

RESOLUCIÓN EXENTA N° 6796 /

PUNTA ARENAS, 10 3 AGO. 2020

VISTOS: Lo dispuesto en el DFL N° 1/19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; el DFL N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo; la Ley N° 19.882, que Regula nueva política de personal a los funcionarios públicos, que indica; el Decreto N° 172/ 2014, del Ministerio de Hacienda, que aprueba nuevo Reglamento que Regula los Convenios de Desempeño para los Altos Directivos Públicos establecido en el Párrafo 5° del Título VI de la Ley 19.882; el DFL N° 01/2006 del Ministerio de Salud, por el cual se fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°s. 18.933 y 18.469; el Decreto Supremo N°38/2006 del Ministerio de Salud, el que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimiento de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red; las Resolución Exenta N°06/2019 que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón en materias de personal; y en uso de las facultades que me confiere, la Resolución Exenta RA N° 443/1991/2019 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes que efectúa el nombramiento del cargo de Director del Hospital Clínico de Magallanes, donde consta mi personería, y

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante Resolución Exenta RA N°443/1021/2020, el Director del Servicio de Salud Magallanes sancionó el nombramiento de don Marcelo Ricardo Torres Mendoza en el cargo de Subdirector Administrativo del Hospital Clínico de Magallanes "Dr. Lautaro Navarro Avaria" de Punta Arenas, grado 5° de la Escala Única de Sueldos, de la Planta de Directivos, con jornada de 44 horas semanales, del Servicio de Salud Magallanes, cargo afecto al Sistema de Alta Dirección Pública, por el periodo de 3 años, a contar del 1° de junio de 2020 y hasta el 1° de junio de 2023, ambas fechas inclusive.

2. Que, conforme lo establece el artículo sexagésimo primero de la Ley N° 19.882, se suscribió entre don Marcelo Ricardo Torres Mendoza y don Ricardo Antonio Contreras Faúndez, Director del Hospital Clínico de Magallanes, el Convenio de Desempeño del Alto Directivo Público para el trienio 2020-2023.

3. Que, es necesario dictar el correspondiente acto administrativo que aprueba el Convenio de Desempeño antes singularizado.

4. Que, en virtud de las facultades que la Ley confiere a este Director, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUEBASE** el "CONVENIO DE DESEMPEÑO ALTA DIRECCIÓN PÚBLICA del SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL CLINICO "DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA" DE PUNTA ARENAS", suscrito en conformidad a las disposiciones de la Ley N° 19.882, entre don Marcelo Ricardo Torres Mendoza y el Director del Hospital Clínico "Dr. Lautaro Navarro Avaria" de Punta Arenas, don Ricardo Antonio Contreras Faúndez, que se entiende forma parte de la presente resolución y cuyo texto se transcribe de forma literal e íntegra:





Convenios de Desempeño
Alta Dirección Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión y Desarrollo de las Personas
Departamento de Planificación y Control de Gestión
de RHS



I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre:	MARCELO RICARDO TORRES MENDOZA
Cargo:	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL
Institución:	HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES
Fecha nombramiento:	1 DE JUNIO 2020 (Res. Ex. RA 443/1021/2020)
Dependencia directa del cargo:	DIRECTOR HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES
Período de desempeño del cargo:	1º DE JUNIO 2020 – 1º DE JUNIO 2023



Fecha evaluación 1er año de gestión:	01-06-2021
Fecha evaluación 2do año de gestión:	01-06-2022
Fecha evaluación final:	01-06-2023





Objetivo N° 1 Fortalecer la Gestión y mantener una política de disciplina Financiera, resguardando la continuidad de los procesos y los recursos fiscales.							
Ponderación: 20%							
Indicadores							
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos	
Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios ¹	1.1 A (Total de ingresos propios percibidos Subtítulos 07+08 en el período a evaluar / Total de ingresos propios devengados Subtítulos 07+08 en el período a evaluar) x 100 Ponderación: 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: - Protocolo de cobranza con su Resolución que lo aprueba. - Informe de Cumplimiento del Establecimiento	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.	
	1.1 B [(Ingresos Subtítulo 12 período t - Ingresos percibidos Subtítulo 12 período t-1) / (Ingresos percibidos Subtítulo 12 período t-1)] x 100 Ponderación: 30%	≥ 35%	≥ 35%	≥ 35%	- Reportes SIGFE: Balance Comprobación de Saldos, Ejecución Presupuestaria de Ingresos del mes y el acumulado.		



