



**Servicio
de Salud
O'Higgins**
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

INFORME DE RESULTADOS BALANCED SCORECARD EAR MAYO 2023



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

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	3
REQUISITOS EVALUACIÓN EAR	4
CONSIDERACIONES	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES SIS-Q, POR AREA DE RESPONSABILIDAD	9
PERIODO MAYO AÑO 2023	9
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA	9
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO	12
ANEXO N°1	16
ANEXO N°2	17
ANEXO N°3	18
ANEXO N°4	19

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.

El cuadro de mando integral se funda en la relación causa-efecto que contribuye a poder plasmar la estrategia de la organización, lograr objetivos y establecer indicadores de gestión, facilitando el diseño de un marco normativo o estructura organizacional. Facilita la toma de decisiones, generando un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad. La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar la tarea, alineando a los equipos directivos, unidades, recursos y procesos, con las estrategias de la organización

La versión 2023 del instrumento de evaluación contiene **29 indicadores**, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

Dichos indicadores, se ajustan a 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 (Anexo N°1).

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.

REQUISITOS EVALUACIÓN EAR

Los requisitos mínimos que los Establecimientos Autogestionados deberán cumplir para aprobar la evaluación anual son:

- Obtener un porcentaje mayor o igual a 75% del puntaje total exigido de los indicadores del Balanced ScoreCard (BSC) hospitalario.
- Cumplir con el 100% de los requisitos establecidos en los artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N°38 de 2005.

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 (anexo N°2).

Para la versión 2023 se establecieron 29 indicadores, de los cuales once son nuevos, nueve modificados y nueve indicadores sin cambios. (Anexo N°2) Todos ellos categorizados en SIS-Q a través de lineamientos o estrategias definidas por MINSAL. (Anexo N°3).

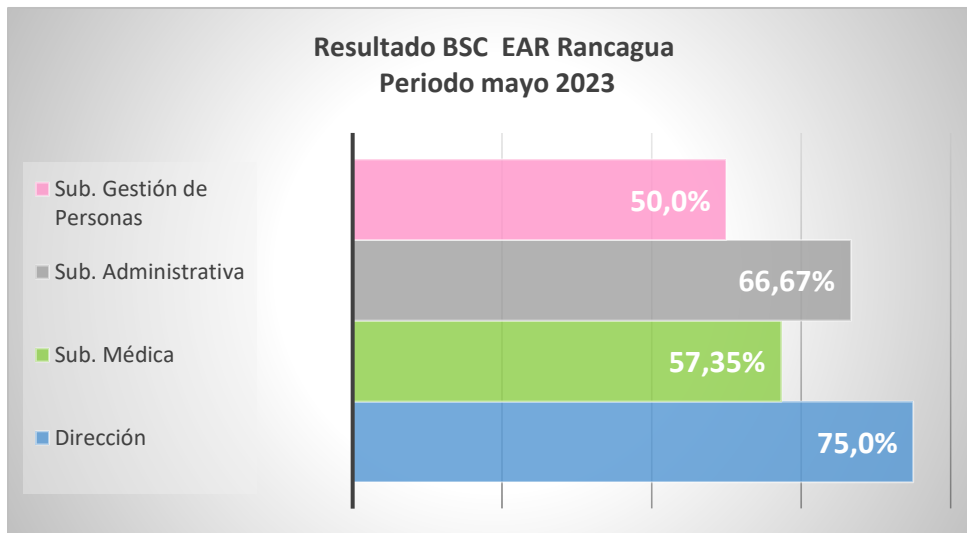
Cada indicador distribuido por estrategias y perspectivas, tiene una estandarización basada en puntuaciones según el grado de cumplimiento del mismo, con un intervalo de cero a cuatro puntos según sea el caso. Donde cero es el puntaje más bajo y cuatro el más alto. **Destacando que el cumplimiento mínimo 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.

