



Subdirección de Gestión asistencial
Departamento de Asesoría Jurídica
NRS/ATV_SVM_AGR

RESOLUCION EXENTA Nº 5168

APRUEBA CONVENIO DE DESEMPEÑO ALTA DIRECCIÓN PÚBLICA DIRECTOR HOSPITAL CLINICO "DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA" DE PUNTA ARENAS, QUE REEMPLAZA EL CONVENIO APROBADO POR RES. EX. Nº 9025/23.10.2019 del SSM.

PUNTA ARENAS, 22 JUN 2020

VISTOS: estos antecedentes, Lo dispuesto en el DFL Nº 1/19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; el DFL Nº 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo; la Ley Nº 19.882, que Regula nueva política de personal a los funcionarios públicos, que indica; el Decreto Nº 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 5º del Título VI de la Ley 19.882; El DFL Nº 01/2006 del Ministerio de Salud, por el cual se fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469; El Decreto Supremo Nº140/2005 del Ministerio de Salud, el que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Las Resolución Exenta Nº06/2019 que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón en materias de personal; Resolución Exenta Nº 9025/23.10.2019 del Director del Servicio de Salud Magallanes, que aprueba convenio de ADP entre el Director del Hospital Clínico de Magallanes "Dr. Lautaro Navarro Avaria"; y en uso de las facultades que me confiere, Decreto Supremo del Minsal Nº14/2019, donde consta mi personería, y

CONSIDERANDO:

1º. Que, mediante Resolución Exenta RA Nº443/1991/2019, el Director del Servicio de Salud Magallanes sancionó el nombramiento de don Ricardo Antonio Contreras Faúndez en el cargo de Director del Hospital Clínico "Dr. Lautaro Navarro Avaria" de Punta Arenas, II Nivel Jerárquico, grado 4º E.U.S., de la Planta Directiva del Servicio de Salud, a contar del día 12 de agosto de 2019 y hasta el 12 de agosto de 2022, ambas fechas inclusive.

2º. Que, conforme lo establece el artículo sexagésimo primero de la Ley Nº 19.882, se suscribió entre don Ricardo Antonio Contreras Faúndez y Don Nelson Reyes Silva, Director del Servicio de Salud Magallanes, el Convenio de Desempeño del Alto Directivo Público para el trienio 2019-2022.

3º. Que, producto del cambio de la modalidad de financiamiento para el Hospital Clínico de Magallanes, reemplazándose la modalidad Pago por Prestaciones Valoradas, por el Sistema Grupo Relacionado Diagnóstico -GRD, se eliminó el Indicador "1.2 Porcentaje de prestaciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas según lo programado de prestaciones trazadoras de tratamiento GES en Contrato PPV para el año t"; por el cambio en el nombre y medición de un indicador 2.2, antes "Variación de porcentaje de pacientes que esperaban más de 12 horas en UEH para acceder una cama de dotación, ahora "Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas"; y la incorporación de un nuevo indicador, el "Indicador 6.1 Porcentaje de la Actualización del Plan de gestión de riesgo en emergencias, desastres y epidemias, que incorpore los aspectos operativos de la respuesta epidemiológica, como también los actores relevantes, estrategias de preparación y mecanismos de actualización", se hace necesario actualizar el instrumento individualizado en el considerando precedente.

4º. Que, en atención a lo expuesto se requiere aprobar mediante la dictación del presente Acto Administrativo el nuevo texto del convenio

5º. Que, contando con la conformidad del suscrito, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **REEMPLAZASE** el Convenio de Desempeño de Alta Dirección Pública, suscrito en conformidad a las disposiciones de la Ley N° 19.882, del Director del Hospital Clínico “Dr. Lautaro Navarro Avaria” de Punta Arenas, don Ricardo Antonio Contreras Faúndez, para el período comprendido entre el 12 de agosto 2019 y el 12 de agosto 2022, suscrito con fecha 23 de octubre 2019, por el texto que a continuación se transcribe:

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre:	RICARDO ANTONIO CONTRERAS FAÚNDEZ
Cargo:	DIRECTOR HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES “Dr. Lautaro Navarro Avaria”
Institución:	SERVICIO DE SALUD MAGALLANES
Fecha nombramiento:	12 de agosto 2019
Dependencia directa del cargo:	Director Servicio de Salud Magallanes
Período de desempeño del cargo:	Del 12 de agosto 2019 al 12 de agosto 2022

Fecha evaluación 1er año de gestión:	12/08/2020
Fecha evaluación 2do año de gestión:	12/08/2021
Fecha evaluación final:	12/08/2022

Objetivo N° 1: Garantizar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, optimizando sus procesos clínicos y resultados, para la solución de los problemas de salud de la población a cargo.