¹ Indicador EAR: SISQ-BSC A.1.3 del 2020. Se excluye de la medición del Indicador 1.1.A el concepto presupuestario 0801002001. Respecto del subítem 12 de Recuperación de préstamos, se excluirá el monto relativo a Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN). En caso de que el establecimiento haya acreditado incobrabilidad por parte del Ministerio de Hacienda, se descontará el monto acreditado del Indicador. Las cifras declaradas como ingresos propios corresponden a los ingresos provenientes de la venta de servicios de los establecimientos hospitalarios, que son consecuencia de la actividad propia del establecimiento hospitalario. Tabla de sensibilidad para cálculo de porcentaje de cumplimiento, se indica en el anexo II del Convenio ADP. Especificaciones al contenido del convenio de desempeño.



1.2 Coeficiente de cumplimiento del Equilibrio Financiero ²	(Gastos Operacionales Devengados en los últimos doce meses / Ingresos Operacionales Recaudados los últimos doce meses)	≤1,030	10%	≤1,030	10%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: 1. Informe Anual de Ejecución Financiera. 2. Anexos I, II, III y IV del año respectivo. 3. Envío de anexos financieros, vía mail, a la Subdirección de Recursos Físicos y Financieros del Servicio de Salud, para su cotejo con SIGFE agregación en la fecha estipulada en el calendario oficializado. Planilla de cálculo: desarrollo de la fórmula a nivel de subtítulos, excepto para los subtítulos 05 y 13, estos últimos deberán venir subaperturados por el desarrollo de la fórmula. Además, el desarrollo de la fórmula deberá incluir los montos transferidos para pago del Subtítulo 34 por mes.	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.



² Tabla de sensibilidad para cálculo de porcentaje de cumplimiento, se indica en el anexo II del Convenio ADP: Especificaciones al contenido del convenio de desempeño.



Objetivo N° 2: Fortalecer la gestión de compras eficiente, y que sea beneficiario de las ventajas de ahorro que genera la adquisición de medicamentos a grandes volúmenes (CEM)³, como asegurar el oportuno y eficiente abastecimiento e insumos en el establecimiento

Ponderación: 30%

Indicadores						
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
2.1 Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	(Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento a través de CENABAST/ Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento) x 100	≥ 80% 10%	≥ 80% 10%	≥ 80% 10%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: Informe del Departamento de Control de Gestión de la Información del Hospital Clínico de Magallanes, que incluye el informe de cumplimiento que CENABAST carga mensualmente en https://www.cenabast.cl/medicion-de-participacion-en-canasta-esencial-de-medicamentos-cem/ NOTA: en caso de realizar justificaciones del informe de cumplimiento deben utilizar la plataforma informática, Sistema de información de Canasta Esencial de Medicamento (SICEM).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. En caso de existir algún desastre natural la División de presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.
2.2 Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento) x 100	≥ 80% 10%	≥ 80% 10%	≥ 80% 10%		



³ COMGES 25 – Año 2020.