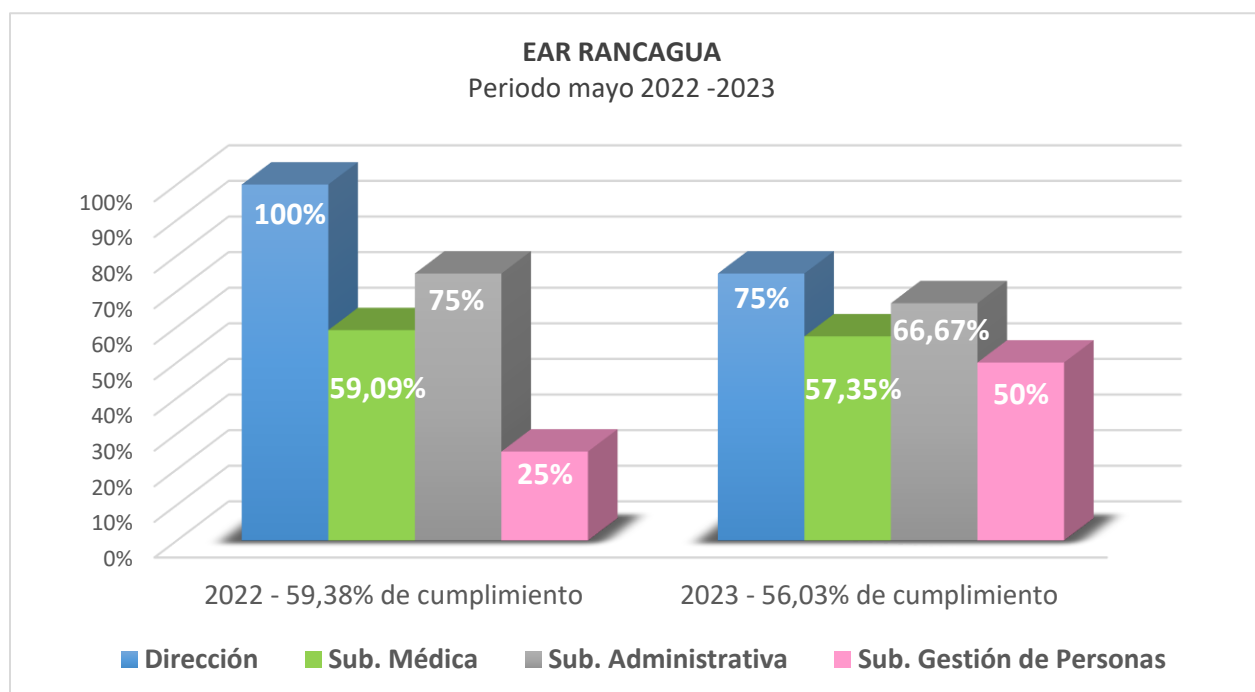
RESUMEN EJECUTIVO

El resultado de puntajes y cumplimiento BSC al “**Corte Mensual**” de los dos EAR de nuestro Servicio de Salud, “Período mayo 2023”, conforme a lo registrado por cada referente técnico en la plataforma SIS-Q, es el siguiente:

El EAR Rancagua logra 65 puntos de 116 máximos a obtener, correspondiente a un **56,03% del cumplimiento total**. Lo que se distribuye de la siguiente manera según área de responsabilidad:

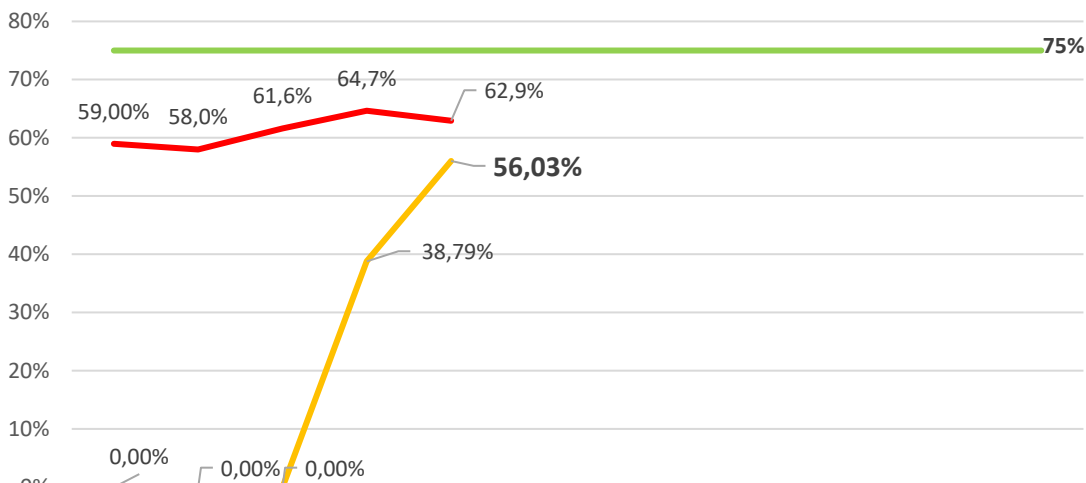


El resultado del periodo mayo 2023 del EAR Rancagua es inferior, comparativamente, al año 2022 en un 3.35%. Tal como se detalla en el siguiente gráfico:



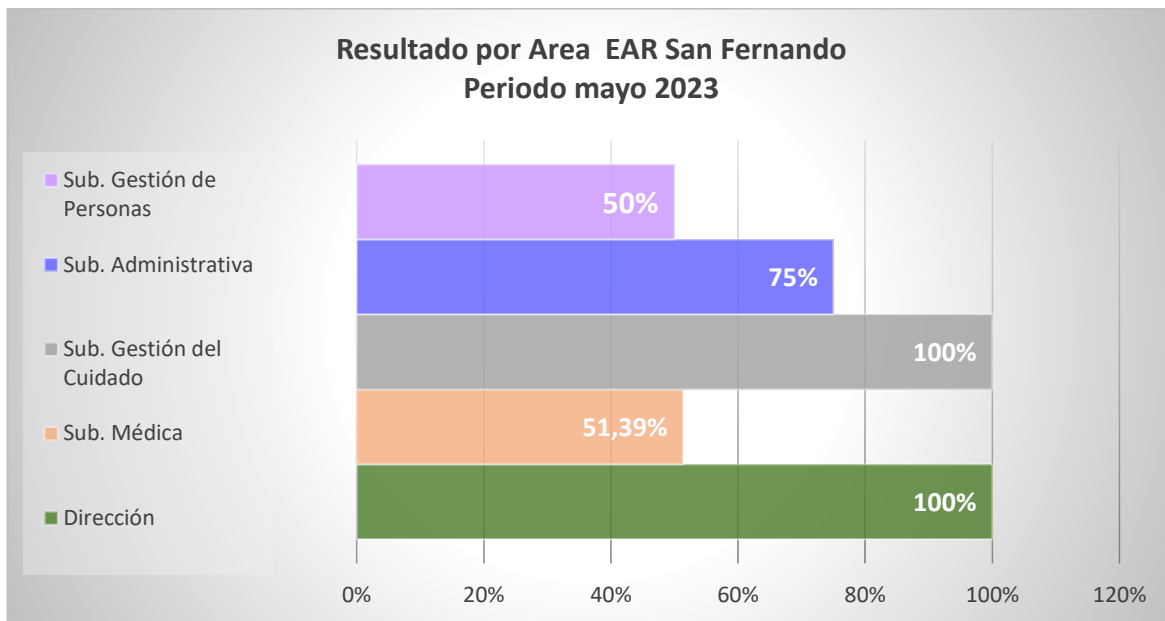
Cabe destacar, que los registros de la plataforma SIS-Q presentan notables diferencias en los resultados mensuales de cada indicador. Esto, debido a que el establecimiento, en algunos casos, **NO ESTA REGISTRANDO LOS DATOS DE MANERA OPORTUNA** o dentro de los plazos establecidos en la plataforma ya indicada. Lo que provoca una distorsión, clara, de la información al momento de hacer análisis. Afectando directamente el logro del objetivo de esta herramienta, que es mostrar la realidad del establecimiento para la toma de decisiones correctivas oportunas y atingentes a cada situación. Lo anterior, se refleja en el siguiente gráfico:

Estado de Resultados Periodo mayo 2023 EAR Rancagua

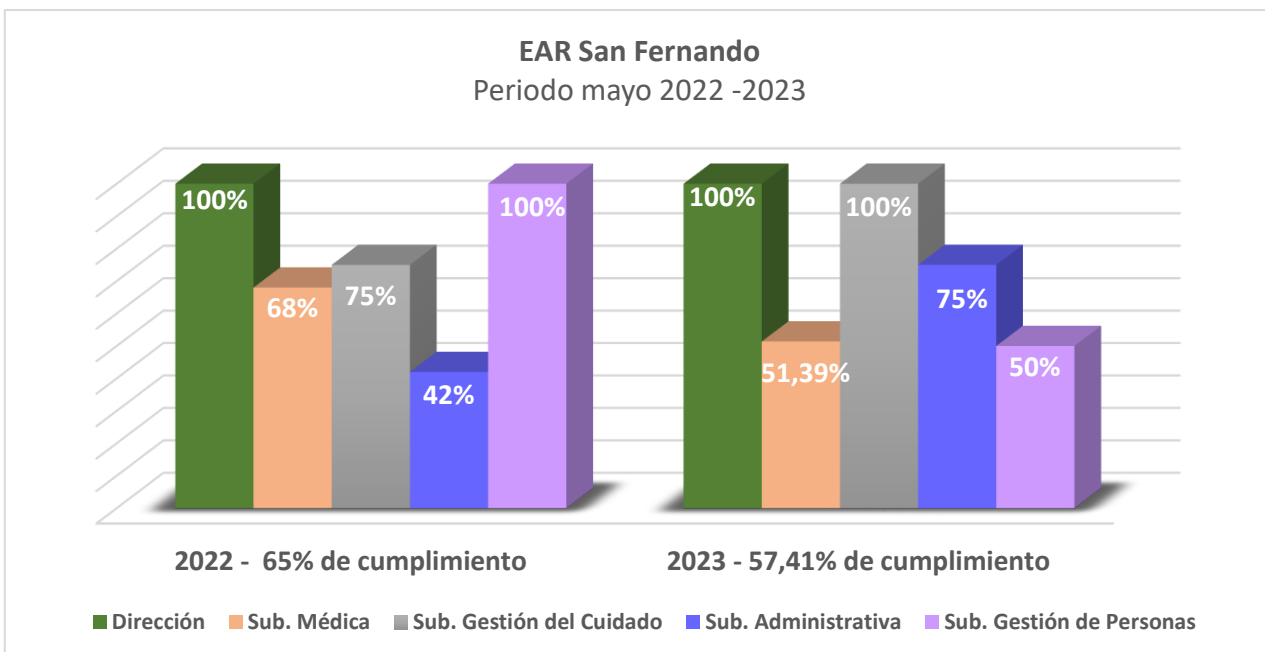


	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
% Min. a obtener	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
Registro mensual	0,00%	0,00%	0,00%	38,79%	56,03%							
Registro atrasado	59,00%	58,0%	61,6%	64,7%	62,9%							

