



INFORME ANUAL BALANCED SCORECARD 2021



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

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	3
CONSIDERACIONES	4
RESUMEN EJECUTIVO CONSOLIDADO BSC AÑO 2021	4
Tendencia y progresión de cumplimiento BSC 2021	5
Hospital Rancagua	5
Hospital San Fernando	6
Observaciones	7
RESUMEN EJECUTIVO PERIODO DICIEMBRE 2021	8
CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES AL DÍA DE DICIEMBRE AÑO 2021	9
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA	9
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO	12
ANEXO N°1	15
ANEXO N°2	16
ANEXO N°3	17
ANEXO N° 4	18

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, el Departamento de Control de Gestión del Servicio de Salud O'Higgins, ha realizado diversos monitoreos y evaluaciones mensuales de todos los indicadores que aplican en la versión BSC 2021 de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) de la región de O'Higgins. Siendo estos: Hospital Rancagua y San Fernando.

Las evaluaciones mensuales basadas en los resultados arrojados por la plataforma ministerial SIS-Q conllevan a la generación de informes mensuales remitidos tanto a los Directivos y equipos de Control de Gestión de los EAR, como al Director de Servicio de Salud O'Higgins, con el objeto de dar a conocer el avance, tendencia o progresión del cumplimiento de las distintas exigencias establecidas por el MINSAL a través de este Instrumento de Gestión BSC.

Es dable destacar, que en este informe se presentan todos los resultados de porcentajes de cumplimiento y puntajes obtenidos desde la plataforma SIS-Q **al 31 de diciembre 2021** y a su vez de manera específica los resultados obtenidos en el periodo diciembre 2021.

Por otro lado, 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.

CONSIDERACIONES

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.

Por lo anterior, es de responsabilidad del EAR registrar los datos de manera pertinente, no sólo con la idea de favorecer la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores, sino que también y lo más importante, tener los fundamentos reales al momento de generar informes que permitan a los directivos tomar decisiones acertadas en cualquier escenario en que se encuentren.

Los datos a analizar corresponden a una fotografía actual del establecimiento, basada en la información que los referentes técnicos de cada hospital han ingresado a la plataforma SIS-Q al 31 de diciembre 2021. Sin excepción alguna, ni exclusiones ni modificaciones en metas o exigencias en el marco de emergencia sanitaria.

Las exclusiones y modificaciones serán contempladas en el proceso de evaluación final BSC año 2021 que realizará y formalizará directamente el Ministerio de Salud (Anexo N° 3).

Importante es destacar, que el proceso de evaluación fue determinado por la autoridad sanitaria a través de un cronograma irrestricto enviado a todos los referentes de Control de Gestión de los EAR y Servicios de Salud del país (Anexo N°4).

RESUMEN EJECUTIVO CONSOLIDADO BSC AÑO 2021

Como es de conocimiento, los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos y/o exigencias impuestas en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38, que fundamentalmente pretenden comprobar si los hospitales han alcanzado los resultados esperados definidos desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales en sus lineamientos estratégicos.

Para reflejar lo anteriormente expuesto, es que en este informe se presentan las distintas tendencias y progresiones de los hospitales Rancagua y San Fernando al 31 de diciembre 2021. Con el objeto de evaluar si efectivamente han logrado alcanzar los resultados exigidos por la autoridad sanitaria.

Las gráficas que se exhiben a continuación son de escala lineal, por ser simples de entender e interesantes al momento de ver de una sola vez, la tendencia general del hospital respecto al cumplimiento exigido por el BSC. Permitiendo comparar simultáneamente el comportamiento porcentual de dichas exigencias durante el año.

Tendencia y progresión de cumplimiento BSC 2021

Hospital Rancagua

Conforme al gráfico N° 1 se puede observar que el Hospital Regional Rancagua comienza el proceso BSC año 2021 con registro en la plataforma SIS-Q, con un 63.89% de cumplimiento. Generando una diferencia porcentual de inicio de un -11,11% respecto al 75% de cumplimiento mínimo exigido por MINSAL. Diferencia que durante el año debe tender a cero.

