada de Casos: Meta según Servicio de Salud**

SERVICIO DE SALUD	META (días)
SS Arica	<=13
SS Iquique	<=13
SS Antofagasta	<=18
SS Atacama	<=13
SS Coquimbo	<=13
SS Valparaíso San Antonio	<=16
SS Viña del Mar Quillota	<=16
SS Aconcagua	<=16
SS Metropolitano Norte	<=16
SS Metropolitano Occidente	<=13
SS Metropolitano Central	<=16
SS Metropolitano Oriente	<=13
SS Metropolitano Sur	<=13
SS Metropolitano Sur Oriente	<=13
SS O'Higgins	<=13
SS Maule	<=13
SS Ñuble	<=13
SS Concepción	<=13
SS Talcahuano	<=13
SS Biobío	<=15
SS Arauco	<=13
SS Araucanía Norte	<=13
SS Araucanía Sur	<=13
SS Valdivia	<=13
SS Osorno	<=16
SS Reloncaví	<=14
SS Chiloé	<=13
SS Aysén	<=16
SS Magallanes	<=13

## II. Área de Coordinación de Red Asistencial

### 11. Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.

#### Consideraciones Técnicas.

Este indicador mide el Cumplimiento de Garantías de Oportunidad en los tiempos indicados. Para estos efectos se debe considerar:

- No se incluirán las garantías nombradas como "No Definidas".
- No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
- Incluye toda intervención sanitaria (Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento)

Para efectos del cálculo del indicador se debe tener presente la siguiente consideración:

- El número de garantías de oportunidad activadas y cumplidas en el año t (numerador), corresponden al total de garantías cumplidas, garantías exceptuadas y garantías incumplidas atendidas.
- Se definen como garantías activadas en el año t (denominador) a la suma de las garantías cumplidas, garantías exceptuadas, garantías incumplidas atendidas, garantías incumplidas no atendidas a cumplir en el año t y las garantías retrasadas acumuladas.
- El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T, a excepción de las garantías retrasadas que debe ser considerado el total, incluyendo la fecha límite de años anteriores.

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.

Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la resolución deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias.

Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados

Para este indicador los Medios de Verificación que se deben subir son los señalados en el Decreto, para ello es importante señalar que las bases de datos que proporciona el sistema SIGGES-DATAMART, deben cautelar no proporcionar los antecedentes de identificación de los usuarios, principalmente el RUT, para lo cual se sugiere que, una vez realizada las tablas para obtener los resultados, dicho dato (RUT) se elimine o bloquee de la base de datos proporcionada.

De esta forma el archivo Excel debe contener la base más el análisis por tipo de garantía, de manera de reflejar de la mejor forma los datos para el numerador y denominador, el que además deberá contener un Certificado

emitido por el director del Servicio de Salud, quien valida y certifica que los datos proporcionados son fidedignos.

### Medio de Verificación.

Datos y porcentaje de cumplimiento generada por el Servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGGES, Datamart, u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos, Fonasa extrae los datos de cumplimiento y retraso de garantías que comparte con MINSAL mensualmente, los cuales son ordenados por el Referente MINSAL y envía a los Servicio para su revisión y análisis.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas +Garantías Incumplidas Atendidas en el año t	N/A	SIGGES DATAMART	N/A	N/A	N/A
	(Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas no Atendidas) en el año t + Garantías Retrasadas Acumuladas	N/A	SIGGES DATAMART	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año extracción de los datos	Según disposición de Fonasa					
Método de procesamiento	SIGGES - DATAMART					
Unidad o departamento responsable de la información	Oficina de Gestión de la Información y Control de Gestión, DIGERA Janette Toledo Reyes					

### III. Área de Atención Pre Hospitalaria (aplica sólo para los Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud).

#### 12. Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo

##### Consideraciones Técnicas.

El indicador tiene por objeto medir las solicitudes de transporte secundario regulados por el médico de acuerdo con el protocolo.

El medio de verificación solicitado es una planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo, a datos del reporte del sistema de Información del Centro Regulador con validación y responsabilidad de los Servicios de Salud.

##### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.) *100	N/A	Plataforma ACD	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Red de Urgencia Local del Establecimiento Jefe de la Unidad de Urgencia del Establecimiento.				