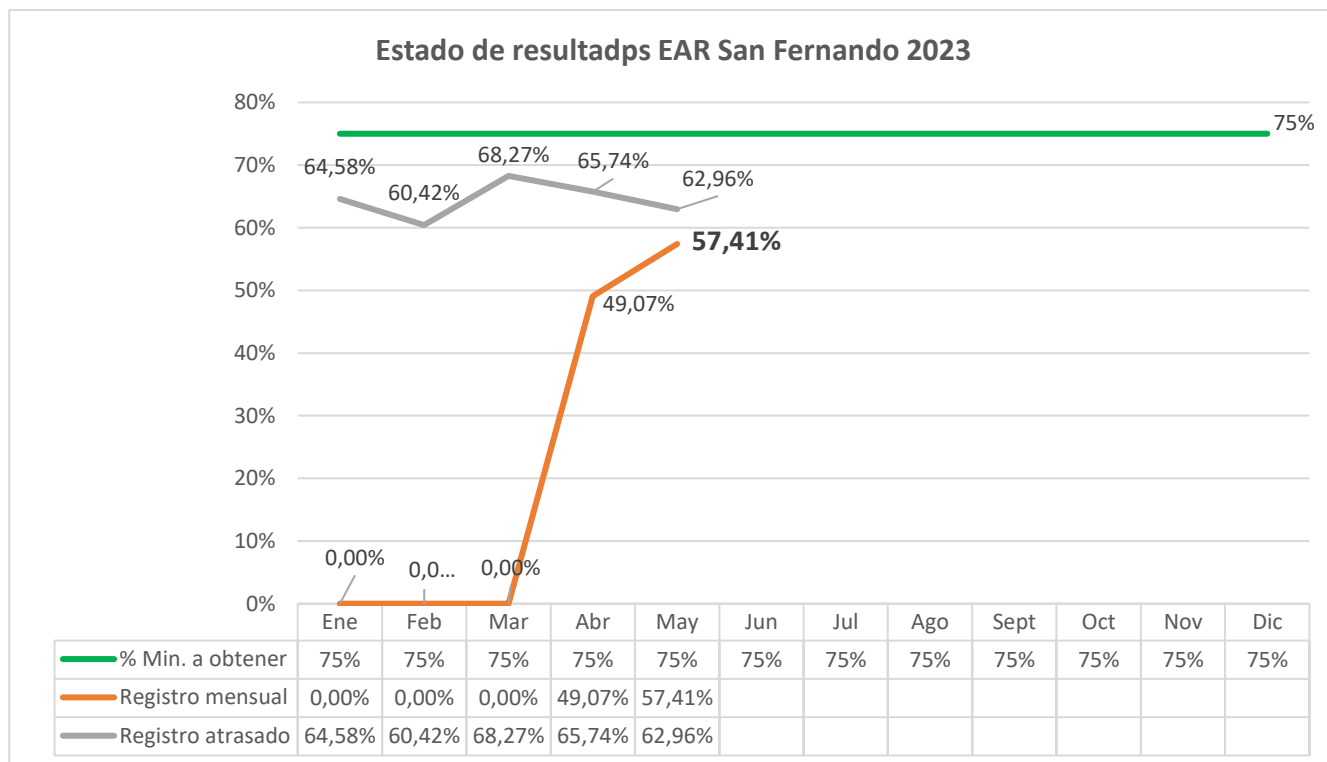
El EAR San Juan de Dios, de San Fernando, logra 62 puntos de 108 máximos a obtener, lo que corresponde a **un 57.41 % del cumplimiento total**. Lo que se distribuye de la siguiente manera según área de responsabilidad:



Cabe destacar que el resultado del periodo mayo 2023 del EAR San Fernando, comparativamente, es inferior en un 7.59%, respecto al mismo periodo 2022. Como se demuestra en el siguiente gráfico



Cabe destacar, que los registros de la plataforma SIS-Q presentan notables diferencias en los resultados mensuales de cada indicador. Esto, debido a que el establecimiento, en algunos casos, **NO ESTA REGISTRANDO LOS DATOS DE MANERA OPORTUNA** o dentro de los plazos establecidos en la plataforma ya indicada. Lo que provoca una distorsión, clara, de la información al momento de hacer análisis. Afectando directamente el logro del objetivo de esta herramienta, que es mostrar la realidad del establecimiento para la toma de decisiones correctivas oportunas y atingentes a cada situación. Lo anterior, se refleja en el siguiente gráfico:



Visto lo anterior, podemos concluir que de los establecimientos Autogestionados en Red de nuestro Servicio de Salud O'Higgins, periodo mayo 2023, **quedan por debajo del 75% de cumplimiento mínimo exigido por la autoridad sanitaria.**

CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES SIS-Q, POR AREA DE RESPONSABILIDAD

PERIODO MAYO AÑO 2023

HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Tabla Resumen Cálculo Puntaje al Corte del mes de mayo 2023

