



MINISTERIO DE SALUD

Departamento de Control de Gestión  
Gabinete  
Subsecretaría de Redes Asistenciales

# Actualización de los indicadores del Instrumento de Evaluación de Requisitos de Establecimientos Autogestionados en Red 2024

DICIEMBRE 2023

**BSC 2023: Distribución de indicadores según estrategias y perspectivas**

Distribución de indicadores según Estrategias/Perspectivas	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	TOTAL
Perspectiva Usuarios	1	4	7	2	14
Perspectiva Procesos Internos	3	5	1	1	10
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	3	0	0	1	4
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>29</b>

Para el año 2024, se propone mantener el mapa estratégico de perspectivas y líneas estratégicas, modificando los objetivos y la distribución de indicadores en él.

**BSC 2024: Distribución de indicadores según estrategias y perspectivas**

Distribución de indicadores según Estrategias/Perspectivas	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	TOTAL
Perspectiva Usuarios	1	4	7	3	15
Perspectiva Procesos Internos	4	5	1	1	11
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	3	0	0	1	4
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>31</b>

En resumen, el número total de indicadores es 31, donde se eliminan 2 indicadores respecto a la versión 2023, se incorporaron 5 nuevos relacionados a procesos relevantes para esta administración, 15 indicadores se modifican y 11 permanecen sin cambios.

## Actualización de indicadores 2024 respecto a versión 2023.

INDICADORES CON CONTINUIDAD: 11	INDICADORES MODIFICADOS: 15	INDICADORES NUEVOS: 5
A.1_2.3 Variación porcentual del gasto en Compra de Servicios.	A.3_1.3 Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	A.1.6 Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.
A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, infraestructura ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	B.3_1.8 Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica.
A.3_1.2 Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS).	A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos y no médicos realizadas de manera presencial, remota y por telemedicina.	A3_1.7 porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de EAR.
B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores	B.2.3 Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral.	C.4_3.6 Porcentaje de especialidades que cumplen meta de usuarios NSP de consultas de especialidad en atención secundaria.
B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en unidades de emergencia hospitalaria adulta y pediátrica.	B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada superior Outliers Superiores.	D.4_1.8 Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria
B.4_1.6 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.	B.3_1.6 Índice de ocupación dental.	
C.3.3 Porcentaje de cumplimiento de notificación, pesquisa y descarte de posibles donantes de órganos.	B.3_1.7 Variación de índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.	
C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.	B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	
D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS)	B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	
D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.	C.4_1.2 Variación de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad	
D.4_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.	C.4_1.3 Variación de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas	
	C.4_1.4 Variación de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	
	C.4.2 Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social (y satisfacción usuaria.	
	C.4_3.1 Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de consultas nuevas en establecimiento ambulatorio de especialidad.	
	C.4_3.5 Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de altas en establecimiento ambulatorio de especialidad.	

## Indicadores Estrategia Sustentabilidad Financiera.

Perspectiva Financiera				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Justificación
1	A.1.6 Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes	NUEVO	100%	Este indicador reemplaza al indicador A.1.5 "Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corriente", cambiando un indicador documental por uno de gestión.
2	A.1_2.3 Variación del gasto en Compra de Servicios en intervenciones quirúrgicas.	SIN CAMBIOS	≤ 0,0%	
3	A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	SIN CAMBIOS	≤ 1	
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Procesos Internos				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Justificación
4	A.3_1.2 Variación porcentual de la valorización de excesos de estadías prolongadas.	MODIFICADO	≤ 0,0%	Se solicitará incluir exclusiones
5	A.3_1.3 Variación de la valorización estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado	MODIFICADO	≤ -5% y ≤ 5%.	Se añade como exclusión falta de disponibilidad presupuestaria en el subtítulo 22.
6	A3_1.7 porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de EAR.	NUEVO	100%	Indicador que se evaluó en BSC 2022 y se incorpora en 2024 con nuevas temáticas a cumplir en la red, relacionada a los residuos plásticos.
7	A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	MODIFICADO	100% para equipos médicos; ≥ 80,0% para infraestructura; 100,0% para ambulancias; ≥ 90,0% para equipos industriales; Ejecución del gasto entre ≥ 90,0% y ≤ 120%.	Se incorpora monitoreo y medición del mantenimiento preventivo de infraestructura. Aumento de meta equipos industriales (de 80% a 90%). ítem presupuestario 22.06.001 Mantenimiento y reparación de edificaciones en el marco de continuidad. Dentro del convenio de desempeño del director del servicio de salud.
Perspectiva Usuarios				
8	A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de	MODIFICADO	≥ 95,0%	Se incorpora la medición de la programación de teleconsultas odontológicas, de cirugías mayores y menores electivas, procedimientos y Hospitalización Domiciliaria.

