

# **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED AÑO 2021**



**Ministerio de  
Salud**

**Gobierno de Chile**

**Dpto. Eficiencia Hospitalaria  
División de Presupuesto  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Minsal**

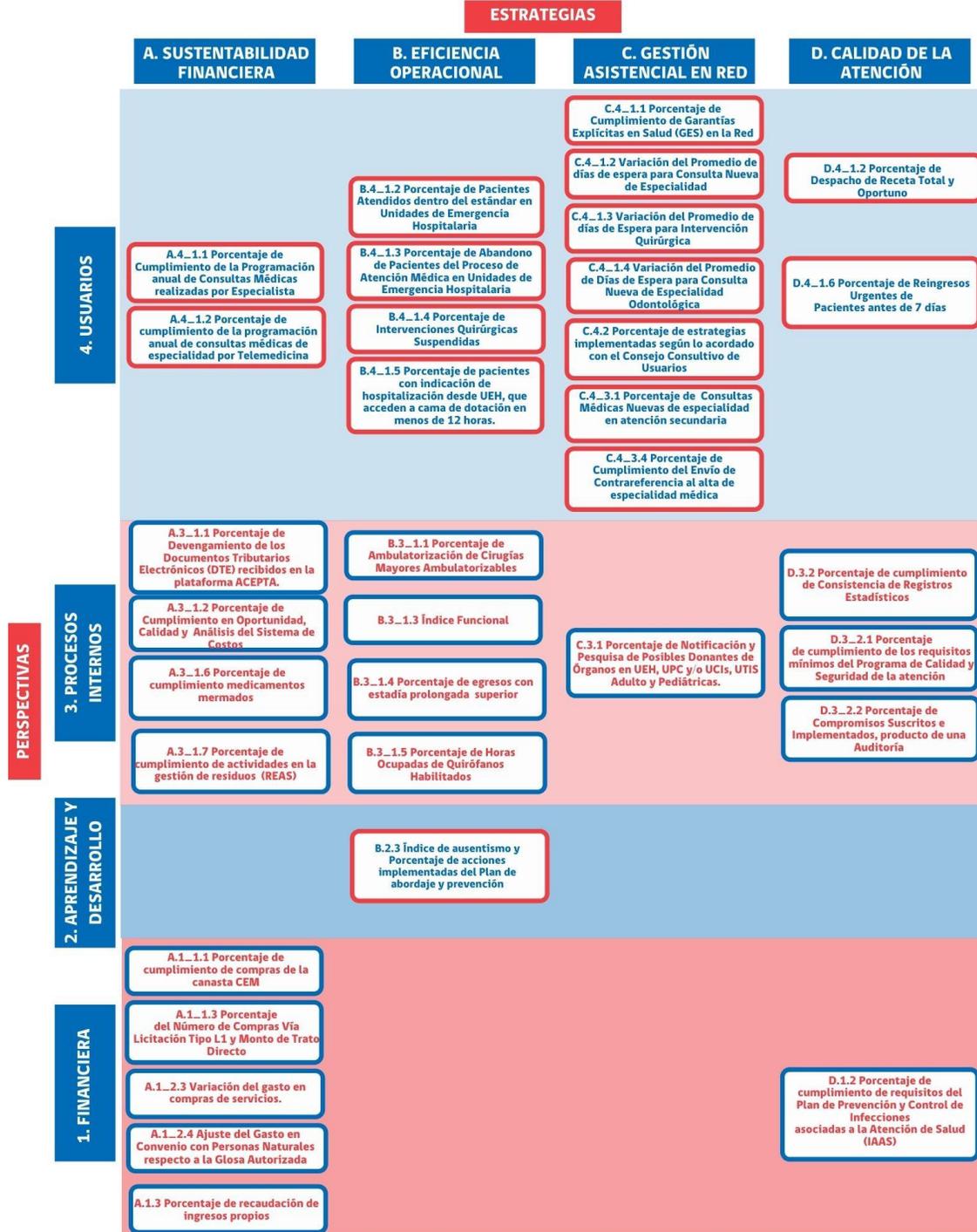
**Enero 2021**

# BSC 2021



- ✓ Aplican 34 indicadores
- ✓ Respecto a versión 2020 se eliminan 6 indicadores, se incorpora 3 nuevos, se modifican 17 y se mantienen sin cambios 14.
- ✓ Indicadores 2021 estarán disponibles en plataforma SISQ a partir del 15 de febrero.
- ✓ Plazos de registros en SIS-Q, con corte último día hábil de cada mes.
- ✓ En caso de no contar con la fuente oficial en un periodo, ingresar datos de fuente local y retroactivamente corregir en cuanto se tenga la información oficial.
- ✓ Se emitirán reportes de resultados mensuales a la Autoridad a partir del mes de mayo 2021.
- ✓ En caso que la Autoridad determine la exclusión de un indicador para la evaluación anual, no se incluirá para esta sin embargo, se debe continuar con el monitoreo.

# Mapa Indicadores BSC 2021



<b>Distribución de indicadores según Estrategias/Perspectivas</b>	<b>Sustentabilidad Financiera</b>	<b>Eficiencia Operacional</b>	<b>Gestión Asistencial en Red</b>	<b>Calidad de la Atención</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Perspectiva Usuarios</b>	2	4	7	2	<b>15</b>
<b>Perspectiva Procesos Internos</b>	4	4	1	3	<b>12</b>
<b>Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo</b>	0	1	0	0	<b>1</b>
<b>Perspectiva Financiera</b>	5	0	0	1	<b>6</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>34</b>