### 13. Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.

#### Consideraciones Técnicas

Para este indicador el medio de verificación será el Informe Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos capacitados en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS o símil. Debe ser responsabilidad del Servicio de Salud asegurar estrategias de capacitación en el área.

#### Medio de Verificación.

NOMBRE INDICADOR	DEL	COMPONENTE INDICADOR	DEL	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.		(Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil		N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
		Número total de médicos SAMU) *100		N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>								
Día, mes, año de extracción de los datos				Disponible en el Servicio de Salud el 15 de enero de 2024				
Método de procesamiento				Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información				Red de Urgencia Local del Establecimiento Jefe de la Unidad de Urgencia del Establecimiento.				

## 14. Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitantes

### Consideraciones Técnicas.

Propender a mejorar las intervenciones que los testigos de un colapso extrahospitalario puedan otorgar a la víctima. Esto tiene impacto directo con la efectividad de la atención Prehospitalaria. Se verifica con la entrega de instrucciones telefónicas o a distancia, para guiar a los testigos en las maniobras y técnicas de Soporte Vital Básico para víctimas de colapso extrahospitalario. Las instrucciones se entregan, según protocolo, por parte del personal del centro telefónico de emergencias 131 - SAMU al solicitante, en caso de pesquisa de un eventual paro cardio-respiratorio.

### Medio de Verificación.

Para este indicador el medio de verificación será el Informe con Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitante.	Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP) *100	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Red de Urgencia Local del Establecimiento Jefe de la Unidad de Urgencia del Establecimiento.				

## IV. Área de Atención Hospital Metropolitana

### 15. Porcentaje de médicos con capacitación vigente en RCP

#### Consideraciones Técnicas.

Mejorar la calidad de la atención, a través de intervenciones más seguras, con profesionales médicos competentes

#### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de médicos con capacitación vigente en RCP	Número total de médicos que cuentan con capacitación vigente RCP en el período	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de médicos Ley 19.644 del establecimiento	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Red de Urgencia Local del Establecimiento Jefe de la Unidad de Urgencia del Establecimiento.				



## 16. Porcentaje de órdenes de exámenes de imagenología realizada según protocolo en el año t.

### Consideraciones Técnicas.

Mejorar los procesos y la gestión de las intervenciones clínicas en imagenología, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.

### Medio de Verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de Ordenes de exámenes de imagenología realizadas según protocolo en el año t.	Total de órdenes de exámenes de imagenología, que se llenan de forma completa y que cumplen con los criterios establecidos en protocolo	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Total de órdenes de Exámenes de imagenología del año t	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Planilla local con corte 31 de diciembre de 2023.				
Unidad o departamento responsable de la información		Red de Urgencia Local del Establecimiento Jefe de la Unidad de Urgencia del Establecimiento.				

## 17. Porcentaje de médicos capacitados en prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.

### Consideraciones Técnicas.

Se establece que: el 80% de los médicos y médicas cuentan con capacitación actualizada (5 años) en materias relacionadas con Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

La medición se realizará de la siguiente forma:

- El Servicio o Unidad comprometida deberá contar con un listado de los profesionales médicos y médicas regidos por la Ley N°19.664 al 31 de diciembre 2022 que contenga fecha de última actualización en IAAS (anexo N°2).
- De acuerdo, a información anterior, se determinará los médicos y médicas regidos por la Ley N°19.664 que deben capacitarse en IAAS en el año 2023.
- El programa de capacitación debe incluir al menos los temas relacionados a la Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención en salud, con una duración mínima de 20 horas cronológicas (se puede utilizar los contenidos definidos, por ejemplo, en el curso de precauciones estándares impartido en la capsula de Aprendizaje Autogestionado MINSAL).
- Registrar en pauta de cotejo (anexo N°2): nombre y RUT del(la) profesional, nombre del curso, horas del curso, fecha capacitación y Entidad que otorga certificado.

ANEXO N°2 REGISTRO DE CAPACITACION EN IAAS				
Nombre del médico(a)	RUT	Unidad	Fecha de capacitación de 20 o más horas	Entidad que otorga Certificado **

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

\*\*En el caso de que la capacitación, se realice en forma interna, esta se deberá acreditar mediante documento de la Unidad de Control y Prevención de Infecciones o la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud o del Hospital.

