



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

Gobierno de Chile

INFORME DE RESULTADOS BALANCED SCORECARD AL 05/10/2024



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

INDICE

Contenido

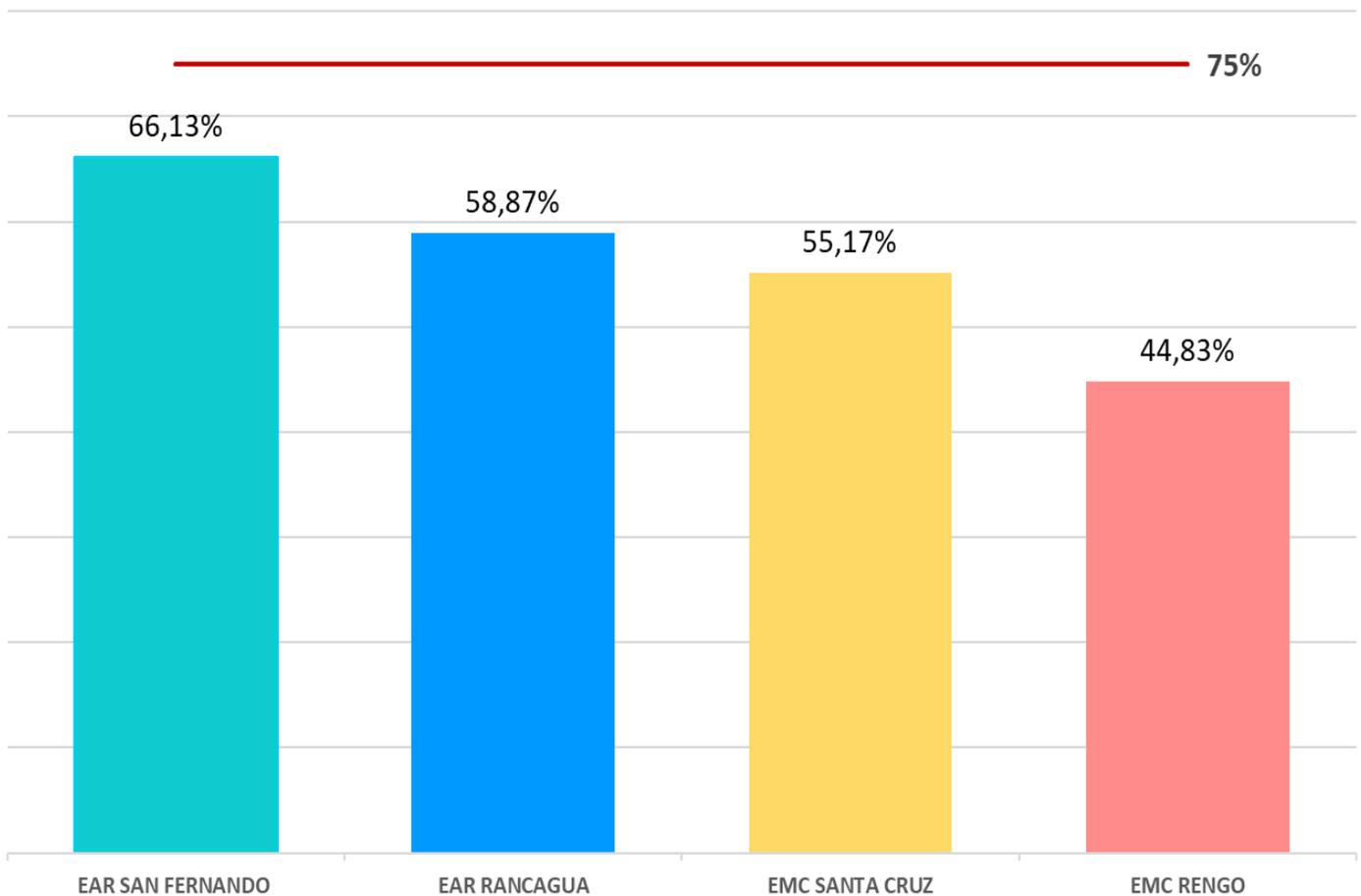
RESUMEN EJECUTIVO al 05/10/2024:	3
Resultado general Balanced ScoreCard EAR y EMC:	3
Resultados por área de responsabilidad de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR):	4
Establecimientos de Mediana Complejidad (EMC)	5
DESGLOSE DE RESULTADOS BSC/SSO “AL 05/10/2024 2024”	6
EAR Rancagua	6
EAR San Fernando	9
EMC Santa Cruz:	12
EMC Rengo	15
ANEXO N° 1	18
Contexto General Balanced ScoreCard	18
Requisitos de Evaluación EAR y EMC	19
Consideraciones	19
ANEXO N° 2	20
Distribución De Indicadores BSC 2024. Según Estrategias Y Perspectivas	20
ANEXO N° 3	20
Fechas Proceso BSC 2024	20
ANEXO N°4	21
Estado de Indicadores BSC 2024	21
ANEXO N°5	22
Referentes Técnicos Dirección Servicio de Salud O’Higgins	22

