



**Departamento de
Control de Gestión
del Gabinete de la
Subsecretaría de
Redes Asistenciales**

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN ANUAL DE MANTENCIÓN DE REQUISITOS TÉCNICOS DE AUTOGESTIÓN EN RED AÑO 2022

**Hospital Carlos Van Buren Valparaíso
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio**

Agosto 2023

1.-INTRODUCCION.

Según lo dispuesto en el Artículo 26 del D.S. N° 38 del Ministerio de Salud, los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) estarán sujetos a una evaluación anual, efectuada por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, la cual verificará el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda. (RE N° 841 del 12 de noviembre 2021)

En este informe se presentan los resultados de los indicadores del BSC Versión 2022 y el cumplimiento de los Artículos 16 y 18 del DS N° 38.

2.- OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN.

Evaluar el cumplimiento para el año 2022 de los requisitos exigidos en el Instrumento de Evaluación BSC y artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N° 38 de 2005, para establecimientos autogestionados en red y de hospitales candidatos a EAR (alta complejidad) e invitados (mediana complejidad), al proceso de evaluación.

3.-METODOLOGIA APLICADA.

Todo el proceso de evaluación 2022, se efectuó en plataforma SIS-Q y contempló las siguientes actividades:

- Certificación Minsal de Indicadores con fuente de datos oficiales de sistemas informáticos centralizados.
- Constatación en evaluación cruzada de los verificables correspondiente a indicadores con fuente de información local del instrumento de evaluación.
- Constatación en evaluación cruzada de los verificables de los requisitos 16 y 18 del Decreto Supremo N°38, con fuente de información local.
- Instancia de apelación por parte de los establecimientos.
- Respuesta a apelaciones por parte de Minsal.
- Análisis y consolidación de resultados finales por Minsal, través de plataforma SIS-Q.

4.-PERIODO DE LA EVALUACIÓN.

2022

5.-ALCANCE.

Para la evaluación cruzada el alcance es comprobar la existencia de los verificables que sustentan los resultados reportados por el establecimientos para los artículos 16 y 18 del D.S. N°38, y de los indicadores BSC , en 57 Establecimientos Autogestionados en Red y 14 hospitales candidatos e invitados al proceso de evaluación.

6.- OPORTUNIDAD

La evaluación se realizó entre los siguientes periodos:

Inicio: 13-03-2023 Fin: 14-03-2023

7.-EVALUADORES

Nombre/Apellido	Profesión	Cargo	Establecimiento Evaluador
Maria Paz Cubillos González	Ingeniero Comercial	Jefa Eficiencia Hospitalaria y Control Gestión	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez
Alex Tapia Mena	Ingeniero Civil Biomédico	Profesional Eficiencia Hospitalaria	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez
Omar Valdivia Ibañez	Ingeniero Informático	Profesional Eficiencia Hospitalaria	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez
Claudia Guerrero Carmona	Asistente Social	Profesional Control Gestión	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez

8.-LIMITACIONES DE LA EVALUACIÓN

9.- CONCLUSIONES

En la presente tabla se presenta el puntaje obtenido por el Hospital Carlos Van Buren Valparaíso

Requisito	Resultado Final
Porcentaje cumplimiento indicadores BSC	80.92%
Cumplimiento Artículo 16 y 18 del D.S. 38	Cumple

10.- ANEXOS

10.1.- Resultados evaluación BSC 2022

Indicador		Revisión final Minsal	
Sigla	Nombre	Puntaje	Resultado
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	4	88,39%
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	4	100,00%
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	0	9,16%
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	3	1,19
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	2	25,20%
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	4	100%
A.1.5	Gestión de saldos en Cuentas Corrientes	4	100,00%
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	4	91,50%
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	4	98,50%
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	4	100,00%
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto	2	76%
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	4	50,04%
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	4	106,50%
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	4	51,57
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	4	91,60%

