



INFORME TRIMESTRAL BALANCE SCORECARD PERIODO MAYO 2021



**DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	3
CONSIDERACIONES	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES EAR BCS AÑO 2021	6
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA	6
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO	9
ANEXO N°1	12
ANEXO N°2	13

INTRODUCCION

Conforme a lo establecido en el Artículo 26 del D.S. N° 38 del Ministerio de Salud, los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) estarán sujetos a una evaluación anual, efectuada por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, la cual verificará el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Para lograr lo anterior, se realiza un monitoreo mensual de todos los indicadores que aplican en el período, correspondiendo esta vez el trabajo realizado el mes de mayo, evaluado en junio 2021.

Es así que en este informe se presentan todos los resultados de porcentajes de cumplimiento y puntajes obtenidos a mayo del Instrumento de Gestión Balance Scorecard Versión año 2021, tanto del Hospital Regional Rancagua como del Hospital San Juan de Dios de San Fernando.

CONSIDERACIONES

Es importante mencionar, que la aplicación de este instrumento contempla mediciones mensuales y una evaluación anual, a fin de favorecer la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores.

Para efectos de monitoreo mensual, una vez que el SIS.Q esté activo, los EAR deben ingresar sus datos de manera mensual con corte los 30 de cada mes (en caso de día inhábil el cierre será el día hábil siguiente o en caso de alguna contingencia informada por MINSAL). Siendo su fecha de medición y/o evaluación posterior a dicho corte mensual.

En consecuencia, el presente informe da cuenta de la medición del mes de mayo 2021 (01/05/2021 al 30/05/2021). Con las siguientes fechas de EVALUACIÓN establecidas por la Autoridad Sanitaria:

Periodo	Fecha Inicio	Fecha Corte	Fecha Cierre
Mayo	10-06-2021	15-06-2021	30-06-2021

Para la versión 2021 se establecieron 34 indicadores BSC. Respecto a la versión 2020 fueron eliminados 6 indicadores, incorporados 3 nuevos, dejando 14 sin cambios y 17 modificados (Anexo N°1). Todos ellos categorizados en SIS-Q a través de lineamientos o estrategias definidas por MINSAL. (anexo N°2).

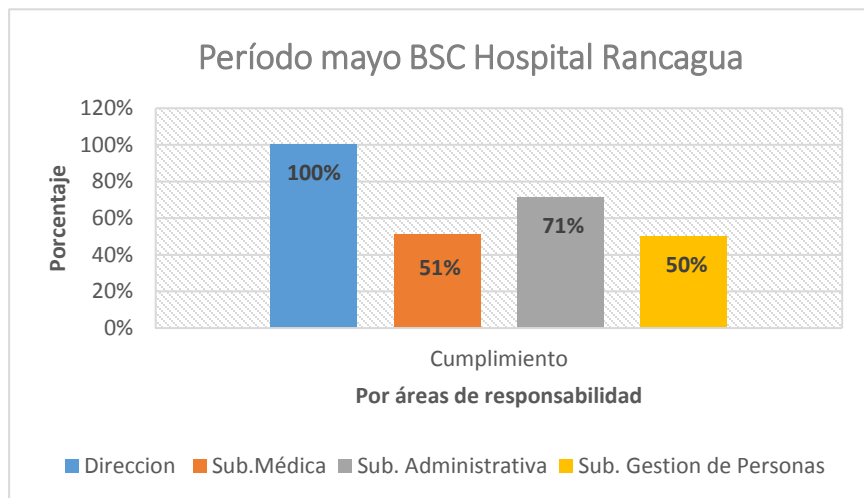
Cada indicador distribuido por estrategias y perspectivas, tiene una estandarización basada en puntuaciones según el grado de cumplimiento del mismo, con un intervalo de cero a cuatro puntos según sea el caso. Donde cero es el puntaje más bajo y cuatro el más alto. **Destacando que el cumplimiento mínimo exigido por la autoridad sanitaria debe ser mayor o igual a un 75%.**

Para efectos de facilitar su comprensión, se agruparon los resultados de evaluación por Subdirecciones o áreas de trabajo conjuntamente con la asignación de colores que indican la criticidad del puntaje obtenido. Es así como el color rojo corresponde a los indicadores que tienen 0 puntos, amarillo a los indicadores de 1 a 3 puntos y verde a los indicadores con 4 puntos. Siendo este último el puntaje máximo a obtener.

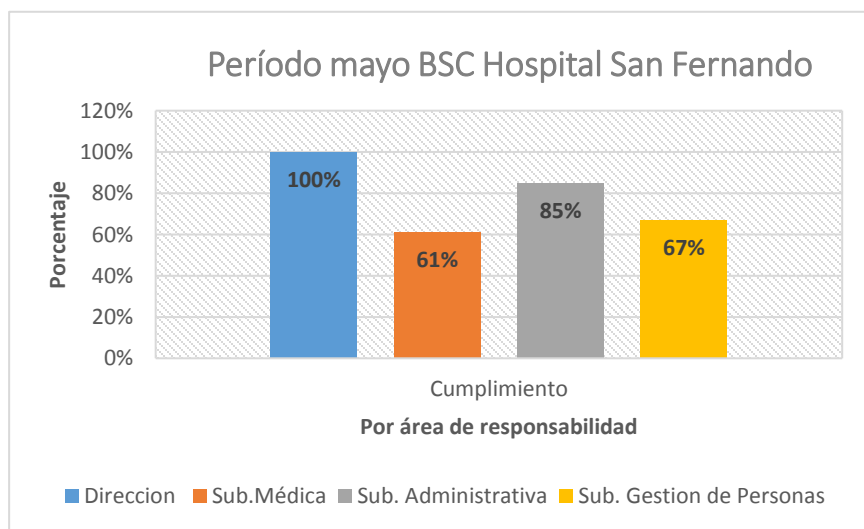
RESUMEN EJECUTIVO

Cumpliendo las fechas de evaluación “Período Mayo” realizada por el MINSAL. El resultado de puntajes y cumplimiento de ambos EAR de nuestro Servicio de Salud es el siguiente:

El Hospital Regional Rancagua logra 72 puntos de 120 máximos a obtener, correspondiente a un **60% del cumplimiento total**. Lo que se distribuye de la siguiente manera según área de responsabilidad:



El Hospital San Juan de Dios, de San Fernando, logra 82 puntos de 120 máximos a obtener, lo que corresponde a un **68.33% del cumplimiento total**. Lo que se distribuye de la siguiente manera según área de responsabilidad:



Visto lo anterior, podemos concluir que los establecimientos Autogestionados en Red de nuestro Servicio de Salud O'Higgins, periodo abril 2021, quedan por debajo del 75% de cumplimiento oficial exigido por la autoridad sanitaria.

Estos porcentajes de cumplimiento y puntuaciones respectivas se detallan a continuación:

CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES AL DÍA DE MAYO AÑO 2021

HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Puntaje Total Obtenido: 72

Puntaje Total Máximo a Obtener: 120

Porcentaje Obtenido: 60 %

Lo anterior, se detalla de la siguiente manera:

Dirección

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%	4
D.1.2	Porcentaje de cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	100%	4
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención	100%	4
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad		100%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.4.1.1	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	48%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	67,5%	0
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	1,5%	0
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	-6,2%	0
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	-6,1%	0
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	16,6%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	9,5%	1
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	21,3%	1
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	87,2%	1
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	63,9%	2
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	88,8%	3
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	125,1%	3
A.4.1.2	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina	221,2%	4
B.3.1.1	Porcentaje de Ambulotorización de cirugías mayores Ambulotorizables	86,7%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	0,86	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	2,8%	4
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	6,2%	4
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	96,8%	4
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100%	4
A.3.1.6	Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados	N/A	N/A
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad		51%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	6,3%	0
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	37,3%	1
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	90,5%	4
A.1.1.3	Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo	4,7%	4
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos	100%	4
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	4
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad		71%	

Subdirección Gestión de Personas

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.4	Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	55,114	2
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	51,91	2
Cumplimiento por área de responsabilidad		50%	

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO

Puntaje Total Obtenido: 82

Puntaje Total Máximo a Obtener: 120

Porcentaje Obtenido: 68.33%

Lo anterior, se detalla de la siguiente manera:

Dirección

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%	4
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención	100%	4
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad		100%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.4.1.1	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	52,1%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	52%	0
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	-9,3%	0
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	21,3%	0
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	26,3%	0
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	89,4%	1
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	11,6%	2
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	180%	2
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	1,39%	2
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	67,4%	3
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	-12,5%	3
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	91,9%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	0,86	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	2,6%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	97,1%	4
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	1,8%	4
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 hrs.	97,2%	4
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	14,1%	4
D.1.2	Porcentaje de cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	100%	4
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100%	4
A.3.1.6	Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados	N/A	N/A
A.4.1.2	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad		61%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.1.1.3	Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo	29,2%	2
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	95,2%	3
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	91%	4
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	-57,2%	4
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos	100%	4
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad		85%	

Subdirección Gestión de las Personas

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.4	Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	51,789	2
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	46,53	2
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad		67%	

ANEXO N°1

INDICADORES SIN CAMBIO 14	INDICADORES MODIFICADOS 17	INDICADORES ELIMINADOS 6	INDICADORES NUEVOS 3
A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM a través de CENABAST.	A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.	B.1.1 Costo del recurso humano por actividad hospitalaria. *se incorpora como subindicador	A.3_1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.
A.1_1.3 Porcentaje de Compras vía Licitación tipo L1 y Monto de Trato Directo.	A.1.3 Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios.	B.2.2 Porcentaje de Funcionarios/as que Ejercen Funciones de Jefatura Clínica Capacitados en Temáticas Priorizadas.	A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS).
A.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista.	A.1_2.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	B.3_1.2 Porcentaje de Camas Críticas Disponibles.	D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
A.4_1.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas de especialidad realizadas por telemedicina.	A.3_1.2 Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos.	D.1.1 Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas.	
B.3_1.3 Índice Funcional.	A.3_1.6 Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados.	D.4_1.4 Porcentaje de Satisfacción Usuaría.	
B.4_1.2 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención.	D.4_1.7 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.	
B.4_1.3 Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en UEH	B.3_1.1 Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables.		
B.4_1.4 Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.	B.3_1.4 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.		
B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	B.3_1.5 Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados.		
C.4_1.1 Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red.	C.3.1 Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes.		
C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.	C.4_1.2 Variación del Promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad.		
C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica.	C.4_1.3 Variación del Promedio de días de Espera para Intervención Quirúrgica.		
D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.	C.4_1.4 Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica.		
D.4_1.6 Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días.	C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidad en atención secundaria (C.4.3.3 versión 2020).		
	D.3.2 Porcentaje de cumplimiento de Consistencia de Registros Estadísticos (D.3.1 versión 2020).		
	D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención .		

ANEXO N°2

Distribución de indicadores según Estrategias/Perspectivas	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	TOTAL
Perspectiva Usuarios	2	4	7	2	15
Perspectiva Procesos Internos	4	4	1	3	12
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	5	0	0	1	6
Total	11	9	8	6	34