2.3 Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo ⁴	$\left\{ \left[\frac{\text{Nº de Licitaciones L1 en el periodo} / \text{Total de Licitaciones en el periodo}}{\text{Compra vía Trato Directo en el periodo} / \text{Monto Total de órdenes de Compra en el periodo}} \right] \times 0,5 \right\} + \left[\frac{\text{Monto de Compra vía Trato Directo en el periodo}}{\text{Monto Total de órdenes de Compra en el periodo}} \times 0,5 \right] \times 100$	$\leq 15\%$	10%	$\leq 15\%$	10%	$\leq 15\%$	10%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: Informe del Subdirector Administrativo del Hospital dirigido a su Director al cierre de cada año de evaluación. Monitoreo mensual del indicador. Reporte Sistema de Compras "Analiza.cl"	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. Los Sistemas de información con los datos a evaluar están disponibles. Considera exclusiones derivadas de la implementación de Decretos de Alerta Sanitaria y/o emergencias.
---	--	-------------	--------	-------------	--------	-------------	--------	--	---



⁴ Indicador EAR: SISQ-BSC A.1.1.3 del 2020.



Objetivo Nº 3: Optimizar los procesos financieros críticos, y activar mejoras en los procesos de control del gasto.

Ponderación: 30%

Indicadores						Supuestos
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	
3.1 Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos. ⁵	$\left[\frac{((\text{Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos}) \times 0,2) + ((\text{Puntaje de calidad por reporte sistema de costos}) \times 0,8))}{(\text{Total de puntaje que aplica para el período de evaluación})} \times 100. \right]$	≥ 95% 20%	≥ 95% 20%	≥ 95% 20%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: Informe anual año t, remitido formalmente al Director del Hospital con análisis del cumplimiento en la oportunidad y calidad de registro en el Sistema de Costos del establecimiento. Monitoreo mensual, con entrega de minuta de análisis del cumplimiento entregado a más tardar cada 30 del mes siguiente del mes informado.	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.
3.2 Porcentaje de Cumplimiento del "Plan Trienal Control del Gasto". ⁶	$\left(\frac{\text{Nº de actividades cumplidas del Plan de Control del Gasto HCM}}{\text{Total de actividades programadas del Plan de Control del Gasto}} \right) \times 100$	100% 10%	100% 10%	100% 10%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: Año 1 - Memorándum del SDA al Director del Hospital que verifica la entrega del Plan de Control del Gasto, detallado y con carta Gantt. - Resolución Exenta que lo aprueba con fecha a más tardar 30.09.2020. - Informe de monitoreo mensual a partir de su ejecución. Año 2 y 3 - Informe mensual de monitoreo. - Informe de Cumplimiento anual. - Resolución Exenta que lo aprueba con fecha a más tardar 30.09.2020.	En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador

⁵ Indicador EAR: SIS-Q.BSC Nº A.3.1.2.
⁶ En el Año 1 se debe elaborar el Plan Trienal Control del Gasto.





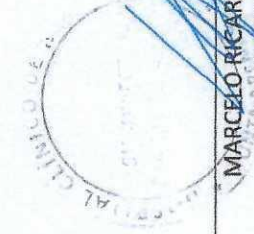
Objetivo N° 4: Potenciar la información entregada por el GRD, que permita la integración económica y del gasto con la producción asistencial del hospital.						
Ponderación: 20%						
Indicadores						
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
4.1. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejora Trienal para la optimización de la producción en base a indicadores de GRD, en el contexto del convenio del Acuerdo de Gestión con FONASA ⁷	(N° actividades cumplidas del Plan de Mejora Trienal en el año t / Total de actividades programadas del Plan de Mejora Trienal en el año t) x 100	100%	20%	100%	Se deberán presentar al Director de Hospital durante el período de evaluación, los siguientes medios de verificación: Año 1 - Plan de Mejora Trienal - Resolución que Aprueba "Plan de Mejora trienal" con plazo máximo 31 marzo 2021. - Año 2 Monitoreo mensual: minuta de avance. Informe Anual: Cumplimiento Plan trienal ⁸ - Memorandum del SDA al Director adjuntando Informe y los medios de verificación, para el año t.	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.