B.3.1.3	Índice Funcional	4	0,95
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	0	8,20%
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	0	56,50%
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	N/A	N/A
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	4	93,3%
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	4	4,30%
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	0	13,80%
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	0	33,40%
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	3	82,1%
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	N/A	N/A
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	4	3,80%
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	4	-9,60%
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	4	16,30%
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	4	100%
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	4	38,40%
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	4	66%
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	2	8,20%
D.1.2	Porcentaje de cumpl. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	4	100%
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros	4	100,00%

	estadísticos mensuales		
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención	4	100%
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	4	90%
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	4	104,10%
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	4	89,7%
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	4	1,42%
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	3	80,27%
Total Puntaje Obtenido			123
Total Puntaje que Aplica			152
Porcentaje final cumplimiento			80.92%

Indicadores Excluidos Evaluación EAR 2022

Indicador		Revisión final Minsal		Excluído
Sigla	Nombre	Puntaje	Resultado	
No se excluyeron indicadores para esta evaluación.				

10.2.- Cumplimiento de requisitos y verificables DS N° 38, artículos N° 16

y 18.

Requisitos Artículo n° 16 y 18	Elemento Verificador Evaluación EAR	Cumple Verificables	
		Cumplimiento final del artículo	Observación Minsal
Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumple con las obligaciones establecidas	1. Cumplimiento total (4 puntos) del indicador C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento de envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.	Si	
Art. 16b.- Está registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el Establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.	1. Reporte emitido por el Departamento de Calidad, DIGERA, en el cual informa estado de Acreditación de los establecimientos de acuerdo a Superintendencia de Salud (vigente, solicitada, asignada, en espera de evaluación).	Si	
Art. 16c.- Tiene un Plan de Desarrollo Estratégico para el Establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que considera, a lo menos, los siguientes aspectos: -. Política y plan de acción de Recursos Humanos -. Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria. -. Plan de Gestión Clínica y Administrativa. -. Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos. -. Plan de Actividades de Auditoría interna -. Sistemas de Planificación y Control de Gestión. -. Política y plan	1. Resolución de Planificación Estratégica del EAR. En caso de que haya vencido, se otorga sólo un año más de prórroga.	Si	

de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.			
Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico	1. Documento de Plan Anual de Actividades y/o resolución.	Si	
	2. Documento de Plan anual de Inversiones y/o resolución.	Si	
Art. 16e.- Mantiene el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.	1. Cumplimiento de equilibrio financiero y que no presente deuda mayor a 60 días Verificado a través de certificado emitido por la División de Presupuesto En caso de obtener deuda mayor a 60 días debe enviar las gestiones realizadas ante Servicedesk, a autogestion@minsal.cl a más tardar el 28 de febrero 2023.	Si	
Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.	1. Cumplimiento total (4 puntos) del indicador A.3_1.2 "Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del sistema de costos".	Si	Archivos se corrigieron de acuerdo a lo indicado, alcanzando un cumplimiento de 98,54%
Art. 16g.- Cumple con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.	1.- Cumplimiento total (4 puntos) del indicador C4_1.1 Cumplimiento Garantías GES.	Si	

<p>Art. 16h.- Tiene implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N° 18.469, procedimientos de cobro.</p>	<p>1.- Cumplimiento de articulado 16h verificado a través de planilla certificada por el Director de Establecimiento (no se debe adjuntar documentación de respaldo).</p>	<p>Si</p>	
<p>Art. 16i.- Cuenta con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.</p>	<p>1.-Cumplimiento de articulado 16 i verificado a través de planilla certificada por el Director de Establecimiento (no se debe adjuntar documentación de respaldo).</p>	<p>Si</p>	
<p>Art. 16j.- Existe en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.</p>	<p>1.-Cumplimiento de articulado 16j verificado a través de panilla certificada por el Director de Establecimiento (no se debe adjuntar documentación de respaldo).</p>	<p>Si</p>	
<p>Art. 18a.- Desarrolla el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.</p>	<p>1.- Certificado del Gestor de Red.</p>	<p>Si</p>	
<p>Art. 18b.- Atiende beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 16.744,</p>	<p>1.- Certificado del Gestor de Red.</p>	<p>Si</p>	