RESUMEN EJECUTIVO al 05/10/2024:

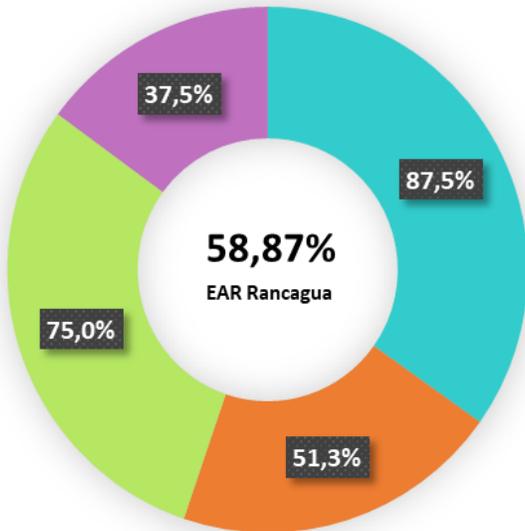
El cumplimiento obtenido al corte del "05/10/24", de los establecimientos adscritos a la evaluación Balanced ScoreCard del Servicio de Salud O'Higgins, con meta mínima de un 75%, es el siguiente:

Resultado general Balanced ScoreCard EAR y EMC:

Cumplimiento BSC / SSO (05-10-24)

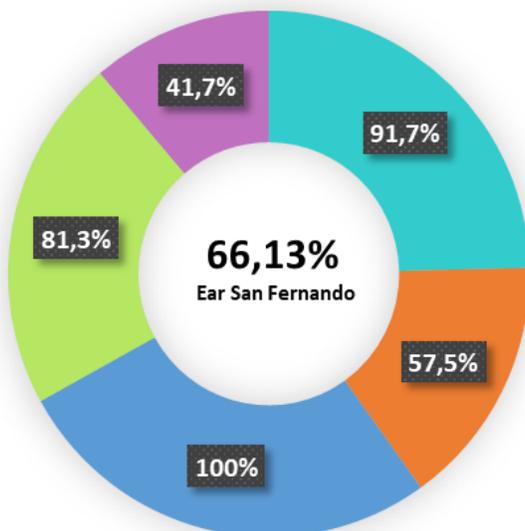
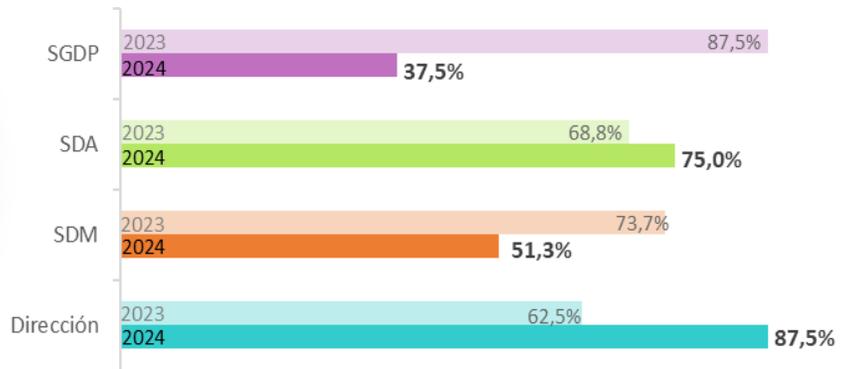


Resultados por área de responsabilidad de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR):



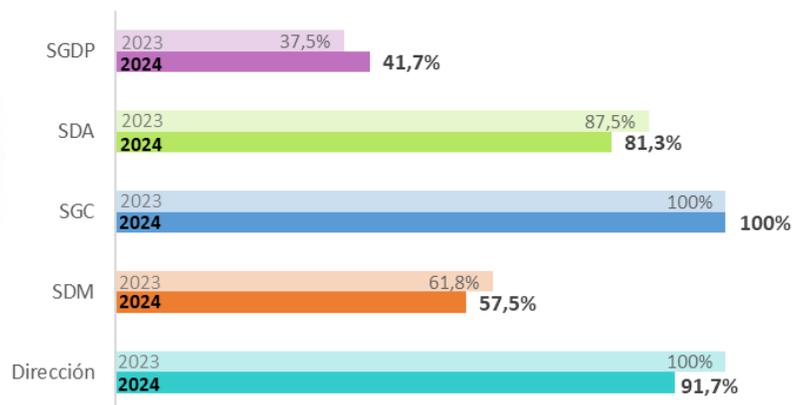
■ Dirección ■ SDM ■ SDA ■ SGDP

EAR Rancagua - Cumplimiento comparativo al corte (05-oct-2024)
2023-72,41% - 2024-58,87%