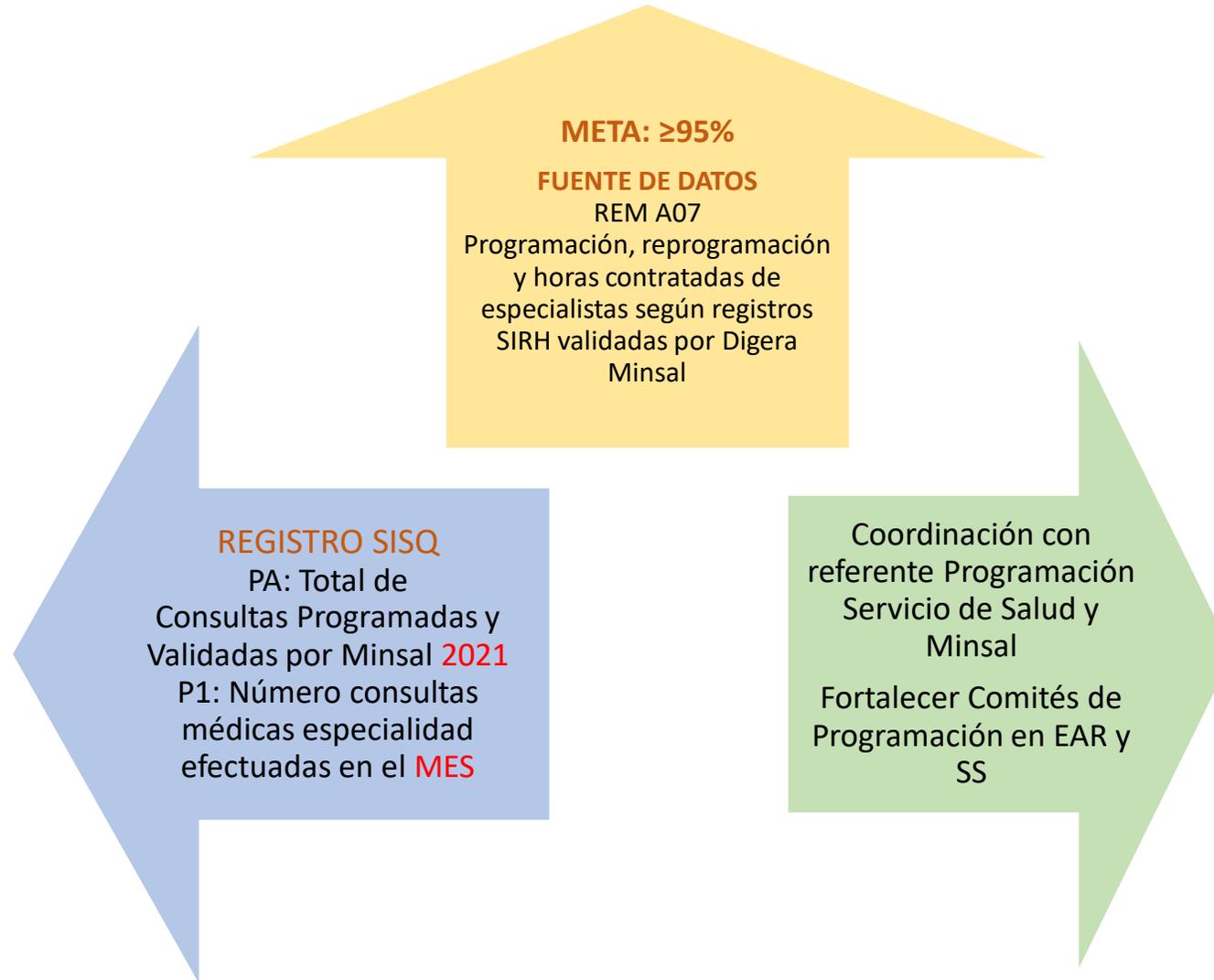
INDICADORES SIN CAMBIO 14	INDICADORES MODIFICADOS 17	INDICADORES ELIMINADOS 6	INDICADORES NUEVOS 3
A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM a través de CENABAST.	A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.	B.1.1 Costo del recurso humano por actividad hospitalaria. *se incorpora como subindicador	A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.
A.1_1.3 Porcentaje de Compras vía Licitación tipo L1 y Monto de Trato Directo.	A.1.3 Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios.	B.2.2 Porcentaje de Funcionarios/as que Ejercen Funciones de Jefatura Clínica Capacitados en Temáticas Priorizadas.	A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS).
A.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista.	A.1_2.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	B.3_1.2 Porcentaje de Camas Críticas Disponibles.	D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
A.4_1.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas de especialidad realizadas por telemedicina.	A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos.	D.1.1 Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas.	
B.3_1.3 Índice Funcional.	A.3_1.6 Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados.	D.4_1.4 Porcentaje de Satisfacción Usuaría.	
B.4_1.2 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.	D.4_1.7 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.	
B.4_1.3 Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en UEH	B.3_1.1 Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables.		
B.4_1.4 Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.	B.3_1.4 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.		
B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	B.3_1.5 Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados.		
C.4_1.1 Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red.	C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes.		
C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.	C.4_1.2 Variación del Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad.		
C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica.	C.4_1.3 Variación del Promedio de días de Espera para Intervención Quirúrgica.		
D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.	C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica.		
D.4_1.6 Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días.	C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidad en atención secundaria (C.4.3.3 versión 2020).		
	D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de Consistencia de Registros Estadísticos (D.3.1 versión 2020).		
	D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención .		



## INDICADORES ÁREA CLÍNICA

## A.4\_1 .1 Porcentaje de cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas de Especialidad

**SIN CAMBIOS**



## A.4\_1 .2 Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas de Especialidad realizadas por Telemedicina

**SIN CAMBIOS**

**META:  $\geq 95\%$**

**FUENTE DE DATOS**

REM A030  
Programación, reprogramación  
y horas contratadas de  
especialistas según registros  
SIRH validadas por Digerá  
Minsal

**REGISTRO SISQ**

PA: Total de  
Consultas Programadas TM y  
Validadas por Minsal **2021**  
P1: Número consultas  
médicas especialidad  
efectuadas en el **MES**

Coordinación con  
referente Telemedicina  
Servicio de Salud  
Fortalecer Comités de  
Programación en EAR y  
SS

### B.3\_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.

**MODIFICADO**

**2020**

**Metas diferenciadas:**

- Establecimientos con línea base  $\leq$  a 55,0% aumentar 10 puntos porcentuales.
  - Establecimientos con línea base  $>55,0\%$  y  $<70,0\%$  alcanzar  $\geq 70,0\%$ .
  - Establecimientos con línea base  $\geq$  a 70,0% mantener o aumentar.
- LB acumulada a diciembre del año anterior.

