



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

Departamento de Eficiencia Hospitalaria
División de Presupuesto

Resumen de los indicadores del Instrumento de Evaluación de Requisitos de Establecimientos Autogestionados en Red 2022

NOVIEMBRE 2021

CONTEXTO

La Ley N°19.937 sobre Autoridad Sanitaria, del año 2004, creó la calidad de “Establecimientos de Autogestión en Red”, para aquellos establecimientos de salud de mayor complejidad técnica del país, otorgando mayores atribuciones y responsabilidades al Director/a en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros, con el fin de mejorar la eficiencia de dichos establecimientos.

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos, los cuales se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005. El cumplimiento de ellos debe certificarse anualmente y además los EAR estarán sujetos a una evaluación anual para verificar el cumplimiento de las materias definidas por el artículo 26 del citado Decreto Supremo. Los instrumentos técnicos y medios de verificación para ambas evaluaciones son establecidos mediante instrucciones emanadas de los Ministerios de Salud y Hacienda.

El año 2011, atendiendo a “la necesidad de implementar un sistema transversal que diera cuenta de las áreas críticas del establecimiento y, en consecuencia, focalizara los esfuerzos en gestión, conectando así el instrumento con el quehacer de cada día y con la visión de futuro del Ministerio de Salud”¹, se creó un nuevo instrumento de evaluación para los EAR, basado en la metodología de Balanced Scorecard (BSC), herramienta de carácter estratégico, que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad.

La versión 2022 del instrumento de evaluación contiene **40 indicadores**, en los cuales se monitorean los principales procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

Dichos indicadores, dan cuenta de todas las estrategias que se desean impulsar en estos hospitales: (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión asistencial en red y (4) Calidad de la atención. De esta manera, el instrumento constituye una efectiva herramienta de gestión a nivel hospitalario y, en consecuencia, de la red de salud.

Cabe señalar que actualmente este instrumento es utilizado por cincuenta y siete (57) establecimientos autogestionados en red según la normativa descrita, así también por 5 establecimientos hospitalarios de alta complejidad candidatos a la categoría EAR y por 9 establecimientos de mediana complejidad invitados al proceso de monitoreo y evaluación.

Distribución de indicadores 2022 según estrategias y perspectivas

Para el año 2022 se propone mantener el mapa estratégico de perspectivas y líneas estratégicas y la actualización se realizará en la distribución, modificación, eliminación e incorporación de algunos indicadores.

En resumen, el número total de indicadores es 40, donde se eliminan 4 indicadores respecto a versión 2021, se incorporan 8 nuevos relacionados a procesos relevantes para esta administración, 13 indicadores se modifican y 19 permanecen sin cambios.

El propósito del trabajo de actualización de indicadores 2022 es alinearlos a los objetivos estratégicos, plan de reactivación de la producción en el marco de la emergencia sanitaria y a otros instrumentos de evaluación vigentes como Comges (Compromisos de gestión), así como también establecer exigencias alcanzables y ajustadas por establecimientos.

Distribución de indicadores 2022 según estrategias y perspectivas.

INDICADORES SIN CAMBIO: 19	INDICADORES MODIFICADOS: 13	INDICADORES NUEVOS: 8
A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.	A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM a través de CENABAST.	A.1_1.4 Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.
A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los DTE, recibidos en la plataforma ACEPTA.	A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	A.1.4 Porcentaje del monto de la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por CGR.
A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de EAR (REAS).	A.1.3 Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios.	A.1.5 Gestión de saldos en Cuentas Corrientes.
B.3_1.1 Porcentaje de Ambulorización de Cirugías Mayores Ambulorizables.	A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del Sistema de Costos.	A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto.
B.3_1.3 Índice Funcional.	B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.	A.3_1.9 Porcentaje de cumplimiento del proceso de gestión logística de productos farmacéuticos.
B.4_1.2 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en UEH.	B.3_1.4 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.	A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina.
B.4_1.3 Porcentaje Abandono Pacientes del Proceso de Atención Médica en UEH.	B.3_1.5 Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados.	B.3_1.6 Índice de ocupación dental.
B.4_1.4 Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.	C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adultas y pediátricas.	C.4_3.5 Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en el secundario.
B.4_1.5 Porcentaje pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama dotación en menos de 12 hrs.	C.4_1.2 Variación del Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad.	
C.4_1.1 Porcentaje Cumplimiento de Garantías GES en la Red.	C.4_1.3 Variación del Promedio de días de Espera para Intervención Quirúrgica.	
C.4.2 Porcentaje estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.	C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica.	
C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidad en atención secundaria.	D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.	
C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica.	D.4_1.6 Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días.	
D.1.2 Porcentaje cumplimiento conformación equipos control IAAS de acuerdo a normativas vigentes.		
D.4_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.		
D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de calidad y seguridad de la atención.		
D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de Consistencia de Registros Estadísticos.		
D.4_1.4 Porcentaje de satisfacción usuaria.		
D.4_1.7 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.		