⁷ Para el año 1 se deberá elaborar el Plan de mejora trienal. Este deberá considerar para el año 1: Diagnóstico de la situación actual donde deberá abordar el cumplimiento mensual del Convenio Fonasa en términos de egresos hospitalarios GRD y egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria GRD, las brechas a abordar, indicadores de resultado esperado y formulación del Plan Trienal.
⁸ Para el año 2 y 3, el Plan de mejora deberá indicar claramente las actividades por año y deberá abordar el cumplimiento del convenio en términos de egresos hospitalarios GRD y egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria GRD. El Plan deberá contemplar actividades de capacitación a los Jefes de Unidades Organizativas/Jefes de Centros de Responsabilidad, que participen en este proceso. Para el año 3 y final, deberá incorporar mejoras al Plan.



CONVENIO DESEMPEÑO ADP II NIVEL
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL CLINICO MAGALLANES



MARCELO RICARDO TORRES MENDOZA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES
"Dr. Lautaro Navarro Avaria"



RICARDO ANTONIO CONTRERAS FAUNDEZ
DIRECTOR
HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES
"Dr. Lautaro Navarro Avaria"

Punta Arenas, Julio 2020. -



II. ESPECIFICACIONES AL CONTENIDO DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Nombre del Indicador: 1.1 Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios		Alcances
Este indicador mide la optimización en el proceso de recaudación de los ingresos Propios (Subtítulo 07, 08 y 12). Para la aprobación de este indicador, el establecimiento deberá cumplir con los siguientes requisitos:		- Tener en funcionamiento una unidad de cobro y/o recaudación de ingresos propios, formalizada a través de una resolución, con su respectivo manual de funcionamiento, alineado al plan de desarrollo estratégico del establecimiento. - Demostrar la recaudación de los ingresos propios, los que deberán ser consignados en los ingresos de operación y en otros ingresos corrientes (Subtítulos 07, 08 y 12). - Se excluye de la medición del indicador subtítulo 0801002001. - Respecto al subtítulo 12, se excluirá el monto relativo a COMPIN.
Fórmula de Cálculo		En caso de que el establecimiento haya acreditado incobrabilidad por parte del Ministerio de Hacienda, se descontará el monto acreditado del indicador. Las cifras declaradas como ingresos propios corresponden a los ingresos provenientes de la venta de servicios de los establecimientos hospitalarios, que son consecuencia de la actividad propia del establecimiento hospitalario. Frecuencia monitoreo: Mensual
1.1 A		
1.1 B		
Resultado Indicador:		
(% Cumplimiento 1.1 A según tabla) x 0,7 + (% cumplimiento 1.1 B según tabla) x 0,3		

Tabla sensibilidad 1.1 A - Cumplimiento S. 07+08

Resultado 1.1 A	Porcentaje de Cumplimiento
X < 75%	0%
75% ≤ X < 80%	25%
80% ≤ X < 85%	50%
85% ≤ X < 90%	75%
90% ≤ X	100%





		Tabla sensibilidad 1.1 B - Cumplimiento S. 12 <table><tr><th>Resultado 1.1 B</th><th>Porcentaje de Cumplimiento</th></tr><tr><td>X < 25%</td><td>0%</td></tr><tr><td>25% ≤ X < 28%</td><td>25%</td></tr><tr><td>28% ≤ X < 32%</td><td>50%</td></tr><tr><td>32% ≤ X < 35%</td><td>75%</td></tr><tr><td>35% ≤ X</td><td>100%</td></tr></table>	Resultado 1.1 B	Porcentaje de Cumplimiento	X < 25%	0%	25% ≤ X < 28%	25%	28% ≤ X < 32%	50%	32% ≤ X < 35%	75%	35% ≤ X	100%
Resultado 1.1 B	Porcentaje de Cumplimiento													
X < 25%	0%													
25% ≤ X < 28%	25%													
28% ≤ X < 32%	50%													
32% ≤ X < 35%	75%													
35% ≤ X	100%													
METAS	META 1.1 A: · Año 1: ≥ 90% · Año 2: ≥ 90% · Año 3: ≥ 90% META 1.1 B: · Año 1: ≥ 35% · Año 2: ≥ 35% · Año 3: ≥ 35%	Meta A: ≥ 90% del recaudo por sobre el devengo del periodo de evaluación (S. 07+08) Meta B: ≥ 35% del recaudo del subtítulo 12 por sobre el recaudo del año anterior. Línea Base del Indicador 1.1 B: Total Ingresos recaudados Subtítulo 12 año 2019 son \$ 337.948.954. (pesos nominales a diciembre 2019), según fuente SIGFE												
Medios de Verificación	- Protocolo de cobranza con su Resolución que lo aprueba. - Informe de Cumplimiento del Establecimiento. - Reportes SIGFE: Balance Comprobación de Saldos, Ejecución Presupuestaria de Ingresos del mes y el acumulado	Elaborar e implementar el proceso de cobranza de ingresos propios. Seguimiento y control mensual de las cuentas por cobrar.												
Supuestos		- Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. - En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.												



