



INFORME MENSUAL BALANCED SCORECARD NOVIEMBRE 2022



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

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	3
RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL RANCAGUA	4
RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL SAN FERNANDO	7
DETALLE CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES POR AREA DE RESPONSABILIDAD	10
HOSPITAL RANCAGUA	10
Dirección	10
Subdirección Médica	11
Subdirección Administrativa	13
Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas	14
HOSPITAL DE SAN FERNANDO	15
Dirección	15
Subdirección Médica	16
Subdirección Administrativa	18
Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas	19
Subdirección Gestión del Cuidado	19
Subdirección de Gestión Estratégica y Eficiencia Hospitalaria	19
CONSIDERACIONES	20
Anexo N°1	21
Anexo N°2	22
Anexo N°3	23
Anexo N°4	24
Anexo N°5	25

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 noviembre de 2022, logra mantener el mismo resultado del mes anterior (octubre 2022) con 116 puntos de 160 máximos a obtener, lo que corresponde a un **71.88%** de cumplimiento total. Quedando por debajo de la exigencia mínima del **75%**, establecida por la autoridad sanitaria.

Dicho resultado presenta una baja de un 0.62% respecto al mes anterior, correspondiente a menos un punto (-1) en el indicador A.1.4 Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República.

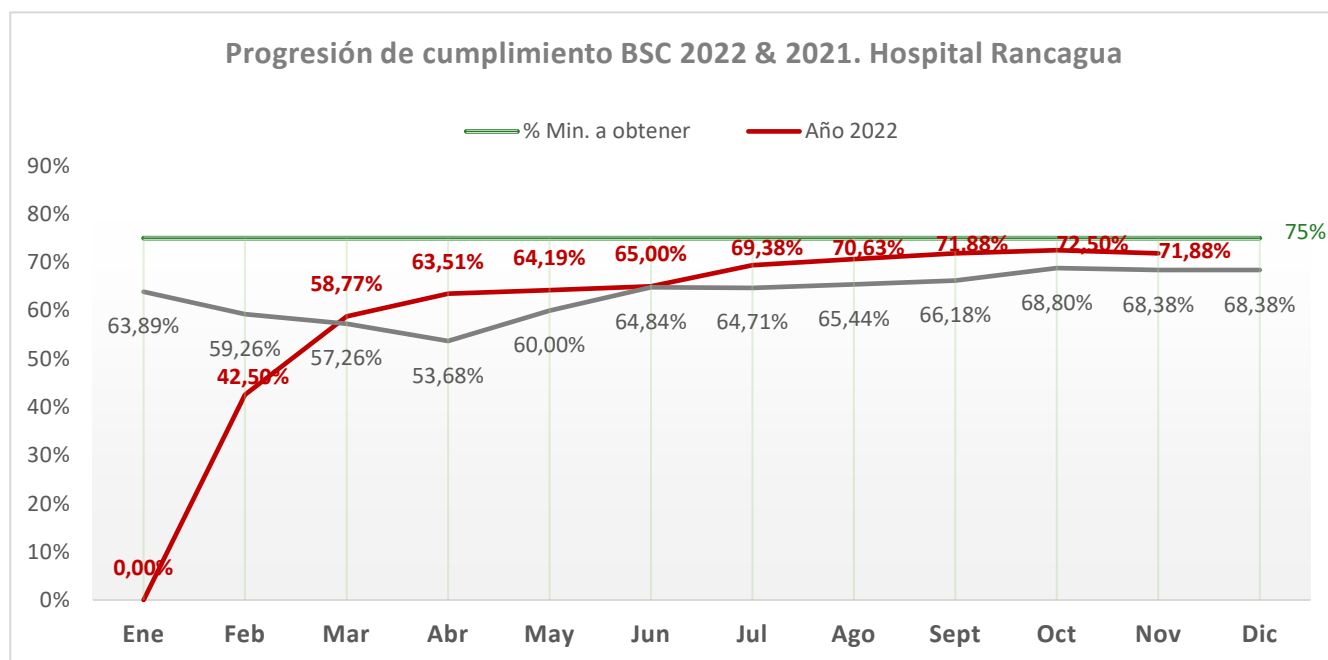
Si esta tendencia se mantiene, se proyecta que el EAR Rancagua NO podría cumplir con la exigencia mínima establecida por la Autoridad Sanitaria, al término del proceso 2022.

