



47

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Gabinete
Departamento de Control de Gestión

1964



ORDINARIO C16 N° _____ /

ANT.: Resolución Exenta N° 736 del 2021 del Ministerio de Salud, que fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2022 para efectos de la asignación por el cumplimiento anual de Metas de Producción y Calidad a que se refiere el Artículo 12 de la Ley N° 20.707.

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

MAT.: Envía Orientaciones Técnicas complementarias Metas de Producción y Calidad año 2022.

15 JUN 2022

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
A : SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS

En el marco del proceso de suscripción, monitoreo y cumplimiento de las Metas de Producción y Calidad para el año 2022, cumplimiento que beneficia a los profesionales funcionarios que desempeñen cargos de 28 horas semanales regidos por la Ley N° 15.076; y a profesionales funcionarios que se encuentren liberados de la obligación de prestar servicios de guardia nocturna y en días domingo y festivos, adjunto a ustedes Orientaciones Técnicas complementarias, para su conocimiento aplicación y difusión en los equipos técnicos respectivos.

Lo no contemplado en las referidas orientaciones técnicas será informado por el Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría, para ello, todas las dudas o consultas deberán ser dirigidas a fabiola.lopez@minsal.cl.

Saluda atentamente a Ud.


DR. FERNANDO ARAOS DATTOLI
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:
Servicios de Salud de país
Equipos de Control de Gestión, Servicios de Salud
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
Depto. Control de Gestión Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal



MINISTERIO DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
 DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
 GABINETE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Metas Sanitarias año 2022 Ley 20.707

Orientaciones técnicas específicas

Cambios y/o actualización por Indicador

A continuación, se presentan las observaciones de cambio y/o actualización por indicador para la definición de las Orientaciones Técnicas específicas año 2022:

Nº	Nombre Indicador	Observación de cambio y/o actualización Orientaciones técnicas específicas 2022
1. Áreas de Producción		
1.1	Porcentaje de atención pacientes categorizados como C2 y/o ESI2 en los tiempos según estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)	La meta asociada al Indicador de pacientes Categorizados como C2 y/o ESI2 presenta una modificación a la descripción del medio de verificación, dejando como hora de inicio el proceso de categorización en lugar de la hora de admisión del paciente al centro de urgencia, dado que la clasificación del paciente como C2 ocurre en el momento de la categorización. Actualiza descripción orientación técnica específica.
1.2	Porcentaje de Notificación/Pesquisa de Posibles/Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes.	La meta asociada al indicador de Notificación y Procuramiento de órganos, busca potenciar la notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes a la Coordinación Local de Procuramiento, por lo que para el año 2022 amplía el horizonte de años de los posibles donantes, con la finalidad de tener un universo más extenso de futuros donadores, dejando la edad de 78 años en lugar de los 75 años definidos en el año 2021. Actualiza descripción orientación técnica específica.
2. Área de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)		
2.1	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.	Indicador no necesita de orientaciones técnicas específicas.
2.2	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	Indicador no necesita de orientaciones técnicas específicas.
2.3	Porcentaje de médicos con identificación.	Indicador no necesita de orientaciones técnicas específicas.
3. Área de Calidad		
3.1	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor	Mantiene descripción orientación técnica específica.



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
GABINETE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

	que cumplen con registro de consentimiento informado.	
3.2	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.	Mantiene descripción orientación técnica específica.
3.3	Capacitación actualizada en precauciones estándares de IAAS a médicos Ley 15.076.	Mantiene descripción orientación técnica específica.
3.4	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo	Mantiene descripción orientación técnica específica.
3.5	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU	Mantiene descripción orientación técnica específica.
3.6	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio	Mantiene descripción orientación técnica específica.
3.7	Porcentaje de pacientes quirúrgicos que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.	Mantiene descripción orientación técnica específica.



ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS AÑO 2022

METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD LEY 20.707

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

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTION
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	3
III.	<u>NOTA PARA INDICADORES DE CALIDAD.....</u>	<u>3</u>
IV.	ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2022.....	4
	Indicadores y metas de producción.....	4
1.	Área de Producción.....	4
1.1.	Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/ o ESI2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)	4
1.2.	Donación y Procuramiento de Órganos	6
2.	Área de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	10
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)	10
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)	11
2.3.	Utilización de identificación funcionaria por los médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).....	12
3.	Área de Calidad	13
3.1.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de uso consentimiento informado.....	13
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.....	15
3.3.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada.....	18
3.4.	Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno.....	20
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.....	22
3.6.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de cumplimiento de registros clínicos	25
3.7.	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo	27

I. INTRODUCCIÓN

La implementación de La Ley 20.707 buscó mejorar las condiciones remuneracionales de los profesionales funcionarios 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, tuvo 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.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de la Resolución Exenta N° 736 del 29 de septiembre de 2021, fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2022, 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.

