



INFORME MENSUAL BALANCED SCORECARD JULIO 2022



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

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	3
RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL RANCAGUA	4
RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL SAN FERNANDO	6
DETALLE CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES POR AREA DE RESPONSABILIDAD	8
HOSPITAL RANCAGUA	8
Dirección	8
Subdirección Médica	9
Subdirección Administrativa	11
Subdirección Gestión de Personas	12
HOSPITAL DE SAN FERNANDO	13
Dirección	13
Subdirección Médica	14
Subdirección Administrativa	16
Subdirección Gestión de las Personas	17
Subdirección Gestión del Cuidado	17
Subdirección de Gestión Estratégica y Eficiencia Hospitalaria	17
CONSIDERACIONES	18
Anexo N°1	19
Anexo N°2	20
Anexo N°3	21
Anexo N°4	22
Anexo N°5	23

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 Subsecretaría de Redes Asistenciales, la cual verificará el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Fundamentalmente, las exigencias impuestas a los hospitales pretenden comprobar si han alcanzado los resultados esperados definidos desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales en sus lineamientos estratégicos.

La versión 2022 del instrumento de evaluación contiene 40 indicadores, los cuales dan cuenta de los 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.

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 lograr lo anterior, el Departamento de Control de Gestión del Servicio de Salud O'Higgins realiza un monitoreo permanente del registro de datos de cada uno de los indicadores que aplican en los distintos periodos o cortes mensuales establecidos por MINSAL. Generando informes mensuales de resultados, los que son remitidos tanto a los Directivos y equipos de Control de Gestión de los EAR, como también al director de Servicio de Salud O'Higgins.

RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL RANCAGUA

Según los resultados de puntajes y cumplimientos arrojados en la plataforma SIS-Q, el Hospital Regional Rancagua a julio de 2022, logra 111 puntos de 160 máximos a obtener, lo que corresponde a un **69.38%** de cumplimiento total. Quedando por debajo de la exigencia mínima del **75%** establecida por la autoridad sanitaria. A pesar de haber logrado, esta vez, un aumento de un 4.38% respecto al mes anterior.

Cabe destacar, que el Hospital Rancagua en julio 2021, tuvo un cumplimiento de un 64.71% (Anexo N°4). Logrando mejorar dicho cumplimiento al año 2022 en un 4.67%.

Si desglosamos el 69.38% alcanzado en el periodo julio de 2022, podemos observar que el área de Dirección lidera porcentualmente los resultados, manteniéndose con un 92% de cumplimiento, seguido por la Subdirección Administrativa, que logra un considerable aumento, respecto al mes anterior (67%) con un 84% de cumplimiento, Subdirección Médica con un 63% y por último la Subdirección de Gestión de Personas manteniéndose con el resultado más bajo, con un 25% de cumplimiento (Gráfico N°1).

Gráfico N° 1



Si desagregamos la composición de las distintas barras del gráfico N°1; referidas específicamente al puntaje y/o cumplimiento con menor puntuación del periodo julio 2022. Podemos indicar, lo siguiente:

La Subdirección de Gestión de Personas: **25%** de cumplimiento. De 2 indicadores asignados, un indicador tiene el puntaje más bajo (color rojo): **A.1.2.4** "Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente".

La Subdirección médica: 63% de cumplimiento. De 23 indicadores asignados, 6 arrojan cero puntos, color rojo, necesarios de revisar y gestionar:

- B.4.1.3** Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.
- B.4.1.4** Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.
- C.4.1.1** Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.
- C.4.1.3** Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.
- C.4.3.1** Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.
- C.4.3.4** Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica.

La Subdirección administrativa: 84% de cumplimiento. De 9 indicadores asignados, 3 tienen los puntajes más bajos, en color amarillo:

- A.1.3** Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios.
- A.1.4** Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República.
- A.3.1.8** Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto.

Área de Dirección: 92% de cumplimiento. De 6 indicadores asignados, 5 logran el máximo puntaje (4 puntos). Siendo el indicador **D.3.2.2** "Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría", el único del área, en color amarillo, con baja evaluación, con sólo 2 puntos asignados por MINSAL.