Respecto a lo anterior, la diferencia porcentual de cumplimiento durante todo el año 2021, presentó una curva cíclica que no logra superar el 70% de cumplimiento y menos el 75% exigido.

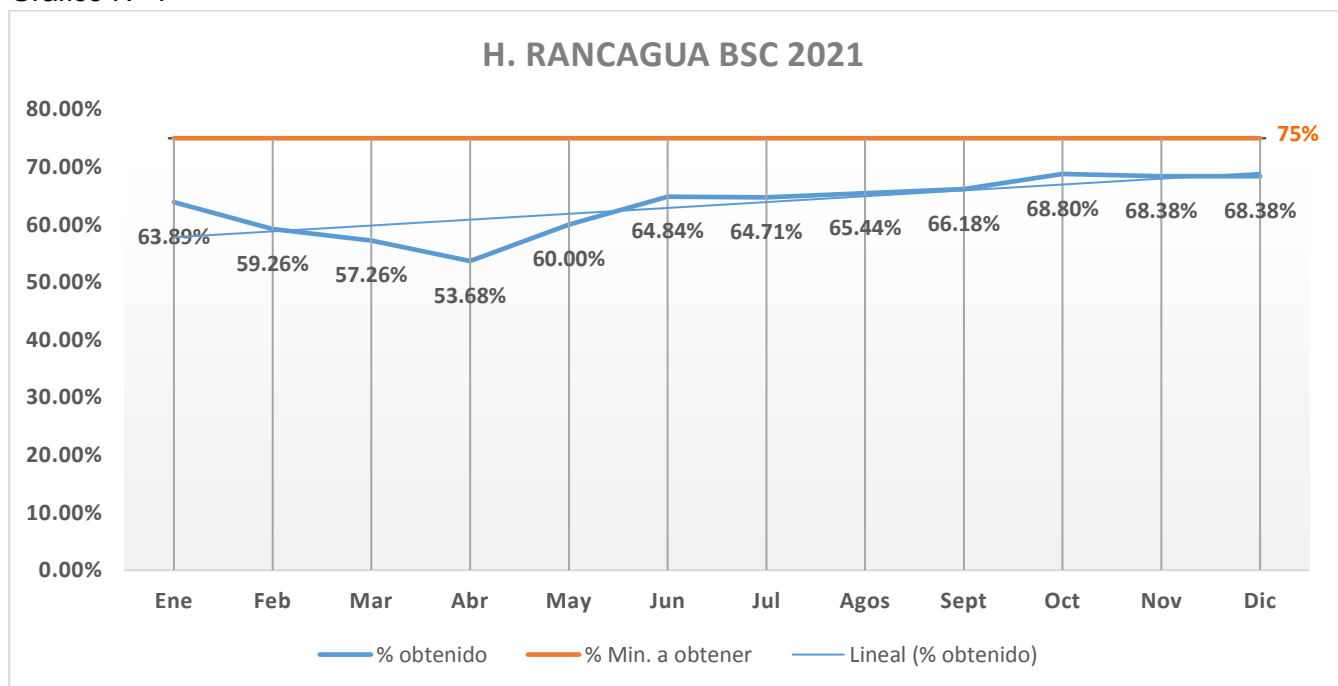
Los meses más bajos reflejados en el gráfico se presentaron en enero, marzo, abril y mayo. Siendo abril el mes que registra el porcentaje más bajo de todos con un 53.68% de cumplimiento.

Sin embargo a lo anterior, el Hospital Rancagua logra aumentar paulatinamente su cumplimiento, llegando al mes de octubre con un 68.80%, bajando marginalmente en noviembre para mantenerse hasta el 31 de diciembre con un 68.38%. Dejando de esta forma, una diferencia porcentual final de cumplimiento de un -6,62%.

Si bien el EAR logra ir evolucionando en su cumplimiento de metas, su brecha no logra a tender a cero, es decir, no consiguen la meta mínima del 75% requerido por la autoridad sanitaria al 31 de diciembre 2021.

Por último, considerando la situación de pandemia o alerta sanitaria, el MINSAL eliminará y/o modificará algunos indicadores, lo que debiera mejorar la curva de cumplimiento del EAR respecto de las metas establecidas por el MINSAL (Anexo N° 3).