INDICADORES ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA

Perspectiva Financiera				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Comentarios
1	A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM a través de CENABAST.	MODIFICA	≥ 80% en monto y cantidad.	Indicador modificado en universo a medir, midiéndose a través de dos trazadoras: Trazadora 1 Monto, meta ≥ 80% Trazadora 2 Cantidad, meta ≥ 80%
2	A.1_1.4 Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.	NUEVO	≥ 95%	
3	A.1_2.3 Variación del gasto en compras de servicio.	SIN CAMBIOS	≤ 0%	
4	A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	MODIFICA	Meta: ≤ 1.	Indicador modificado priorizándose la medición del ajuste del gasto respecto a la glosa. Por lo que se elimina trazadora de informes mensuales de concordancia SIRH/SIGFE.
5	A.1.3 Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios.	MODIFICA	Meta 1: ≥ 90% del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 2: ≥ 80% del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 3: ≥ 5% del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.	Indicador modificado en su meta para Subt 12. Meta 3: Disminuye de 10% a 5% recaudo subtítulo 12.
6	A.1.4 Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por CGR.	NUEVO	100%	
7	A.1.5 Gestión de saldos en Cuentas Corrientes.	NUEVO	Meta Trazadora 1: 100% de informes enviados. Meta Trazadora 2: ≤ 100% de gasto máximo de saldo de cuentas corrientes.	
8	A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.	SIN CAMBIOS	≥90%	
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Procesos Internos				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Comentarios
9	A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y calidad del sistema de costos.	MODIFICA	≥ 95,0%.	Indicador modificado, se medirá ámbito calidad con ponderación 70% y ámbito oportunidad 30%. Y como requisito adicional obligatorio enviar informes semestrales de análisis.

10	A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS).	SIN CAMBIOS	100%	
11	A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto.	NUEVO	-Trazadora 1 100% -Trazadora 2 $\geq 80\%$ -Trazadora 3 $\geq 70\%$ -Trazadora 4 $\geq 90\%$	
12	A.3_1.9 Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos.	NUEVO	Trazadora 1 100% Trazadora 2 0,75%	
Perspectiva Usuarios				
13	A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina.	NUEVO	$\geq 95\%$	Se agrupa la programación de consultas médicas presencial, remota y telemedicina en un solo indicador, debido a que en el resto de los instrumentos de control de gestión así lo consideran.

INDICADORES ESTRATEGIA EFICIENCIA OPERACIONAL

Perspectiva Financiera				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Comentarios
14	B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.	MODIFICA	Trazadora 1 Índice de ausentismo: Meta: Reducción de 2 días bajo LB Trazadora 2 Plan de abordaje y prevención Meta: $\geq 90\%$	Indicador se modificará en la meta de la trazadora 1 y 2 Trazadora 1: Reducción índice ausentismo con meta de 2 días en relación a LB (versión 2021 meta de 22 días de índice de ausentismo). Trazadora 2: Se iguala con COMGES, el porcentaje de cumplimiento del Plan de Abordaje y Prevención a un 90%.
Perspectiva Procesos Internos				
15	B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.	SIN CAMBIOS	$\geq 70,0\%$	
16	B.3_1.3 Índice funcional.	SIN CAMBIOS	$\leq 1,00$	
17	B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada (outlier superiores).	MODIFICA	Meta: $\leq 5,2\%$ Para establecimientos con resultado mayor a 6,1% disminuir 1,0 puntos porcentuales (pp)	Indicador se modificará en meta. Versión anterior la meta era $\leq 5,6\%$

			sobre su línea base.	
18	B.3_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados.	MODIFICA	≥ 80%.	Indicador modificado en su meta, aumenta de 70% (versión 2021) a 80%, esta última meta es la utilizada hasta el año 2019.
19	B.3_1.6 Índice de ocupación dental (IDO)	NUEVO	≥ 1.	

Perspectiva Usuarios				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Comentarios
20	B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	SIN CAMBIOS	≥ 90%	
21	B.4_1.3 Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	SIN CAMBIOS	≤ 10%	
22	B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.	SIN CAMBIOS	≤ 7%	
23	B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a una cama de dotación en menos de 12 horas.	SIN CAMBIOS	≥ 80%	

INDICADORES ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED

Perspectiva Financiera				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Procesos Internos				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Comentarios
24	C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adultas y pediátricas.	MODIFICA	≥ 90% de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto y pediátrica	Indicador modificado en su fórmula de medición, en versión anterior se medían los donantes de Unidades de Emergencia (UEH) con una ponderación del 70% y los donantes de Unidades de pacientes críticas (UPC) con ponderación de 30%. A partir del 2022 se medirá el indicador sin diferenciación (ponderación) en el origen de la unidad clínica que lo reporta.
Perspectiva Usuarios				
25	C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.	SIN CAMBIOS	100%.	