**2021**

**Meta unificada:**  $\geq 70\%$  o aumentar 10 puntos porcentuales.  
LB acumulada a diciembre año anterior.

Registro SISQ se ingresan valores mensuales, obtenidos desde sistema GRD en uso y LB el valor del porcentaje.

## B.3\_1.3 Índice Funcional

**SIN CAMBIOS**

**META:  $\leq 1$**

**FUENTE DE DATOS**

Herramienta de análisis de los Grupos relacionados por Diagnostico (GRD)

**REGISTRO SISQ**

Se registran valores acumulados del resultado del índice funcional acumulado a la fecha de corte, obtenido desde la plataforma GRD vigente

Gestión Clínica:  
Monitoreo de estancias prolongadas  
Causales de IF fuera de rango

## B.3\_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers superiores)

**MODIFICADO**

**2020**

**Metas diferenciadas:**

- Establecimientos con línea base  $\leq 5,6\%$  disminuir o mantener;
- Establecimientos con línea base  $> 5,6\%$  y  $\leq 6,5\%$  alcanzar  $5,6\%$ ;
- Establecimientos con línea base  $> 6,5\%$  disminuir 1 punto porcentual.

LB acumulada a diciembre del año anterior.

**2021**

**Meta unificada:  $\leq 5,6\%$ .**

Sin LB.

Registro en SISQ se ingresan valores mensuales, obtenido desde sistema GRD en uso.

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X > 7,2\%$
1	$6,5\% < X \leq 7,2\%$
2	$6,0\% < X \leq 6,5\%$
3	$5,6\% < X \leq 6,0\%$
4	$X \leq 5,6\%$

## B.3\_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados

**MODIFICADO**

**2020**

Meta:  $\geq 80\%$ .

Sin LB.

**2021**

Meta:  $\geq 70\%$ .

Tabla sensibilidad comienza en 55%  
(1 punto)

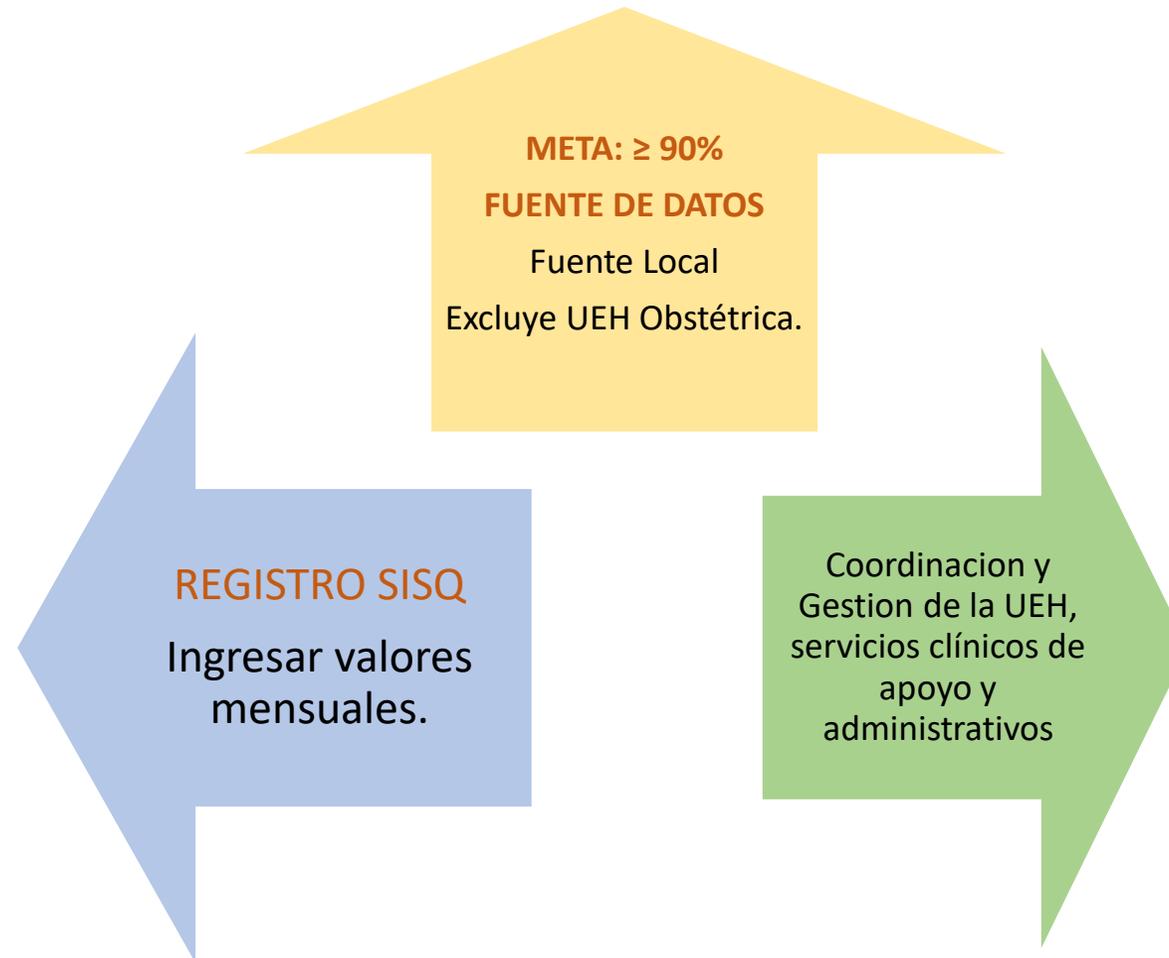
Sin LB.

Registro SISQ ingreso de valores mensuales.