Ponderación: 10%

Ind. N°	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
1.1	Porcentaje de casos GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.	$\frac{(G. Cumplidas + G. Exceptuadas + G. Incumplidas Atendidas)}{G. Cumplidas + G. Exceptuadas + G. Incumplidas Atendidas + G. Incumplidas No Atendidas + G. Retrasadas} * 100$	100% ¹	100%	100%	- Reporte FONASA basado en el sistema SIGGES validado por el Servicio de Salud en cuanto a lo cuantitativo. - Informe cualitativo del HCM. - Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

8

¹ En caso de que el resultado del indicador sea menor a 100%, el cumplimiento ponderado del Indicador es igual a 0%, sin embargo, se pondrá ponderar a 100% con un resultado mayor o igual a un 99,5% (ver abla de sensibilidad para determinar cumplimiento en Anexo).

Objetivo N° 2: Mejorar la gestión Hospitalaria y optimizar procesos clínicos asistenciales, facilitando el acceso y la oportunidad de la atención con satisfacción usuaria.

Ponderación: 30 %

Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta ² /Ponderador Año 1	Meta/Ponderador Año 2	Meta/Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
2.1	Disminución del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas ³ , línea según base ⁴ .	$\left[\left(\frac{\text{Promedio de días de espera en el total de las intervenciones quirúrgicas}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas}} \right) - \left(\frac{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas}}{\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas}} \right) \times 100 \right]$	La meta Año 1 dependerá del porcentaje de la variación entre el promedio de Lista de Espera Quirúrgica nacional y el promedio de días de espera en Lista de Espera Quirúrgica del HCM, de acuerdo con los resultados del año anterior, que se considerarán como su Línea de Base.	La meta Año 2 dependerá del porcentaje de la variación entre el promedio de Lista de Espera Quirúrgica nacional y el promedio de días de espera en Lista de Espera Quirúrgica del HCM, de acuerdo con los resultados del año anterior, que se considerarán como su Línea de Base.	La meta Año 3 dependerá del porcentaje de la variación entre el promedio de Lista de Espera Quirúrgica nacional y el promedio de días de espera en Lista de Espera Quirúrgica del HCM, de acuerdo con los resultados del año anterior, que se considerarán como su Línea de Base.	- Reporte del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), validados por DIGERA para el análisis cuantitativo - Carpeta Compartida (Postergaciones) - Informe HCM, análisis cualitativo Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

² El porcentaje de reducción (meta anual) estará determinado para cada año del convenio, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de Lista de Espera Quirúrgica nacional y el promedio de días de espera en Lista de Espera Quirúrgica del HCM, de acuerdo con los resultados del año anterior que se considerarán como su Línea de Base.

³ Considera Intervenciones Quirúrgicas Electivas Mayores y Menores que realiza el HCM, según su cartera de servicios vigente.

⁴ Para establecer la línea base se debe determinar el cálculo del promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas del mes de julio 2019 del Establecimiento. Si a julio 2019, el Hospital presenta un promedio de días de espera mayor al promedio nacional, la meta para el establecimiento es reducir, para lo cual se le asignará una meta de reducción. En cambio, si a julio 2019, el Hospital presenta un promedio de días de espera menor al promedio nacional, la meta para el establecimiento es mantener o no aumentar en más de 5% sobre dicha línea base.

Año 1: Fórmula de cálculo utilizará LB a julio 2019.

Año 2: Fórmula de cálculo utilizará LB a julio 2020.

Año 3: Fórmula de cálculo utilizará LB a julio 2021.

Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
2.2	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	$\left(\frac{\text{Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH } T < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en el periodo } t}{\text{Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo } t} \right) \times 100$	$X \geq 99,0\%$ 10%	$X \geq 99,0\%$ 10%	$X \geq 99,0\%$ 10%	Reporte DEIS, REM A08 Sección D. La ruta es la siguiente: REM (2020) A08 Sección D. [Celdas C91/(C91+C92+C93+C96)]*100 Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

7

Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/Ponderador Año 1	Meta/Ponderador Año 2	Meta/Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
2.3	Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.	$\left(\frac{\text{Nº de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el periodo}}{\text{Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}} \right) \times 100.$	$\leq 7\%$ al cierre de evaluación del periodo 10%	$\leq 7\%$ al cierre de evaluación del periodo 10%	$\leq 7\%$ al cierre de evaluación del periodo 10%	- Fuente DEIS. REM A21, Sección F. - Informe que incluya análisis de causas de suspensión por especialidad quirúrgica trazadora, elaborado por la Subdirección Médica, en aquellas especialidades con resultados de suspensión mayores a 7%. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo. Indicador sujeto a cambios de OOTT cada año en base a lo establecido en el instrumento de gestión BSC EAR.

