



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

Gobierno de Chile

INFORME DE RESULTADOS BALANCED SCORECARD EAR JULIO 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 JULIO AÑO 2023 | ¡Error! Marcador no definido. |
| 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 la plataforma, 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).

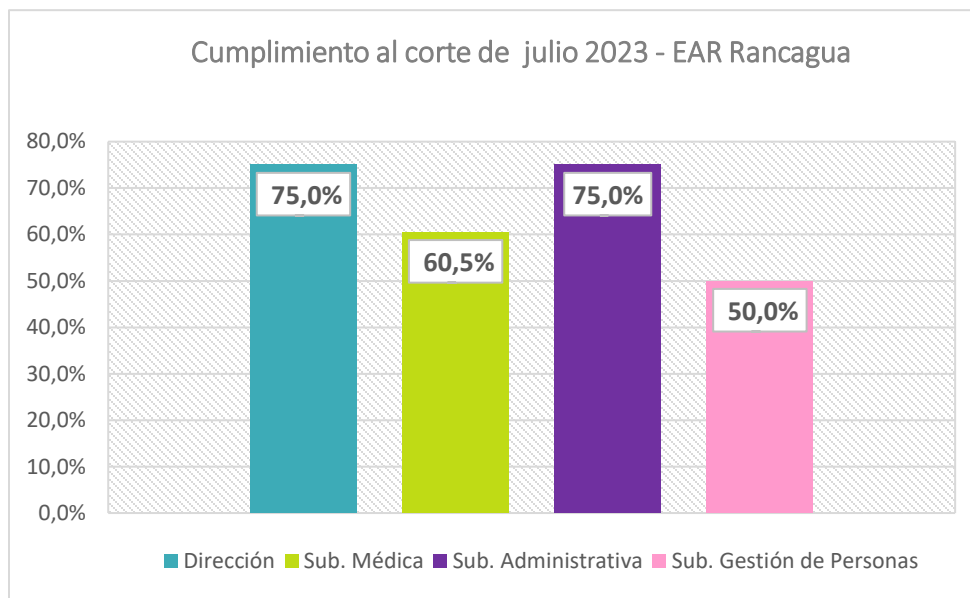
Cada indicador distribuido por estrategias y perspectivas, tiene una estandarización basada en puntuaciones según el grado de cumplimiento del mismo, con un intervalo de cero a cuatro puntos, según sea el caso. Donde cero es el puntaje más bajo y cuatro el más alto. **Destacando que el cumplimiento mínimo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

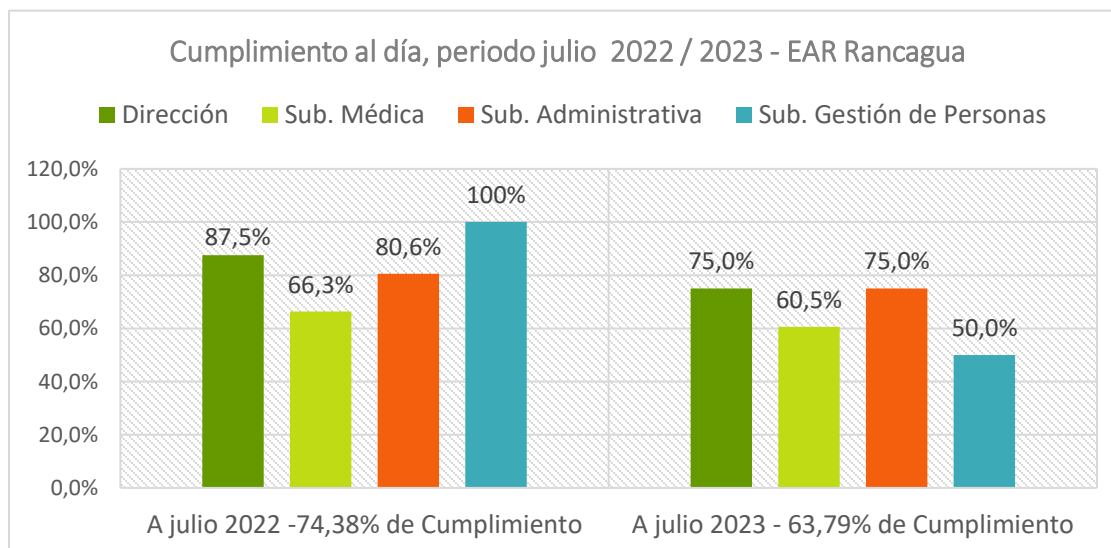
RESUMEN EJECUTIVO

El resultado de puntajes y cumplimiento BSC al “Corte Mensual” de los dos EAR de nuestro Servicio de Salud, “Período julio 2023”, con fecha de cierre al 31 de agosto de 2023 es el siguiente:

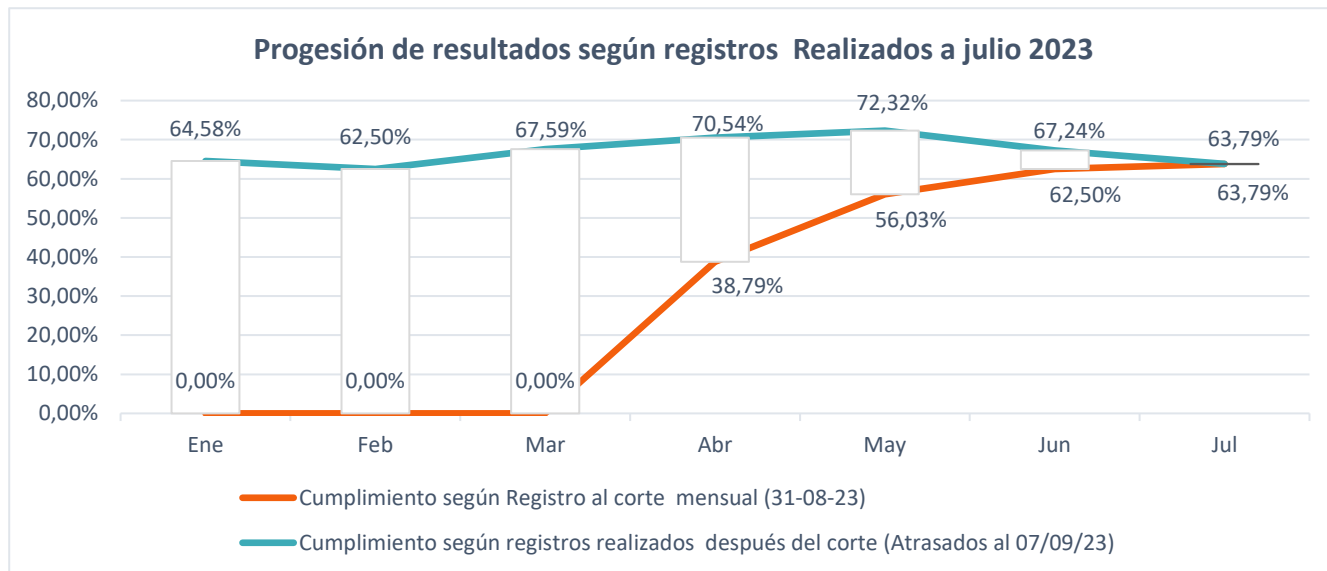
El EAR Rancagua logra 74 puntos de 116 máximos a obtener, correspondiente a un 63,79% del cumplimiento total. Lo que se distribuye de la siguiente manera, según área de responsabilidad:



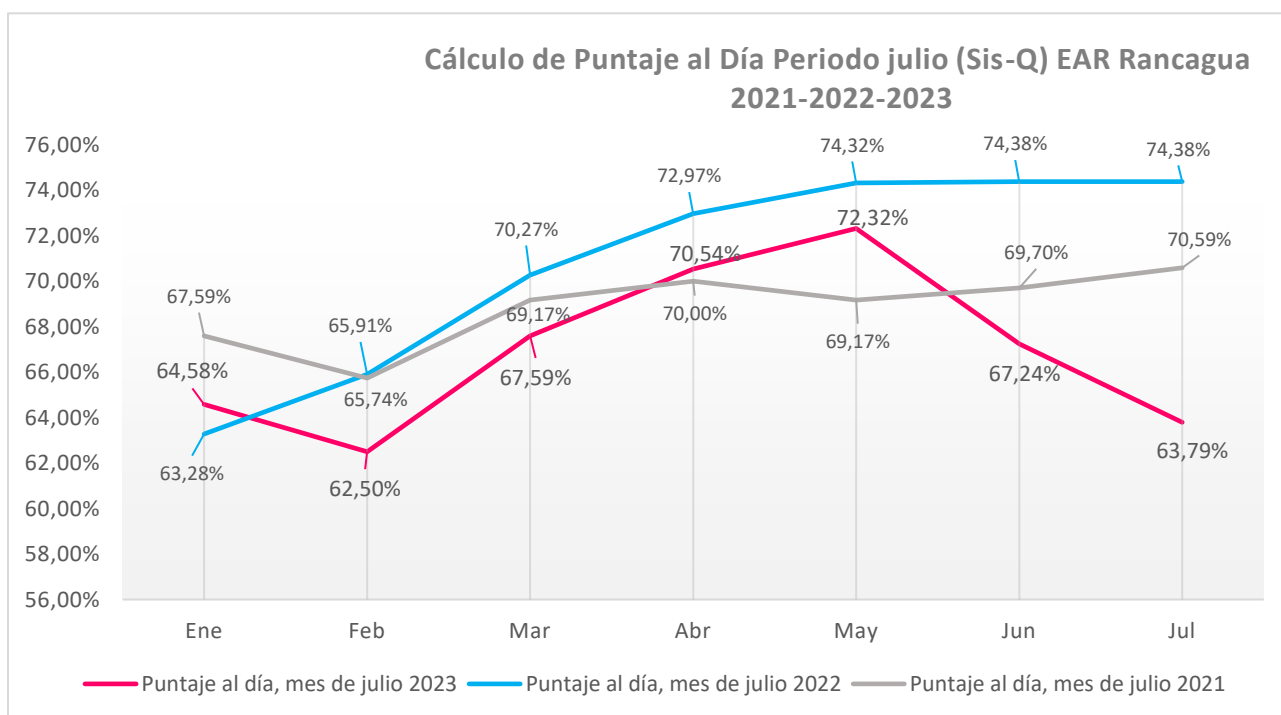
A su vez el resultado del periodo julio 2023 (al día) del EAR Rancagua, es inferior comparativamente al año 2022, del mismo periodo, en un 10.79%. Tal como se detalla en el siguiente gráfico:



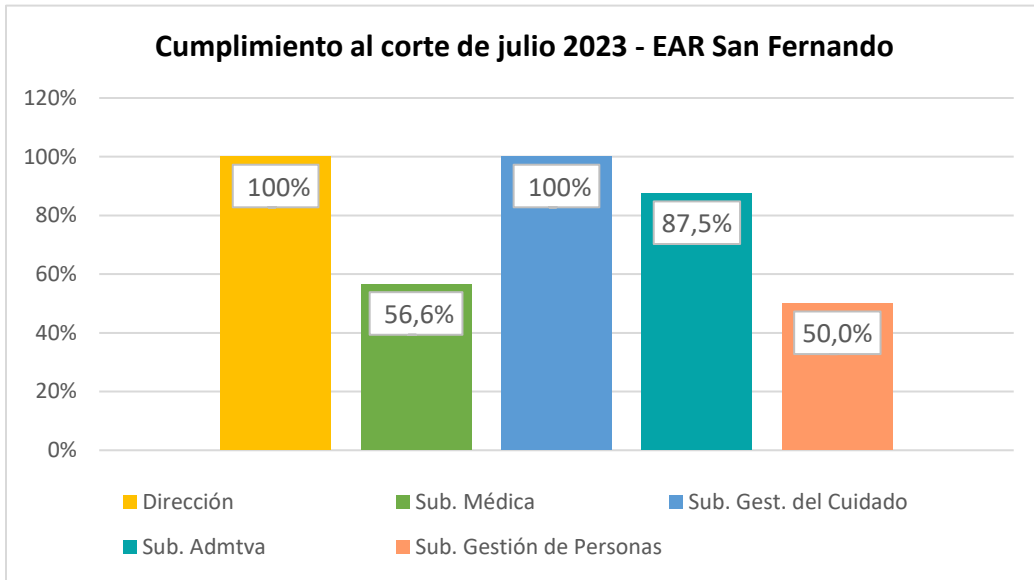
Es dable destacar, que si bien los registros de la plataforma SIS-Q presentan notables diferencias entre los datos ingresados al corte mensual y los datos ingresados fuera de plazo (registros atrasados). Estos, a partir del mes de junio comienzan a nivelarse, lo que permite tener mayor precisión a la hora de hacer análisis y tomar decisiones:



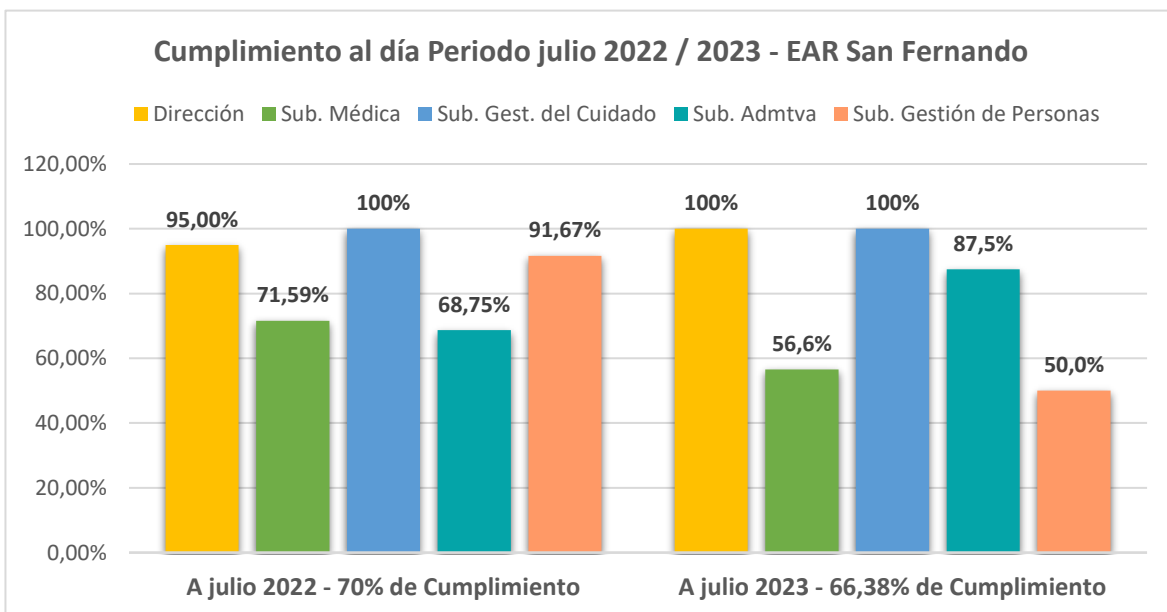
En esa dirección, el siguiente gráfico muestra los distintos resultados de cumplimiento mensual (al día) de los años 2021-2022 y 2023:



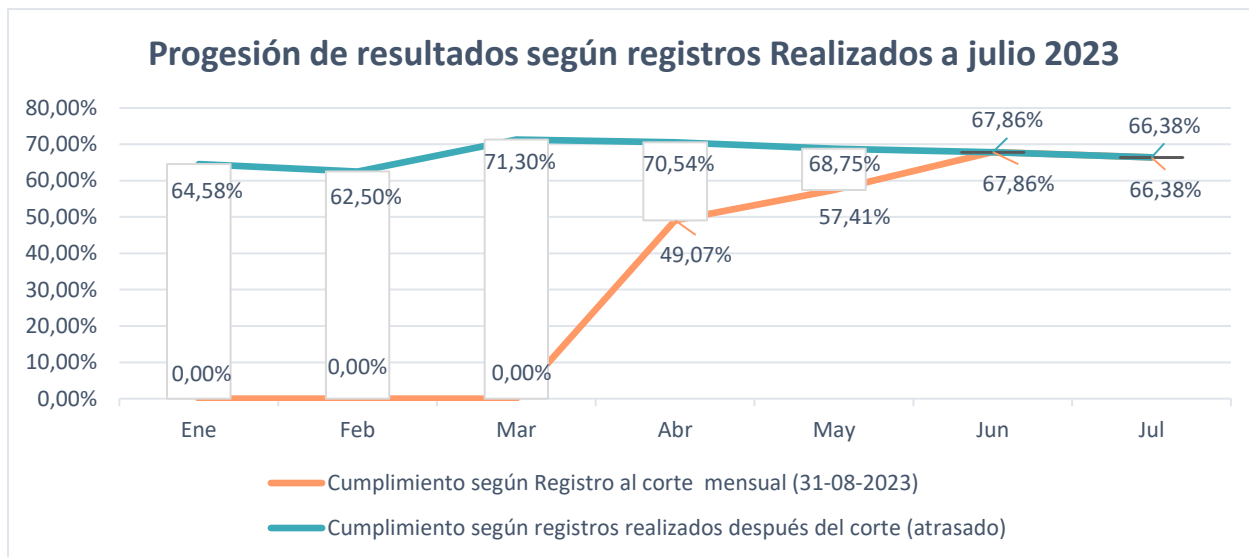
El EAR San Fernando logra 77 puntos de 116 máximos a obtener, correspondiente a un **66,38% del cumplimiento total**. Lo que se distribuye de la siguiente manera, según área de responsabilidad:



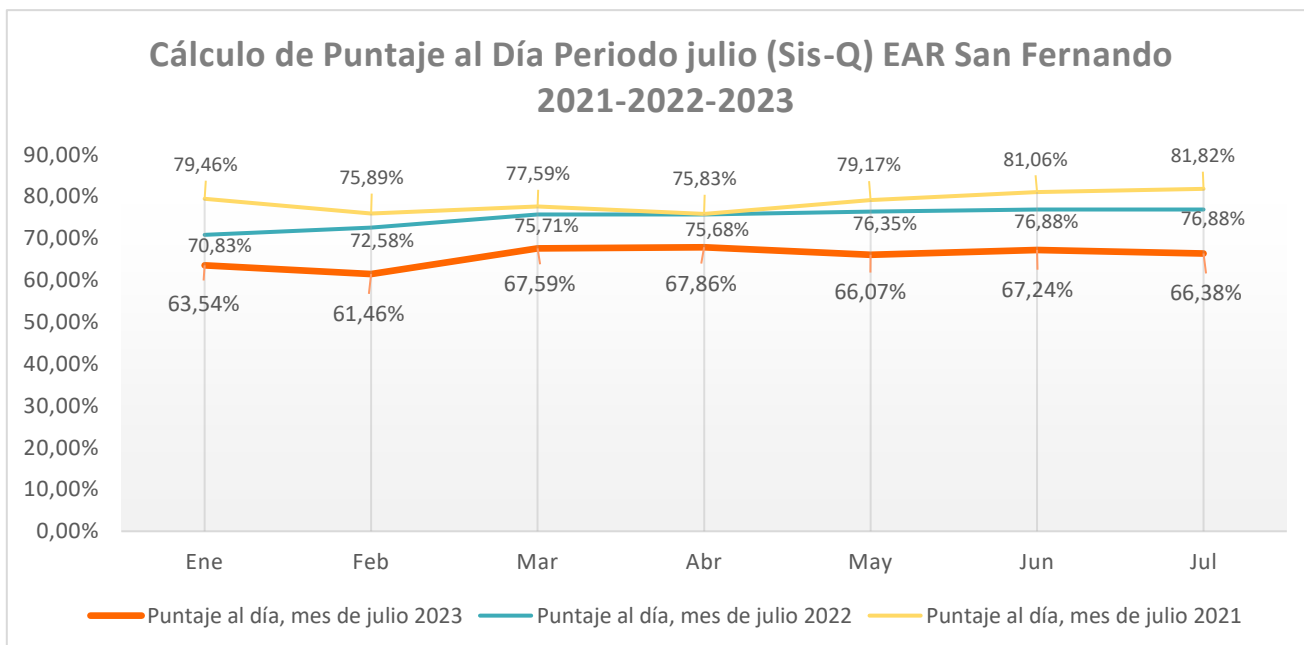
A su vez el resultado del periodo julio 2023 (al día) del EAR San Fernando, es inferior comparativamente al año 2022, del mismo periodo, en un 3.62%. Tal como se detalla en el siguiente gráfico:



Es dable destacar, que si bien los registros de la plataforma SIS-Q presentan notables diferencias entre los datos ingresados al corte mensual y los datos ingresados fuera de plazo (registros atrasados). Estos, a partir del mes de junio comienzan a nivelarse, lo que permite tener mayor precisión a la hora de hacer análisis y tomar decisiones:



En esa dirección, el siguiente gráfico muestra los distintos resultados de cumplimiento mensual (al día) de los años 2021-2022 y 2023:



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

CUMPLIMIENTO Y PUNTAJES SIS-Q, POR AREA DE RESPONSABILIDAD

PERIODO JULIO AÑO 2023

HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Tabla Resumen Cálculo Puntaje al Corte del mes de julio 2023

Puntaje Total Obtenido: **74**
Puntaje Total Máximo a Obtener: **116**
Porcentaje Obtenido: **63,79%**
Fecha: 01-09-2023
Hora: 09:52:31

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. | 21,10% | 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 | | | 75,0% | |