Puntuación	Porcentaje de cumplimiento
0	$X < 55,00\%$
1	$55,00\% \leq X < 60,00\%$
2	$60,00\% \leq X < 65,00\%$
3	$65,00\% \leq X < 70,00\%$
4	$X \geq 70,00\%$

## B.4\_1.2 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria

**SIN CAMBIOS**



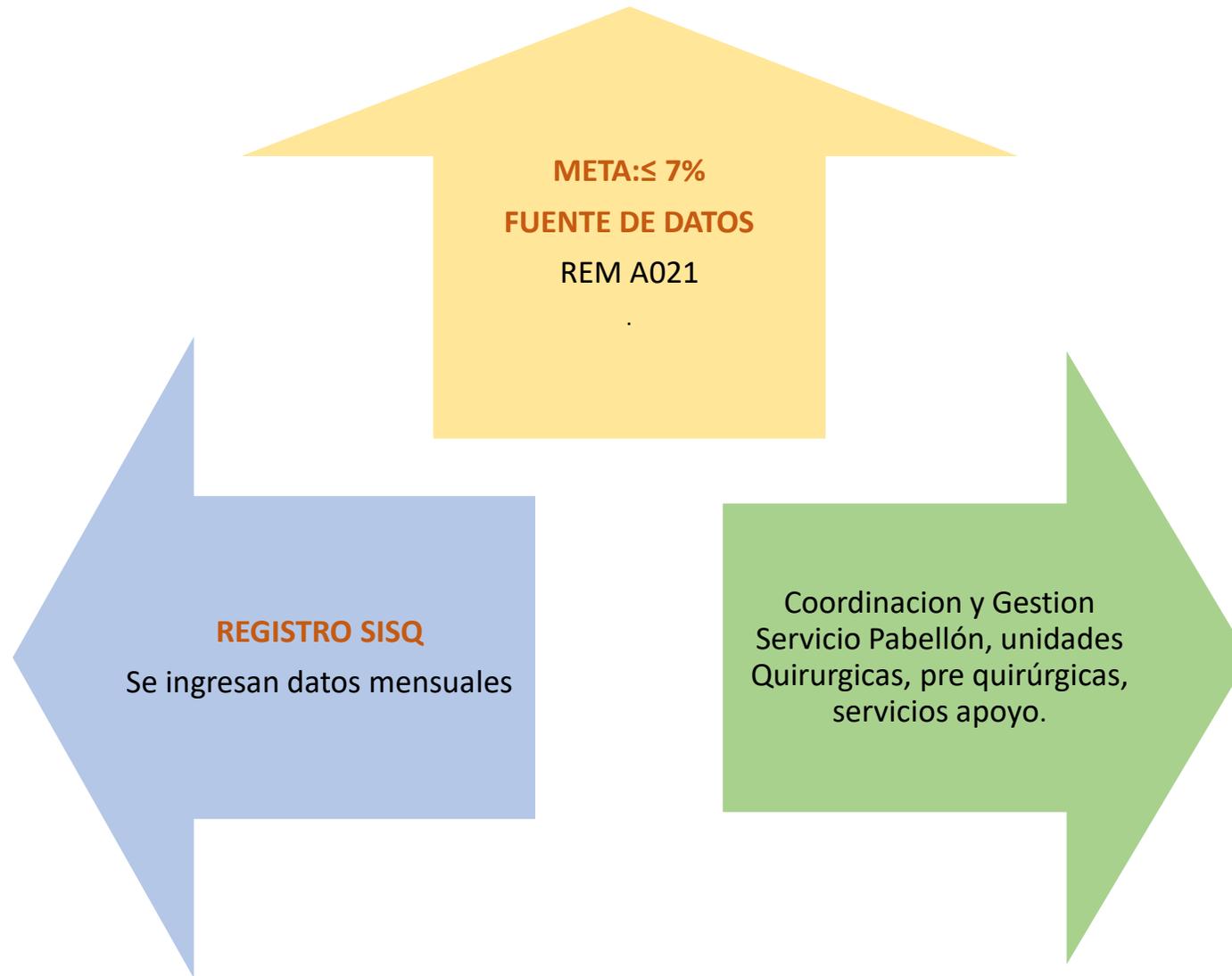
## B.4\_1.3 Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria

**SIN CAMBIOS**



## B.4\_1.4 Porcentaje de suspensiones quirúrgicas en intervenciones quirúrgicas

**SIN CAMBIOS**



**B.4\_1.5 Porcentaje pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas**

**SIN CAMBIOS**

**META:  $\geq 80\%$**

**FUENTE DE DATOS**

REM 08

Excluye UEH Obstétrica

Sin LB.

**REGISTRO SISQ**

Incluye en denominador  
pacientes que permanecen  
en la UEH

Se ingresan datos mensuales

Coordinación y Gestión  
entre UEH, servicios  
clínicos de  
hospitalización, apoyo y  
administrativos y con  
Red de salud

### C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto y pediátrica

**MODIFICADO**

**2020 Meta:  $\geq 90\%$**   
**Ponderación Trazadoras**  
**70% UEH- 30% UPC UCIs UTIs**  
Sin LB.

**2021 Meta:  $\geq 90\%$  Adultos aumenta hasta 78 años**

**Ponderación Trazadoras**

**60% UEH - 40% UPC UCIs UTIs**

Tabla de sensibilidad otorga puntaje a partir del 60%

Sin LB.

Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales

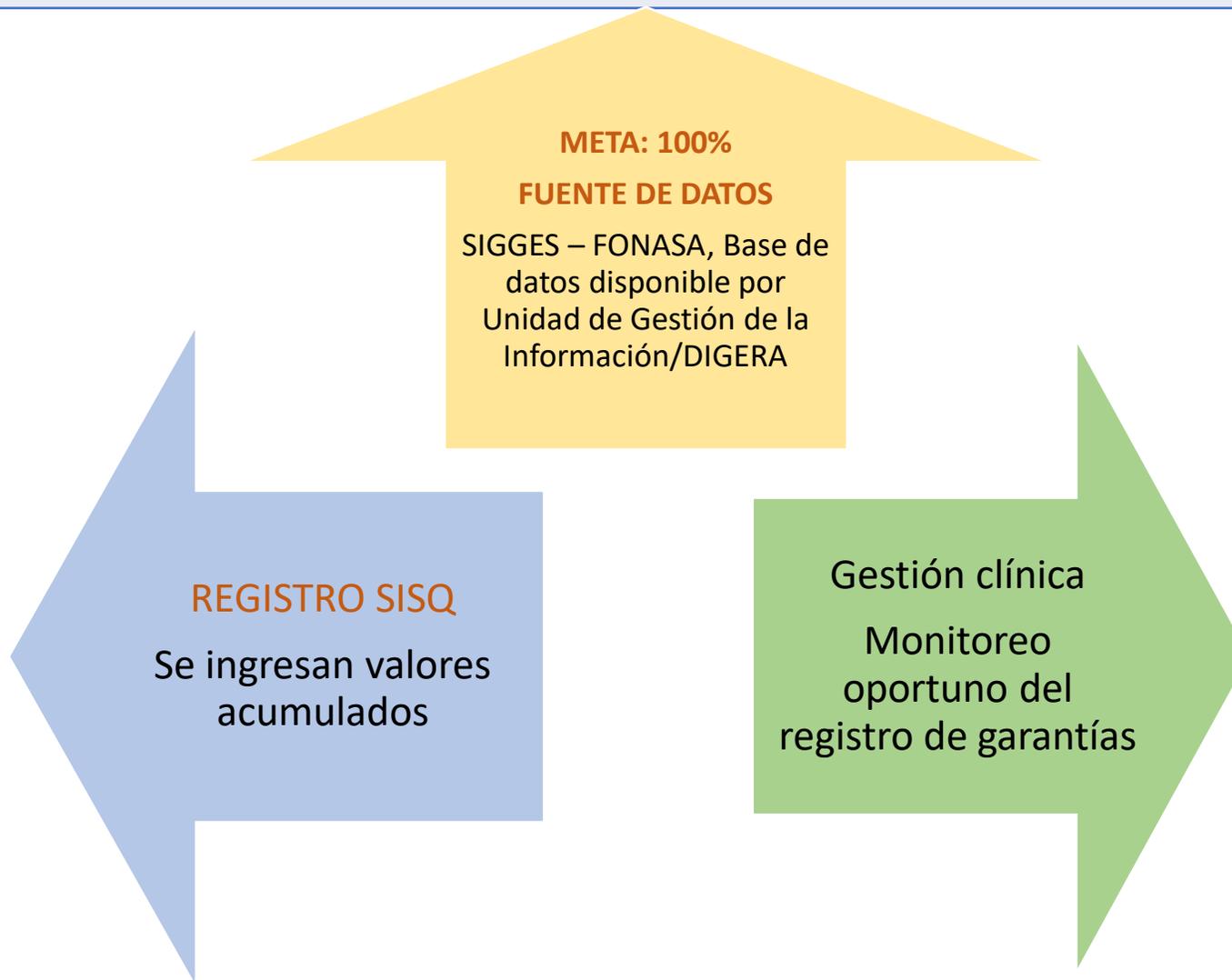
El puntaje final del indicador será la suma del puntaje ponderado de las 2 trazadoras

*Adicionalmente se solicita cumplir con los requisitos del Anexo N°7*

- Protocolos local y de red*
- Registro en Sidot y Ficha Clinica*
- Certificados notificación, pesquisa y descarte*
- Referente medico de UPC*
- Capacitación*
- Inducción*
- Otras medidas de gestión del proceso de notificación y pesquisa*

## C.4\_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red

**SIN CAMBIOS**



**C.4\_1.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad.**

**C.4\_1.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.**

**C.4\_1.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica**

**MODIFICADOS**

**2020**

**Meta:** Cumplir 100% la meta de reducción asignada al EAR, para aquellos con meta de reducción cero, mantenerse bajo el promedio de la LB o no aumentar en un 5% sobre LB.  
LB acumulada a diciembre año anterior.

**2021**

**Meta:** Cumplir 100% la meta de reducción asignada al EAR, para aquellos con meta de reducción cero, mantenerse bajo el promedio de la LB o no aumentar en un 10% sobre LB.

LB acumulada a diciembre año anterior.

Para registro en SIS.Q se ingresan valores acumulados, línea base y meta de reducción.

Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	
$\leq -2\%$	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 10%)
[-1%, 4%]	$\geq 1,0\%$
[5%, 24%]	$\geq 3\%$
[25%, 49%]	$\geq 8\%$
[50%, 99%]	$\geq 12\%$
$\geq 100\%$	$\geq 15\%$

Puntuación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para establecimientos con meta de reducción cero
0	$X < 62,5\%$	$X > 40,0\%$
1	$62,5\% \leq X < 75,0\%$	$30,0\% < X \leq 40,0\%$
2	$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$20,0\% < X \leq 30,0\%$
3	$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$10,0\% < X \leq 20,0\%$
4	$X \geq 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 10,0\%$