Los equipos técnicos encontrarán, en el presente documento, las orientaciones específicas de los indicadores que rigen para el año 2022, además se incorporó un capítulo especial respecto a la reportería de los medios de verificación, con el objetivo de estandarizar la forma en que los Servicios de Salud entregan sus datos, para facilitar la evaluación de la información a las entidades evaluadoras.

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

II. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

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

- 1) Los medios de verificación deben ser los mismos que se establece en el documento que fija las metas nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.
- 2) Los datos informados deben coincidir con los medios de verificación, sean estos reportes, bases de datos u otros antecedentes que la autoridad haya fijado para el efecto.
- 3) No se deben adjuntar certificados o documentación adicional, que no sean solicitados como medio de verificación, de acuerdo con la Resolución que fija las Metas Sanitarias.
- 4) Las justificaciones por subcumplimiento y/o sobrecumplimiento, deben ser coherentes, es decir, debe quedar clara la causalidad de los referidos resultados y deben estar debidamente informados, permitiendo al evaluador una fácil comprensión.
- 5) Con el objeto de facilitar a los establecimientos la entrega de medios de verificación y en especial aquellos medios que son obtenidos desde sistemas de información, se presenta:

Ficha presentación medio de verificación:

SISTEMA DE INFORMACIÓN	Indicar cuál es la fuente de datos de la información. En caso de que la fuente sea REM, señalar ruta REM (<u>sección y celda a considerar para el numerador y denominador</u>).
DÍA, MES, AÑO PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS DATOS	Señalar fecha (día, mes año) de corte para la extracción de la información por los Servicios/establecimientos de salud.
MÉTODO DE PROCESAMIENTO	Colocar el método / herramienta utilizada para procesar los datos. Excel, SPSS, etc. (si corresponde)
PERIODO O RANGO DE DATOS	En esta sección indicar el periodo a considerar para la extracción de la información (dd/mm/aa hasta dd/mm/aa).

III. NOTA PARA INDICADORES DE CALIDAD

En el caso de las unidades que hayan comprometido en los respectivos convenios **metas locales**, la evaluación de los indicadores, deberá ajustarse a lo definido en esta OOT para indicadores que evalúan cumplimiento de prácticas clínicas de acuerdo, a protocolo local:

- a) Selección del tamaño muestra.
- b) Selección aleatoria de la muestra.
- c) Identificación de las fuentes de información numerador y denominador.
- d) Medios de verificación.

IV. ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2022

Indicadores y metas de producción

1. Área de Producción

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

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

1. 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)

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar la oportunidad de atención dentro de 30 minutos a las personas consultantes de las UEH, que de acuerdo con su complejidad y gravedad son categorizados como pacientes C2 y/o ESI2.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de atención pacientes categorizados como C2 y/o ESI2 en los tiempos según estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH	Corresponde al número de pacientes atendidos en 30 minutos o menos y que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI,	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA

		deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.			
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH	Corresponde al número total de pacientes atendidos que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.	Resultado	Eficiencia	Aplica a establecimientos con UEH con tipo de consultante niños y adultos. No aplica a consulta obstétrica
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	≥ 90%	Anual	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia Hospitalaria del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2 y/o ESI2, hora de categorización y hora de primera atención médica, considerando los registros según tabla 1 presentada en observaciones del indicador en Orientaciones Técnicas.		SERVICIOS DE SALUD
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH}} \right) * 100$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

- Este indicador mide el tiempo que espera un paciente C2 para acceder a la primera atención médica en la Unidades de Emergencia Hospitalaria, desde su 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 ES12

Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6
DAU	NOMBRE	RUT	FECHA Y HORA CATEGORIZACIÓN	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.

1.2. Donación y Procuramiento de Órganos

OBJETIVO DEL PROCESO	Potenciar la notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red, para contribuir al incremento de donantes efectivos del país.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Notificación/Pesquisa de Posibles/Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes.				
	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
FÓRMULA DEL INDICADOR	Para UEH adulto y pediátrico: Número de Posibles/Potenciales	En las unidades de emergencia hospitalarias			

Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red	pediátricas y/o adultos, corresponde al número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS LE APLICA
B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Para UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico: Número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red	En las UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico, corresponden al número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red			
C- VARIABLE 3	DESCRIPCIÓN VARIABLE 3			
Para UEH adulto y pediátrico: Total de egresos fallecidos en UEH adulto y pediátrico, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD	En las unidades de emergencia hospitalarias adultos y/o pediátricas, corresponden al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD.	Eficacia	Proceso	Alta y mediana complejidad
D- VARIABLE 4	DESCRIPCIÓN VARIABLE 4			
Para UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico: Total de egresos fallecidos en la UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico, por causa neurológica, entre 6	En la UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico; corresponden al total de egresos fallecidos en la UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico, por causa			

	meses a 78 años, reportados en GRD	neurológica entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥90% o aumento de 30 puntos porcentuales a partir de su línea base año 2021	Anual	Informe de validación elaborado por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red, en el cual incluya como numerador, las estadísticas reportadas por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red, y en el denominador el Reporte GRD.	SERVICIO DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left(\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Posibles/potenciales Donantes, entre 6 Meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento por UEH}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Posibles /potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/potenciales a la Coordinación Local de Procuramiento por UPC, Ucis e intermedio}} \right) / \left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados por UEH en GRD}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de egresos fallecidos en la UPC, Ucis e intermedio entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD}} \right) \right) * 100$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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.

Donante efectivo (DE): Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón, para la extracción de órganos y tejidos.

Unidad de 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).

Todo posible donante debe ser notificado y/o pesquisado desde los hospitales de la red hacia la Coordinación Local de Procuramiento correspondiente, la que debe quedar registrada en la ficha clínica y en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante – SIDOT.

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

El Informe de validación consiste en un reporte emitido por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red, hacia el referente del Servicio de Salud correspondiente donde indique el porcentaje de cumplimiento de la meta y los avances alcanzados.

Para el cálculo final aplicar la “Formula del cálculo” descrita en este documento.

Periodicidad de evaluación:

Informe semestral	Informe de cierre al 30 de junio de 2022. Primer Semestre (corte / entrega)	Fecha de entrega del informe 31 de julio 2022
Informe Anual	Informe de cierre al 31 de diciembre de 2022. Primer Semestre (corte / entrega)	Fecha de entrega del informe 31 enero 2023

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 2021.

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

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar transporte secundario cuya regulación debe ser realizada por un médico según protocolo establecido en el Centro Regulador del SAMU perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central.			
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
	Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario realizadas al Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.	Producción	Calidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	100%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud Metropolitano Central	SERVICIO DE SALUD
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO	

Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	(Nº solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t / Nº total de solicitudes de transporte secundario en el año t) *100
---	--

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualización continua de los médicos del SAMU perteneciente al SSMC según vigencia y avances en tecnología y técnicas de ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número de médicos de la dotación total del SAMU.	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	≥ 80%	Anual	Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud Metropolitano Central con el porcentaje de cumplimiento y número de médicos capacitados en ACLS o símil.	SERVICIO DE SALUD	

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	(Nº de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil/ Nº total de médicos SAMU) *100

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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.

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Uso permanente de la identificación funcionaria de cada médico del SAMU perteneciente al SSMC.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con identificación.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con identificación (nombre y apellido)	Corresponde al número de médicos del SAMU perteneciente al SSMC que se les constató uso de identificación (nombre y apellido) en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos SAMU	Corresponde al número total de médicos del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.	Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	
Porcentual	100%	Anual	Certificado de cumplimiento firmado por el Departamento de Calidad del Servicio de Salud Metropolitano Central.	SERVICIO DE SALUD	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	

Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	(Nº de médicos con identificación (nombre y apellido) / Nº total de médicos) *100
---	---

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

3. Área de Calidad

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso consentimiento informado en cirugía mayor de acuerdo con las normas y protocolos establecidos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo	Corresponde a los pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con consentimiento informado según protocolo local	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº Total de cirugías mayores	Corresponde al número total de cirugías mayores	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Trimestral	Sistema de Acreditación, DP 2.1 según orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometida	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1, 2 Y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				(Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo / Nº Total de cirugías mayores) *100

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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 regirán de acuerdo a la **Tabla Nº 1** (valor esperado 50%, margen de error 10%) según Calculadora SISQ- MINSAL). Para los hospitales que dispongan de valor histórico último año y cuyo resultado de desempeño sea igual o mayor a 80% se regirán para el cálculo del tamaño de la muestra por la **Tabla Nº 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:
 - i. calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
 - ii. 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

Medios 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.

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas de acuerdo a las normas y protocolos establecidos
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.

FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1		DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso		Cumplimiento criterios de ingreso a UPC según protocolo local	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2		DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº de pacientes ingresados a UPC		Base de datos pacientes ingresados a UPC	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Unidad Paciente Critico comprometido	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$(N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a UPC}) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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 registrarán de acuerdo, a la **Tabla Nº 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 registrarán para el cálculo del tamaño de la muestra por la **Tabla Nº 2** (valor esperado 80%, margen de error 10%).