### Fuente Información

1. Numerador Registro de profesionales médicos y médicas (Ley 19.664) con capacitación vigente en IAAS Al 31 de diciembre de 2023.
2. Denominador: Registro de profesionales médicos y médicas (Ley 19.664) del hospital durante el año 2023.

### Medio de Verificación.

- Listado de los profesionales médicos y médicas regidos por la Ley N°19.664 al 31 de diciembre 2023 que contenga fecha de última actualización en IAAS (anexo N°2).
- Registro de la totalidad de profesionales médicos y médicas regidos por la Ley N°19.664 que se desempeñan en el servicio o unidad comprometida.

- Informe de médicos y médicas (ley 19.9664) con capacitación actualizada firmada por jefe Unidad Comprometida.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA S
Porcentaje de médicos y médicas de la ley 19.664 con capacitación vigente en medidas de prevención y control de IAAS	Numerador: Total de médicos y médicas regidos por la Ley N° 19.664 que trabajan en el establecimiento durante el año 2023 que cuentan con capacitación vigente en medidas de prevención y control de IAAS	Establecimiento	Fuente local	N/A	N/A	<b>N/A</b>
	Denominador: Total de médicos y médicas regidos por la Ley N°19.664 que trabajan en el establecimiento durante el año 2023	Establecimiento	Fuente local	N/A	N/A	<b>N/A</b>
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		Disponible en el Servicio de Salud el 15 de enero de 2024				
Método de procesamiento		Registro de unidad de capacitación				
Unidad o departamento responsable de la información		Unidad de capacitación del establecimiento / Servicio de Salud Jefe de Capacitación de Establecimiento / servicio de Salud.				

## 18. Porcentaje de transfusiones que se realizan de acuerdo con protocolo en el año t.

### Consideraciones Técnicas.

El objetivo de este indicador es mejorar la calidad de la atención, a través de la seguridad otorgada al paciente, en relación con la indicación de transfusión de componentes sanguíneos.

Para que este indicador cumpla su objetivo, es imprescindible que el protocolo al cual debe ajustarse la indicación de transfusión cumpla los siguientes criterios:

- Debe ser un protocolo institucional visado mediante resolución por el Director del Hospital
- Debe constar que fue elaborado con participación del Comité de Medicina Transfusional, cuya formación debe estar formalizada por Resolución Exenta e incluir

### Medio de Verificación.

- El medio de verificación para el cumplimiento del indicador será un informe de supervisión validado por el Servicio de Salud.

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM/OTROS	COLUMNA	CÓDIGO	CELDA
Porcentaje de transfusiones que se realizan de acuerdo con protocolo en el año t	Número de transfusiones que se realizan según protocolo en el año t	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
	Número total de transfusiones realizadas en el año t	N/A	Fuente local	N/A	N/A	N/A
<b>PROCESAMIENTO DE DATOS PARA EVALUACION 2023</b>						
Día, mes, año de extracción de los datos		31 de enero 2024				
Método de procesamiento		Informe de Certificación visado por el Director del Hospital./ S. Salud.				
Unidad o departamento Responsable de la información		Unidad de Medicina Transfusional Jefe de Unidad Medicina Transfusional del Establecimiento / Servicio de Salud.				

## Anexos

### Anexo. N°1 "Informe de justificación Lactancia Materna Exclusiva al alta del servicio Gineco-obstétrico".

**INFORME DE JUSTIFICACIÓN**  
**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL ALTA DEL SERVICIO GINECO- OBSTETRICO**

#### I. Antecedentes Generales

N.º de ficha Madre: \_\_\_\_\_ Fecha reporte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
 Comuna: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes de la madre e Hijo(a):

Nombre Madre: \_\_\_\_\_ RUN (o documento de identidad): \_\_\_\_\_ Semanas de gestación: \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
 Nombre Hijo(a): \_\_\_\_\_ RUN (en caso de tener): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento hijo(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso egreso (g): \_\_\_\_\_ Talla egreso (cm): \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Día egreso: \_\_\_\_\_ Edad al egreso: \_\_\_\_\_

#### II. Tipo de alimentación al alta hospitalaria (LM: lactancia materna; FL: formula láctea):

LM + FL       FL

#### III. Criterio médico para suspender la Lactancia Materna Exclusiva

- i. Morbilidad obstétrica graves
- ii. Enfermedades médicas graves:

Señale según corresponda la(s) patología(s) u condición que llevaron a suspender la lactancia materna.