Puntaje Total Obtenido: 65

Puntaje Total Máximo a Obtener: 116

Porcentaje Obtenido: 56,03%

Fecha: 03-07-2023

Hora: 09:12:33

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.	Los datos del indicador no están actualizados.	0
C.4.2	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación ciudadana	100% de los requisitos cumplidos.	100%	4
D.1.2	Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	$\geq 90,0\%$.	100%	4
D.4.1.8	Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la ley N°21.372 (MILA), hospital amigo y escuelas hospitalarias	$\geq 80,0\%$.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			75,00%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
B.4.1.4	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	Trazadora 1: $\leq 7,0\%$ de intervenciones quirúrgicas suspendidas. Trazadora 2: $\leq 0,6\%$ de intervenciones quirúrgicas suspendidas por causal unidad de apoyo clínico	9,80%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	90,10%	0
C.4.1.3	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas	$\leq 0,0\%$	46,90%	0
C.4.1.4	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	$\leq 0,0\%$.	18,70%	0
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	$> 10,0\%$	6,30%	1
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	$\geq 99,5\%$.	88,70%	1
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos de dotación	Cumplir con el 100% de la meta asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°05.	71,80%	2
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria	$\geq 33,0\%$ o aumento de 10,0 puntos porcentuales sobre su línea base.	26%	2
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,84	3
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	89,20%	3
B.4.1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	$\geq 90,0\%$.	85,30%	3
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas	Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°05	53,80%	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	3,30%	4
B.3.1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Disminuir $\geq 10\%$ el IEMA por cada GRDs seleccionado.	16%	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%	97%	4
C.3.3	Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas	Trazadora 1: ≥ 90,0%. Trazadora 2: ≤ 15,0%; o disminuir ≥ 15% bajo la línea base.	49,50%	4
C.4.1.2	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad	≤ 0,0%.	-12,10%	4
A.3.1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS)	≤ 0,0%.	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad			57,35%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.3.1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	Variación del monto ejecutado versus el estimado ≤ -5% y ≤ 5%.	-6,90%	2
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; y ejecución del gasto.	100% para trazadora 1; ≥ 90,0% para trazadora 2; ≥ 100,0% para trazadora 3; ≥ 80,0% para trazadora 4 y para la trazadora 5 ≥ 90,0% y ≤ 120%.	72,40%	2
A.1.2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	≤ 0,0%	0%	4
A.1.5	Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes	100% de informes enviados.	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad			66,67%	

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	8,994	0
B.2.3	Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención	Trazadora 1: Mantenimiento y/o reducción del Índice de Ausentismo 2023 respecto a línea base. Trazadora 2: $\geq 90\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.	69,9	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			50,00%	

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO

Lo anterior, se detalla de la siguiente manera:

Dirección

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
C.4.2	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación ciudadana	100% de los requisitos cumplidos.	100%	4
D.4.1.8	Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la ley N°21.372 (MILA), hospital amigo y escuelas hospitalarias	$\geq 80,0\%$.	100%	4
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.	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad			100,00%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
B.3.1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Disminuir $\geq 10\%$ el IEMA por cada GRDs seleccionado.	-14,80%	0
C.3.3	Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas	Trazadora 1: $\geq 90,0\%$. Trazadora 2: $\leq 15,0\%$; o disminuir $\geq 15\%$ bajo la línea base.	83,40%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	Los datos del indicador no están actualizados.	0
C.4.1.3	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas	$\leq 0,0\%$	58,80%	0
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria	$\geq 33,0\%$ o aumento de 10,0 puntos porcentuales sobre su línea base.	21,30%	0
C.4.3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	$> 10,0\%$	4,90%	0
B.3.1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	$\geq 1,00$	0,46	1
B.3.1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas	Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°05	35,90%	2
C.4.1.2	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad	$\leq 0,0\%$.	6,70%	2
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	$\geq 99,5\%$.	93,10%	2
A.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina	$\geq 95,0\%$.	170,40%	3