que hayan sido referidos por alguno de los Establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales. (SRA)			
Art. 18c.- Mantiene sistemas de información compatibles con la Red correspondiente, los que serán determinados por el SRA.	1.- Certificado del Gestor de Red.	Si	
Art. 18d.- Entrega la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los Establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.	1.- Certificado del Gestor de Red.	Si	
Art. 18e.- Cuenta con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumple con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.	1.- Cumplimiento total (4 puntos) de los indicadores C.4_1.2, C.4_1.3 y C.4_1.4.	Si	Para el proceso de apelación de los indicadores de disminución del promedio de días de espera de consulta nueva de especialidad médica, consulta nueva de especialidad odontológica y de intervenciones quirúrgicas al cierre del 2022, además del resultado obtenido en el indicador, se analizó la variable de foco en la antigüedad, otorgándose puntaje adicional los establecimientos que demostraron priorizar la atención efectiva de aquellos casos que

			ingresaron previo al 31 de diciembre de 2021. Cumple artículo (4 puntos en los 3 ind. asociados)
Art. 18f.- Da cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.	1.- Certificado del Gestor de Red.	Si	
Art. 18g.- Efectúa auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.	1.- Informe o planilla de cumplimiento del plan de auditoría.	Si	

10.3.- Cumplimiento verificables cuadro de mando integral.

Indicador		Verificables	Existe Verificables	Observación Final Minsal
Sigla	Nombre			
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	1.- Certificado anual emitido por el Departamento de Eficiencia Hospitalaria de la División de Presupuestos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, basado en información SICEM del Observatorio CENABAST.	Si	
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	1.- Certificado anual emitido por el Departamento de Eficiencia Hospitalaria de la División de Presupuestos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Si	
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	1.- Certificado emitido por la División de Presupuestos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que contenga cumplimiento del indicador.	Si	Pese a aceptar los M\$112140 y M\$62434 de Lista de Espera y Covid el servicio no cumple con los requisitos un mayor gasto de Compras sobre el 3%. Gasto 2022 (3413222-112140-62434) Gasto 2019 M\$2966836., por lo que continua con 0 puntos
		2.- Para aquellos establecimientos que requieran evidenciar justificaciones por el aumento de gasto de compras de servicios se solicita: Certificado emitido por el Servicio de Salud que contenga la identificación de gastos de compra de servicios de las subasignaciones que respalden la compra del servicio realizado, monto y el mes de la ejecución de ese gasto (SIGFE), enviado a autogestion@minsal.cl a más tardar el 15 de febrero de 2023.	Si	
A.1.2.4	Indice del gasto	1.- Certificado emitido	Si	con las

	<p>en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente</p>	<p>por la División de Gestión de Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que contenga los gastos totales de Honorarios asimilados a las leyes N°18.834 y a leyes N°15.076 y/o N°19.664 (subtítulo presupuestario 21-03-001), glosa autorizada vigente y cumplimiento del indicador.</p>		<p>resoluciones recepcionadas no es posible validar que la distribución entre establecimientos de la red Valparaíso San Antonio este acorde al marco total autorizado del Servicio de Salud, resolución con presupuesto menor al gasto, sin embargo se otorgan 3 puntos</p>
		<p>2.- Resolución de distribución de glosa final del establecimiento, enviado a autogestion@minsal.cl a más tardar el 31 de enero de 2023.</p>	<p>Si</p>	
<p>A.1.3</p>	<p>Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios</p>	<p>1.- Certificado emitido por la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que contenga total de ingresos propios del Subtítulo 7 y 8 devengado y recaudados (excluyendo 01001002001) al cierre del año en evaluación. Se considerará el monto devengado de enero a noviembre acumulado y el monto recaudado de enero a diciembre acumulado.</p>	<p>Si</p>	
		<p>2.- Certificado emitido por la Subdirección Administrativa del EAR, que contenga: - Monto de exclusión de los ingresos propios devengados y recaudados del Subtítulo 7, según lo señalado en el Ordinario N°12.389 de agosto 2021 Fonasa en cual se informa a los establecimientos que se hará cargo de los cobros por atenciones de salud en modalidad MAI (modalidad de atención institucional) de las atenciones de hospitalización y/o rehabilitación de pacientes con Covid-</p>	<p>Si</p>	