Psicosis	Hepatitis C (si carga viral es mayor a 105/ml)
Depresión grave	Hepatitis B
Bacilífera activa	Enfermedades maternas graves (ejemplo madre en UCI)
Macroadenoma hipofisiario	Infección por herpes simple con lesiones activas
Casos severos de miastenia gravis	Tuberculosis materna activa
Neoplasias en tratamiento quimioterápico	Quimioterapia materna (citotóxicos)
Yodo radioactivo	Uso de medicamentos contraindicados en la lactancia, sin los cuales la mujer puede presentar alteraciones graves de salud (ejemplo: carbonato de litio)
Consumo activo de sustancias tóxicas: drogas en general, pasta base, cocaína y otras(especificar): _____	

iii. Lactante susceptible a adopción

iv. Hijo/a (marcar la alternativa que corresponda):

- A. Galactosemia clásica
- B. Enfermedades de orina en jarabe de arce.
- C. Fenilcetonuria
- D. Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**IV. Describa brevemente la causa que justifica la indicación de fórmula láctea administrado de forma parcial o total:**

**V. Mencione los documentos que adjunta a este registro para evidenciar las acciones realizadas por el hospital o unidad (anamnesis, registro de clínicas de lactancia, entre otros):**

**VI. Contrarreferencia (Derivación a APS): SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_**

**Datos del Profesional responsable que indica fórmula láctea:**

Nombre: \_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**Encargado/a Meta Sanitaria LME Hospitalario:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nota: Elaborar este informe al momento del egreso hospitalario del servicio de gineco-obstétrico de puérperas con recién nacido vivo.

## Anexo. N°2 “Instructivo de Informe de Justificación Meta Lactancia Materna Exclusiva (LME) al Egreso de los Servicios Gineco-obstétricos”

### **Instructivo de Informe de Justificación Meta Lactancia Materna Exclusiva (LME) al Egreso de los Servicios Gineco-obstétricos**

#### **Introducción:**

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o fórmula láctea.

La leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. La leche humana, además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico. Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera.

#### **Consideraciones para el registro de la información:**

La Meta Sanitaria de la Ley 18.834 de LME al Alta Hospitalaria se medirá sólo en los Servicios Gineco-Obstétricos, excluyendo las altas de los servicios de Neonatología.

El Medio de verificación se obtiene del REM A24 Sección E, donde se informan todas las Altas de los servicios indicados. Para efecto de evaluación de la Meta Sanitaria, el referente técnico de lactancia materna de la SEREMI de Salud, deberá considerar a los menores que responden a lo descrito en el **informe de justificación (documento anexo)** autorizando o no, a los Servicios de Salud, ser el primer filtro para evaluación de pertinencia de los informes y el descuento de manera manual, **en el denominador de los lactantes con incompatibilidad de ser amamantados** como también el número de madres que se acoge al **derecho de No amamantar, Ley N°21.155**, adjuntando un consentimiento informado simple, que recibieron consejería previamente. (Anexo N°2 original del Protocolo Gestión Administrativa de PPAA).

Los Informes de justificación deben ser enviados al referente de lactancia materna en cada Servicio de Salud. El referente técnico en cada Servicio de Salud deberá revisar y evaluar la pertinencia de estos antecedentes y remitir un informe trimestral, al referente de lactancia materna de la SEREMI de Salud, quien debe responder el informe enviado, aceptando o rechazando el informe enviado por los referentes de los Servicios de Salud.

Los lactantes con madres portadoras de VIH+ o HTLV-1, no requieren completar el informe de Justificación, pero deben ser contabilizados en planillas de información para el descuento en el denominador, al momento de calcular la meta sanitaria real.

Por lo tanto, para el cálculo del total de Egresos de la maternidad en el denominador, se deberán descontar manualmente los Egresos de RN con informe de justificación validados por el referente de lactancia de la SEREMI, los hijos/as de madres con VIH + o HTLV1 y el número de madres que se acogieron al derecho de No amamantar (Ley N°21.155.)

## 1. Informe de Justificación

En el informe de Justificación se realizará el registro de todos los usuarios que egresen de las maternidades con fórmula láctea o lactancia mixta y se describirá las causales de esta situación.

