



# **BALANCED SCORECARD**

## **RESULTADOS MES DE FEBRERO – 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 **febrero del año 2022**.

# **HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN CHILLÁN**

## RESUMEN CÁLCULO PUNTAJE AL DÍA FEBRERO 2022

**Total, Obtenido** : 85  
**Máximo a Obtener** : 124  
**Porcentaje Obtenido** : 68,55%  
**Fecha** : 07.04.2022

68,55%

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%	N/A	N/A
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	-5,20%	4
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	8,222	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.	72,20%	2
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%	N/A	N/A
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	N/A	N/A
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.	99,40%	4

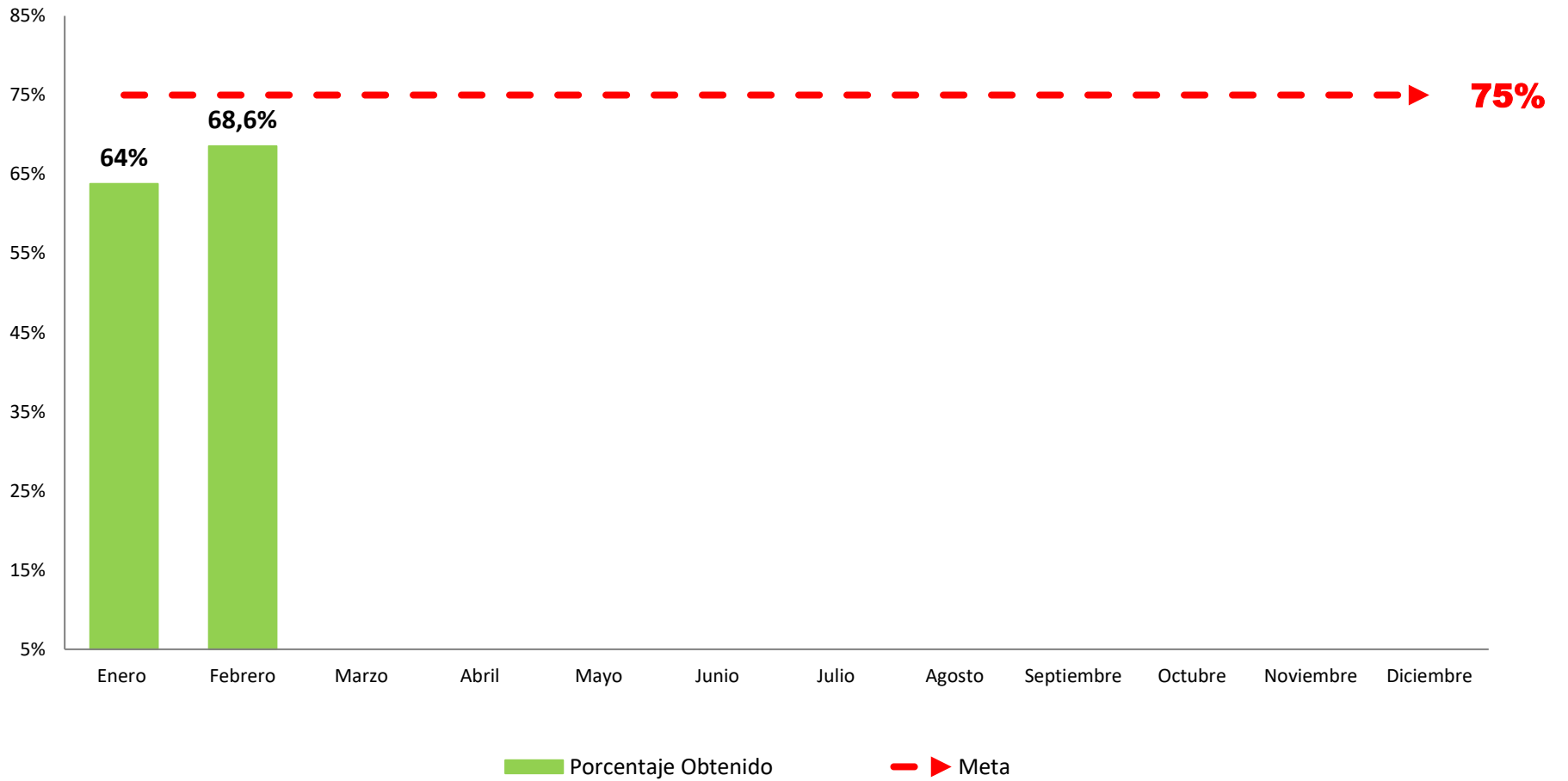
SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	Trazadora 1: 100%. Trazadora 2: $\leq 0,75\%$ .	N/A	N/A
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	$\geq 95,0\%$ .	86,20%	3
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.	-0,88	0
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	$\geq 70,0\%$	86,60%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	$\leq 1,00$	0,97	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	7,10%	0
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	$\geq 80\%$ .	90,80%	4
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,87	3
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	87,10%	3
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	$\leq 10\%$	19,40%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	$\leq 7\%$	11,20%	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	$\geq 80\%$	54,30%	0
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	$\geq 90\%$	100%	4
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	84%	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.	-1,30%	4
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	-3,10%	4