El detalle del cumplimiento EAR Rancagua, se muestra en las distintas tablas ranqueadas y ordenadas de menor a mayor puntuación, por área de responsabilidad según indicador BSC en "Página N°8"

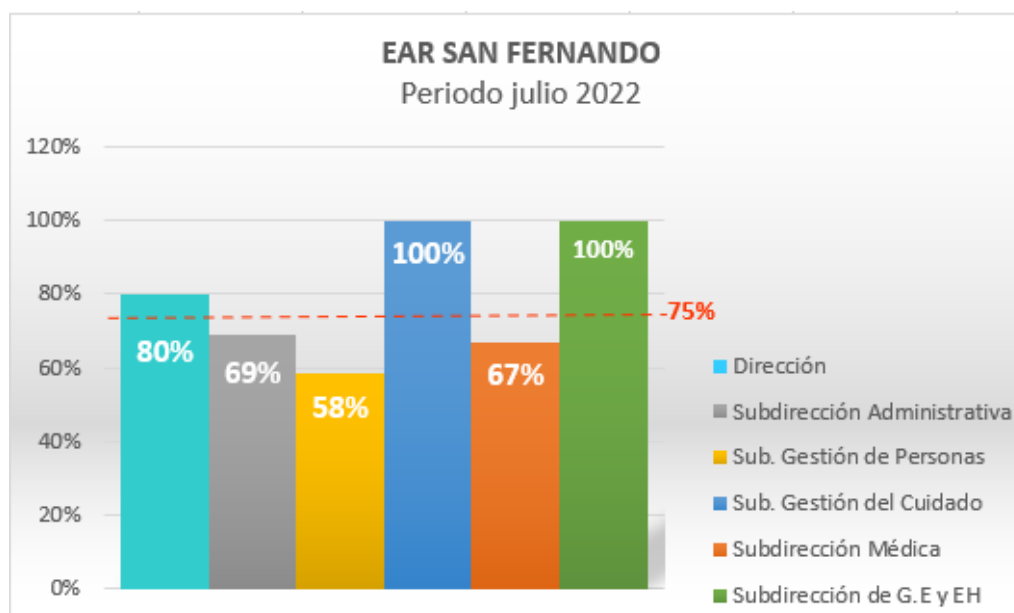
RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL SAN FERNANDO

Según los resultados de puntajes y cumplimientos arrojados en la plataforma SIS-Q, el Hospital de San Fernando a julio de 2022, logra 112 puntos de 160 máximos a obtener, lo que corresponde a un **70%** de cumplimiento total. Quedando por debajo de la exigencia mínima del **75%** establecida por la autoridad sanitaria. Con un aumento marginal, respecto al periodo junio 2022, de un 0.62%.

Cabe destacar, que el Hospital de San Fernando para el mismo periodo de evaluación julio año 2021, tuvo un 73,48% de cumplimiento (Anexo N°5). Bajando comparativamente en un 3.48% sus resultados (Respecto del año 2021. Mismo periodo).

Si desglosamos el 70% alcanzado en el periodo julio de 2022, podemos observar que el área de la Subdirección de Gestión del Cuidado y Subdirección de Gestión Estratégica y Eficiencia Hospitalaria logran un 100% de cumplimiento de sus metas BSC. Liderando porcentualmente los resultados. Posteriormente lo sigue el área de Dirección con un 80% de cumplimiento, continuando con la subdirección Administrativa con un 69% de cumplimiento, la Subdirección Médica con una 67% y por último la Subdirección de Gestión de Personas manteniéndose con el resultado más bajo, correspondiente a un 58% de cumplimiento (Gráfico N°2).

Gráfico N° 2



Si desagregamos la composición de las distintas barras del gráfico N°2, referidas específicamente al puntaje y/o **cumplimiento de menor puntuación**. Podemos indicar lo siguiente:

La Subdirección de Gestión de Personas: 58% de cumplimiento. De 3 indicadores asignados, 2 indicadores tienen puntajes bajos, uno con cero puntos, en rojo:

A.1.2.4

Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.

La Subdirección Médica: 58% de cumplimiento. De 22 indicadores asignados, 5 indicadores tienen puntajes bajos, con cero puntos, en rojo:

- B.3.1.6** Índice de Ocupación Dental (IOD).
- C.4.1.1** Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.
- C.4.1.3** Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.
- C.4.3.1** Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.
- C.4.3.4** Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica.

La Subdirección Administrativa. Con un **69%** de cumplimiento. De 8 indicadores asignados, 2 indicadores tienen puntajes bajos, con cero puntos, en rojo:

- A.1.1.4** Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.
- A.3.1.1** Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA.

Dirección. Con un **80%** de cumplimiento. De 5 indicadores asignados, 2 indicadores tienen puntajes bajos, en color amarillo:

- D.3.2.2** Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.
- D.4.1.4** Porcentaje de satisfacción usuaria.

El detalle del cumplimiento EAR Rancagua, se muestra en las distintas tablas ranqueadas y ordenadas de menor a mayor puntuación, por área de responsabilidad según indicador BSC en "Página N° 13".