## C.4\_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidad en atención secundaria

**MODIFICADO**

**2020**

**No evaluado**

**Se midió 3 especialidades  
trazadoras**

**2021**

**Meta :  $\geq 32\%$**

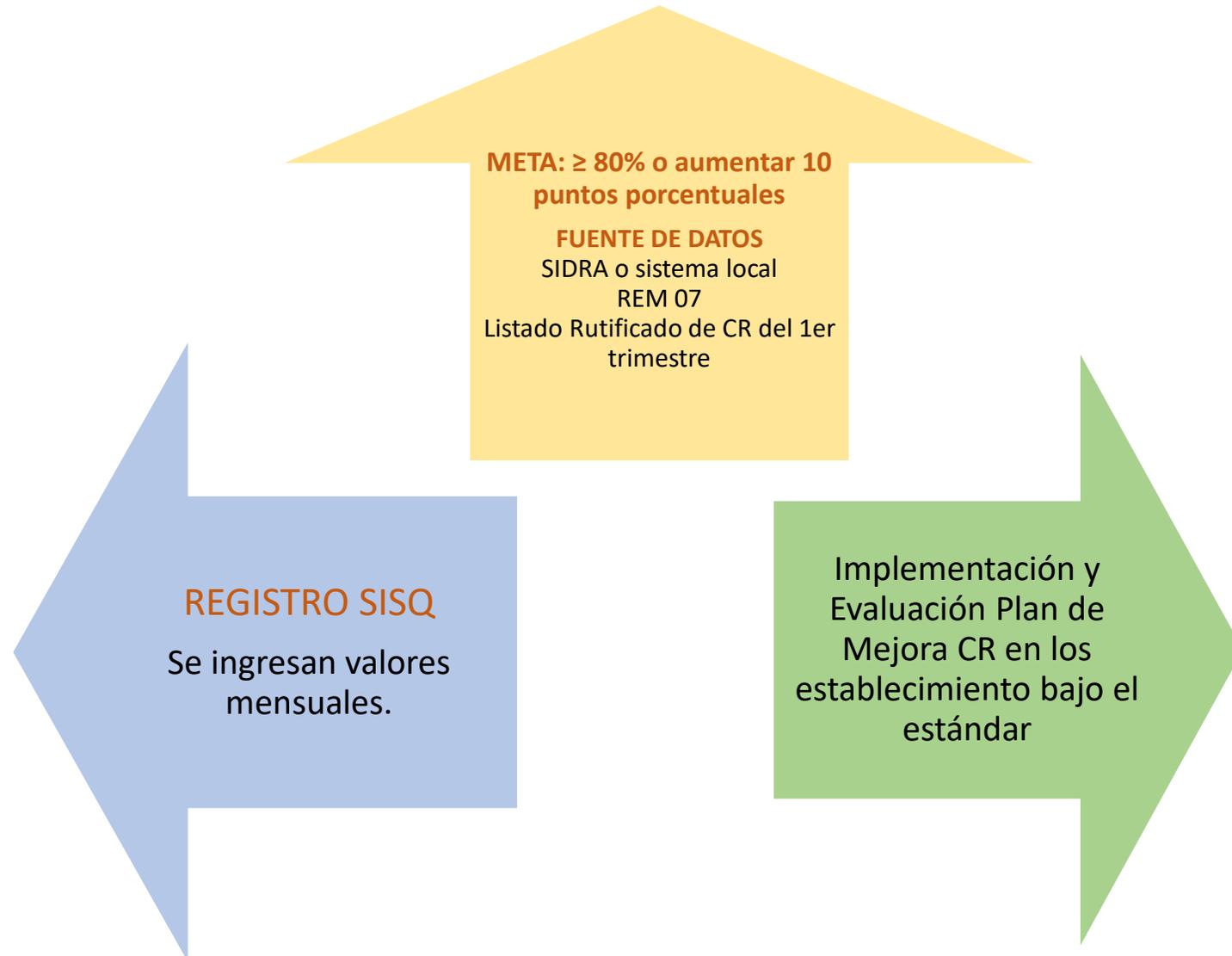
**Incluye todas las especialidades  
médicas**

**Institutos especialidad meta  
especifica a validar, enviar informe  
con propuesta al 30 marzo 2021**

Registro SISQ ingreso de valores mensuales.

## C.4\_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica

**SIN CAMBIOS**



## D.3\_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención

**MODIFICADO**

**2020**

**No Evaluado**

**Meta 100%**

**Medía 5 actividades mínimas en el Plan Calidad**

**2021 ≥ Meta 80%**

**Plan de Calidad elaborado en 1er trimestre aprobado por Director e informado a SS. Se mide a través de actividades a desarrollar en los siguientes ejes temáticos:**

- Mantencion Acreditación**
- Monitoreo Indicadores Norma Seguridad**
- Notificación Brotes de IAAS**
- Evaluación y difusión Programa Calidad**

Registro SISQ ingreso de valores según periodicidad de aplicación y compromiso de realización en el Plan.

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

## D.4\_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta  $\geq$  99,5%**

**2021**

**Meta  $\geq$  99,5%**

**Incluye recetas despachadas a domicilio**

Registro SISQ ingreso de valores mensuales.

## REGISTRO REM

**Recetas despachadas con oportunidad:** Se entenderá por receta despachada de **manera total y oportuna**, a toda receta que es **solicitada en farmacia o botiquín**, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día y al momento en que el usuario solicita la entrega. → **ENTREGA PRESENCIAL EN FARMACIAS AMBULATORIAS HOSPITAL**

**En domicilio:** Corresponde a la entrega de recetas despachadas realizadas en el domicilio.

-> **INCLUYE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO + LOS DESPACHOS A OTROS ESTABLECIMIENTOS PARA GESTIÓN TERRITORIAL**  
 -> **SE ENTIENDE QUE DEBIDO A LA GESTION LOGISITICA NECESARIA PARA LOS DESPACHOS A DOMICILIO ESTAS SE REALIZAN DE MANERA TOTAL Y OPORTUNA**

### REM 04 SECCIÓN J: DESPACHO DE RECETAS DE PACIENTES AMBULATORIOS

TIPO DE RECETA	RECETAS DESPACHADAS				PRESCRIPCIONES				RECETAS DESPACHADAS CON OPORTUNIDAD (Entregado el mismo día)
	DESPACHO TOTAL	DESPACHO PARCIAL	EN CENTRO DE SALUD	EN DOMICILIO	EMITIDAS	RECHAZADAS	EN CENTRO DE SALUD	EN DOMICILIO	
CRÓNICA									
MORBILIDAD									
BAJO CONTROL LEGAL									
TOTAL	0	0		0	0	0	0	0	0

Denominador

Numerador



## D.4\_1.6 Porcentaje de reingresos urgentes de pacientes antes de 7 días

**SIN CAMBIOS**

**META:** Reingresos Pacientes Adultos  $\leq 2,0\%$  o para aquellos establecimientos con línea base  $>2,50\%$  la meta es  $2,30\%$ .  
-Reingreso Pacientes Pediátricos  $\leq 1,7\%$  o para aquellos establecimientos con línea base  $>2,50\%$  la meta es  $2,30\%$ .

**FUENTE DE DATOS**  
(GRD)

### REGISTRO SISQ

Se ingresan valores mensuales y LB acumulada del año anterior.