Cabe destacar, que se hace necesario reforzar y gestionar aquellos indicadores con bajo puntaje y que además impactan directamente en los pacientes de la red asistencial de nuestro Servicio de Salud O'Higgins, como es el caso de los indicadores en rojo del área de la Subdirección Médica

Es dable considerar, la importancia de la oportunidad de los registros en la plataforma SIS-Q. Toda vez que, en enero del 2022, no se pudo realizar el análisis de resultados, ya que el establecimiento NO registró ningún dato en el Sistema SIS-Q.

Con el objeto de tener una mirada global de la progresión de resultados BSC del EAR Rancagua. A continuación, se presenta el gráfico N°1, donde podremos observar, de manera simultánea, las dos curvas de cumplimiento, de los años 2021 y 2022, con intervalo definido de enero a noviembre correspondientemente.

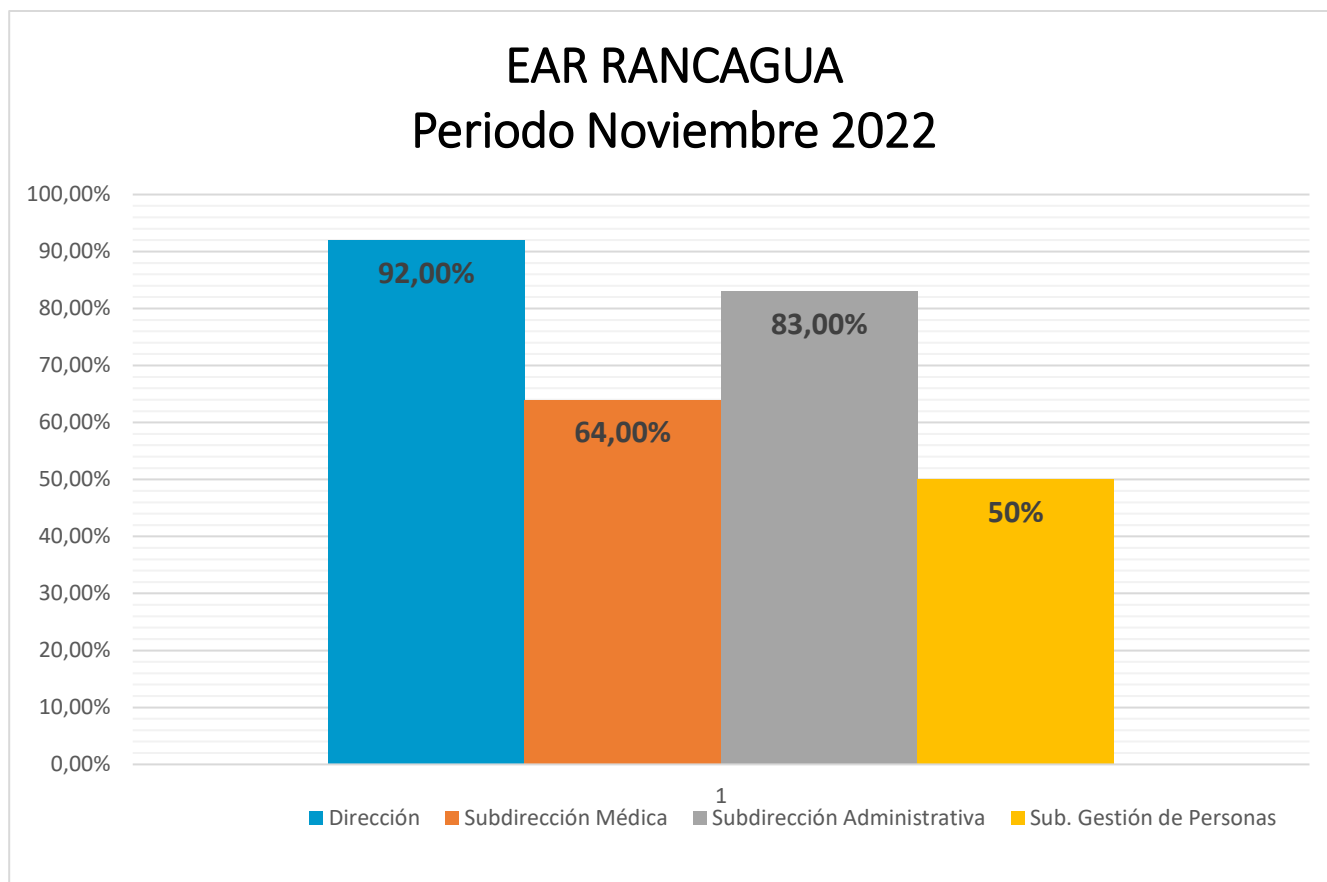
Gráfico N° 1



Ahora bien, al desglosar el 71.88% alcanzado en el periodo noviembre de 2022 (Gráfico N°2). Podemos ver que el área de Dirección sigue liderando porcentualmente los resultados, con un 92% de cumplimiento, continuado por la Subdirección Administrativa, que logra un 83% de cumplimiento, la Subdirección Médica con un 64% y por último la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas manteniéndose con el resultado más bajo, con un 50% de cumplimiento.

De todas las áreas, la Subdirección Médica es la que posee el mayor número de indicadores (6 indicadores en rojo) con baja puntuación o cero puntos, junto a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas con un indicador con cero puntos. Considerando, por cierto, la proporción de los indicadores asignados.

Gráfico N° 2



Si desagregamos la composición de las distintas barras del gráfico N°2; específicamente el puntaje y/o cumplimiento con menor calificación del periodo noviembre 2022. Podemos mostrar lo siguiente:

La Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas: 50% 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: 64% 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: 83% (más bajo que el mes anterior) 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, cinco logran el máximo puntaje (4 puntos) y uno arroja el puntaje más bajo en color amarillo:

- D.3.2.2** “Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría”.

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 y Organigrama de cada EAR en “Página N°10”