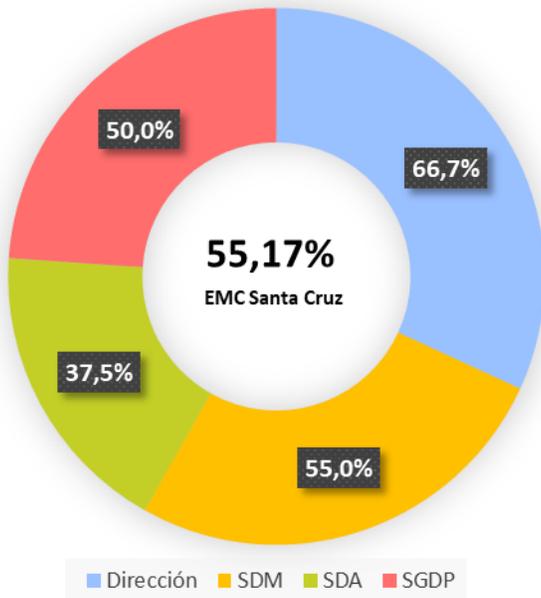


■ Dirección ■ SDM ■ SGCuidado ■ SDA ■ SGDP

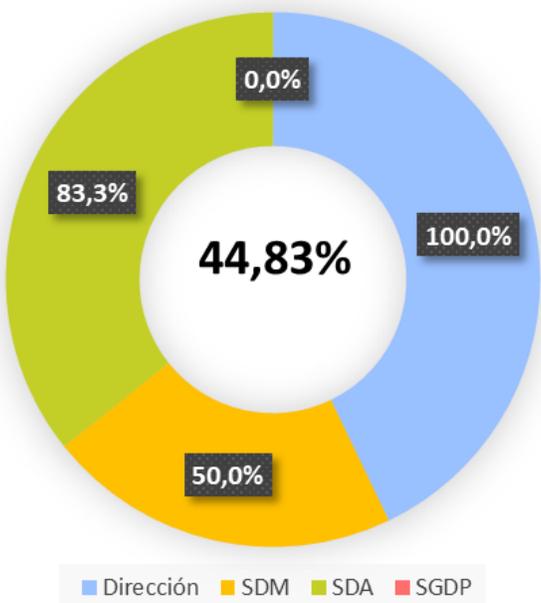
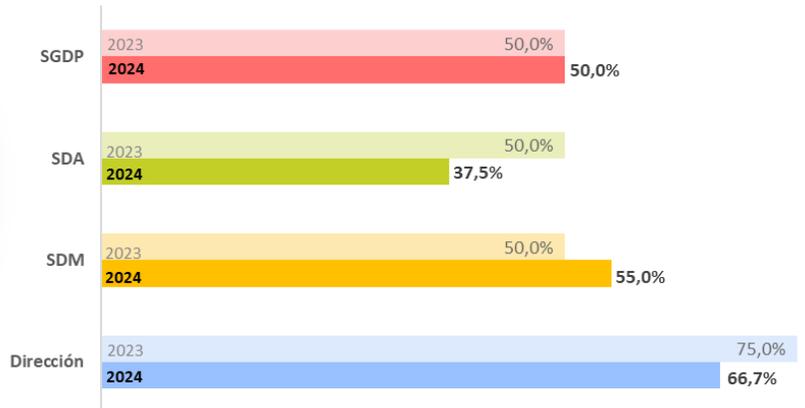
EAR San Fernando - Cumplimiento comparativo al corte (05-oct-24)
2023 - 68,97% - 2024 - 66,13%



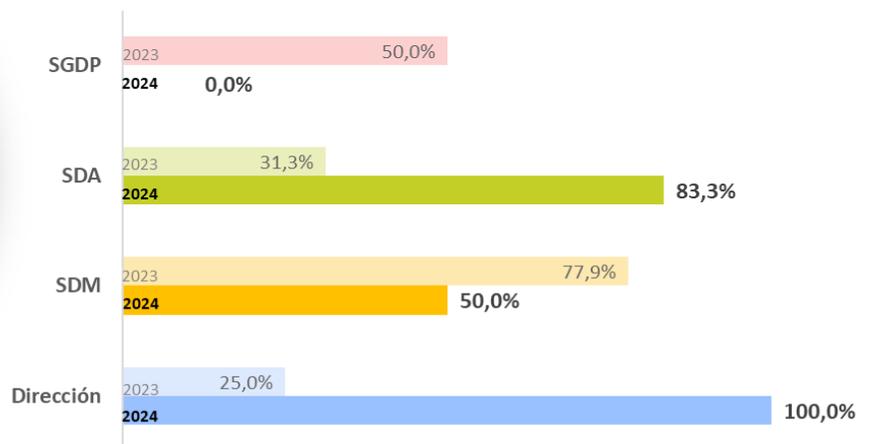
Establecimientos de Mediana Complejidad (EMC)