26	C.4_1.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad.	MODIFICA	100% de la meta de reducción.	Se modifican metas respecto a aquellos establecimientos que deben mantener una meta de reducción 0% (mantener bajo el promedio o no aumentar un 20%) por (mantener bajo el promedio o no aumentar un 20%) Lo anterior en línea lo presentado en Metas Sanitarias 2022 (Ley N°19.664), lo cual permite mayor holgura en aquellos establecimientos que presentando un promedio de tiempo de espera bajo el país pudieran presentar un incremento en el tiempo de espera, se estima una reactivación de la producción en el sector y que acompañada de disminución de las medidas sanitarias permitirán que los Establecimientos recuperen producción con un enfoque en la antigüedad.
27	C.4_1.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.	MODIFICA	Para EAR con meta de reducción cero, mantenerse bajo el promedio de la LB o no aumentar en un 20% sobre LB.	
28	C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológico.	MODIFICA		
29	C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.	SIN CAMBIOS	100%.	
30	C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidad en atención secundaria.	SIN CAMBIOS	≥ 32%	
31	C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica.	SIN CAMBIOS	≥ 80% o aumento de 10 puntos porcentuales a partir de su línea base.	
32	C.4_3.5 Porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario.	NUEVO	≥ 10%.	

INDICADORES ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Perspectiva Financiera				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Comentarios
33	D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS).	SIN CAMBIOS	≥ 95%	
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Procesos Internos				
34	D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de consistencia de registros estadísticos mensuales.	SIN CAMBIOS	Meta: 100% en consistencia de registros estadísticos.	
35	D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades del Programa anual de Calidad y Seguridad de la Atención.	SIN CAMBIOS	≥ 80%.	
36	D.3_2.2 Porcentaje de compromisos suscritos e implementados,	MODIFICA	≥ 90% compromisos suscritos del total de	Indicador modificado en meta para la trazadora 1 compromisos suscritos de 75% a 90%. Lo anterior debido a que se medirá de enero a noviembre, excluyendo de la medición los hallazgos de auditorías

	producto de una auditoría.		hallazgos que aplican en el periodo; ≥ 90%, ≥ 80% o ≥ 70% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	realizadas en el mes de diciembre, debido a que estas se suscriben en el periodo calendario siguiente.
Perspectiva Usuarios				
37	D.4_1.2 Porcentaje de despacho de receta total y oportuno.	SIN CAMBIOS	≥ 99,5%	
38	D.4_1.4 Porcentaje de satisfacción usuaria.	SIN CAMBIOS	≥ 80% Área Urgencia y Área Ambulatoria.	Indicador se reincorpora al instrumento, ya que no habían sido monitoreados ni evaluados en los periodos 2020 y 2021, por la emergencia sanitaria.
39	D.4_1.6 Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días.	MODIFICA	-Reingresos Pacientes Adultos ≤ 2,34%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1 punto porcentual. -Reingreso Pacientes Pediátricos ≤ 2,16%. Para aquellos establecimientos con línea base >2,50% disminuir 1 punto porcentual.	Indicador se modificará en meta, versión anterior la meta era ≤ 2,0 % para reingresos adultos y ≤ 1,7 % para pacientes pediátricos. Se incorpora meta de reducción de puntos porcentuales en relación a línea base para los establecimientos que se encuentran con resultados muy por fuera del estándar.
40	D.4_1.7 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.	SIN CAMBIOS	100% Oportunidad respuesta y ≥ 80% Calidad respuesta.	Indicador se reincorpora al instrumento, ya que no habían sido monitoreados ni evaluados en los periodos 2020 y 2021, por la emergencia sanitaria.

INDICADORES ELIMINADOS

	Nombre Indicador	Observaciones
1	A.1_1.3 Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo.	Para trazadora L1, el porcentaje de cumplimiento ha logrado la meta, obteniendo como resultado 1,3%. Dado que se ha utilizado compra ágil. En relación al monto por el cambio en el convenio marco de insumos y dispositivos médicos de CHILECOMPRA durante 2022, existirá una disminución de los insumos disponibles en el nuevo catalogo de convenio marco.
2	A.3_1.6 Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados.	Se reformula al nuevo indicador A.3_1.9 Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos, para aumentar exigencias en materia financiero contable.
3	A.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas médicas realizadas por especialista.	Se reformula al nuevo indicador A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina, debido a que en el resto de los instrumentos de control de gestión así lo consideran.
4	A.4_1.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas realizadas por telemedicina.	