		<p>19. - Monto Total de ingresos recaudados e ingresos devengados del subtítulo 7 que excluya lo señalado Ordinario N°12.389 de Fonasa. - Monto Total de ingresos percibidos o recaudado del subtítulo 12 de la línea base y del año en evaluación. - Análisis de cuentas, en el cual tenga definido el monto pendiente de COMPIN por cobrar (saldo deudor). - Teniendo el análisis de cuentas, recálculo del resultado de Total de ingresos percibidos o recaudado del subtítulo 12 de la línea base (excluyendo lo de COMPIN) y Total de ingresos percibidos o recaudado del subtítulo 12 del año en evaluación que excluya lo de COMPIN. Este certificado debe ser enviado a autogestion@minsal.cl a más tardar el 15 de febrero de 2023. En caso de que al establecimiento se le haya aceptado la documentación de incobrabilidad por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, obtendrá el máximo puntaje en esta trazadora lo pueden presentar como respaldo y enviar a autogestion@minsal.cl a más tardar el 15 de febrero de 2023.</p>		
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	1.- Certificado emitido por la División de Presupuesto Minsal.	Si	En base a antecedentes provistos, se acepta apelación.
A.1.5	Gestión de saldos en Cuentas Corrientes	1.- Certificado emitido por la División de Presupuesto Minsal.	Si	
A.3.1.1	Porcentaje de	1.- Certificado emitido	Si	

	Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	por División de Presupuesto Minsal.		
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	1.- Certificado emitido por Departamento de Eficiencia Hospitalaria, División de Presupuesto Minsal.	Si	
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	1.- Los verificables del cumplimiento de las actividades de los puntos 1,2,3,4 y 5 deben ser cargados en plataforma SIS-Q, "gestor de archivos" a más tardar el 31 de enero de 2022.	Si	
		2.- Certificado emitido por Departamento Salud Ocupacional y Gestión Ambiental, División de Gestión y Desarrollo de Personas Minsal.	Si	
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto	1.- Reporte emitido por la División de Inversiones Minsal, que contenga el cumplimiento de: - Existencia de Resolución del plan anual de mantención preventiva de equipos médicos críticos, relevantes, equipos industriales y ambulancias. - Envío Catastro actualizado - Planilla anual de planificación del mantenimiento preventivo; - Existencia de Resolución de disponibilidad presupuestaria para el mantenimiento preventivo y correctivo por sub-asignación. - Planilla de control de gastos asociado a mantención preventiva y correctiva.	Si	Se acepta la presentación de medios verificables fuera de los plazos señalados en ficha técnica. Para evaluación 2023 los establecimientos deben asegurar su envío a los referentes técnicos de Mantenimiento Preventivo en Servicios de Salud en los plazos y formatos señalados.
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y	Trazadora 1 1.- Procedimiento de inventario valorizado de medicamentos.	Si	

