



BALANCED SCORECARD

RESULTADOS MES DE MARZO – 2022

- Hospital Clínico Herminda Martín
- Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina



Informe mensual BSC – Establecimientos Autogestionados en Red

Un establecimiento autogestionado en red, es un órgano desconcentrado del correspondiente Servicio de Salud y tiene atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para obtención de los recursos que ofrece a la red.

Los EAR deben cumplir una serie de requisitos, los cuales están enunciados en los art. 16 y 18 del D.S. N° 38. Como también mantener un porcentaje mínimo de evaluación (75%) en el instrumento BSC, que es una herramienta de control de gestión, que recoge a través de 40 indicadores la información necesaria para la alta dirección y para las unidades responsables una visión comprensible de su área de responsabilidad. Es una herramienta de control estratégico de los procesos claves de un establecimiento de alta complejidad.

Adjuntamos tablas y gráfico que muestra el resultado mensual de los **40** indicadores del BSC y porcentaje de cumplimiento alcanzado por cada establecimiento, en el mes de **marzo del año 2022**.

HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN CHILLÁN

RESUMEN CÁLCULO PUNTAJE AL DÍA MARZO 2022

Total, Obtenido : 103
Máximo a Obtener : 152
Porcentaje Obtenido : 67,76%
Fecha : 10.05.2022

67,76%

SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	≥ 80%.	99,80%	4
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	84,40%	1
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	2,90%	1
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	8,492	0
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	Meta 1: ≥ 90,0% del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 2: ≥ 80,0% del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 3: ≥ 5,0% del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.	91,60%	3
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	100%	0%	0
A.1.5	Gestión de saldos en Cuentas Corrientes	Meta Trazadora 1: 100% de informes enviados. Meta Trazadora 2: ≤ 100% de gasto máximo de saldo en cuentas corrientes.	100%	4
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	90%.	N/A	N/A
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	≥ 95,0%	100%	4
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	100%	4
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto	100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 70,0% para trazadora 3 y ≥ 90,0% para trazadora 4.	109,80%	4