Nombre del Indicador: 1.2 Coeficiente de cumplimiento del Equilibrio Financiero		Alcances																					
Fórmula de Cálculo	(Gastos Operacionales Devengados en los últimos doce meses / Ingresos Operacionales Recaudados los últimos doce meses)	- Alcanzar el equilibrio financiero a través de la gestión y uso óptimo de los recursos públicos, es decir, evidenciar apego creciente a la disciplina fiscal que debe existir entre los marcos presupuestarios otorgados (ingresos) y los gastos operacionales del establecimiento. - La evaluación de este indicador se hará considerando los últimos doce meses. Se considerará para la evaluación, desde el mes de Junio 2020 en adelante, hasta cumplir doce meses. - Frecuencia monitoreo: mensual																					
Metas	Año 1: X ≤ 1,030 Año 2: X ≤ 1,030 Año 3: X ≤ 1,030	<table><tr><th rowspan="5">Forma de cálculo para cumplimiento</th><th colspan="2">Rango de Cumplimiento</th><th rowspan="2">Puntuación</th></tr><tr><th colspan="2">Coeficiente</th></tr><tr><td colspan="2">X ≤ 1,030</td><td>100%</td></tr><tr><td colspan="2">1,030 < X ≤ 1,050</td><td>80%</td></tr><tr><td colspan="2">1,050 < X ≤ 1,070</td><td>60%</td></tr><tr><td colspan="2">1,070 < X ≤ 1,090</td><td>40%</td></tr><tr><td colspan="2">1,090 < X</td><td>20%</td></tr></table>	Forma de cálculo para cumplimiento	Rango de Cumplimiento		Puntuación	Coeficiente		X ≤ 1,030		100%	1,030 < X ≤ 1,050		80%	1,050 < X ≤ 1,070		60%	1,070 < X ≤ 1,090		40%	1,090 < X		20%
Forma de cálculo para cumplimiento	Rango de Cumplimiento			Puntuación																			
	Coeficiente																						
	X ≤ 1,030			100%																			
	1,030 < X ≤ 1,050			80%																			
	1,050 < X ≤ 1,070		60%																				
1,070 < X ≤ 1,090		40%																					
1,090 < X		20%																					
Medios de Verificación	- Informe de Ejecución Financiera - anexos I, II y III de los años que corresponda la evaluación, la cual será cotejada por la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales con SIGFE agregación. - Envío oportuno de anexos financieros a la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. - Desarrollo de la fórmula a nivel de subtítulos, excepto para los subtítulos N°05 y N°13, estos últimos deberán venir aperturados por subasignación. Además, el desarrollo de la fórmula deberá incluir los montos transferidos para pago del Subtítulo 34 por mes. - Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado, SIGFE.	- <u>Gasto Operacional Devengado</u>: Corresponde a los gastos devengados en el momento que se generan, independiente de si estos fueron o no pagados. Los gastos operacionales devengados contienen los Subtítulos presupuestarios 21, 22, 23, 26 y 29, los cuales son necesarios para que los establecimientos puedan realizar sus actividades habituales. - <u>Ingreso Operacional Recaudado</u>: Corresponde a todos los ingresos recaudados por contraprestación de bienes y/o servicios que efectúa el establecimiento y ya forman parte del erario del mismo. Los ingresos operacionales recaudados contienen los Subtítulos presupuestarios 05 (se debe excluir del Subtítulo 05 la sub asignación 001 APS Municipal, es decir 05-02-007-001 y las transferencias asociadas al pago del subtítulo 34 Servicio de la deuda), N°06, N°07, N°08, N°12 y N°13 (del Subtítulo N°13 se debe excluir la sub asignación 002 No Operacional, es decir 13-02-003-002).																					
Supuestos	- Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. - En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.																						