	profesionales médicos y no médicos realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.			
--	---	--	--	--

## Indicadores Estrategia Eficiencia Operacional.

Perspectiva Financiera				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Justificación
9	B.2.3 Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral.	MODIFICADO	Trazadora 1: $\geq 90\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención. Trazadora 2: Mantención y/o disminución del Índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base (año t-1), de acuerdo con lo definido para cada EAR.	Trazadora de ausentismo se establecen rangos de disminución de días, de acuerdo con resultado año t-1 (LB). Índice 2023 igual o inferior a 24 días: Meta disminuir o mantener índice observado. Índice 2023 mayor a 24 y menor a 32 días: Meta disminuir 1 o más días. Índice 2023 mayor a 32 días: Meta disminuir 2 o más días.
Perspectiva Procesos Internos				
10	B.3_1.1 Porcentaje de cirugías mayores ambulatorias.	SIN CAMBIOS	Cumplir 100% de la meta asignada por MInsal de acuerdo a LB de cada establecimiento.	
11	B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadia prolongada (outlier superiores).	MODIFICADO	Meta: $\leq 5,0\%$ , Para EAR con resultado mayor a 6,5% disminuir 1,5 puntos porcentuales (pp) LB.	Meta baja a 5% para los establecimientos con una LB $< 6,5\%$ y a disminuir 1,5 puntos porcentuales a aquellos establecimientos con un LB $\geq 6.5\%$ .
12	B.3_1.6 Índice de ocupación dental (IDO)	MODIFICADO	$\geq 1$	Se mide el total de horas ejecutadas en tratamiento de especialidad (en una citación de paciente, se realizan varios procedimientos). Se consideran factores ausentismo legal, horas utilizadas en pabellón y actividades administrativas. Se mide el total de ocupación en las unidades dentales.
13	B.3_1.7 Variación de índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.	NUEVO	Disminuir en un 10% el IEMA de los GRDs seleccionados	Este indicador reemplaza al Índice Funcional (IF) y mide el cumplimiento de la disminución del índice de estancia media ajustada en GRDs médicos-quirúrgicos con IEMA $> 1$ seleccionados, contribuyendo a aumentar la eficiencia en la gestión del recurso cama.
14	B.3_1.8 Porcentaje de cumplimiento de rendimiento quirúrgico	NUEVO	100% meta asignada a cada establecimiento	Contiene 3 indicadores trazadores: -Rendimiento quirúrgico -Porcentaje ocupación quirófanos (ex indicador B31.5) -Egresos causal 1 de lista espera quirúrgica meta por establecimiento de manera de alcanzar

				Las metas han sido establecidas para cada indicador por establecimiento y según sus líneas base de manera de aumentar los rendimientos quirúrgicos.
--	--	--	--	---

Perspectiva Usuarios				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Justificación
15	B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	SIN CAMBIOS	≥ 90,0%	
16	B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.	MODIFICADO	Suspensiones quirúrgicas ≤ 6,5%	La modificación para 2024 es que se propone como indicador compuesto por la suspensión según causales, asignando meta a cada una de estas, las que en total no pueden superar el 6,5% (2023 la meta fue 7%). -Componente 1 porcentaje de suspensiones por causal administrativa ≤ 2,7%. -Componente 2 porcentaje de suspensiones por causal apoyo clínico ≤ 0,6%. -Componente 3 porcentaje de suspensiones por otras causales ≤ 3,2% (causal paciente, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias o gremiales).
17	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.	MODIFICADO	≥ 85,0%	Se aumenta meta de 80% a 85%.
18	B.4_1.6 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.	SIN CAMBIOS	≥ 90,0%	

## 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	Justificación
19	C.3.3 Porcentaje de cumplimiento de notificación, pesquisa y descarte de posibles donantes de órganos.	SIN CAMBIOS	<b>Trazadora 1</b> Notificación de posibles donantes $\geq 90,0\%$  <b>Trazadora 2</b> Porcentaje de descarte de donantes $\leq 15\%$ o disminuir 20% bajo LB	
Perspectiva Usuarios				
20	C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.	SIN CAMBIOS	100,0%.	
21	C.4_1.2 Mediana de días de espera para consulta nueva de especialidad.	MODIFICADO	Establecimientos con mediana $\leq$ a 200 días, deben mantener o disminuir. Establecimientos con mediana $>$ a 200 días y $< =$ a 290, deben disminuir un 15%. Establecimientos con mediana $>$ a 290, deben disminuir un 30%.	Se modifica fórmula de cálculo y meta.
22	C.4_1.3 Mediana de días de espera para intervención quirúrgica.	MODIFICADO	Establecimientos con mediana $\leq$ a 200 días, deben mantener o disminuir. Establecimientos con mediana $>$ a 200 días y $< =$ a 290, deben disminuir un 15%. Establecimientos con mediana $>$ a 290, deben disminuir un 30%.	Se modifica fórmula de cálculo y meta.
23	C.4_1.4 Mediana de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.	MODIFICADO	Establecimientos con mediana $\leq$ a 200 días, deben mantener o disminuir. Establecimientos con mediana $>$ a 200 días y $< =$ a 290, deben disminuir un 15%. Establecimientos con mediana $>$ a 290, deben disminuir un 30%.	Se modifica fórmula de cálculo y meta.