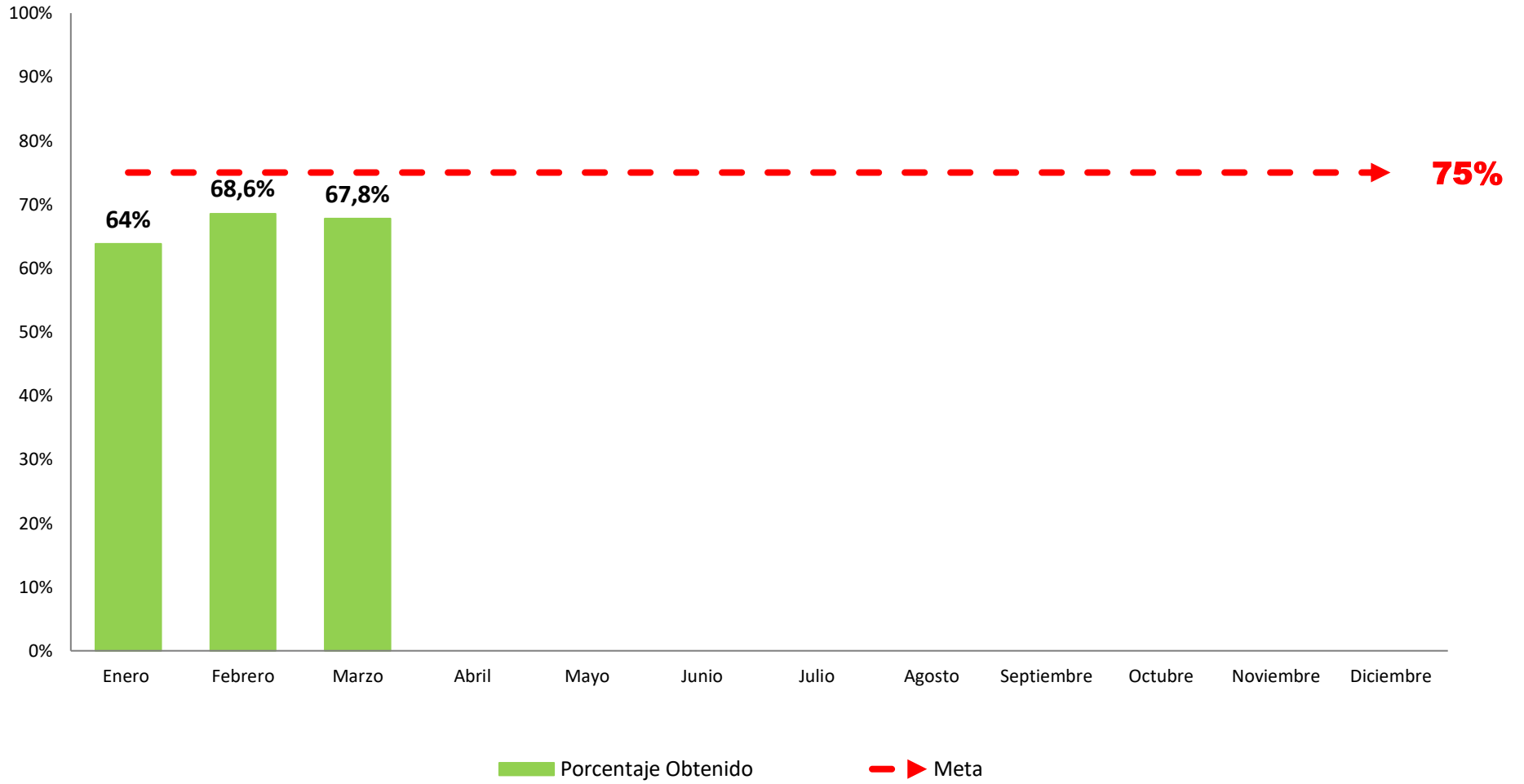
SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	Trazadora 1: 100%. Trazadora 2: $\leq 0,75\%$.	N/A	N/A
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	$\geq 95,0\%$.	95,10%	4
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	Trazadora 1: Disminución en 2 días del Índice de Ausentismo 2022 respecto a línea base Índice de Ausentismo 2021. Trazadora 2: $\geq 90\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de Apoyo y Cuidado a los equipos de Salud en el contexto de la pandemia del establecimiento.	23,71	1
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	$\geq 70,0\%$	85,40%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	$\leq 1,00$	1,03	1
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	$\leq 5,2\%$; Para establecimientos con LB>6,1% disminuir 1,0 punto porcentual	6,80%	0
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	$\geq 80\%$.	89%	4
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,93	3
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	87,30%	3
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	$\leq 10\%$	18,20%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	$\leq 7\%$	9%	2
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	$\geq 80\%$	54,60%	0
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	$\geq 90\%$	88,90%	3
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	89,60%	0
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20% sobre de dicha línea base.	-4,80%	4

SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para EAR con meta reducción cero, corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre LB	-2,80%	4
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los establecimientos con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la línea base del establecimiento o no aumentar en un 20% sobre de dicha línea base.	-4,50%	4
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%.	100%	4
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	≥ 32,0% o aumento de 10 puntos porcentuales sobre su línea base.	31,50%	3
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	≥ 80% o aumento de 10 puntos porcentuales a partir de su línea base.	100%	4
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	15,40%	4
D.1.2	Porcentaje de Cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	95%.	100%	4
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100% en consistencia de registros estadísticos.	100%	4
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención	80%.	100%	4
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	Trazadora 1: ≥ 90,0% compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo. Trazadora 2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	100%	4
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	98,80%	3
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	≥ 80,0%.	Los datos del indicador no están actualizados.	0
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	Reingresos Pacientes Adultos ≤ 2,34%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1,0 punto porcentual. -Reingreso Pacientes Pediátricos ≤ 2,16%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1,0 punto porcentual.	1,10%	4
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; ≥ 80,00% en calidad	95,19%	3

INDICADORES CON PUNTAJE 0 Y 1

SIGLA	INDICADOR	META	FEBRERO		MARZO	
			CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,0%	N/A	N/A	84,40%	1
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	-5,20%	4	2,90%	1
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	8,222	0	8,492	0
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	1	0%	0	0%	0
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	Trazadora 1: Disminución en 2 días del Índice de Ausentismo 2022 respecto a línea base Índice de Ausentismo 2021. Trazadora 2: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de Apoyo y Cuidado a los equipos de Salud en el contexto de la pandemia del establecimiento.	-88,00%	0	27,71%	1
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	≤ 5,2%; Para establecimientos con LB>6,1% disminuir 1,0 punto porcentual	7,10%	0	6,80%	0
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	≤10%	19,40%	0	18%	0
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	≥ 80%	54,30%	0	55%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	84,00%	0	89,60%	0