Subdirección Médica

| Sigla | Indicador | Meta | Cumplimiento | Puntaje |
|--------------|--|---|---------------------|----------------|
| 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. | 69,90% | 0 |
| 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 | 10,50% | 0 |
| C.4.1.1 | Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red | 100%. | 92,30% | 0 |
| C.4.1.3 | Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas | $\leq 0,0\%$ | 51,90% | 0 |
| 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 | $\geq 95,0\%$. | 74,80% | 1 |
| C.4.3.5 | Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria | $> 10,0\%$ | 6,50% | 1 |
| B.4.1.6 | Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico | $\geq 90,0\%$. | 84,8% | 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. | 25,60% | 2 |
| D.4.1.2 | Porcentaje de despacho de receta total y oportuno | $\geq 99,5\%$. | 92,50% | 2 |
| B.3.1.6 | Índice de Ocupación Dental (IOD) | $\geq 1,00$ | 0,91 | 3 |
| B.4.1.2 | Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria. | $\geq 90\%$ | 89,10% | 3 |
| A.3.1.2 | Variación porcentual de la valoración de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS) | $\leq 0,0\%$. | -46,30% | 4 |
| 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 | 52,40% | 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 | 3,50% | 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. | 16,20% | 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 | $\geq 80\%$ | 97,30% | 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: $\geq 90,0\%$. Trazadora 2: $\leq 15,0\%$; o disminuir $\geq 15\%$ bajo la línea base. | 50,50% | 4 |
| C.4.1.2 | Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad | $\leq 0,0\%$. | -13,10% | 4 |
| C.4.1.4 | Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas | $\leq 0,0\%$. | -0,80% | 4 |
| Cumplimiento por área de responsabilidad | | | 60,5% | |

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 $\leq 5\%$. | -7,40% | 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; $\geq 90,0\%$ para trazadora 2; $\geq 100,0\%$ para trazadora 3; $\geq 80,0\%$ para trazadora 4 y para la trazadora 5 $\geq 90,0\%$ y $\leq 120\%$. | 82,70% | 2 |
| A.1.2.3 | Variación porcentual del gasto en compra de servicios | $\leq 0,0\%$ | 0% | 4 |
| A.1.5 | Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes | 100% de informes enviados. | 100% | 4 |
| Cumplimiento por área de responsabilidad | | | 75,0% | |

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 | 1,123 | 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. | 69,9 | 4 |
| Cumplimiento por área de responsabilidad | | | 50,0% | |

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO

Tabla Resumen Cálculo Puntaje al Corte del mes de julio 2023

Puntaje Total Obtenido: **77**

Puntaje Total Máximo a Obtener: **116**

Porcentaje Obtenido: **66.38%**

Fecha: 01-09-2023

Hora: 09:51:34

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.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. | 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 | | | 100% | |

Subdirección Médica

| Sigla | Indicador | Meta | Cumplimiento | Puntaje |
|---------|--|--|--------------|---------|
| 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 | 34,20% | 0 |
| 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. | -21,10% | 0 |
| C.4.1.3 | Variación porcentual de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas | $\leq 0,0\%$ | 67,80% | 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. | 22,40% | 0 |
| C.4.3.5 | Porcentaje de altas médicas de consulta de especialidad en atención secundaria | $> 10,0\%$ | 5% | 0 |
| B.3.1.6 | Índice de Ocupación Dental (IOD) | $\geq 1,00$ | 0,48 | 1 |
| A.3.1.2 | Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS) | $\leq 0,0\%$. | 17,10% | 2 |
| 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. | 100% | 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 | $\geq 99,5\%$. | 94,20% | 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 | $\geq 95,0\%$. | 91,70% | 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 causal unidad de apoyo clínico. | 4,40% | 3 |

| | | | | |
|---|--|---|--------------|---|
| 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 | 4,70% | 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. | 88,30% | 4 |
| B.4.1.2 | Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria. | ≥ 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 | ≥ 80% | 96,10% | 4 |
| B.4.1.6 | Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico | ≥ 90,0%. | 94,20% | 4 |
| C.4.1.1 | Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red | 100%. | 100% | 4 |
| C.4.1.4 | Variación porcentual de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas | ≤ 0,0%. | -45,70% | 4 |
| Cumplimiento por área de responsabilidad | | | 56,6% | |

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) | ≥ 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 $\leq 5\%$. | -4,20% | 2 |
| A.1.2.3 | Variación porcentual del gasto en compra de servicios | $\leq 0,0\%$ | 0% | 4 |
| A.1.5 | Porcentaje de informes enviados de gestión de saldos en cuentas corrientes | 100% de informes enviados. | 100% | 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 $\leq 120\%$. | 97,50% | 4 |
| Cumplimiento por área de responsabilidad | | | 87,5% | |

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 | 14,671 | 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. | 65,6 | 4 |
| | | | 50,0% | |

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) | SGA / Gestión de la Producción | Jorge Vargas | 722125 | - | - |
| 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 | Pía 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 | Pía 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 |