Gráfico N° 1



Tendencia y progresión de cumplimiento BSC 2021.

Hospital San Fernando

En el gráfico N° 2, podemos observar que el Hospital de San Fernando comienza el proceso BSC año 2021 con registro en la plataforma SIS-Q, con un 72.22% de cumplimiento. Generando una diferencia porcentual de inicio de un -2.78% respecto al 75% de cumplimiento mínimo exigido por MINSAL. Brecha que durante el año debe tender a cero.

Respecto a lo anterior, la diferencia porcentual de cumplimiento durante todo el año 2021, presentó una curva cíclica patente entre marzo a julio sin lograr superar el 75% de cumplimiento.

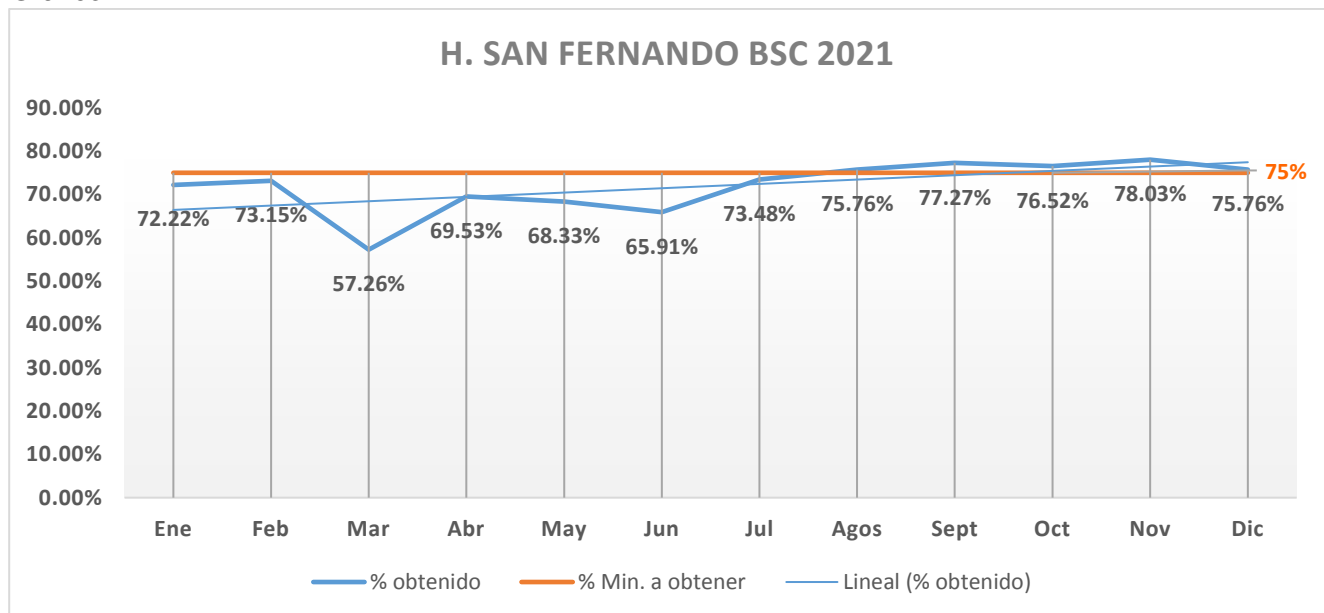
Los meses más bajos reflejados en el gráfico se presentaron en, marzo, abril, mayo y junio. Siendo marzo el mes que registra el menor porcentaje de cumplimiento con un 52.26%.

Sin embargo a lo anterior, el Hospital de San Fernando logra aumentar su cumplimiento, a partir del mes de julio, alcanzando superar notoriamente la meta en el mes de noviembre con un 78.03%. Bajando significativamente en diciembre a un 75.76%. Lo que arroja una diferencia porcentual final de cumplimiento de un 0.76% superior al 75%.

Si bien el EAR consigue dar cumplimiento al porcentaje mínimo exigido por MINSAL, dejando su diferencia porcentual superior a lo exigido. Se estima que el resultado final respecto a su tendencia pudo ser superior, debido a que contaban con una base de inicio por sobre el 70% con un peso específico (diferencia porcentual) mínimo de diferencia para el logro de la meta de un 2.78%.