24	C.4_3.1 Porcentaje de especialidades que cumplen meta de consulta nueva en establecimientos ambulatorios de especialidades.	MODIFICADO	≥ 70,0%	<p>La modificación respecto al 2023 es que se asigna una meta de cumplimiento diferenciada por grupos de especialidades definidos por el análisis del porcentaje de consulta nueva obtenido, demanda existente, oferta presente de esa especialidad dentro de la red de salud y otras características comunes en diagnósticos asociados. Y se medirá que porcentaje de especialidades cumplen con dichas metas.</p> <p>Grupo 1: ≥ 20%.                  Grupo 2: ≥ 25%.                  Grupo 3: ≥ 33%.                  Grupo 4: ≥ 40%.                  Grupo 5: ≥ 75%.</p>
25	C.4_3.5 Porcentaje de especialidades que cumplen meta de Altas en establecimientos ambulatorios de especialidades.	MODIFICADO	≥ 70,0%	<p>Este indicador mide el nivel de cumplimiento de la meta establecida para las altas médicas en el área ambulatorio de especialidad del establecimiento. La definición de ésta se realizó de manera diferenciada, existiendo una meta para cada uno de los 5 grupos de especialidades. Las metas establecidas se encuentran definidas según el análisis del porcentaje de consulta nueva obtenido, demanda existente, oferta presente de esa especialidad dentro de la red de salud y otras características comunes en diagnósticos asociados. Y se medirá que porcentaje de especialidades cumplen con dichas metas.</p> <p>Grupo 1: ≥5%                  Grupo 2: ≥10%                  Grupo 3: ≥14                  Grupo 4: ≥18                  Grupo 5: ≥70%</p>
26	C.4_3.6 Porcentaje de especialidades medican que cumplen meta de indicador de usuarios(as) que No Se Presentan (NSP) en establecimientos ambulatorios de especialidades.	NUEVO	≥ 70,0%	<p>La meta establecida para definir el cumplimiento en NSP es &lt; 13,0% el que se medirá en cada especialidad que tributa producción durante el período. El porcentaje de cumplimiento considerará el total de especialidades que cumplen con la meta de NSP v/s el total de especialidades que tributan información durante el periodo.</p>
27	C.4.2 Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social y satisfacción usuaria.	MODIFICADO	100,0%	<p>Se incorpora el ámbito de satisfacción usuaria.</p>



## Indicadores Estrategia Calidad De La Atención.

Perspectiva Financiera				
N°	Nombre del indicador	Estado indicador	Meta	Justificación
28	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	≥ 90,0%	
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo				
No se formulan indicadores para esta perspectiva				
Perspectiva Procesos Internos				
29	D.3_2.2 Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.	SIN CAMBIOS	- 90,0% para compromisos suscritos e implementación de compromisos menor a 30. - 80,0% implementación compromisos entre 31 a 69. - 70,0% implementación compromisos mayor a 70.	
Perspectiva Usuarios				
30	D.4_1.2 Porcentaje de despacho de receta total y oportuna.	SIN CAMBIOS	≥ 99,5%	
31	D.4_1.8 Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	NUEVO	100%	Indicador que se incorpora de manera de tener un abordaje comun tanto en servicios de salud evaluados en Comges ( Compromisos de gestion) y en EAR de la gestion de la satisfaccion usuaria.

## Indicadores Eliminados.

	Nombre Indicador	Breve justificación de eliminación
1	A.1.5 Gestión de saldos en Cuentas Corrientes.	Se reemplaza por un indicador de gestión ver A1.6, igualmente se incluye la gestión de saldo de cuentas corrientes.
2	B3.15 Porcentaje de ocupación de quirófanos de dotación	Indicador se elimina como indicador único y se modifica a B31.8 Rendimiento quirúrgico el que se compone de tres indicadores incluyendo la ocupación de quirófanos.