



HCC
Hospital de Calama
Dr. Carlos Cisternas

HOSPITAL DR. CARLOS CISTERNAS CALAMA
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

DR. PTE/ISC/HCC

153

ORD N°:

MAT. Lo indicado

CALAMA,

DE : DR. PATRICIO TORO ERBETTA
DIRECTOR (S) HOSPITAL DE CALAMA

23 ENE 2024

A : DR. FRANCISCO GRISOLIA CIRERA.
DIRECTOR SERVICIO SALUD ANTOFAGASTA
ATENCIÓN: SRTA. PAMELA PAEZ VEGA

Junto con saludar, me permito enviar a usted "Informe de resultados Metas de Producción y calidad 2023" de nuestro recinto hospitalario.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted.



DR. PATRICIO TORO ERBETTA
Director (S)
Hospital de Calama

Distribución:

- La indicada
- Archivo
- Of. Partes
- Auditoría

INFORME DE RESULTADOS (2)
METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD 2023
HOSPITAL CARLOS CISTERNAS DE CALAMA

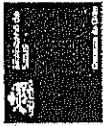
Con fecha 22 de enero de 2024, y en conformidad a lo establecido en el artículo 12 de la Ley 20.707 que señala: "Establécese una asignación para los profesionales funcionarios que desempeñen cargos de 28 horas semanales regidos por la ley N° 15.076 en unidades de los establecimientos dependientes de los servicios de salud señalados en el artículo 16 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, asociada al cumplimiento anual de metas de producción y de calidad", se puede informar los siguientes resultados:

Unidades Definidas	Cantidad de Metas	% de Cumplimiento de la Unidad
Unidad de Emergencia Hospitalaria	6	43%
Unidad UTINEO Pediátrico	5	99%
Unidad Paciente Crítico Adulto	5	99%
Unidad Pabellones Quirúrgicos	4	97%
Unidad Obstetricia y Ginecología	4	100%
Unidad Médico Quirúrgico	4	86%

Se acompaña al presente documento, los resultados individuales de cada Unidad, con el detalle de la evaluación para cada meta comprometida.



Dr. Patricio Toro Erbetta
Director (S) Hospital Carlos Cisternas de Calama



Departamento de Auditoría Ministerial
Unidad de Auditoría Externa

Unidad (2): Emergencia												
Nº Ind. (1)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador obtenido (13)	Evaluación (14)	
1.1	Porcentaje atención pacientes categorizados como C2 y/o ES12 en los tiempos según estándar, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)	$(N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 y/o ES12 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH} / N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 y/o ES12 atendidos en la UEH}) * 100$	$\geq 90 \%$	10%	1.142	1.274	93,3	100	100%	10%	Cumple	
1.2	Porcentaje de Notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos para trasplantes	$((N^{\circ} \text{ de posibles/potenciales donantes entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento por UEH}) / (N^{\circ} \text{ de posibles/potenciales donantes entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento por UEH, UCIS e Intermedia})) / (N^{\circ} \text{ total de egresos fallecidos por causa neurological, entre 6 meses a 78 años, reportados en UEH por GRD}) / (N^{\circ} \text{ total de egresos fallecidos en la UPC, UCIS e Intermedio, entre 6 meses a 78 años, reportados por GRD}) * 100$	$\geq 90 \%$	10%	11	13	84,6	94	94%	9%	Cumple Parcial	
Meta Local	Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)	$N^{\circ} \text{ de médicos que portan identificación funcional (nombre y apellido)} / N^{\circ} \text{ total de médicos} * 100$	$\geq 80 \%$	20%	4	5	50,0	63	0%	0%	No Cumple	
3.3	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15.076 con capacitación vigente en prevención y control IAAS	$(N^{\circ} \text{ de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS} / N^{\circ} \text{ de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)}) * 100$	$\geq 80 \%$	30%	22	35	62,9	79	79%	24%	Cumple Parcial	
3.4	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno médico con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno del periodo}) * 100$	$\geq 80 \%$	10%	101	1.460	6,9	9	0%	0%	No Cumple	
3.5	Porcentaje de cumplimiento registros clínicos mínimos en DAU	$(N^{\circ} \text{ de DAU con registros mínimos} / N^{\circ} \text{ total de DAU}) * 100$	$\geq 80 \%$	20%	75	240	31,3	39	0%	0%	No Cumple	
				100%						43%		