EAR Santa Cruz- Cumplimiento comparativo al corte (05-oct-2024)
2023 - 54,00% - 2024 - 55,17%



EMC Rengo - Cumplimiento comparativo al corte (05-oct-2024)
2023 - 60,0% - 2024 - 44,83%



Visto lo anterior, podemos concluir que, los cuatro Est. adheridos a la evaluación BSC del Servicio de Salud O'Higgins, al 05/10/2024, **NO CUMPLEN con el 75% de cumplimiento mínimo, exigido por la autoridad sanitaria.**

DESGLOSE DE RESULTADOS BSC/SSO "AL 05/10/2024 2024"

EAR Rancagua

Tabla Resumen Cálculo Puntaje: Puntaje Total Obtenido: 73 Puntaje Total Máximo a Obtener: 124 Porcentaje Obtenido: 58.87%
 Fecha: 05-10-2024 Hora: 13:41:44

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.	190,40%	2
C.4.2	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social	100,0% 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 estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	100%.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			87,50%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
B.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas	Componente N°1: $\leq 3,2\%$ de suspensiones quirúrgicas mayores electivas considerando las causales de suspensión atribuidas al paciente, unidades de apoyo clínico, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias y gremiales Componente N°2: $\leq 2,7\%$ de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal administrativa. Componente N°3: $\leq 0,6\%$ de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal apoyo logístico. La tabla de sensibilidad se aplica al cumplimiento global de la formula compuesta.	67,70%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	92,70%	0

C.4.1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera	-38%	0
C.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	26%	0
C.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31/12/2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	57,30%	0
C.4.3.1	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los Est. ambulatorios de especialidad	≥ 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta asignada.	20,40%	0
C.4.3.5	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los Est. ambulatorios de especialidad	≥70,0% de las especialidades médicas cumplen meta.	16,20%	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	≥ 95,0%.	85,20%	1
C.4.3.6	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios(as) que no se presentan (NSP) a la consulta médica en los Est. ambulatorios de especialidad	≥ 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta NSP ≤ 13%.	44,80%	1
B.3.1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Disminuir ≥ 10% el IEMA por cada GRDs seleccionado.	9,10%	2
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	92,60%	2
B.4.1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	≥ 95,0%.	92,10%	3
A.3.1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS)	≤ 0,0%.	-44%	4
B.3.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas	Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°07.	54,3%	4
B.3.1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	Meta: ≤ 5%. Para Est. con LB > 6,5% disminuir 1,5 punto porcentual.	4,10%	4
B.3.1.6	Índice de ocupación dental (IOD)	≥ 1,00.	1,8	4
B.3.1.8	Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	95% cumplimiento de la meta asignada a cada indicador.	60,30%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	≥ 90%	96,50%	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	≥ 85,0%.	89,70%	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.	63,30%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			51,3%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.6	Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas	Meta 1: 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación. Meta 2: 100% del devengo del subtítulo 25-99-001 a octubre.	98,90%	2
A.3.1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	Variación del monto ejecutado versus el estimado ≤ -5% y ≤ 5%.	-0,70%	2
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 100,0% para trazadora 3; ≥ 90,0% para trazadora 4 y para la trazadora 5 ≥ 90,0% y ≤ 120%.	88,50%	3
A.1.2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	≤ 0,0%	0%	4
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de Est. autogestionados en red (REAS)	100,0%.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			75,00%	

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	2,934	0
B.2.3	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral	Trazadora 1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención. Trazadora 2: Mantención y/o disminución del Índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base. Índice 2023 igual o inferior a 24 días: Disminuir o mantener índice observado. Índice 2023 mayor a 24 y menor o igual a 32 días: Disminuir 1 o más días. Índice 2023 mayor a 32 días: Disminuir 2 o más días.	80,7	3
Cumplimiento por área de responsabilidad			37,5%	

EAR San Fernando

Tabla Resumen Cálculo Puntaje:

Puntaje Total Obtenido: **82**

Puntaje Total Máximo a Obtener: **124**

Porcentaje Obtenido: **66.13%**

Fecha: 05-10-2024 Hora: 13:42:00

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.	87,50%	3
C.4.2	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social	100,0% de los requisitos cumplidos.	100%	4
D.4.1.8	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	100%.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			91,6%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
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.	58,40%	0
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	0%	0
C.4.1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad	Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera	37,20%	0
C.4.3.5	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los Est. ambulatorios de especialidad	$\geq 70,0\%$ de las especialidades médicas cumplen meta.	15,90%	0
C.4.3.6	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios(as) que año no se presentan (NSP) a la consulta médica en los Est. ambulatorios de especialidad	$\geq 70,0\%$ de las especialidades médicas cumplen meta NSP $\leq 13\%$.	27,40%	0

C.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas	Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31/12/2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	79,60%	1
C.4.3.1	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los Est. ambulatorios de especialidad	≥ 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta asignada.	42%	1
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	≥ 95,0%.	98,30%	2
B.3.1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Disminuir ≥ 10% el IEMA por cada GRDs seleccionado.	7,50%	2
C.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31/12/2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31/12/2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	83,60%	2
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	94,30%	2
A.3.1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS)	≤ 0,0%.	-4,20%	4
B.3.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas	Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°07.	62,8%	4
B.3.1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	Meta: ≤ 5%. Para Est. con LB > 6,5% disminuir 1,5 punto porcentual.	4,40%	4
B.3.1.6	Índice de ocupación dental (IOD)	≥ 1,00.	1,47	4
B.3.1.8	Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	95% cumplimiento de la meta asignada a cada indicador.	62,90%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	≥ 90%	97,50%	4
B.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas	Componente N°1: ≤ 3,2 % de suspensiones quirúrgicas mayores electivas considerando las causales de suspensión atribuidas al paciente, unidades de apoyo clínico, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias y gremiales Componente N°2: ≤ 2,7% de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal administrativa. Componente N°3: ≤ 0,6% de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal apoyo logístico. La tabla de sensibilidad se aplica al cumplimiento global de la formula compuesta.	93,80%	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	≥ 85,0%.	95,10%	4
B.4.1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	≥ 95,0%.	95,70%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			57,5%	

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 ≤ -5% y ≤ 5%.	14%	2
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 100,0% para trazadora 3; ≥ 90,0% para trazadora 4 y para la trazadora 5 ≥ 90,0% y ≤ 120%.	90,50%	3
A.1.2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	≤ 0,0%	-21,40%	4
A.1.6	Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas	Meta 1: 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación. Meta 2: 100% del devengo del subtítulo 25-99-XX a octubre.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			81,3%	

Subdirección Gestión de las Personas

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.4	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente	Meta: ≤ 1	1,6	0
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de Est. autogestionados en red (REAS)	100,0%.	50%	1
B.2.3	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e índice de ausentismo laboral	Trazadora 1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención. Trazadora 2: Mantención y/o disminución del Índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base. Índice 2023 igual o inferior a 24 días: Disminuir o mantener índice observado. Índice 2023 mayor a 24 y menor o igual a 32 días: Disminuir 1 o más días. Índice 2023 mayor a 32 días: Disminuir 2 o más días.	79,8	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			41,7%	

EMC Santa Cruz:

Tabla Resumen Cálculo Puntaje: Puntaje Total Obtenido: 64 Puntaje Total Máximo a Obtener: 116 Porcentaje Obtenido: 55.17%

Fecha: 05-10-2024 Hora: 13:42:26

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 social	100,0% de los requisitos cumplidos.	0%	0
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
D.4.1.8	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	100%.	100%	4
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	Trazadora 1: ≥ 90,0% compromisos suscritos del total de hallazgos que aplican en el periodo. Trazadora 2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	N/A	N/A
Cumplimiento por área de responsabilidad			66,7%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
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	≥ 95,0%.	56%	0
B.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas	Componente N°1: ≤ 3,2 % de suspensiones quirúrgicas mayores electivas considerando las causales de suspensión atribuidas al paciente, unidades de apoyo clínico, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias y gremiales Componente N°2: ≤ 2,7% de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal administrativa. Componente N°3: ≤ 0,6% de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal apoyo logístico. La tabla de sensibilidad se aplica al cumplimiento global de la formula compuesta.	74,60%	0
C.4.3.1	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los Est. ambulatorios de especialidad	≥ 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta asignada.	17,10%	0
C.4.3.5	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los Est. ambulatorios de especialidad	≥70,0% de las especialidades médicas cumplen meta.	33,30%	0
C.4.3.6	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios(as) que no se presentan (NSP) a la consulta médica en los Est. ambulatorios de especialidad	≥ 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta NSP ≤ 13%.	14,50%	0