Por último, considerando la situación de pandemia o alerta sanitaria, el MINSAL eliminará y/o modificará algunos indicadores, lo que debiera mejorar la curva de cumplimiento del EAR respecto de las metas establecidas por el MINSAL (Anexo N° 3).

Gráfico N° 2



Observaciones

Dado los porcentajes de cumplimiento arrojados en la Plataforma SIS-Q al 31 de enero de 2022. Se recomienda analizar el comportamiento de la curva de cumplimiento, buscando el fundamento o motivo de sus resultados, con el objeto de ahondar e ir subsanando los errores o problemas en el caso de los porcentajes más bajos e ir reforzando los aciertos que les llevaron a mejorar el cumplimiento de los distintos indicadores.

La falta de oportunidad (tiempo de respuesta) de los registros en la plataforma SIS-Q, también juegan un papel importante a la hora de revisar los indicadores, toda vez que al no estar los registros al día afectan los resultados y por ende la toma de decisiones concretas, oportunas y eficientes por parte de la plana directiva. Es por esto, que se sugiere fomentar el registro “justo a tiempo” de los datos realizados por los referentes técnicos a cargo de los distintos indicadores y también de las distintas áreas de la organización. Además de generar un vínculo estratégico con el Departamento de Control de Gestión del establecimiento a cargo de este Cuadro de Mando Integral.

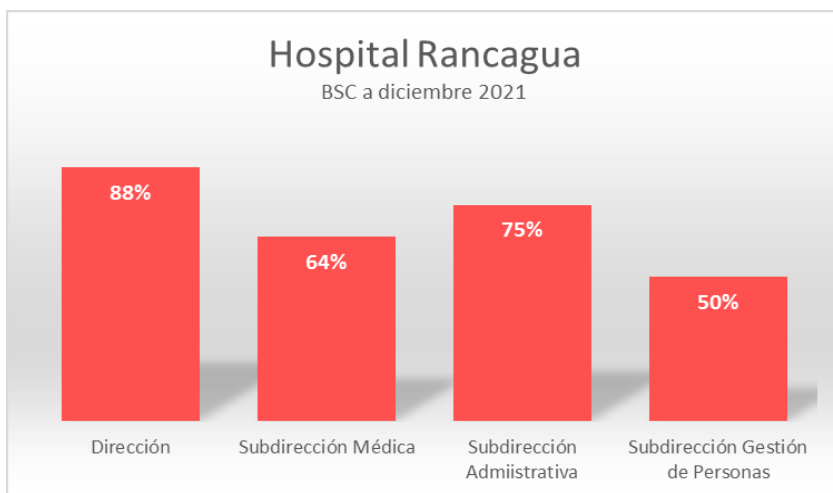
La calidad del registro de los datos estadísticos es también clave del éxito para el cumplimiento de metas. Por lo tanto, es dable revisar todos los procesos que se requieran al respecto.

Dada la importancia de este Cuadro de Mando Integral o Balanced ScoreCard cuyo “Instrumento Técnico de evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red”, tal y como lo señala el art. N°17 del D.S. N°38, ha sido elaborado de manera conjunta por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Sería apreciable reforzar la aplicación de esta herramienta en la gestión de los Hospitales Autogestionados. Dado que este instrumento es una plataforma de apoyo significativa al momento de gerenciar. Pudiendo no sólo responder a una evaluación de cumplimiento anual, sino que también, la obtención de la calidad de autogestión en red y por supuesto, ser una herramienta de control estratégico de los procesos claves de un establecimiento de alta complejidad como son los Hospitales de Rancagua y San Fernando del Servicio de Salud O`Higgins.