SIGLA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
		reducción cero, corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre LB		
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.	32,50%	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.	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 cumpl. 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.	N/A	N/A
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.	N/A	N/A
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	98,50%	3
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	≥ 80,0%.	N/A	N/A
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.	1,17%	4
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; ≥ 80,00% en calidad	98,57%	3

## **INDICADORES CON PUNTAJE 0 Y 1**

SIGLA	INDICADOR	META	ENERO		FEBRERO	
			CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: $\leq 1$	7,503	0	8,222	0
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	1	0,00%	0	0,00%	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: $\geq 90\%$ 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.	-61,00%	0	-88,00%	0
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	8,30%	0	7,10%	0
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	$\leq 10\%$	20,10%	0	19,40%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	$\leq 7\%$	11,00%	0	11,20%	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	$\geq 80\%$	55,00%	0	54,30%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	76,70%	0	84,00%	0

## Resultados mensuales HCHM



**HOSPITAL DR. BENICIO ARZOLA MEDINA**  
**SAN CARLOS**

## RESUMEN CÁLCULO PUNTAJE AL DÍA FEBRERO 2022

**Total, Obtenido** : 81  
**Máximo a Obtener** : 120  
**Porcentaje Obtenido** : 67,50%  
**Fecha** : 07.04.2022

67,50%

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%.	89,30%	4
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	N/A	N/A
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	27%	0
A.1.2.4	Indice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	3,613	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.	283,60%	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%.	N/A	N/A
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	≥ 95,0%	N/A	N/A
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	N/A	N/A
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: $\leq 0,75\%$ .	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	$\geq 95,0\%$ .	109,10%	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.	0,25	1
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	$\geq 70,0\%$	72,90%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	$\leq 1,00$	0,97	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	2,70%	4
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	$\geq 80\%$ .	94,20%	4
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,58	2
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	92,80%	4
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	$\leq 10\%$	19%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	$\leq 7\%$	9,50%	1
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	$\geq 80\%$	73,10%	2
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%.	95,60%	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%	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	-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.	-0,80%	4
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%.	N/A	N/A
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.	38,90%	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.	84,60%	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.	85,71%	0
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%.	N/A	N/A
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.	1,03%	3
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	ENERO		FEBRERO	
			CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0%.	-0,067	4	0,27	0
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	420,60%	0	361,30%	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.	0,12	1	0,25	1
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	≤10%	14,30%	0	19,00%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	≤ 7%	7,60%	3	9,50%	1
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	95,80%	0	95,60%	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.	-1,50%	0	-4,00%	0
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	0,048	0	0,056	1
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100% en consistencia de registros estadísticos.	100,00%	4	85,71%	0

### Resultados mensuales HSC