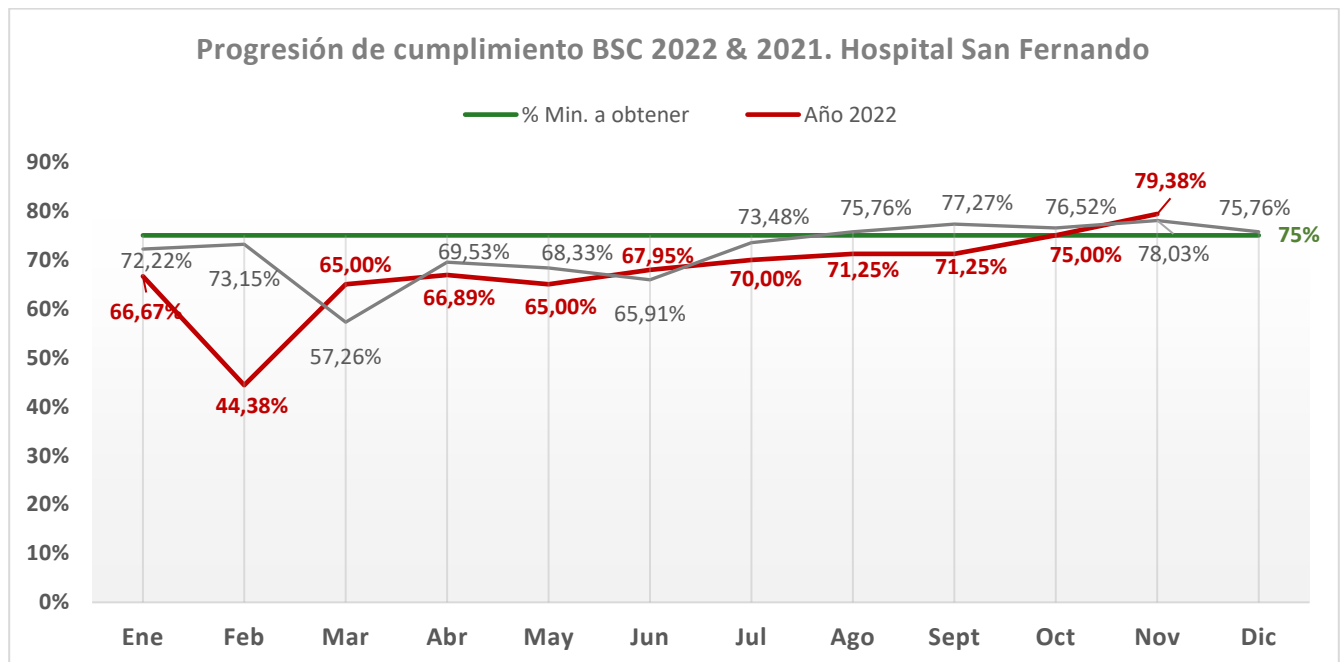
RESUMEN EJECUTIVO HOSPITAL SAN FERNANDO

Según los resultados de puntajes y cumplimientos arrojados en la plataforma SIS-Q, el Hospital de San Fernando a noviembre de 2022, logra 127 puntos de 160 máximos a obtener, lo que corresponde a un **79.38%** de cumplimiento total. Logrando, de esta forma, cumplir y/o superar la meta mínima exigida por la autoridad sanitaria. Pudiendo incluso superar la curva de resultados del año 2021 en 1.35%.

Dicha diferencia se origina por el aumento de puntajes de los siguientes indicadores: A.3.1.1 Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA, B.4.1.3 Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria, C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios, C.4.3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica y por último el indicador D.3.2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.

Con el objeto de tener una mirada global de la progresión de resultados BSC del EAR San Fernando. A continuación, se presenta el gráfico N°3. Donde podemos observar, de manera simultánea, las dos curvas de cumplimiento, de los años 2021 y 2022, con intervalo definido de enero a noviembre correspondientemente.