	financiera de fármacos	<p>2.- Inventario valorizado de las existencias de los medicamentos (productos farmacéuticos) semestral de bodega de abastecimiento y Farmacia donde éstos se almacenen.</p> <p>3.- Procedimiento para la baja y destrucción de Productos Farmacéuticos, que incluya el ámbito sanitario, administrativo y financiero-contable.</p> <p>Trazadora 2 4.- Reporte del establecimiento que incluya los medicamentos mermados valorizados y sus causas y el total de ingresos de medicamentos valorizados (compras).</p>	Si	
			Si	
			Si	
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	1.- Reporte emitido por Digera Minsal, que indique: - Los datos de programación o reprogramación anual final de consultas médicas de especialidad año 2022 realizadas por Especialista de manera presencial, remota y por telemedicina. - Los datos de producción de consultas médicas de especialidad año 2022. realizadas de manera presencial, remota y por telemedicina. - Porcentaje de cumplimiento del indicador.	Si	
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	Trazadora 1 1. Reporte resultado índice de ausentismo laboral acumulado periodo 2021 y 2022. (Datos Qlikview).	N/A	
		Trazadora 2. 2.- Plan de abordaje y prevención validado por Minsal (Dpto.	Si	

		Calidad de Vida, DIGEDEP)		
		3.-Informe anual del establecimiento que identifique las acciones implementadas y sus medios verificables, de acuerdo con lo programado en Plan de abordaje y prevención validado por Minsal.	Si	
		4.- Verificación de la concordancia entre registro SIS-Q e informe anual de establecimiento (acciones implementadas y acciones comprometidas).		
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	1.- Certificado GRD emitido por DIGERA Minsal.	Si	
B.3.1.3	Índice Funcional	1.- Certificado GRD emitido por DIGERA Minsal.	Si	
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	1.- Certificado GRD emitido por DIGERA Minsal.	Si	
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	1.- Publicación DEIS "Indicadores de la Red Asistencial ? 2022- Indicadores EAR con Fuente REM, Indicador B.3_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados, obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: REM 21 2022 Sección A Celdas (K13) - Denominador: REM 21 2022 Sección A Celdas (E13)	Si	
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	1.- Reporte con resultados anuales IOD, emitido por el Unidad Odontológica, Digera, Minsal.	Si	
B.4.1.2	Porcentaje de	1.- Certificado del	Si	

	Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	Subdirector Médico del establecimiento, que dé cuenta: - Número de pacientes con estadía menor o igual a 6 horas en la UEH Adulta y Pediátrica, en el año 2022. - Total de pacientes con alta médica atendidos en la UEH Adulta y Pediátrica, en el año 2022. - Porcentaje de pacientes atendidos dentro de estándar en las UEH, en el año 2022. *Excluye pacientes de la UEH gineco obstetra.		
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	1.-Publicación DEIS "Indicadores de la Red Asistencial ? 2022 ? Indicadores EAR con Fuente REM ? Indicador B.4_1.3", obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: REM A8 2022 Sección A1 Celdas (AS 12) -(B12) - Denominador: REM 2022 Sección A1 Celdas (AS12) *Excluye pacientes de la UEH gineco obstetra.	Si	
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	1.- Publicación DEIS "Indicadores de la Red Asistencial ? 2022 ? Indicadores EAR con Fuente REM ? Indicador B.4_1.4", obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: REM A21 Sección E Celdas (H88+ I88) Denominador: REM A21 Sección E Celdas (F88+G88)	Si	
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	1.- Publicación DEIS "Indicadores de la Red Asistencial -> 2022 ->Indicadores EAR con Fuente REM ->Indicador B.4_1.5", obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: REM A08 Sección D. Celdas ((C92) - Denominador: REM A08 Sección D Celdas (C92+C93+C94+C97)	Si	