Nombre del Indicador: 2.1 Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.		Alcances
Fórmula de Cálculo (Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el establecimiento a través de CENABAST/ Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento) x 100		Definiciones y Terminología – Canasta Esencial de Medicamentos (CEM): Corresponde a un listado de productos que CENABAST pone a disposición de los Servicios de Salud y establecimientos dependientes, con la finalidad de que ellos definan requerimientos mensuales y mandaten a la Central Nacional de Abastecimientos para que realice un proceso de adquisición centralizado con las demandas consolidadas de todo el País. – Observatorio CENABAST: herramienta en línea disponible en el sitio web de CENABAST, cuyo objetivo es transparentar la gestión institucional de la Central de Abastecimiento, a través de los distintos reportes desarrollados. Reporte "Medición de Participación CEM", muestra los resultados de la intermediación de los Establecimientos de la Red Asistencial. – SICEM: Corresponde a plataforma web denominada Sistema de Información Canasta Esencial de Medicamentos, cuyo objetivo es disponibilizar a los Establecimientos una herramienta que permita modificar y corregir datos sobre las cantidades efectivamente recepcionadas y montos asociados (que se encuentran publicados en el Observatorio CENABAST), es decir, permitirá reflejar el consumo real del Establecimiento en materia de Intermediación con CENABAST. Frecuencia monitoreo: mensual.
Metas:	Año 1: ≥ 80% Año 2: ≥ 80% Año 3: ≥ 80%	Cálculo del cumplimiento: proporcional al resultado del indicador
Medios de Verificación		Informe del Departamento de Control de Gestión de la Información del Hospital Clínico de Magallanes, que incluye el Informe de cumplimiento que CENABAST carga mensualmente en https://www.cenabast.cl/medicion-de-participacion-en-canasta-esencial-de-medicamentos-cem/ NOTA: en caso de realizar justificaciones del informe de cumplimiento deben utilizar la plataforma informática, Sistema de información Canasta Esencial de Medicamento (SICEM).
Supuestos		Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.





Nombre del Indicador: 2.2 Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.		Alcances
Fórmula de Cálculo	(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Establecimiento) x 100	Al menos el 80 % del monto de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos adquiridos por el Establecimiento, deberá ser intermediado a través de CENABAST. Objetivo específico: Disminuir el costo financiero que enfrenta el Sistema Nacional de Servicios de Salud, producto de la adquisición de medicamentos. Frecuencia monitoreo: mensual.
Metas:	Año 1: ≥ 80% Año 2: ≥ 80% Año 3: ≥ 80%	Cálculo del cumplimiento: proporcional al resultado del indicador
Medios de Verificación	Informe del Departamento de Control de Gestión de la Información del Hospital Clínico de Magallanes, que incluye el informe de cumplimiento que CENABAST carga mensualmente en https://www.cenabast.cl/medicion-de-participacion-en-canasta-esencial-de-medicamentos-chem/ NOTA: en caso de realizar justificaciones del informe de cumplimiento deben utilizar la plataforma informática, Sistema de información Canasta Esencial de Medicamento (SICEM).	
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.	