A.3.1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS)	$\leq 0,0\%$.	26%	1
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.	-43,90%	1
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	98,20%	1
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	$\geq 99,5\%$.	89,20%	1
B.3.1.6	Índice de ocupación dental (IOD)	$\geq 1,00$.	0,96	3
C.4.1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera	95,20%	3
C.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	98,70%	3
C.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	92%	3
B.3.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas	- Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°07.	75,9%	4
B.3.1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	Meta: $\leq 5\%$. Para Est. con LB $> 6,5\%$ disminuir 1,5 punto porcentual.	1,70%	4
B.3.1.8	Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	95% cumplimiento de la meta asignada a cada indicador.	51,60%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	$\geq 90\%$	94,70%	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	$\geq 85,0\%$.	86,60%	4
B.4.1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	$\geq 95,0\%$.	95,50%	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.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			55,0%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	≤ 0,0%	271,30%	0
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 100,0% para trazadora 3; ≥ 90,0% para trazadora 4 y para la trazadora 5 ≥ 90,0% y ≤ 120%.	37,40%	0
A.3.1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	Variación del monto ejecutado versus el estimado ≤ -5% y ≤ 5%.	2,50%	2
A.1.6	Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas	Meta 1: 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación. Meta 2: 100% del devengo del subtítulo 25-99-001 a octubre.	95%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			37,5%	

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	1,358	0
B.2.3	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e índice de ausentismo laboral	Trazadora 1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención. Trazadora 2: Mantención y/o disminución del Índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base. Índice 2023 igual o inferior a 24 días: Disminuir o mantener índice observado. Índice 2023 mayor a 24 y menor o igual a 32 días: Disminuir 1 o más días. Índice 2023 mayor a 32 días: Disminuir 2 o más días.	0	2
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de Est. autogestionados en red (REAS)	100,0%.	100%	4
Cumplimiento por área de responsabilidad			50,0%	

EMC Rengo

Resumen Cálculo Puntaje:

Puntaje Total Obtenido: **52**

Puntaje Total Máximo a Obtener: **116**

Porcentaje Obtenido: **44.83%**

Fecha: 05-10-2024 Hora: 13:42:44

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 social	100,0% de los requisitos cumplidos.	100%	4
D.4.1.8	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	100%.	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			100,0%	

Subdirección Médica

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
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	$\geq 95,0\%$.	Los datos del indicador no están actualizados.	0
B.3.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas	Cumplir con el 100% de la meta anual asignada a cada establecimiento. Ver anexo N°07.	35,7%	0
C.4.1.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	0%	0
C.4.3.5	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los Est. ambulatorios de especialidad	$\geq 70,0\%$ de las especialidades médicas cumplen meta.	33,80%	0
C.4.3.6	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios(as) que al año no se presentan (NSP) a la consulta médica en los Est. ambulatorios de especialidad	$\geq 70,0\%$ de las especialidades médicas cumplen meta NSP $\leq 13\%$.	16,90%	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.	-5,90%	1

C.4.3.1	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los Est. ambulatorios de especialidad	≥ 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta asignada.	40%	1
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.	0%	2
C.4.1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera	85,30%	2
B.3.1.8	Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	95% cumplimiento de la meta asignada a cada indicador.	70,70%	3
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	≥ 85,0%.	82,50%	3
B.4.1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico	≥ 95,0%.	87%	3
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno	≥ 99,5%.	98,80%	3
B.3.1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	Meta: ≤ 5%. Para Est. con LB > 6,5% disminuir 1,5 punto porcentual.	2,60%	4
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	≥ 90%	95,90%	4
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	100%.	99,80%	4
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
B.3.1.6	Índice de ocupación dental (IOD)	≥ 1,00.	Los datos del indicador no están actualizados.	Los datos del indicador no están actualizados.
B.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas	Componente N°1: ≤ 3,2 % de suspensiones quirúrgicas mayores electivas considerando las causales de suspensión atribuidas al paciente, unidades de apoyo clínico, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias y gremiales Componente N°2: ≤ 2,7% de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal administrativa. Componente N°3: ≤ 0,6% de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal apoyo logístico. La tabla de sensibilidad se aplica al cumplimiento global de la fórmula compuesta.	Los datos del indicador no están actualizados.	Los datos del indicador no están actualizados.
C.4.1.4	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas	Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera. Para los casos cuya mediana al 31 de diciembre 2023, es menor a 150 días, se otorga el 100% de cumplimiento si se mantienen por debajo los 150 días, si aumenta por sobre 150 días se aplica la escala de evaluación establecida. Est. de salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.	Los datos del indicador no están actualizados.	Los datos del indicador no están actualizados.
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			50,0%	