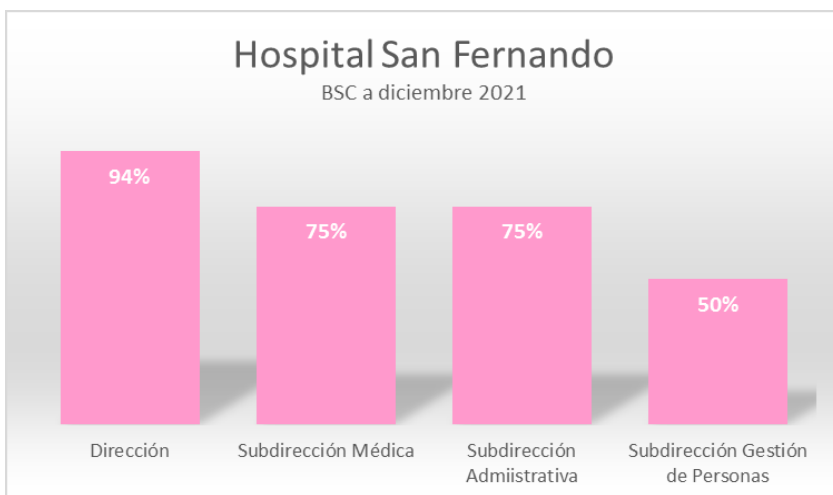
RESUMEN EJECUTIVO PERIODO DICIEMBRE 2021

Cumpliendo las fechas de evaluación "Período diciembre" 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 93 puntos de 136 máximos a obtener, correspondiente a un **68,38% 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 100 puntos de 132 máximos a obtener, lo que corresponde a un **75.76% del cumplimiento total**. Lo que se distribuye de la siguiente manera según área de responsabilidad:



Visto lo anterior, podemos concluir que de los establecimientos Autogestionados en Red de nuestro Servicio de Salud O'Higgins, periodo diciembre 2021, **el Hospital de San Fernando es quien logra superar el 75% de cumplimiento oficial exigido por la autoridad sanitaria, con un puntaje de 75,76%. A diferencia del Hospital Rancagua que queda por debajo del 75% exigido como mínimo nacional, con un 68,38%**

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

CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES AL DÍA DE DICIEMBRE AÑO 2021

HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Puntaje Total Obtenido: 93

Puntaje Total Máximo a Obtener: 136

Porcentaje Obtenido: 68,38%

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	60,9%	2
Cumplimiento por área de responsabilidad		88%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	70%	0
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	-17,2%	0
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	-9,2%	0
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	20,5%	0
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	18,2%	0
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	9,1%	1
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	89,1%	1
A.4.1.1	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	91,3%	3
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	89,5%	3
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	201,4%	3
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	11,7%	3
A.3.1.6	Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados	0,28%	4
A.4.1.2	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina	107,7%	4
B.3.1.1	Porcentaje de Ambulatorización de cirugías mayores Ambulatorizables	88,5%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	0,87	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	2,8%	4
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	73,3%	4
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	9,7%	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	97,2%	4
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100%	4
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	1,53%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad		64%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	71,6%	0
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	63,9%	2
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	76,3%	3
A.1.1.3	Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo	5,4%	4
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	-17,5%	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
Cumplimiento por área de responsabilidad		75%	

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	50,752	2
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	72,13	2
Cumplimiento por área de responsabilidad		50%	

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO

Puntaje Total Obtenido: 100

Puntaje Total Máximo a Obtener: 132

Porcentaje Obtenido: 75,76%

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	96,3%	3
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	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad		94%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	68,9%	0
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	-9,9%	0
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	22,1%	0
A.4.1.1	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	67,3%	1
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adulto y pediátrica	73,3%	2
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	94,3%	2
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica	-16,5%	3
A.3.1.6	Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados	0,51%	4
B.3.1.1	Porcentaje de Ambulatorización de cirugías mayores Ambulatorizables	90,4%	4
B.3.1.3	Índice Funcional	0,86	4
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada (Outliers superiores)	3,2%	4
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	71,2%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	98%	4
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	-751,9%	4
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	3%	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	97,7%	4
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad	41,3%	4
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contrareferencia al alta de especialidad médica	36,3%	4
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales	100%	4
D.4.1.6	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	1,25%	4
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		75%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Cumplimiento	Puntaje
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA	67%	0
A.1.1.3	Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo	29%	2
A.1.3	Porcentaje de recaudación de Ingresos Propios	67,8%	3
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST	97,8%	4
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios	-56,6%	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
Cumplimiento por área de responsabilidad		75%	

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	53,002	2
B.2.3	Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención	64,99	2
Cumplimiento por área de responsabilidad		50%	

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

ANEXO N°3

Evaluación EAR 2021

Exclusiones y modificaciones en metas o exigencias en el marco de emergencia sanitaria por C19.