		*No se incluye pacientes de la UEH gineco obstetra, pacientes derivados a otros establecimientos, pacientes que rechazan hospitalización y pacientes que ingresan directamente al proceso quirúrgico.		
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	<p>1.- Certificado emitido por el Departamento de Donación y Trasplante de Órganos, Digera Minsal, que valida los datos de: -Numerador, denominador, porcentaje de cumplimiento y puntaje final del indicador. - Recepción conforme de informes trimestrales de descarte y notificación/pesquisa de posibles donantes. -Constatación en SIDOT del registro de los posibles donantes notificados y/o pesquisados por los establecimientos.</p>	Si	
		<p>2.- Revisar en establecimientos que cuentan con Coordinadores Locales de Procuramiento (CLP) en el mismo establecimiento: Certificado emitido por el Subdirector Médico del establecimiento que establezca: - Que los cargos entregados para cubrir las funciones de las CLP, están cumpliendo la función para la cual fueron destinados, con dedicación exclusiva al programa. - El nombre del médico (perteneciente a la Unidad de Pacientes Críticos, sea esta adulta o pediátrica) que ejerce labores como referente del proceso de notificación, mantenimiento y soporte de posibles y potenciales donantes, certificación de muerte</p>	Si	

		<p>encefálica y su comunicación a familiares y próximos. La identidad del citado referente debe ser comunicada, mediante resolución, a la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud.</p>	
		<p>3.- Además, para los establecimientos que cuentan con CLP en el mismo establecimiento y que funcionen en Red (tienen más de 1 establecimiento a su cargo) deben presentar: Calendario de visitas presenciales planificadas y realizadas en año 2022 a los hospitales de su red (generadores de donantes).</p>	Si
		<p>4.- Resolución sobre la notificación obligatoria de posibles donantes en la que se instruye el proceder a los médicos de la red en términos de su comunicación a la CLP, ya sea en forma directa o por llamada al teléfono institucional.</p>	Si
		<p>5.- Actas de reuniones semestrales realizadas entre la CLP y jefaturas de unidades UEH, UPC, NC y/o NL si procede, para evaluar y controlar el cumplimiento de estrategias de: - Notificación y pesquisa de posibles donantes en sus establecimientos de salud. - Aumento de donantes efectivos fallecidos.</p>	Si
		<p>6.- Protocolo intrahospitalario de Proceso de Procuramiento de</p>	Si

Órganos con resolución respectiva.	
<p>7.- Para todos los establecimientos donde aplica el indicador: Cuenta con Protocolo intrahospitalario de Notificación y Pesquisa de Posibles Donantes de Órganos con resolución respectiva. Este protocolo debe considerar al menos: - Identificación de los responsables del proceso de notificación. - Flujo de comunicación con la Coordinación Local de Procuramiento correspondiente al establecimiento y/o red. - Acciones clínicas que favorezcan la correcta selección del posible donante, solicitud y toma de exámenes del posible donante, solicitud formal de cama a UPC, UTI y/o UCI, manejo clínico inicial y precoz del posible donante, y/o todas aquellas medidas que favorezcan la obtención de donantes de órganos y tejidos, según protocolo. - Requisitos mínimos de mantenimiento y traslado del posible donante en el caso de requerir traslado hacia un centro de mayor complejidad.</p>	Si
<p>8.- Listado de médicos incorporados durante 2022 a las unidades UEH, UPC (UCI y UTI) adulta y pediátrica, Fuente: SIRH del establecimiento.</p>	Si
<p>9.- Verificación mediante listados de firmas, de la comunicación del Ordinario Minsal, A15/N°3965,12/09/2019 sobre "la obligación legal, de prestadores individuales públicos y privados, de notificar</p>	Si