Fuente Información

1. Numerador: Pauta de cotejo (Anexo Nº 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.

Medios de Verificación:

1. Pauta Cotejo (Anexo Nº 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.

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada de los profesionales en prevención de IAAS				
NOMBRE DEL INDICADOR	Capacitación actualizada en precauciones estándares de IAAS a médicos Ley 15.076				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS	Capacitación actualizada en IAAS médicos (Ley 15.076)	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)	Registro de médicos (Ley 15.076) que deben capacitarse en IAAS actualizada	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Anual	Sistema de Acreditación, RH 3.1 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		

Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales	(Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS / Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)) *100
--	---

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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

La medición se realizará de la siguiente forma:

1. El Servicio o Unidad comprometida deberá contar con un listado de los profesionales médicos regidos **por la Ley Nº 15.076** al 31 de diciembre 2021 que contenga fecha de última actualización en IAAS (anexo N°2).
2. De acuerdo, a información anterior, se determinará los médicos regidos **por la Ley Nº 15.076** del servicio o unidad comprometida que deben capacitarse en IAAS en el año 2022. (se utilizará como denominador).
3. 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.
4. 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 Nº 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) en IAAS capacitados
2. Denominador: Registro de profesionales médicos (Leyes 15.076) del servicio o unidad comprometida que deben capacitarse en IAAS año 2022 (Sistema de Acreditación, RH 3.1).

Medios de Verificación:

1. Listado de los profesionales médicos regidos por la Ley N° 15.076 al 31 de diciembre 2021 que contenga fecha de última actualización en IAAS. (anexo N° 2)
2. Registro de los profesionales médicos a capacitar en IAAS año 2022
3. Informe de médicos (ley 15.076) con capacitación actualizada firmada por jefe Unidad Comprometida.

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante el traspaso de información relevante del paciente entre profesionales médicos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numero de entregas de turno médico con registro según protocolo local	Corresponde al número de entregas de turno médico con registro según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº total de entregas de turno del periodo	Corresponde al total de entregas de turno médico	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, AOC 2.2	Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	

			según Orientaciones Técnicas.	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				(Nº entrega de turno médico con registro según protocolo local/ Nº total de entregas de turno del periodo) *100

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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 registrarán 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 registrarán 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).

- 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:
 - i. calcular un intervalo (universo/ tamaño de muestra),
 - ii. 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. 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 a lo definido en protocolo local (Sistema Acreditación Característica AOC 2.2).
2. Denominador: Registro de entregas de turno del periodo.

Medios 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

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de los registros de atenciones de urgencia, de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.			
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
	Nº de DAU con registros mínimos	Corresponde al número de DAU con		

		registro mínimos según protocolo	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº total de DAU	Corresponde al total de DAU	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Urgencia comprometido	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$(\text{N}^\circ \text{ de DAU con registros mínimos} / \text{N}^\circ \text{ total de DAU}) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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:

- 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 registrarán de acuerdo a la **Tabla Nº 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 registrarán para el cálculo del tamaño de la muestra por la **Tabla Nº 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).

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:

i. calcular un intervalo (universo/ tamaño de muestra)

ii. 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. 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.

Medios 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

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

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento del registro de protocolo operatorio de acuerdo a las normas y protocolos.				
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio				
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
		Número de protocolo operatorios con registros mínimos	Corresponde al número de protocolos operatorios con registros mínimos según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
		Número total de protocolos operatorios	Corresponde al total de protocolos operatorios.	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.		Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				$(N^{\circ} \text{ de protocolos operatorios con registros mínimos} / N^{\circ} \text{ total de protocolos operatorios}) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se establece que el 80% de los Protocolos operatorios 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:

- 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 registrarán de acuerdo a 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 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

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:
 - i. calcular un intervalo (Universo/ tamaño de muestra)
 - ii. 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

Numerador: Pauta de cotejo con los contenidos mínimos a evaluar de acuerdo a lo definido en protocolo local (Sistema Acreditación Característica REG 1.2)

Denominador: Registro de número de DAU del período.

Medios 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 de Unidad de Desempeño.

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

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a pacientes quirúrgicos a través del manejo de dolor agudo de acuerdo protocolo local.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes quirúrgicos que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo	Corresponde al número de pacientes quirúrgicos con registro indicación médica de manejo de dolor según protocolo.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total pacientes intervenidos quirúrgicamente	Corresponde al total de pacientes quirúrgicos.	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL1.3 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometida	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		

Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

(Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo / Nº total pacientes intervenidos quirúrgicamente) *100

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se establece que el 80% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente cumplan con los registros de indicación médica de manejo del dolor agudo, de acuerdo a 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 a la **Tabla Nº 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 Nº 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:
 - I. Calcular un intervalo (universo / tamaño de muestra)
 - II. 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:

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).

Denominador: Registro de pacientes con intervención quirúrgicas del periodo evaluado.

Medios 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.