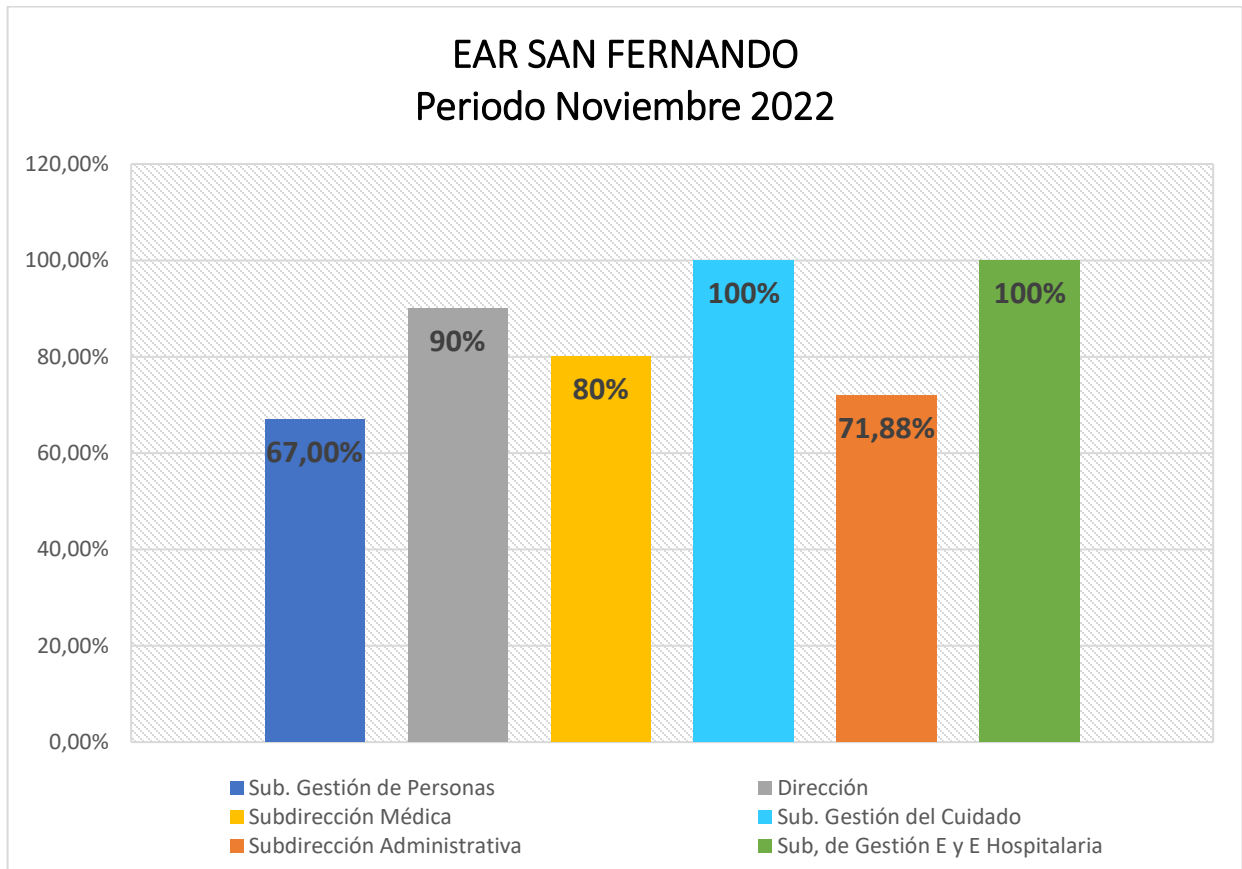
Gráfico N° 3



Ahora bien, si desglosamos el **79.38%** alcanzado en el periodo noviembre de 2022, podemos observar, en el gráfico N° 4, que las áreas de la Subdirección de Gestión del Cuidado y Subdirección de Gestión de Eficiencia Hospitalaria lideran los resultados con un 100% de cumplimiento.

Posteriormente lo sigue el área de la Subdirección Médica con un 80% de cumplimiento. Seguido por la Dirección con un 90% de cumplimiento, Subdirección Administrativa con un 71,88% de cumplimiento y por último la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas con un 67% de cumplimiento.

Gráfico N°4



Si desagregamos la composición de las distintas barras del gráfico N°4, referidas específicamente al puntaje y/o **cumplimiento de menor puntuación**. Podemos indicar lo siguiente:

La Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas: 67% de cumplimiento. De 3 indicadores asignados, 1 indicador tiene cero puntos, en rojo:

A.1.2.4

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

La Subdirección Administrativa. Con un **71.88%** de cumplimiento. De 8 indicadores asignados, 1 indicador tiene cero puntos, en rojo:

A.1.1.4 Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.

La Subdirección Médica: **80%** de cumplimiento. De 22 indicadores asignados, 2 indicadores tienen puntajes bajos, con cero puntos, en rojo:

C.4.1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.

C.4.3.1 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.

Dirección. Con un **90%** 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 San Fernando, se muestra en las distintas tablas ranqueadas y ordenadas de menor a mayor puntuación, por área de responsabilidad según indicador BSC en “Página N°15”.