DETALLE CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES POR AREA DE RESPONSABILIDAD

Dada la importancia gerencial que reviste detectar los cuellos de botella que afectan la gestión de los “Establecimientos Autogestionados en Red” (EAR); a continuación, se muestran distintas tablas ranqueadas y ordenadas de menor a mayor puntuación, por área e indicador BSC del EAR Rancagua y San Fernando:

HOSPITAL RANCAGUA

Tabla Resumen SIS-Q. Cálculo Puntaje al Corte del mes de julio 2022

Institución: HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA

Puntaje Total Obtenido: 111

Puntaje Total Máximo a Obtener: 160

Porcentaje Obtenido: 69,38%

Fecha: 01-09-2022

Hora: 09:53:35

Lo anterior, se detalla de la siguiente manera:

Dirección

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	Trazadora 1: $\geq 90,0\%$ compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo. Trazadora 2: $\geq 90,0\%$, $\geq 80,0\%$ o $\geq 70,0\%$ de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	69,70%	2
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%.	100%	4
D.1.2	Porcentaje de cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	95%.	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.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	$\geq 80,0\%$.	92,90%	4
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; $\geq 80,00\%$ en calidad	94,17%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			92%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	≤10%	16,50%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	≤ 7%	10,40%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	64%	0
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	1,90%	0
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.	19,80%	0
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.	47%	0
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	≥ 80%.	68,80%	1
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	5,60%	1
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	93,20%	2
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	Trazadora 1: 100%. Trazadora 2: ≤ 0,75%.	50,58%	3
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	>=1,00	0,74	3
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	≥ 80%.	95,30%	4
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	≥ 95,0%.	97,60%	4

B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	$\geq 70,0\%$	86,30%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	$\leq 1,00$	0,9	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	3,90%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	91,20%	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	$\geq 80\%$	96%	4
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	$\geq 90\%$	94,40%	4
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.	14,60%	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.	3,50%	4
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100% en consistencia de registros estadísticos.	100%	4
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	Reingresos Pacientes Adultos $\leq 2,34\%$. Para aquellos establecimientos con línea base $> 2,50\%$ disminuir 1,0 punto porcentual. -Reingreso Pacientes Pediátricos $\leq 2,16\%$. Para aquellos establecimientos con línea base $> 2,50\%$ disminuir 1,0 punto porcentual.	1,30%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			63%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	Meta 1: $\geq 90,0\%$ del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 2: $\geq 80,0\%$ del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 3: $\geq 5,0\%$ del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.	97,40%	1
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	100%	75%	3
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto	100% para trazadora 1; $\geq 80,0\%$ para trazadora 2; $\geq 70,0\%$ para trazadora 3 y $\geq 90,0\%$ y $\leq 120\%$ para trazadora 4.	85,90%	3
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	$\leq 0\%$.	-36,40%	4
A.1.5	Gestión de saldos en Cuentas Corrientes	100% de informes enviados.	100%	4
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	90%.	98,10%	4
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	$\geq 95,0\%$	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.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	N/A	N/A
			84%	

Subdirección Gestión de Personas

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	1,743	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.	51,91	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			25%	

HOSPITAL DE SAN FERNANDO

Tabla Resumen SIS-Q. Cálculo Puntaje al Corte del mes de julio 2022

Institución: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO

Puntaje Total Obtenido: 112

Puntaje Total Máximo a Obtener: 160

Porcentaje Obtenido: 70,00%

Fecha: 01-09-2022

Hora: 10:02:58

Dirección

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	Trazadora 1: $\geq 90,0\%$ compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo. Trazadora 2: $\geq 90,0\%$, $\geq 80,0\%$ o $\geq 70,0\%$ de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	0,531	1
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	$\geq 80,0\%$.	75%	3
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	100%.	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.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; $\geq 80,00\%$ en calidad	98,61%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			80%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,31	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	78,90%	0
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	-1,30%	0
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	$\geq 32,0\%$ o aumento de 10 puntos porcentuales sobre su línea base.	21,50%	0
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	$\geq 80\%$ o aumento de 10 puntos porcentuales a partir de su línea base.	31,70%	0
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	$\leq 10\%$	12,80%	1
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	$> 10,0\%$	6,20%	1
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	$\geq 99,5\%$.	92,90%	2
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	$\geq 80\%$.	79,40%	3
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	$\geq 80\%$.	97,80%	4
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	Trazadora 1: 100%. Trazadora 2: $\leq 0,75\%$.	0,504	4
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista presencial, remota y por telemedicina	$\geq 95,0\%$.	118,30%	4