Observaciones: No se reportaron los resultados señalados previamente aportados por la Unidad de Emergencia Hospitalaria en el presente reporte.

Dra. Macarena Martínez C.
Jefe Unidad Clínica Emergencia Hospitalaria
Hospital de Calama

SERVICIO DE SALUD ANTI
AUDITORIA INTERNA
HOSPITAL CALAMA

43%



Departamento de Auditoría Ministerial
Unidad de Auditoría Externa

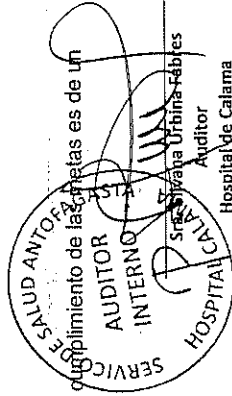
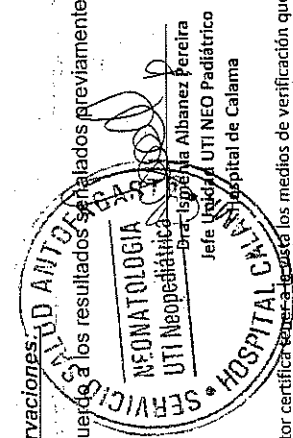
Unidad (2): UTINEO PEDIATRICO

Nº Ind. (1)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador obtenido (13)	Evaluación (14)
1.2	Producción	Porcentaje de Notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes de organos para transplantes	$((N^{\circ} \text{ de posibles/potenciales donantes entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento por UEH}) / (N^{\circ} \text{ de posibles/potenciales donantes entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento por UPC, UCIS e Intermedia}) / (N^{\circ} \text{ total de egresos fallidos por N}^{\circ} \text{ de médicos con identificación / N}^{\circ} \text{ total de médicos})) * 100$	>= 90 %	10%	11	13	84,6	94	94%	9%	Cumple Parcial
1	Calidad	Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)	$N^{\circ} \text{ de médicos con identificación} / N^{\circ} \text{ total de médicos} * 100$	>= 80 %	20%	7	7	100,0	100	100%	20%	Cumple
3.2	Calidad	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso	$(N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a UPC}) * 100$	>= 80 %	30%	314	341	92,1	100	100%	30%	Cumple
3.3	Calidad	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15,076 con capacitación vigente en prevención y control IAAS	$(N^{\circ} \text{ de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS} / N^{\circ} \text{ de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)}) * 100$	>= 80 %	10%	10	12	83,3	100	100%	10%	Cumple
3.4	Calidad	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno médico con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno del periodo}) * 100$	>= 80 %	30%	716	730	98,1	100	100%	30%	Cumple
					100%						99%	

5

Observaciones:

De acuerdo a los resultados señalados previamente aportados por la Unidad UTINEO Pediátrico, el cumplimiento de las metas es de un 99%



El Auditor certifica que se ha revisado los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