B.4.1.4	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	Trazadora 1: $\leq 7,0\%$ de intervenciones quirúrgicas suspendidas. Trazadora 2: $\leq 0,6\%$ de intervenciones quirúrgicas suspendidas por causalidad de apoyo clínico.	3,80%	3
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	4,50%	4
B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos de dotación	Cumplir con el 100% de la meta asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°05.	88%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	98,50%	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	$\geq 80\%$	98,60%	4
B.4.1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	$\geq 90,0\%$.	94,20%	4
C.4.1.4	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	$\leq 0,0\%$.	-45,70%	4
A.3.1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS)	$\leq 0,0\%$.	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad			51,39%	

Subdirección Gestión del Cuidado

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
D.1.2	Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	$\geq 90,0\%$.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			100%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.3.1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	Variación del monto ejecutado versus el estimado $\leq -5\%$ y $\leq 5\%$.	-6,10%	1
A.1.2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	$\leq 0,0\%$	-27,40%	4
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; y ejecución del gasto.	100% para trazadora 1; $\geq 90,0\%$ para trazadora 2; $\geq 100,0\%$ para trazadora 3; $\geq 80,0\%$ para trazadora 4 y para la trazadora 5 $\geq 90,0\%$ y $\leq 120\%$.	100%	4
A.1.5	Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes	100% de informes enviados.	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad			75,00%	

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	14,287	0
B.2.3	Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención	Trazadora 1: Mantención y/o reducción del Índice de Ausentismo 2023 respecto a línea base. Trazadora 2: $\geq 90\%$ de cumplimiento de las acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.	67,2	4
			50,00%	

ANEXO N°1

DISTRIBUCION DE INDICADORES BSC 2023 según estrategias y perspectivas

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

ANEXO N°2

FECHAS PROCESO EAR 2023

Periodo	Fecha Inicio	Fecha Corte	Fecha Cierre
Abril	10-05-2023	15-05-2023	31-05-2023
Mayo	12-06-2023	15-06-2023	30-06-2023
Junio	10-07-2023	15-07-2023	31-07-2023
Julio	10-08-2023	15-08-2023	31-08-2023
Agosto	11-09-2023	15-09-2023	29-09-2023
Septiembre	10-10-2023	16-10-2023	31-10-2023
Octubre	10-11-2023	15-11-2023	30-11-2023
Noviembre	11-12-2023	15-12-2023	29-12-2023
Diciembre	10-01-2024	15-01-2024	31-01-2024
Evaluación EAR Asignación	20-02-2023	-	02-02-2024
Evaluación EAR Evaluación	01-03-2024	-	06-03-2024
Evaluación EAR Apelación	07-03-2024	-	08-03-2024
Evaluación EAR Rev. Apelación	09-03-2024	-	10-03-2024
Evaluación EAR Ev. Minsal	11-03-2024	-	12-03-2024

ANEXO N°3

INDICADORES BSC 2023

INDICADORES SIN CAMBIOS: 9	INDICADORES MODIFICADOS: 9	INDICADORES NUEVOS: 11
A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	A.1_2.3 Variación del gasto en Compra de Servicios.	A.3_1.2 Porcentaje de variación valorización de los excesos de estancias outliers superior (VEEOS).
B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada superior Outliers Superiores.	A.1.5 Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes.	A.3_1.3 Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.
B.3_1.6 Índice de ocupación dental.	A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipos industriales; y ejecución del gasto.	A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.
B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica.	B.2.3 Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.	B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas.
B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	C.4_1.2 Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad.	B.3_1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos electivos de dotación.
C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.	C.4_1.3 Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas.	B.3_1.7 Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.
C.4_3.5 Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria.	C.4_1.4 Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica.	B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.
D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.	C.4_3.1 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.	B.4_1.6 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.
D.4_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.	D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS).	C.3.3 Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.
		C.4.2 Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el Plan de Acción en Participación.
		D.4_1.8 Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de satisfacción usuaria, relacionadas con la Ley N° 21.372 (MILA), Hospital amigo y escuelas hospitalarias.