Resultados mensuales HCHM



HOSPITAL DR. BENICIO ARZOLA MEDINA
SAN CARLOS

RESUMEN CÁLCULO PUNTAJE AL DÍA

MARZO 2022

Total, Obtenido : 111
Máximo a Obtener : 148
Porcentaje Obtenido : 75%
Fecha : 10.05.2022

75%

SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	≥ 80%.	89,90%	4
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	100%	4
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	105%	0
A.1.2.4	Indice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	3,52	0
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	Meta 1: ≥ 90,0% del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 2: ≥ 80,0% del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 3: ≥ 5,0% del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.	203%	3
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	100%	0%	4
A.1.5	Gestión de saldos en Cuentas Corrientes	Meta Trazadora 1: 100% de informes enviados. Meta Trazadora 2: ≤ 100% de gasto máximo de saldo en cuentas corrientes.	N/A	N/A
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	90%.	84,20%	2
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	≥ 95,0%	100%	4
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	100%	4
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto	100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 70,0% para trazadora 3 y ≥ 90,0% para trazadora 4.	100%	4

SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	Trazadora 1: 100%. Trazadora 2: $\leq 0,75\%$.	100%	4
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	$\geq 95,0\%$.	111,60%	4
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	Trazadora 1: Disminución en 2 días del Índice de Ausentismo 2022 respecto a línea base Índice de Ausentismo 2021. Trazadora 2: $\geq 90\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de Apoyo y Cuidado a los equipos de Salud en el contexto de la pandemia del establecimiento.	-1,15	0
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	$\geq 70,0\%$	77%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	$\leq 1,00$	0,95	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	$\leq 5,2\%$; Para establecimientos con LB>6,1% disminuir 1,0 punto porcentual	3%	4
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	$\geq 80\%$.	84%	4
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,63	2
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	93,40%	4
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	$\leq 10\%$	16%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	$\leq 7\%$	8,70%	2
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	$\geq 80\%$	75,30%	3
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	$\geq 90\%$	N/A	N/A
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	98,10%	1
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20% sobre de dicha línea base.	-5,50%	0

SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para EAR con meta reducción cero, corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre LB	0,50%	4
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los establecimientos con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la línea base del establecimiento o no aumentar en un 20% sobre de dicha línea base.	2,40%	4
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%.	100%	4
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	≥ 32,0% o aumento de 10 puntos porcentuales sobre su línea base.	38%	4
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	≥ 80% o aumento de 10 puntos porcentuales a partir de su línea base.	61,80%	4
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	5,60%	1
D.1.2	Porcentaje de cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	95%.	N/A	N/A
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100% en consistencia de registros estadísticos.	100%	4
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención	80%.	100%	4
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	Trazadora 1: ≥ 90,0% compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo. Trazadora 2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	100%	4
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	99,70%	4
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	≥ 80,0%.	90,90%	4
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	Reingresos Pacientes Adultos ≤ 2,34%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1,0 punto porcentual. -Reingreso Pacientes Pediátricos ≤ 2,16%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1,0 punto porcentual.	1,90%	1
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; ≥ 80,00% en calidad	100%	4

INDICADORES CON PUNTAJE 0 Y 1

SIGLA	INDICADOR	META	FEBEBRO		MARZO	
			CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	27,0%	0	105,00%	0
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	3,613	0	3,52	0
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	Trazadora 1: Disminución en 2 días del Índice de Ausentismo 2022 respecto a línea base Índice de Ausentismo 2021. Trazadora 2: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del Plan de Apoyo y Cuidado a los equipos de Salud en el contexto de la pandemia del establecimiento.	0,25	1	-1,15	0
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	≤ 10%	19,00%	0	16,00%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	95,60%	0	98,10%	1
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20% sobre de dicha línea base.	-4,00%	0	-5,5%	0
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	5,6%	1	5,6%	1
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	Reingresos Pacientes Adultos ≤ 2,34%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1,0 punto porcentual. - Reingreso Pacientes Pediátricos ≤ 2,16%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1,0 punto porcentual.	1%	3	1,9%	1

Resultados mensuales HSC