Departamento de Auditoría Ministerial
Unidad de Auditoría Externa

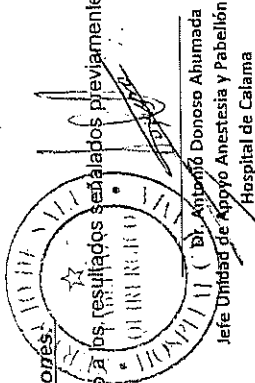
Unidad (2): Pabellones Quirúrgicos

Nº Ind. (1)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador obtenido (13)	Evaluación (14)
1	Calidad	Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)	N° de médicos con identificación/ N° total de médicos	>= 80 %	30%	7	7	100,0	100	100%	30%	Cumple
3.3	Calidad	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15,076 con capacitación vigente en prevención y control IAAS	(N° de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS / N° de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)) * 100	>= 80 %	20%	8	12	66,7	83	83%	17%	Cumple Parcial
3.6	Calidad	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio	(N° de protocolo operatorios con registros mínimos / N° total de protocolos operatorios) * 100	>= 80 %	20%	149	189	78,8	99	100%	20%	Cumple
3.7	Calidad	Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo/N° total pacientes intervenidos quirúrgicamente) * 100	(N° de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo/N° total pacientes intervenidos quirúrgicamente) * 100	>= 80 %	30%	464	464	100,0	100	100%	30%	Cumple
					100%						97%	

4

Observaciones

De acuerdo a los resultados señalados previamente aportados por la Unidad de Pabellones Quirúrgicos, el cumplimiento es de un 97%



Jefe Unidad de Apoyo Anestesia y Pabellón Quirúrgico
Sra. Silvana Urbina Fábres
Auditor Hospital de Calama

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



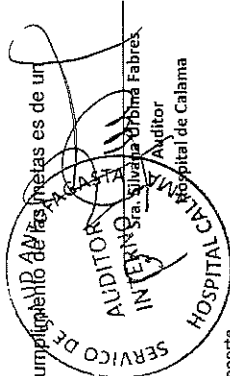
Departamento de Auditoría Ministerial
Unidad de Auditoría Externa

Unidad (2): Médico Quirúrgico

Nº Ind. (1)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador obtenido (13)	Evaluación (14)
1	Calidad	Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)	N° de médicos con identificación / N° total de médicos	$\geq 80\%$	30%	6	6	100,0	100	100%	30%	Cumple
3.1	Calidad	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado	$(N^{\circ}$ de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con Consentimiento informado según protocolo / N° Total de cirugías mayores) * 100	$\geq 80\%$	30%	379	431	87,9	100	100%	30%	Cumple
3.3	Calidad	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15,076 con capacitación vigente en prevención y control IAAS	$(N^{\circ}$ de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS / N° de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)) * 100	$\geq 80\%$	30%	9	13	69,2	87	87%	26%	Cumple Parcial
3.4	Calidad	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo	$(N^{\circ}$ entrega de turno médico con registro según protocolo / N° total de entregas de turno del periodo) * 100	$\geq 80\%$	10%	594	1.095	54,2	68	0%	0%	No Cumple
											100%	86%

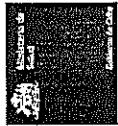
Observaciones:

De acuerdo a los resultados señalados previamente aportados por la Unidad Médico Quirúrgico, el cumplimiento de las metas es de un 86%



Dr. José Hernández Coronado
Jefe Unidad Médico Quirúrgico - 2
Hospital de Calama 00108

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



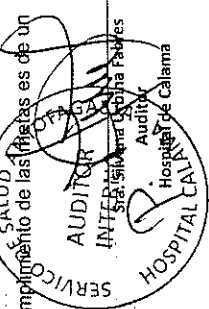
Departamento de Auditoría Ministerial
Unidad de Auditoría Externa