Indicadores que no serán evaluados	Indicadores con modificación de exigencias
<p>B.3_1.5 Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados.</p> <p>C.4_3.1 Porcentaje de consultas médicas nuevas de especialidades en atención secundaria</p>	<p>A.1.3. Porcentaje de ingresos propios. Se excluye el devengado del mes de diciembre y considerar lo recaudado de todo el año tanto para el subtítulo 7 como para el subtítulo 8.</p> <p>B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del plan de abordaje y prevención. No aplica Trazadora de índice de ausentismo.</p> <p>C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red y Artículo 16 G Decreto Supremo N° 38. serán evaluados, sin embargo, en caso de incumplimiento, por causas ajenas a la voluntad del establecimiento e imposibles de resistir, el Director de cada establecimiento podrá, vía Ordinario, justificar por causa externa (Art. 45 Código Civil y ratificado dictamen N° 3610 del 17 marzo 2020) al Subsecretario de Redes Asistenciales, adjuntando un informe de justificación en la etapa de apelación del periodo de evaluación EAR.</p>

ANEXO N° 4**Cronograma de Evaluación MINSAL BSC 2021**

Fecha	Principales Actividades	Responsables
06 de enero 2022	Difusión de metodología de evaluación anual, verificables y formatos a utilizar mediante videoconferencia y mail.	Equipo EAR Minsal.
21 de enero 2022	Carga de verificables del cumplimiento de las actividades del indicador A.3_1.7 Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de REAS.	Encargados Control Gestión Establecimientos
31 de enero 2022	Envío de datos de profesionales responsables de evaluación cruzada y apelación	Encargados CG Servicios de Salud
31 de enero 2022	Envío de información solicitada para indicadores: A.1_2.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente; B.2.3 Índice de ausentismo y Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje y prevención; C.3.1 Porcentaje de posible donantes de órganos en UEH UPC.	Encargados Control Gestión Establecimientos
4 de febrero 2022	Envío de información solicitada para indicadores: A.3_1.6 Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados.	Encargados Control Gestión Establecimientos
11 Febrero 2022	Envío de información solicitada para indicadores: A.1.3 Recaudación de Ingresos Propios; A.1_2.3 Variación del gasto en compra de servicios; D.4_1.2 Receta total y oportuna.	Encargados Control Gestión Establecimientos
3ra y 4ta semana Febrero 2022	Elaboración y envío de Certificación de resultados de indicadores y Artículos 16 y 18, por Minsal y Servicio de Salud según corresponda.	Equipo EAR Minsal Encargados Control Gestión Servicios de Salud

Fecha	Principales Actividades	Responsables
Miércoles 02 de marzo 2022	La plataforma SIS-Q se inhabilitará a partir de las 24:00 horas, para el ingreso o actualización de datos del año 2021.	Equipo EAR Minsal Empresa Opensoft.
Jueves 03 al Jueves 10 de marzo 2022	Periodo de revisión cruzada según cronograma y distribución, esto incluye el registro del informe de revisión cruzada en plataforma SIS-Q.	Referentes de autogestión de la red asistencial.
Lunes 14 al lunes 21 de marzo 2022	Periodo de apelación en relación a no conformidades de lo revisado en terreno y lo evaluado en certificaciones Minsal. Esto se debe realizar en plataforma SIS-Q.	Profesional de establecimientos hospitalarios designados por Directores.
Viernes 01 de abril 2022	Respuesta de Minsal a apelaciones.	Equipo EAR Minsal Referentes técnicos Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Lunes 04 de abril al jueves 14 de abril 2022	Revisión de los informes de evaluación cruzada y consolidación general de resultados.	Equipo EAR Minsal.
Mayo 2022	Envío de resultados de evaluación anual 2021 vía Ordinario a Establecimientos y Servicios de Salud.	Subsecretaría de Redes Asistenciales.