B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	$\geq 70,0\%$	85,80%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	$\leq 1,00$	0,91	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	4,00%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	98,80%	4
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspensas	$\leq 7\%$	5,30%	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	$\geq 80\%$	98,50%	4
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.4.1.2	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.	18,70%	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.	4,80%	4
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	Reingresos Pacientes Adultos $\leq 2,34\%$. Para aquellos establecimientos con línea base $> 2,50\%$ disminuir 1,0 punto porcentual. -Reingreso Pacientes Pediátricos $\leq 2,16\%$. Para aquellos establecimientos con línea base $> 2,50\%$ disminuir 1,0 punto porcentual.	1,33%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			67%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	38%	0
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	90%.	68,60%	0
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	Meta 1: $\geq 90,0\%$ del recaudo del subtítulo 7 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 2: $\geq 80,0\%$ del recaudo del subtítulo 8 por sobre el devengo del periodo de evaluación. Meta 3: $\geq 5,0\%$ del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior.	39,90%	3
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	100%	98%	3
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	$\leq 0\%$.	-20,00%	4
A.1.5	Gestión de saldos en Cuentas Corrientes	100% de informes enviados.	100%	4
A.3.1.2	Porcentaje de cumplimiento en oportunidad y análisis del Sistema de Costos	$\geq 95,0\%$	100%	4
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo y ejecución del gasto	100% para trazadora 1; $\geq 80,0\%$ para trazadora 2; $\geq 70,0\%$ para trazadora 3 y $\geq 90,0\%$ y $\leq 120\%$ para trazadora 4.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			69%	

Observaciones Área Subdirección Administrativa:

El dato reflejado en el indicador A.1.1.4 "Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas", **NO APLICA PARA ESTE PERIODO.**

Conforme a orientaciones técnicas. Este indicador tiene una frecuencia de evaluación trimestral.

Subdirección Gestión de las Personas

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta 1: ≤ 1	1,979	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.	50,6	3
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			58%	

Subdirección Gestión del Cuidado

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
D.1.2	Porcentaje de cump. de requisitos del Plan de Prevención y Control de IAAS	95%.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			100%	

Subdirección de Gestión Estratégica y Eficiencia Hospitalaria

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100% en consistencia de registros estadísticos.	1	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			100%	

CONSIDERACIONES

Para efectos de monitoreo, una vez que el SIS.Q esté activo, el plazo de registros mensuales en SIS-Q, será el último día hábil de cada mes (en caso de día inhábil el cierre será el día hábil siguiente o en caso de alguna contingencia informada por Minsal).

Para la versión 2022 del BSC, la plataforma SIS-Q realizará un corte mensual del proceso de evaluación los días 29, 30 o 31 de cada mes, según corresponda (anexo N°1). Siendo los días 10 de cada mes la apertura en SISQ para el ingreso de los datos correspondientes al mes anterior.

Para la versión 2022 se establecieron 40 indicadores BSC. Respecto a versión 2021 se eliminan 4 indicadores, se incorporan 8 nuevos, se modifican 13 y 19 se mantienen sin cambios. 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.

Importante es destacar que los datos mostrados, corresponden a una fotografía actual de los EAR, basado en la información que los referentes técnicos de cada hospital han ingresado a la plataforma SIS-Q en las fechas exigidas por MINSAL (Anexo N° 1).

Anexo N°1**FECHAS PROCESO EAR 2022**

Periodo 2022	Fecha de corte mensual plataforma SISQ
Enero -Febrero	Jueves 31 marzo
Marzo	Viernes 29 abril
Abril	Martes 31 mayo
Mayo	Jueves 30 junio
Junio	Viernes 29 julio
Julio	Miércoles 31 agosto
Agosto	Viernes 30 septiembre
Septiembre	Viernes 28 octubre
Octubre	Miércoles 30 noviembre
Noviembre	Viernes 30 diciembre
Diciembre	1 marzo 2023 (cierre anual de datos)