Nº Ind. (1)	Unidad (2): UPCA	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador obtenido (13)	Evaluación (14)
1,2		Producción	Porcentaje de Notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos para transplantados	$((N^{\circ} \text{ de posibles/potenciales donantes entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento por UEH}) / (N^{\circ} \text{ de posibles/potenciales donantes entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la coordinación local de procuramiento por UPC, UCIS e Intermedia})) / (N^{\circ} \text{ total de egresos fallidos por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en UEH por GRD}) + (N^{\circ} \text{ total de egresos fallidos en la UPC, UCIS e Intermedio, entre 6 meses a 78 años, reportados por GRD}) * 100$	>= 90 %	10%	11	13	84,6	94	94%	9%	Cumple Parcial
1		Calidad	Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)	$N^{\circ} \text{ de médicos con identificación} / N^{\circ} \text{ total de médicos}$	>= 80 %	20%	6	6	100,0	100	100%	20%	Cumple
3.2		Calidad	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso	$(N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a UPC}) * 100$	>= 80 %	30%	627	645	97,2	100	100%	30%	Cumple
3.3		Calidad	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15,076 con capacitación vigente en prevención y control IAAS	$(N^{\circ} \text{ de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS} / N^{\circ} \text{ de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)}) * 100$	>= 80 %	10%	14	15	93,3	100	100%	40%	Cumple
3.4		Calidad	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo	$(N^{\circ} \text{ entrega de turno médico con registro según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de entregas de turno del período}) * 100$	>= 80 %	30%	653	790	89,5	100	100%	30%	Cumple
												99%	

5

Observaciones:

99%



De acuerdo a los resultados señalados previamente aportados por la Unidad Paciente Crítico Adulto, el cumplimiento de las metas es de un 99%.

Dr. Mafinali Montoya Díez
Jefe Unidad Paciente Crítico Adulto
Hospital de Calama

SERVICIO DE SALUD INTERREGIONAL DE LA REGIÓN DE CALAMA
AUDITORÍA EXTERNA
Hospital de Calama

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que sustentan los resultados informados en el presente reporte.



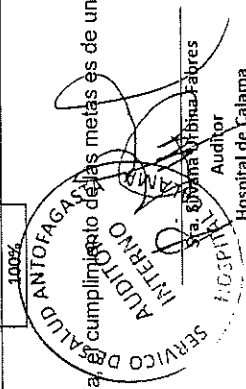
Departamento de Auditoría Ministerial
Unidad de Auditoría Externa

Unidad (2): Obstetricia y Ginecología

Nº Ind. (1)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador obtenido (13)	Evaluación (14)
1	Calidad	Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)	Nº de médicos con identificación/ Nº total de médicos	>= 80 %	30%	7	7	100	100	100%	30%	Cumple
3.1	Calidad	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado	(Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con Consentimiento informado según protocolo / Nº Total de cirugías mayores)*100	>= 80 %	30%	119	121	98,3	100	100%	30%	Cumple
3.3	Calidad	Porcentaje de profesionales médicos Ley 15.076 con capacitación vigente en prevención y control IAAS	(Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS / Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076))*100	>= 80 %	10%	14	16	87,5	100	100%	10%	Cumple
3.4	Calidad	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo	(Nº entrega de turno médico con registro según protocolo / Nº total de entregas de turno del período)*100	>= 80 %	30%	315	365	86,3	100	100%	30%	Cumple
											100%	100%

Observaciones:

De acuerdo a los resultados señalados, se encuentran aportados por la Unidad Obstetricia y Ginecología el cumplimiento de las metas es de un 100%



SERVICIO OBSTETRICIA-GINECOLOGIA
HOSPITAL C. CISTERNAS CALAMIA

Dra. Irana Delgado Fienbo
Jefe Unidad Obstetricia y Ginecología
Hospital de Calama

Dra. Irana Delgado Fienbo
Auditor
Hospital de Calama

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



Informe de justificación técnica
Solicitud de modificación de resultados de la evaluación
Metas de producción y calidad ley 20.707 año 2023

A continuación, se entrega el formato de informe de justificación técnica para presentar la solicitud de modificación de resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas de producción y calidad año 2023 , el cual puede ser presentado en los términos señalados en el artículo 10 del Decreto 172/2015 y en los puntos 8 y 9 de la Resolución Exenta N° 678/2022 que fija áreas prioritarias y compromisos año 2023, para efectos de la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y calidad, a que refiere el artículo 12 de la Ley N°20.707.