Mide “todos los episodios” de pacientes que reingresan en forma urgente antes de 7 días a un centro hospitalario, luego de haber tenido otro episodio de ingreso en el mismo centro



Gobierno  
de Chile

[gob.cl](http://gob.cl)



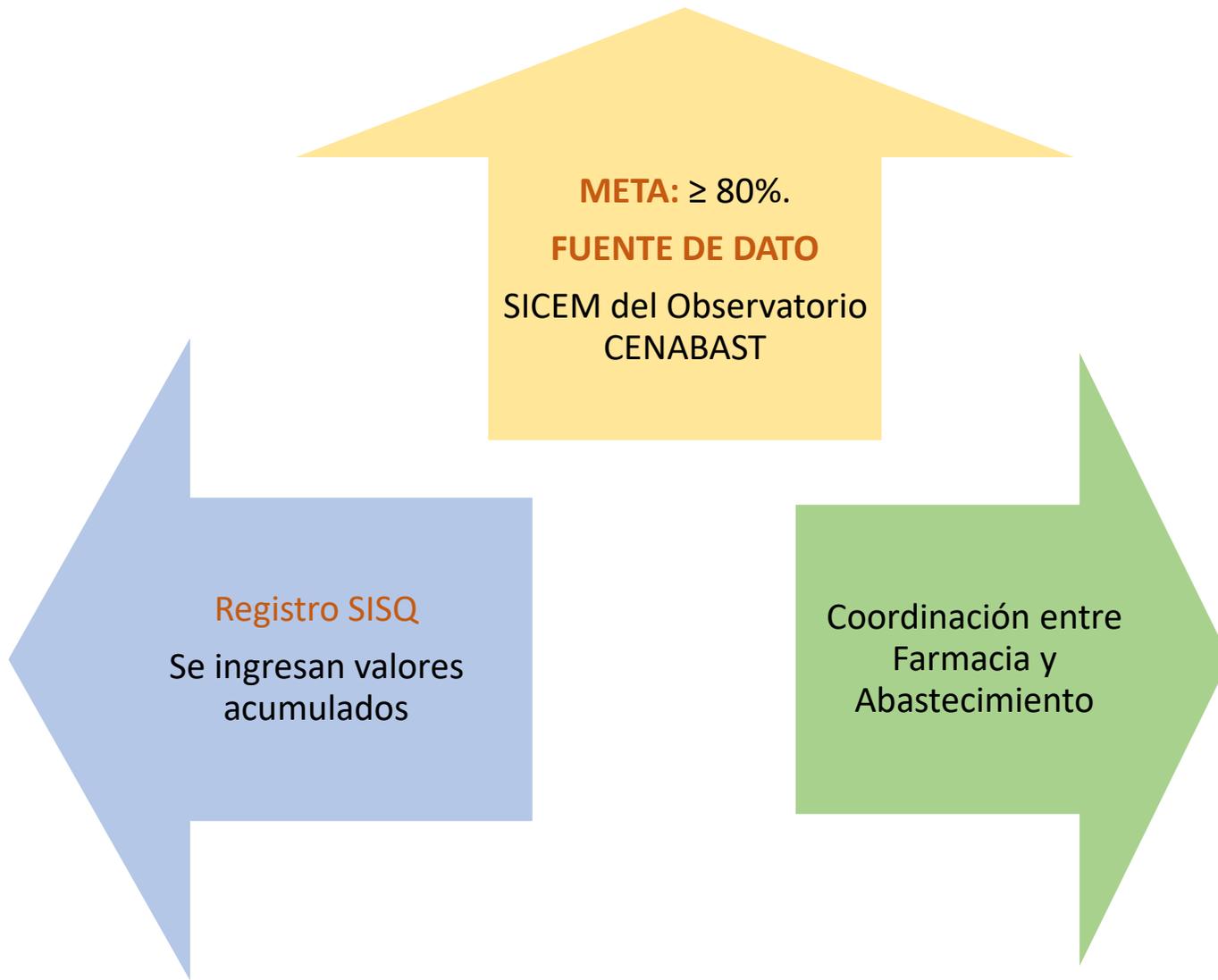


## INDICADORES ÁREA FINANCIERA



## A.1.1 Porcentaje de Cumplimiento de Compras de la Canasta CEM a través de CENABAST

**SIN CAMBIOS**



## A.1\_1.3 Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo

**SIN CAMBIOS**

**META:**  $\leq 20\%$

**FUENTE DE DATOS:**

Portal datos abiertos  
CHILECOMPRA

**Registro SISQ**

Se ingresan valores  
mensuales

Es un indicador con  
trazadora. Se promedia  
puntaje

-Número de compras vía  
licitación tipo L1  
-Monto tratos directos  
En trato directo se excluye  
la compra ágil

## A.1\_2.3 Variación del gasto en compra de servicios

**MODIFICADO**

**2020**  
**Meta:  $\leq 3\%$**

**2021**

**Meta:  $\leq 0\%$ .**

**LB acumulada a diciembre del  
año 2019.**

En la evaluación final, el Servicio de Salud podrá presentar los respaldos correspondientes para no ser consideradas las compras de Servicio que fueron realizadas durante los meses de alerta sanitaria y/o por programas específicos Ministeriales de reducción de Lista de Espera.

### A.1.3 Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta 1:** 90% recaudo sobre devengo.

**Meta 2:** 35% recaudo Subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.

En ambas metas se excluye la recaudación de COMPIN

LB del Subtítulo 12 acumulada a diciembre del año anterior.

Registro SISQ valores mensuales.

**2021**

- 35% puntaje Meta 1:  $\geq 90\%$  del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación.
- 35% puntaje Meta 2:  $\geq 80\%$  del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación.
- 30% puntaje Meta 3:  $\geq 10\%$  del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.

Se excluye la recaudación de COMPIN.

LB del Subtítulo 12 acumulada a diciembre del año anterior.

## A.3\_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA

Este indicador mide el número de documentos tributarios electrónicos (D.T.E.) recibidos en plataforma ACEPTA y que hayan sido devengados, considerando como ingreso la fecha de validación del SII, y como término la fecha en que se realiza el devengo de cada DTE, ya sea en plataforma ACEPTA o SIGFE 2.0.