		estado de muerte encefálica de un paciente”, a todos los profesionales médicos nuevos que ingresaron a las unidades UEH, UPC (UCI y UTI) adulta y pediátrica, durante 2022.		
		10.- Verificación de la participación del personal clínico de las UEH, UPC (UCI y UTI) adulta y pediátrica en capacitaciones sobre “Notificación de Posibles Donantes, Procuramiento de Órganos” y/o “Comunicación de muerte humanizada en el proceso de Procuramiento”. Se acepta vigencia de hasta dos años.	Si	
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	1.- Certificado emitido por Digera Minsal que contenga el cumplimiento de garantías GES (consolidado anual) detallando las garantías cumplidas, exceptuadas, incumplidas atendidas, incumplidas no atendidas y retrasadas.	Si	Esta Subsecretaría determina excepción de indicador para la evaluación EAR 2022 debido a que incumplimientos han sido justificados por causa externa respaldados según lo indicado por Art N° 45 del código civil, ratificado en dictamen 3610 del 17 marzo 2020 y en D.S. N° 104 Ministerio del Interior y Seguridad Pública del 18 de marzo 2020, que declara estado de excepción constitucional de catástrofe. Dicho decreto fue modificado por los decretos N° 6, N° 10, N° 18, N° 19, N° 21, N° 23, N° 24, N° 28, todos de 2020, y N° 1, N° 12, N° 24, N° 38, N° 39 y N°

				52, todos de 2021, N° 7, N°31, N°75, N° 31, N°75 y N°91, todos de 2022 y N°10 de 2023 del Ministerio de Salud.
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	1.- Reporte emitido por referente de Lista de Espera, Digera, Minsal.	Si	
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	1.- Reporte emitido por referente de Lista de Espera, Digera, Minsal.	Si	
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	1.- Reporte emitido por referente de Lista de Espera, Digera, Minsal.	Si	
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	1.- Cronograma anual de trabajo CCU y actas de las reuniones realizadas que incluyan fecha, participantes, temas tratados y acuerdos.	Si	
		2.- Plan anual de actividades técnico asistencial del establecimiento formalizado por resolución.	Si	
		3.- Informe anual del Director/a del establecimiento de Salud reportando las acciones realizadas en el año, según los acuerdos tomados junto al Consejo Consultivo.	Si	
		4.- Verificación de la concordancia entre registro SIS-Q e informe anual del Directores del establecimiento (acciones implementadas y acciones comprometidas)	Si	
C.4.3.1	Porcentaje de	1.- Publicación DEIS	Si	

	consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	“Indicadores de la Red Asistencial - 2022 - Indicadores EAR con Fuente REM - Indicador C.4_3.1”, obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: (REM A07 Celdas ((W71 + AA71) + REM A32 Celdas (Z45 +AE45)) - Denominador: (REM A07 celda B71) + (REM A32 celda B45) Línea Base: 2021 - Numerador (REM A07 Celdas ((W71 + AA71) + REM A32 Celdas (Z45 +AE45)) - Denominador:(REM A07 celda B71) + (REM A32 celda B45)		
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	1.- Certificado emitido por Subdirector Médico del establecimiento, que indique: - Numero de CR realizadas al alta año 2021 y 2022. - Número total de altas 2021 y 2022 según publicación DEIS : REM A07 Sección A Celdas (AL71+AM71) + (REM A32 Sección C1 Celdas (X45 + Y45)) - Porcentaje de CR realizadas al alta 2021 -2022.	Si	
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	1.- Publicación DEIS “Indicadores de la Red Asistencial -> 2022 -> Resto indicadores EAR ->Indicador C.4_3.5”, obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: REM A07 Sección A. Celdas ((AL71+AM71) + REMA32 sección C1 (X45+Y45) - Denominador: (REM A07 Celda B71) + (REM A32 B45)	Si	
D.1.2	Porcentaje de cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	1.- Plan anual aprobado en el primer trimestre por el Director del establecimiento e informado al Director de Servicio de Salud a través de memo, mail u otro medio, que	Si	