Nombre del Indicador: 2.3 Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo	Alcances Este es un indicador compuesto que mide por una parte el porcentaje del número de licitaciones públicas del denominado "Tipo L1" (Art. 19 bis del Decreto 250 Ley N°19.886) que contratan montos iguales o inferiores a 100 UTM, por sobre el número total de licitaciones que se efectúan en el período y también se mide el porcentaje del monto de trato directo que se efectúan (Art. 10 del mismo decreto anterior), por sobre el total del monto de órdenes de compra emitidas en el mismo período. La División de Presupuesto, podrá realizar cruces de información y análisis de este indicador con las Licitaciones y Trato Directo, solicitando a los establecimientos planes de acción y ajustes para los niveles críticos de medición del indicador. Frecuencia monitoreo: mensual	
Fórmula de Cálculo	{[(Nº de Licitaciones L1 en el periodo / Total de Licitaciones en el periodo) x 0,5] + [(Monto de Compra vía Trato Directo en el periodo / Monto total de órdenes de Compra en el periodo) x 0,5]} x 100	
Metas	Meta Año 1: ≤ 15% Meta Año 2: ≤ 15% Meta Año 3: ≤ 15%	
Medios de Verificación	Informe del Subdirector Administrativo del Hospital dirigido a su Director al cierre de cada año de evaluación. Monitoreo mensual del indicador. Reporte Sistema de Compras "Analiza.cl"	
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. Los Sistemas de información con los datos a evaluar están disponibles. Considera exclusiones derivadas de la implementación de Decretos de Alerta Sanitaria y/o emergencias.	



Nombre del Indicador: 3.1 Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos	Alcances													
Fórmula de Cálculo de oportunidad por reporte sistema de costos) x 0,2) + ((Puntaje de calidad por reporte sistema de costos) x 0,8)) / (Total de puntaje que aplica para el período de evaluación) x 100	Este indicador permite medir la oportunidad y calidad del proceso de imputación de los costos en las diferentes unidades del establecimiento, utilizando para ello la herramienta de costeo vigente que está impulsando MINSAL, definida en el Anexo 01 BSC 2020 (*). La medición se hará en base a: - Cumplimiento mensual respecto de la fecha de entrega establecida (*) - Calidad de la información incluida (Anexo 01 BSC 2020 *), según centros de costos previamente definidos. Los reportes deben ser enviados al referente MINSAL (Departamento de Eficiencia Hospitalaria al correo sistemadecostos@minsai.cl). Nota: Independiente de los resultados mensuales, el requisito mínimo para considerar el cumplimiento del indicador, debe tener los 12 meses de reportes validados. De no cumplir con aquello el puntaje final será 0. (*) BSC 2020. Anexo 01. Actividades de Reportes y Metodología para el Sistema de Costos. Documento de apoyo al indicador (A.3_1.2). Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos Frecuencia monitoreo. Mensual													
Metas: Meta Año 1 ≥ 95,0%. Meta Año 2 ≥ 95,0%. Meta Año 3 ≥ 95,0%.	Tabla sensibilidad <table><tr><th>Resultado obtenido</th><th>Porcentaje de Cumplimiento</th></tr><tr><td>95% ≤ X</td><td>100%</td></tr><tr><td>90% ≤ X < 95%</td><td>75%</td></tr><tr><td>85% ≤ X < 90%</td><td>50%</td></tr><tr><td>80% ≤ X < 85%</td><td>25%</td></tr><tr><td>X < 80%</td><td>0%</td></tr></table>		Resultado obtenido	Porcentaje de Cumplimiento	95% ≤ X	100%	90% ≤ X < 95%	75%	85% ≤ X < 90%	50%	80% ≤ X < 85%	25%	X < 80%	0%
Resultado obtenido	Porcentaje de Cumplimiento													
95% ≤ X	100%													
90% ≤ X < 95%	75%													
85% ≤ X < 90%	50%													
80% ≤ X < 85%	25%													
X < 80%	0%													
Medios de Verificación	Informe anual año t, remitidos formalmente al Director del Hospital con análisis del cumplimiento en la oportunidad y calidad de registro en el Sistema de Costos del establecimiento. Sin embargo, el monitoreo debe ser mensual, con entrega de minuta de análisis del cumplimiento entregado a más tardar cada 30 del mes siguiente del mes informado.													
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. En caso de existir algún desastre natural la División de Presupuesto visará y validará la información que pueda afectar el indicador.													