Nombre del Servicio de Salud	<u>Servicio de Salud Antofagasta</u>
Nombre del Establecimiento	<u>Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.</u>
Unidad de desempeño	<u>Unidad de Emergencias</u>
Nombre del Indicador	<u>3.5 Porcentaje de cumplimiento registros clínicos mínimos en DAU</u>
Detalle de Documentación de respaldo	No es posible dar cumplimiento con el 100% del indicador, se gestionará y realizará Plan de Mejora para el año 2024 en conjunto a Subdirección Médica.



Informe de justificación técnica
Solicitud de modificación de resultados de la evaluación
Metas de producción y calidad ley 20.707 año 2023

A continuación, se entrega el formato de informe de justificación técnica para presentar la solicitud de modificación de resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas de producción y calidad año 2023 , el cual puede ser presentado en los términos señalados en el artículo 10 del Decreto 172/2015 y en los puntos 8 y 9 de la Resolución Exenta N° 678/2022 que fija áreas prioritarias y compromisos año 2023, para efectos de la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y calidad, a que refiere el artículo 12 de la Ley N°20.707.

Nombre del Servicio de Salud	<u>Servicio de Salud Antofagasta</u>
Nombre del Establecimiento	<u>Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.</u>
Unidad de desempeño	<u>Unidad de Emergencias</u>
Nombre del Indicador	<u>3.4 Porcentaje de entrega de turno médico con registro según protocolo</u>
Detalle de Documentación de respaldo	No es posible dar cumplimiento con el 100% del indicador, se gestionará y realizará Plan de Mejora para el año 2024 en conjunto a Subdirección Médica.



Informe de justificación técnica
Solicitud de modificación de resultados de la evaluación
Metas de producción y calidad ley 20.707 año 2023

A continuación, se entrega el formato de informe de justificación técnica para presentar la solicitud de modificación de resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas de producción y calidad año 2023, el cual puede ser presentado en los términos señalados en el artículo 10 del Decreto 172/2015 y en los puntos 8 y 9 de la Resolución Exenta N° 678/2022 que fija áreas prioritarias y compromisos año 2023, para efectos de la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y calidad, a que refiere el artículo 12 de la Ley N°20.707.

Nombre del Servicio de Salud	<u>Servicio de Salud Antofagasta</u>
Nombre del Establecimiento	<u>Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.</u>
Unidad de desempeño	<u>Unidad de Emergencias</u>
Nombre del Indicador	<u>Meta Local: Porcentaje de médicos con identificación (uso de credencial con nombre y apellido)</u>
Detalle de Documentación de respaldo	No es posible dar cumplimiento con el 100% del indicador, se gestionará y realizará Plan de Mejora para el año 2024 en conjunto a Subdirección Médica.

Informe de justificación técnica
Solicitud de modificación de resultados de la evaluación
Metas de producción y calidad ley 20.707 año 2023

A continuación, se entrega el formato de informe de justificación técnica para presentar la solicitud de modificación de resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas de producción y calidad año 2023 , el cual puede ser presentado en los términos señalados en el artículo 10 del Decreto 172/2015 y en los puntos 8 y 9 de la Resolución Exenta N° 678/2022 que fija áreas prioritarias y compromisos año 2023, para efectos de la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y calidad, a que refiere el artículo 12 de la Ley N°20.707.

Nombre del Servicio de Salud	<u>Servicio de Salud Antofagasta</u>
Nombre del Establecimiento	<u>Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.</u>
Unidad de desempeño	<u>Médico Quirúrgico</u>
Nombre del Indicador	<u>3.4 Porcentaje de entrega de turno médico con registro según protocolo</u>
Detalle de Documentación de respaldo	No es posible dar cumplimiento con el 100% del indicador, se gestionará y realizará Plan de Mejora para el año 2024 en conjunto a Subdirección Médica.