Subdirección Administrativa

Sigla	Indicador	Meta	Cumplimiento	Puntaje
A.1.6	Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas	Meta 1: 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación. Meta 2: 100% del devengo del subtítulo 25-99-001 a octubre.	702,20%	2
A.1.2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	≤ 0,0%	0%	4
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de Est. autogestionados en red (REAS)	100,0%.	100%	4
A.3.1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	Variación del monto ejecutado versus el estimado ≤ -5% y ≤ 5%.	Los datos del indicador no están actualizados.	Los datos del indicador no están actualizados.
A.3.1.8	Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	100% para trazadora 1; ≥ 80,0% para trazadora 2; ≥ 100,0% para trazadora 3; ≥ 90,0% para trazadora 4 y para la trazadora 5 ≥ 90,0% y ≤ 120%.	Los datos del indicador no están actualizados.	Los datos del indicador no están actualizados.
Cumplimiento por área de responsabilidad			83,3%	

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	2,297	0
B.2.3	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e índice de ausentismo laboral	Trazadora 1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención. Trazadora 2: Mantención y/o disminución del índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base. Índice 2023 igual o inferior a 24 días: Disminuir o mantener índice observado. Índice 2023 mayor a 24 y menor o igual a 32 días: Disminuir 1 o más días. Índice 2023 mayor a 32 días: Disminuir 2 o más días.	Los datos del indicador no están actualizados.	Los datos del indicador no están actualizados.
Cumplimiento por área de responsabilidad			0,0%	

ANEXO N° 1

Contexto General Balanced ScoreCard

Conforme a lo establecido en el Artículo 26 del D.S. N° 38 del Ministerio de Salud, los Est. 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 2024 del instrumento de evaluación contiene 31 **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 de cada uno de los Est. adscritos al proceso Balanced ScoreCard. 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 y su equipo de subdirectores.

Es importante destacar, que en el año 2023 se incorporaron (Marcha Blanca) como INVITADOS, al proceso de evaluación BSC del Servicio de Salud O'Higgins los hospitales de Rengo y Santa Cruz., cuyos resultados en el año 2024 ya se contemplan formalmente en el presente informe de resultados.

Requisitos de Evaluación EAR y EMC

Los requisitos mínimos que los Est. 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 2024 se establecieron 31 indicadores, de los cuales 11 son de continuidad o sin cambios, 15 modificados y 5 indicadores nuevos. (Anexo N°3) 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.

ANEXO N° 2

Distribución De Indicadores BSC 2024. 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	8	2	15
Perspectiva Procesos Internos	4	5	1	1	11
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	0	1	0	0	1
Perspectiva Financiera	3	0	0	1	4
Total	8	10	9	4	31

ANEXO N° 3

Fechas Proceso BSC 2024

Periodo	Fecha Inicio	Fecha Corte	Fecha Cierre
Marzo	10-04-2024	15-04-2024	30-04-2024
Abril	10-05-2024	15-05-2024	31-05-2024
Mayo	10-06-2024	15-06-2024	30-06-2024
Junio	10-07-2024	15-07-2024	31-07-2024
Julio	10-08-2024	15-08-2024	31-08-2024
Agosto	11-09-2024	15-09-2024	29-09-2024
Septiembre	10-10-2024	15-10-2024	31-10-2024
Octubre	10-11-2024	15-11-2024	30-11-2024
Noviembre	10-12-2024	15-12-2024	31-12-2024
Diciembre	10-01-2025	15-01-2025	31-01-2025
Evaluación EAR Asignación	01-01-2025	-	02-02-2025
Evaluación EAR Evaluación	03-02-2025	-	04-02-2025
Evaluación EAR Apelación	05-02-2025	-	06-02-2025
Evaluación EAR Rev. Apelación	09-03-2025	-	10-03-2025

ANEXO N°4

Estado de Indicadores BSC 2024

INDICADORES SIN CAMBIOS: 11	INDICADORES MODIFICADOS: 15	INDICADORES NUEVOS: 5
A.1_2.3 Variación porcentual del gasto en Compra de Servicios.	A.3_1.3 Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	A.1.6 Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.
A.1_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	A.3_1.8 Porcentaje de ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, infraestructura ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	B.3_1.8 Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica.
A.3_1.2 Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS).	A.4_1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos y no médicos realizadas de manera presencial, remota y por telemedicina.	A3_1.7 porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de EAR.
B.3_1.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores	B.2.3 Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral.	C.4_3.6 Porcentaje de especialidades que cumplen meta de usuarios NSP de consultas de especialidad en atención secundaria.
B.4_1.2 Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en unidades de emergencia hospitalaria adulta y pediátrica.	B.3_1.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada superior Outliers Superiores.	D.4_1.8 Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria
B.4_1.6 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.	B.3_1.6 Índice de ocupación dental.	
C.3.3 Porcentaje de cumplimiento de notificación, pesquisa y descarte de posibles donantes de órganos.	B.3_1.7 Variación de índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.	
C.4_1.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.	B.4_1.4 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	
D.1.2 Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS)	B.4_1.5 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	
D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría.	C.4_1.2 Variación de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad	
D.4_1.2 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.	C.4_1.3 Variación de la mediana de días de espera para Intervenciones Quirúrgicas	
	C.4_1.4 Variación de la mediana de días de espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	
	C.4.2 Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social (y satisfacción usuaria.	
	C.4_3.1 Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de consultas nuevas en establecimiento ambulatorio de especialidad.	
	C.4_3.5 Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de altas en establecimiento ambulatorio de especialidad.	