Meta:  $\geq 90\%$ .

Fuente de datos:

Reporte estado de D.T.E. disponibilizado por DIPRES (\*Marzo)

### A.3\_1.2 Porcentaje de Cumplimiento de oportunidad y calidad en el sistema de costeo.

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta:  $\geq 95,0\%$ .**

Peso ponderado variables a medir

Oportunidad: 0,2.

Calidad 0,8.

Sin LB.

Registro SISQ valores mensuales validados por MINSAL.

**2021**

**Meta:  $\geq 95,0\%$ .**

**Peso ponderado variables a medir**

**- Oportunidad: 0,2**

**- Calidad: 0,4**

**- Reporte de análisis por actividad hospitalaria: 0,4**

Envío mensual del informe de análisis, para revisar la concordancia de los resultados de los costos de recurso humano por actividad hospitalaria.

### A.3\_1.6 Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados.

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta: 100%.**

Media el cumplimiento de actividades relacionadas al monitoreo de merma de medicamentos

Sin LB.

**2021**

**Meta:  $\leq 2,0\%$ .**

**Mide la cantidad de recursos perdidos relacionados a la merma de medicamentos**

**- Para registro SISQ ingresar valores semestrales, el resto de los meses no aplica mensual.**

Verificables de acuerdo a "Guía de Organización y Funcionamiento de Atención Farmacéutica para los Hospitales del SNSS"



Gobierno  
de Chile

[gob.cl](http://gob.cl)





## INDICADORES ÁREA GESTIÓN DE PERSONAS

## A.1\_2.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta:**  $\leq 1$

Tabla de sensibilidad otorga puntaje desde resultado  $\leq 1,04$  .

Sin LB.

**2021**

Se incorpora trazadora de medición de informes mensuales con evidencia de gastos entre SIRH y SIGFE. Adicionalmente se solicita individualizar el gasto asociado a convenios con personas naturales por COVID, médico y no médico.

**Meta 1:**  $\leq 1$

**Meta 2:** 9 de 12 informes enviados

Registro en SISQ se deben ingresar valores mensuales y el total de las glosas. El puntaje final del indicador será el puntaje ponderado de las 2 trazadoras.

## A.3\_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS).

Mide el cumplimiento de los procesos críticos relacionados al monitoreo del ciclo de vida de los Residuos de los Establecimientos de atención en salud (REAS)

Meta: 100%

Monitoreo y reporte trimestral de:

1. Registro de Residuos Peligrosos (Mercurio, Citostáticos, Fármacos Vencidos, otros).

2. Registro de Residuos Especiales (Cortopunzantes, Contaminados, Patológicos, otros).

3. Cantidad de Residuos Asimilables a Domiciliario (kg).

4. Registro de Residuos asimilables a Reciclado (Papel, Cartón, Plástico, otros.), en kg.

5. Monto del Pago de Facturas Asociadas al transporte y disposición final de Residuos Peligrosos y Residuos Especiales.

Para el registro en SISQ, se debe ingresar valores trimestrales.

## B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta:**  $\geq 75\%$  de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de Apoyo y Cuidado a los equipos de Salud en el contexto de la pandemia.

Sin LB.

Informe de cumplimiento y análisis del resultado del índice de ausentismo en enero 2021.

**2021**

**Meta 1:**  $\leq 22$  días/año. Se otorga puntaje hasta los resultados  $\leq 28$  días.

**Meta 2:**  $\geq 80\%$  de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención del establecimiento. Validado en 1ra instancia por el comité central de ausentismo y presentado a Minsal.

El puntaje final del indicador será el puntaje ponderado de las 2 trazadoras.

- En el registro SISQ para ambas trazadoras se ingresan valores mensuales.

Reporte semestral, con el número de funcionarios y días de ausencia asociados a las siguientes variables: LM por enfermedad catastróficas; LM COVID19 catalogada como tipo 1; Ley 21.247 de crianza protegida y LM tipo 1 a consecuencia de COVID19.

Se otorgará un punto adicional por el envío de estos dos informes, en el resultado de la trazadora.



Gobierno  
de Chile

[gob.cl](http://gob.cl)





## INDICADORES ÁREA PARTICIPACIÓN SOCIAL REGISTROS ESTADÍSTICOS Y AUDITORÍA

## C.4.2 Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios

**SIN CAMBIOS**

**META**

100%

### **Registro en SIS.Q**

Ingresan valores mensuales de las acciones implementadas y lo comprometido. Adicionalmente una vez cumplido los requisitos 1,2 y 3 se ingresa SI y resto de meses N/A.

Las actividades de carácter presencial se pueden realizar también a través de otras vías como teleconferencias, correo electrónico, cartas certificadas, página web, las que se pueden reprogramar en caso de contingencia.

### D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de consistencia de registros estadísticos mensuales

**MODIFICADO**

**2020**

**Meta: 90% en concordancia registros procesos clínicos y 100% en consistencia de registros estadísticos.**

Concordancia SIDRA-REM se medirá como trazadora área ambulatoria y urgencia.

Sin LB.

**2021**

Se eliminan trazadoras de concordancia en consulta medica ambulatoria de especialidades y consulta medica de urgencia.

**Meta: 100% en consistencia de registros estadísticos.**

Para registro en SIS.Q se ingresan valores mensuales, según lo publicado en DEIS Minsal.

## D.3\_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría

**SIN CAMBIOS**

**META**

≥ 75% compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo;

≥ 90%, ≥ 80% o ≥ 70% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.

En SIS.Q para trazadora “Compromisos suscritos” ingresar información **acumulada a lo menos semestralmente, resto de los meses ingresar N/A mensual**

En trazadora “Implementación de compromisos” deben seleccionar sólo una opción (1 a 30, 31 a 70 o mayor a 70).

Las dos trazadoras que no ingresen datos, deben seleccionar N/A anual.

El registro, en la trazadora seleccionada, debe ser acumulada a lo menos semestralmente, resto de los meses ingresar N/A mensual.



Gobierno  
de Chile

[gob.cl](http://gob.cl)