ANEXO Nº4

Sigla	Nombre Indicador	Departamento	Referente Titular	Anexo	Referente Subrogante	Anexo
	REFERENTE COORDINADOR BALANCED SCORECARD EAR SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS	Control de Gestión	Elilia Soto Pérez	729172	Jaime Peña Vásquez	722109
A.1_2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	SDA / Finanzas	Gerardo Cisternas Soto	729946	M. Alicia Ponce Moreno	729944
A.1_2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	SGDP / Gestión de Personas	Carolin Valenzuela Núñez	727880	Felipe Arriagada Aguilera	722103
A.1.5	Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes	SDA / Finanzas	M. Alicia Ponce Moreno	729946	M. Alicia Ponce Moreno	729944
A.3_1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS)	SDA / Finanzas	Gerardo Cisternas Soto	729946	Susana Contreras Rodríguez	727895
A.3_1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado	SDA / Finanzas	Gerardo Cisternas Soto	729946	Susana Contreras Rodríguez	727895
A.3_1.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, relevantes, ambulancias y equipo industriales; y ejecución del gasto	SDA / Recursos Físicos	Sergio Barriga Betanzo	722051	Osiel Fuentes Mendoza	729031
A.4_1.3	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina	SGA / Gestión de la Producción	David Aravena Cofre	729964	Jorge Vargas	722125
B.2.3	Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención	SGDP / Calidad de Vida	Valentina Henríquez Ramírez	727914	Patricia Valenzuela Céspedes	727914
B.3_1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas	SGA / Gestión de la Producción	Shannon Figueroa Briones	729949	Renata Espinosa Monsalve	722124

B.3_1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Daniela Videla Bravo	727937	Pia Soto Robla	727937
B.3_1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos de dotación	SGA / Gestión de la Producción	Shannon Figueroa Briones	729949	David Aravena Cofre	729964
B.3_1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD)	SGA / Gestión de la Producción	María José Ossandón Orellana	729949	Carlos Guzmán Millán	728952
B.3_1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Daniela Videla Bravo	727937	Pía Soto Robla	727937
B.4_1.2	Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Felipe Villarroel Soto	728956	Boris Moreno Barrera	728956
B.4_1.4	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	SGA / Gestión de la Producción	Shannon Figueroa Briones	729949	David Aravena Cofre	729964
B.4_1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Felipe Villarroel Soto	728956	Pia Soto Robla	727937
B.4_1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Felipe Villarroel Soto	728956	Boris Moreno Barrera	728956
C.3.3	Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Ingrid Cabezas Valdés	728956	Boris Moreno Barrera	728956
C.4_1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	SGA / Gestión de la Producción	Evelyn Vielma Figueroa	722122	Ramon Miranda Correa	729172
C.4_1.2	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad	SGA / Gestión de la Producción	Paulina Aros Garay	729406	Renata Espinosa Monsalve	722124

C.4_1.3	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas	SGA / Gestión de la Producción	Shannon Figueroa Briones	729949	Renata Espinosa Monsalve	722124
C.4_1.4	Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	Subdirección de Gestión Asistencial	María José Ossandón Orellana	729949	Renata Espinosa Monsalve	722124
C.4.2	Porcentaje de estrategias implementadas según lo establecido en el plan de acción en participación	Participación y Trato Usuario	Félix Arévalo Reyes	729142	Claudia Ibáñez Cabezas	729174
C.4_3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidades médicas en atención secundaria	SGA / Gestión de la Producción	Paulina Aros Garay	729406	Renata Espinosa Monsalve	722124
C.4_3.5	Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	SGA / Articulación de la Red Asistencial	Leslie Olivares Ibáñez	729184	Libni Acevedo Moyano	729184
D.1.2	Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de IAAS	Calidad Y Seguridad en la Atención de Salud e IAAS	Liliana Guajardo Pino	725694	Fabiola Muñoz Duhart	727844
D.3_2.2	Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría	Auditoría	Héctor Sepúlveda Ríos	722107	Iván Parraguez Maldonado	722107
D.4_1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	SGA / Farmacia	Marcela Gómez Lobos	727859	Pamela Pino Farias	727860
D.4_1.8	Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la ley N°21.372 (MILA), hospital amigo y escuelas hospitalarias	Participación y Trato Usuario	Claudia Ibáñez Cabezas	729174	Emilio Berríos Castillo	729174