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 Cálculo Puntaje al Día de noviembre 2022

Puntaje Total Obtenido: 115

Puntaje Total Máximo a Obtener: 160

Porcentaje Obtenido: 71,88%

Fecha: 04-01-2023

Hora: 14:19:45

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	$\geq 80,0\%$.	93,60%	4
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; $\geq 80,00\%$ en calidad	97,79%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			92,00%	

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%	16,20%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	≤ 7%	10,80%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	67,20%	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	3,80%	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.	19,70%	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.	45,80%	0
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	5,80%	1
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	≥ 80%.	70,40%	2
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	91,60%	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	0,76	3
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	≥ 80%.	95%	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%.	98,80%	4

B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	≥ 70,0%	87,20%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	≤ 1,00	0,91	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	≤ 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.	≥ 90%	91,90%	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	≥ 80%	96,10%	4
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	≥ 90%	96,70%	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.	23%	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.	17%	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 ≤ 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.	1,41%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			64,00%	

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.	205,80%	2
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	100%	63%	2
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.	68,90%	2
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	98,90%	4
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	$\leq 0\%$.	-29,90%	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%.	96,30%	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
Cumplimiento por área de responsabilidad			83,00%	

Subdirección Gestión y Desarrollo 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	1,077	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.	53,54	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			50,00%	

HOSPITAL DE SAN FERNANDO

Tabla Resumen Cálculo Puntaje al Día de noviembre 2022

Institución: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO

Puntaje Total Obtenido: 127

Puntaje Total Máximo a Obtener: 160

Porcentaje Obtenido: 79,38%

Fecha: 04-01-2023

Hora: 14:21:14

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.	91,70%	3
D.4.1.4	Porcentaje de satisfacción usuaria	$\geq 80,0\%$.	70,90%	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%.	93%	4
D.4.1.7	Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos	100,0% en oportunidad; $\geq 80,00\%$ en calidad	98,54%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			90,00%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	89,90%	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.	21,50%	0
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	≥1,00	0,38	1
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	> 10,0%	6,20%	1
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	≤10%	11,90%	2
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	93,90%	2
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	≥ 80%.	97,90%	4
A.3.1.9	Porcentaje de cumplimiento de actividades de la gestión logística y financiera de fármacos	Trazadora 1: 100%. Trazadora 2: ≤ 0,75%.	50,40%	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%.	119,70%	4
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables	≥ 70,0%	86,30%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	≤ 1,00	0,93	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	≤ 5,2%; Para establecimientos con LB>6,1% disminuir 1,0 punto porcentual	4%	4
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	≥ 80%.	83,60%	4

B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	≥ 90%	98,80%	4
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspensas	≤ 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	≥ 80%	98,60%	4
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	≥ 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.	8,20%	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 reducción cero, corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 20,0% sobre LB	9,30%	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.	19%	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.	50,20%	4
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.	1,58%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			80,00%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.1.4	Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas	95,00%	48,70%	0
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	90%.	76,40%	1
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.	39,60%	3
A.1.4	Porcentaje del monto en la cuenta extrapresupuestaria 114-01 validada por Contraloría General de la República	100%	96%	3
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	$\leq 0\%$.	-17%	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.	97,80%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			71,88%	

Subdirección Gestión y Desarrollo 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	2,45	0
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	100%	100%	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.	50,93	4
			67,00%	

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.	100%	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).

A su vez, cada establecimiento asignó los indicadores según áreas por organigrama.