		incluya los requisitos mínimos exigidos.		
		2.- Informe cuatrimestral IAAS.	Si	
		3.- Informe de Brotes (según ocurrencia) descargable de Sicars para cada brote o informe local con resumen de brotes.	Si	
		4.- Informe de análisis de resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS en el establecimiento realizado según normativa 2 veces al año (abril y septiembre).	Si	
		5.- Informe del establecimiento que contenga: - Medidas de control planificadas e implementadas para los problemas identificados. - Actividades establecidas e implementadas en el plan anual en bases a los objetivos programáticos locales - Informe de ejecución de actividades programadas del plan anual IAAS según periodicidad señalada en anexo N° 13 del BSC 2022.	Si	
		6.- Informe anual de impacto de las intervenciones realizadas del establecimiento.	Si	
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	1.- Reporte emitido por DEIS del cumplimiento anual con la consistencia de datos.	Si	Se acepta apelación.
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención	1.- Programa de Calidad y Seguridad de la atención, aprobado por el Director del establecimiento e informado al Director del Servicio de Salud	Si	

		a través de memo, mail u otro medio verificable.	
		2.- Listado de los documentos que vencen en el año y los actualizados en el periodo.	Si
		3.- Informe de autoevaluación.	Si
		4.- Informe de análisis de resultados de medición de indicadores de Seguridad y Calidad de la Atención según frecuencia establecida en la normativa.	Si
		5.- Informe de oportunidad de notificación de brotes de IAAS y de brotes de infecciones relacionadas con salud ocupacional no IAAS (Covid19) según formato anexo N°15.	Si
		6.- Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados según formato anexo N°15.	Si
		7.- Informe semestral de evaluación de cumplimiento del programa.	Si
		8.- Actas de reunión de Comité Técnico ampliado en que se difunde informe semestral (cumplimiento del programa).	Si
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	1.- Reportes (listado) de auditorías del año en curso y del anterior según formato CAIGG. (Ministeriales, institucionales, gubernamentales, además de los de CGR).	Si
		2.- Plan anual de Auditoría, del año en	Si

		evaluación y del anterior.	
		3.- Planilla en Formato Excel con "Anexo Compromisos de Auditorías Generales" (adjunta). Incluye el formato que se remite al CAIGG junto con la Planificación Anual, específicamente las hojas "COMPROMISOS AUDITORIA", "COMPROMISOS IMPLEMENTADOS" y "COMPROMISOS CGR", para demostrar que se ingresó la totalidad de los datos al indicador.	Si
		4.- Observaciones de Contraloría General de la República (CGR): Compromisos y actividades suscritos con CGR y registrados en el sistema informático de seguimiento de CGR. Para la revisión el establecimiento evaluado debe presentar la planilla excel descargada de la CGR.	Si
		5.- Mail, oficio o memo que respalde las reprogramaciones de los compromisos.	Si
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	1.- Publicación DEIS "Indicadores de la Red Asistencial -> 2022 ->Indicadores EAR con Fuente REM ->Indicador D.4_1.2" Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno", obtenido de la siguiente fuente: - Numerador: REM A 04 Sección J Celdas (E106 +J106) - Denominador: REM 04 Sección J Celdas (B106 +C106) *En caso de que algún establecimiento haya realizado durante 2022 despachos a través de gestión territorial el establecimiento puede	Si

		presentar sus medios verificables locales y enviar a autogestion@minsal.cl a más tardar el 15 de febrero de 2023 para efectuar recalculation del indicador.		
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	1.- Registro trimestral con resultados de encuestas aplicadas que contenga al menos: -Folios de las encuestas -Fecha de aplicación - Identificación de la unidad clínica y del usuario encuestado, respuestas a cuestionario -Nota promedio de cada encuesta* -Porcentaje de cumplimiento* *Metodología explicada en anexo N°17 del BSC 2022.	Si	
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	1.- Certificado GRD emitido por DIGERA Minsal.	Si	
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	1.- Oportunidad de respuesta a reclamos: Reporte Minsal de resultados, según datos REM 2022 19B Sección A Numerador: Celdas (E11+F11) Denominador: Celdas (E11+F11+G11)	Si	
		2.- Resolución del procedimiento formal de gestión de reclamos que establece responsabilidades, tiempos de respuesta interno y controles de las unidades involucradas en el proceso.	Si	
		3.- Informes trimestrales de resultados de la evaluación de la calidad de la respuesta.	Si	