Nombre del Indicador: 3.2 Porcentaje de Cumplimiento del "Plan Trienal Control del Gasto"		Alcances
Fórmula de Cálculo	(Nº de actividades cumplidas del Plan de Control del Gasto HCM / Total de actividades programadas del Plan de Control del Gasto) x 100	Año 1. se debe elaborar el Plan Trienal Control del Gasto. El Plan debe considerar la misión del establecimiento, y definir claramente los ámbitos de acción (corresponden a las principales líneas de acción de trabajo en torno a las cuales cada centro de costo o servicio estructura su labor derivados de su presupuesto asignado). Debe contener las acciones a actividades con fecha de inicio y término, e indicar los medios verificables de dichas acciones/actividades. Frecuencia monitoreo: mensual Formato del Plan: no tiene formato.
Metas:	Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	
Medios de Verificación	Año 1 - Memorándum del SDA al Director del Hospital que verifica la entrega del Plan de Control del Gasto, detallado y con carta Gantt. - Resolución Exenta que lo aprueba con fecha a más tardar 30.09.2020. - Informe de monitoreo mensual a partir de su ejecución. Año 2 y 3 - Informe mensual de monitoreo. - Informe de Cumplimiento anual. - Informe de monitoreo mensual a partir de su ejecución	
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.	



Nombre del Indicador: 4.1. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejora Trienal para la optimización de la producción en base a indicadores de GRD, en el contexto del convenio del Acuerdo de Gestión con FONASA		Alcances
Fórmula de Cálculo	No actividades cumplidas del Plan de Mejora Trienal en el año t / Total de actividades programadas del Plan de Mejora Trienal en el año t) x 100	
Metas:	Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	- Año 1 se debe elaborar el Plan. El Plan de mejora deberá considerar para el año 0: Diagnóstico de la situación actual, brechas a abordar, indicadores de resultado esperado y formulación del Plan Trienal. - El Plan de mejora deberá indicar claramente las actividades por año y abordar a lo menos Egresos hospitalarios y Cirugía Ambulatoria. - El Plan deberá contemplar actividades de capacitación a los Jefes de Unidades Organizativas/Jefes de Centros de Responsabilidad/ Jefes de Servicios Clínicos, que participen en este proceso. - Para el año 3 y final, deberá incorporar mejoras al Plan.
Medios de Verificación	Año 1 - Documento" Plan de Mejora Trienal - Resolución que Aprueba "Plan de Mejora trienal" con plazo máximo 31 marzo 2021. Año 2 - Monitoreo mensual: minuta de avance. - Informe Anual: Cumplimiento Plan trienal - Memorándum del SDA al Director adjuntando Informe y los medios de verificación, para el año t.	
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuito o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.	



2. **DÉJASE ESTABLECIDO** que el presente acto oficial no representa gasto alguno para las partes involucradas.

3. **DISTRIBÚYASE** copia digital de la presente resolución por medio de correo electrónico institucional, según corresponda.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



RCF/MTM/JMM/PAR/bbv.

DISTRIBUCIÓN FÍSICA:

- Dirección del Servicio de Salud de Magallanes
- Oficina de partes

DISTRIBUCIÓN DIGITAL:

- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
- Subdirección de Enfermería
- Subdirección de Operaciones
- Departamento de Control de Gestión de la Información
- Unidad Jurídica.
- Unidad de Auditoría