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

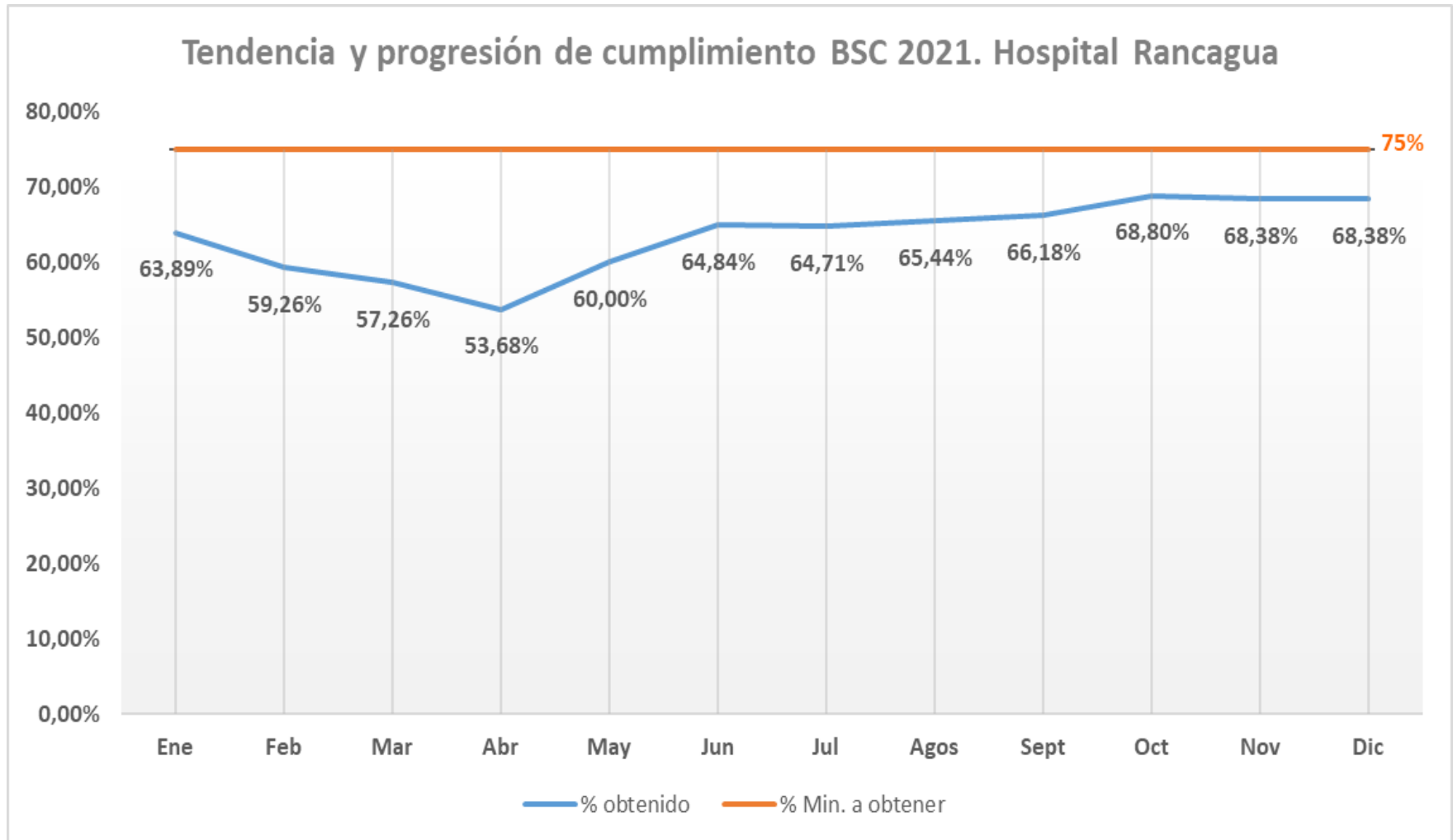
INDICADORES SIN CAMBIOS: 19	INDICADORES MODIFICADOS: 13	INDICADORES NUEVOS: 8
A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios.	A.1.1 Porcentaje de cumplimiento de compras de la canasta CEM a través de CENABAST.	A.1_1.4 Porcentaje de cirugías traumatológicas con órdenes de compra emitidas.
A.3_1.1 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