Se registrará la siguiente información:

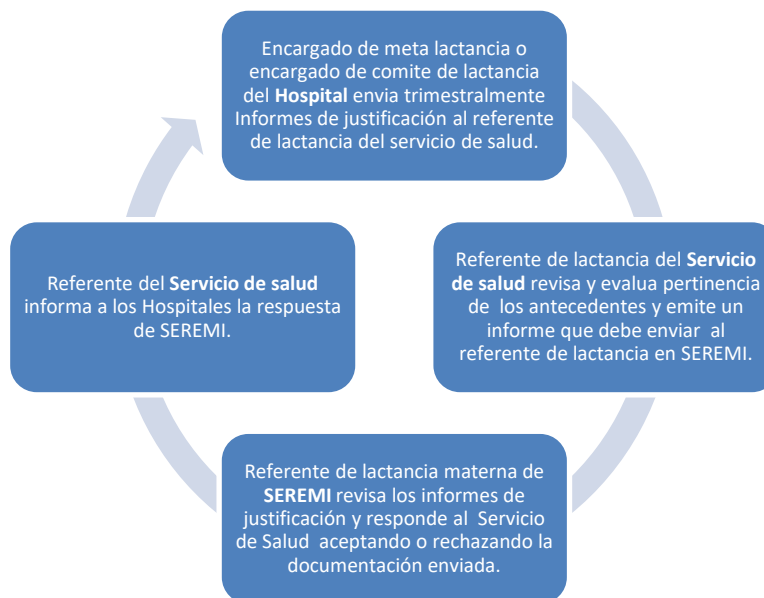
- I. **Antecedentes Generales**
- II. **Tipo de alimentación al alta Hospitalaria.**
- III. **Criterio médico para suspender la Lactancia Materna Exclusiva.**
  - o Se registra la patología u condición que generó la indicación médica de suspensión de Lactancia Materna exclusiva, para la madre y/o hijo(a).
- IV. Se debe registrar brevemente **la justificación de la indicación de fórmula láctea.**
- V. Se debe explicar los **documentos que adjuntan a este registro** para evidenciar las acciones realizadas por el hospital o unidad (anamnesis, registro de clínicas de lactancia, entre otros).
- VI. Se debe registrar si se realizó **contrarreferencia a la APS** para seguimiento del caso.
  - Se debe registrar los datos del Profesional Médico responsable que indica la fórmula.
  - Se debe registrar los datos del Encargado de meta de Lactancia Materna o encargado del comité de lactancia del Hospital.

## 2. Flujograma de envío de informe de Justificación.

Este informe de justificación se realizará con cada usuario que egrese de las unidades con fórmula láctea, de manera completo, legible, firmado por responsables y deberá ser adjuntado en la ficha del usuario.

Este documento se realizará por el médico tratante y será derivado al encargado de lactancia o comité de lactancia, el cual adjuntará todos los documentos realizados y debe ser enviado al referente de lactancia materna de cada servicio de salud. El referente de cada servicio de salud deberá revisar y evaluar la pertinencia de estos antecedentes y remitir un informe trimestral al referente de lactancia materna de la SEREMI de Salud, quien debe responder el informe enviado, aceptando o rechazando el informe trimestral enviado por el /la referente de LM en cada Servicio de salud.

## 3. FLUJOGRAMA





Anexo. N°3 "Consentimiento informado para mujeres que se acogen a su derecho de no amamantar".

		<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES QUE SE ACOGEN A SU DERECHO DE NO AMAMANTAR</b>	
<b>1.-ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>2.- DATOS DE LA MADRE</b>			
Nombre completo:			
RUN:		Edad:	
<b>3.- DATOS DEL NIÑO O NIÑA.</b>			
Nombre:			
RUN:		Fecha de nacimiento: ___/___/___	
Edad:			
<b>4.- CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA</b>			
___ Realizada		___ No Realizada	
Fecha de consejería:			
Nombre de encargado/a de la consejería:			
Profesión:			
Yo, _____ declaro haber recibido consejería en lactancia materna y decido acogerme al derecho de no amamantar.			
<b>Firma y timbre del profesional;</b>		<b>Firma de la mujer:</b>	

**Departamento de Control de Gestión  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
2023**