Anexo N°2

INDICADORES BSC 2022

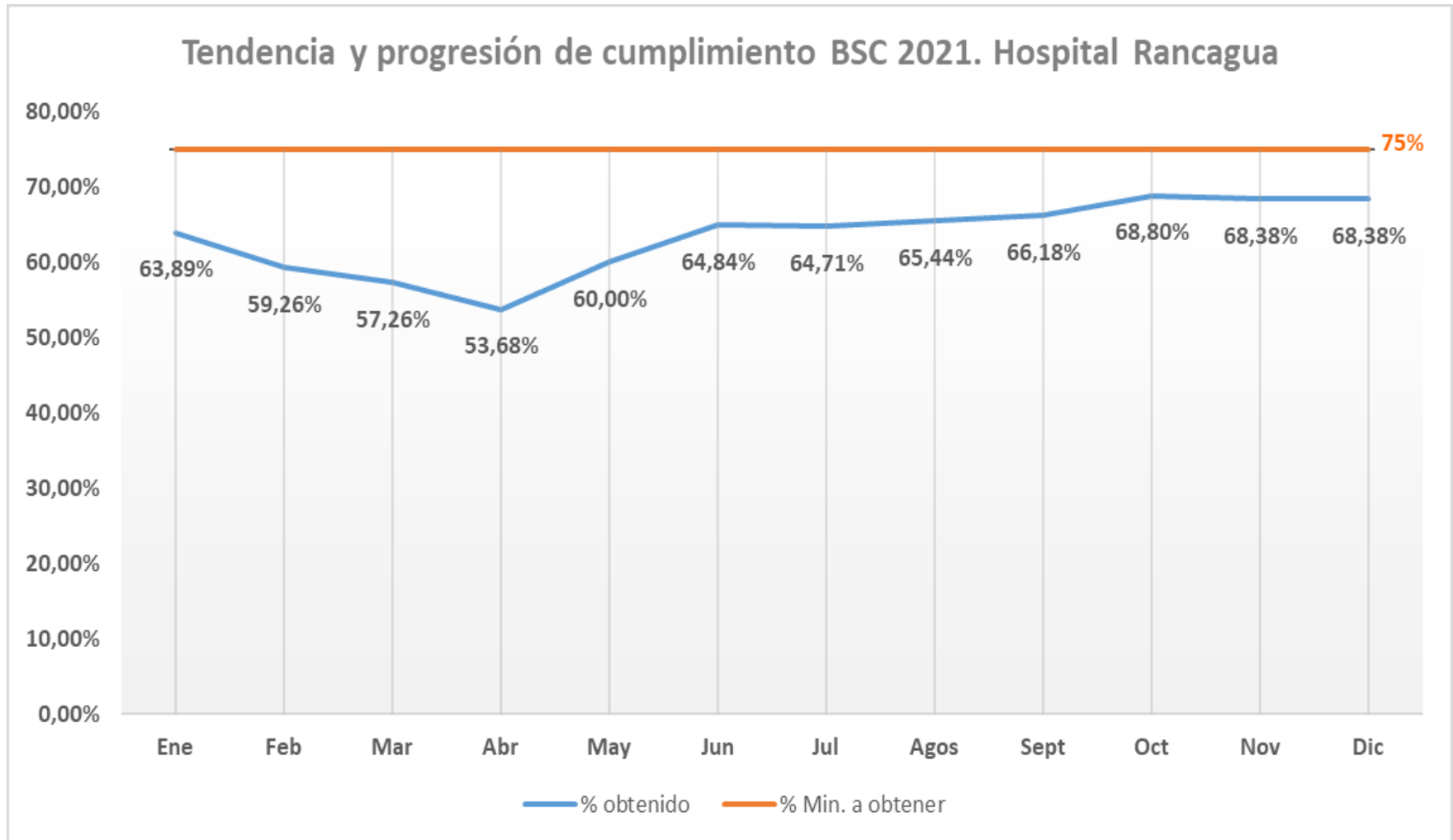
INDICADORES SIN CAMBIOS: 19	INDICADORES MODIFICADOS: 13	INDICADORES NUEVOS: 8
A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.	A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM a través de CENABAST.	A.1_1.4 Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.
A.3_1.1 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 en 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 Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables.	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 de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos.
B.4_1.2 Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en UEH.	B.3_1.4 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers Superiores).	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 atención secundaria.
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 explícitas en salud 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 de requisitos del Plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).		
D.4_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.		
D.3_2.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del Programa de Calidad y Seguridad de la atención.		
D.3.2 Porcentaje cumplimiento de Consistencia de REM		
D.4_1.4 Porcentaje de satisfacción usuaria.		
D.4_1.7 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.		

Anexo N°3

DISTRIBUCION DE INDICADORES BSC 2022

Distribución de indicadores según Estrategias/Perspectivas	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Calidad de la Atención	TOTAL
Perspectiva Usuarios	1	4	8	4	17
Perspectiva Procesos Internos	5	5	1	3	14
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	7	0	0	1	8
Total	13	10	9	8	40

Anexo N°4



Anexo N°5