ANEXO N°5

Referentes Técnicos Dirección Servicio de Salud O'Higgins

Número Indicador	Nombre Indicador	Departamento	Referente Titular	Anexo	Referente Subrogante	Anexo
	REFERENTE BALANCED SCORECARD SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS 2024	Control de Gestión	Elilia Soto	729172	Sebastián Gallardo	722110
A.1.6	Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.	SDA / Finanzas	M. Alicia Ponce Moreno	729944	Gerardo Cisternas Soto	729946
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	Jeannette Lizana Poblete	727875	Patricia Arias	722126
A.3_1.2	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias Outliers superiores (VEEOS).	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Braulio Seura	728956	Boris Moreno	728956
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_1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de Est. autogestionados en red (REAS).	SDA / Recursos Físicos	Osiel Fuentes	72903	Ricardo Inostroza	729943
A.3_1.8	Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	SDA / Recursos Físicos	Sergio Barriga Betanzo	722051	Renato Puebla	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	Félix Alberto Barrera del Pino	729964	María José Ossandón	727934
B.2.3	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral.	SGDP / Calidad de Vida	Bianca Silva	727914	Patricia Valenzuela Céspedes	727914
B.3_1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas.	SGA / Gestión de la Producción	Valeska Rojas Cancino	727934	Bárbara Gallegos	729949

B.3_1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores).	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Jorge Vargas	728956	Felipe Villarroel	728956
B.3_1.6	Índice de Ocupación Dental (IOD).	SGA / Gestión de la Producción	María José Ossandón Orellana	727934	Carlos Guzmán Millán	728952
B.3_1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Jorge Vargas	727937	Felipe Villarroel	728956
B.3_1.8	Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica.	SGA / Gestión de la Producción	Valeska Rojas Cancino	727934	Bárbara Gallegos	729949
B.4_1.2	Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en las UEH adulta y pediátrica.	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Braulio Seura	728956	Boris Moreno	728956
B.4_1.4	Porcentaje de suspensiones quirúrgicas mayores electivas.	SGA / Gestión de la Producción	Valeska Rojas Cancino	727934	Bárbara Gallegos	729949
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	Braulio Seura	728956	Boris Moreno	728956
B.4_1.6	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Braulio Seura	728956	Boris Moreno	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	Daniela Videla	728956	Boris Moreno	728956
C.4.2	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social.	Participación y Trato Usuario	Paola Guajardo	729142	Emilio Berrios Castillo	729174
C.4_1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.	SGA / Gestión de la Producción	Estefany Ramos	722122	Ramon Miranda Correa	729172
C.4_1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para consulta nueva de especialidad.	SGA / Gestión de la Producción	Paulina Aros Garay	729406	Bárbara Gallegos	729949
C.4_1.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para intervenciones quirúrgicas.	SGA / Gestión de la Producción	Bárbara Gallegos	729949	Valeska Rojas Cancino	727934
C.4_1.4	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.	Subdirección de Gestión Asistencial	María José Ossandón Orellana	727934	Carlos Guzmán Millán	728952

C.4_3.1	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los Est. ambulatorios de especialidad.	SGA / Articulación de la Red Asistencial	Camila Cordero Cavieres	729183	Libni Acevedo Moyano	729183
C.4_3.5	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Alta en los Est. ambulatorios de especialidad.	SGA / Articulación de la Red Asistencial	Camila Cordero Cavieres	729184	Libni Acevedo Moyano	729184
C.4_3.6	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios(as) "que no se presentan" (NSP) a la consulta médica en Est. ambulatorios de especialidad.	SGA / Articulación de la Red Asistencial	Camila Cordero Cavieres	729184	David Aravena Cofre	729964
D.1.2	Porcentaje de cumplimiento de requisitos del Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS).	SGA / Gestión Hospitalaria Riesgos y Emergencias	Liliana Guajardo	728956	Boris Moreno	728956
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 estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria.	Participación y Trato Usuario	Jocelyn Pino Béckar	727861	Cecilia Bravo Campos	722121