2

Objetivo N° 3: Mejorar la gestión financiera operacional, cautelando el equilibrio financiero y la reducción de la deuda, para la eficiente gestión del uso de los recursos públicos asignados al hospital.							
Ponderación: 20%							
Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
3.1	Mantener la concentración de la Deuda ⁵ . bajo los 45 días	(Monto deuda sobre 45 días Subtítulo 22 en el periodo t / (Monto deuda total Subtítulo 22 en el periodo t) x 100	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45%	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45%	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45%	- SIGFE y Anexo III Deuda. - Informe cualitativo emitido por Subdirección de Recursos Físicos y Financieros. - Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

9

⁵ Sólo Subtítulo 22. Se excluyen: Deuda pagada directamente por Tesorería General de la República e Intermediaciones pagadas nivel Ministerial.

Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/Ponderador Año 1		Meta/Ponderador Año 2		Meta/Ponderador Año 3		Medios de Verificación	Supuestos
3.2	Porcentaje de compras vía licitación L1 y trato directo.	$\left[\left(\frac{\text{Número de licitaciones L1 en el período}}{\text{Total de licitaciones en el período}} \times 0,5 \right) + \left(\frac{\text{Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el período}}{\text{Total de órdenes de compra en el período}} \times 0,5 \right) \right] \times 100$	$\leq 15\%$	10%	$\leq 15\%$	10%	$\leq 15\%$	10%	- Portal Datos Abiertos de Mercado Público. - Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	- Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

8

Objetivo N° 4: Fortalecer la Calidad de Vida Laboral a través de la ejecución de Programas de trabajo locales diseñados con enfoque participativo y que incorporan acciones destinadas a lograr mejores grados de satisfacción, bienestar físico, psicológico y social por parte de funcionarios y funcionarias en su labor y en su entorno de trabajo.

Ponderación: 10%							
Ind. No	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 de las actividades del Programa de Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, conciliación/cuidados infantiles y buen trato laboral.	(N° de actividades efectuadas del programa de Calidad de Vida Laboral en cada uno de los ámbitos evaluados/ total de actividades del plan) x 100	100%	10%	100%	Año1: Informe de la Ejecución Anual. Año2: Informe de Ejecución Anual. Año 3: Informe de Ejecución Anual. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

Objetivo N° 5: Fortalecer la integración del Hospital Clínico Magallanes con los establecimientos de la red, para mejorar la coordinación y articulación de ésta, en beneficio de nuestros usuarios.

Ponderación: 20%							
Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
5.1	Porcentaje de actividades HCM en Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA.	(Número de actividades ejecutadas año t/ Número total de actividades programadas y no programadas por año t) x 100	100% 10%	100% 10%	100% 10%	- Resolución de Conformación del CIRA - Calendario de reuniones CIRA. - Actas CIRA - Listas de asistencia CIRA. - Informes de ejecución de actividades. - PPT de las presentaciones realizadas en el CIRA. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.
5.2	Porcentaje de ejecución del Programa de Rondas Médicas y consultorías de especialidades.	(Número de actividades ejecutadas en el año t / Número total de actividades programadas en el año t) x 100	100% entrega programa 2019-2020. 90% ejecución actividades	100% entrega programa 2020-2021. 90% ejecución actividades	100% entrega programa 2021-2022. 90% ejecución actividades	- Programa anual con calendarización, validado por referente de SS. - Informe de ejecución según programa. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la DGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

8

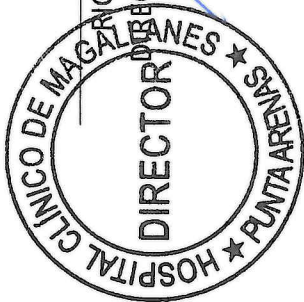
Objetivo N° 6: Fortalecer la gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias.								
Ponderación: 10%								
Ind. No	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/Ponderador Año 1	Meta/Ponderador Año 2	Meta/Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos	
6.1	Porcentaje de avance de la Actualización del Plan de gestión de riesgo en emergencias, desastres y epidemias, que incorpore los aspectos operativos de la respuesta como actores epidemiológica, también los actores relevantes; estrategias de preparación y mecanismos de actualización.	$\left(\frac{\text{Nº de actividades realizadas del Plan de gestión de riesgo en emergencias, desastres y epidemias en el año t}}{\text{Nº de actividades programadas del Plan de gestión de riesgo en emergencias, desastres y epidemias en el año t}} \right) \times 100^6$	100%	10%	100%	10%	Resolución de Plan de Gestión de Riesgo en Emergencias, desastres y Epidemias, del HCM. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se mantienen las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

2

⁶ Actividades por año:
Año 1: Plan actualizado en respuesta epidemiológica.
Año 2 y 3: Plan actualizado en todos los ámbitos.



NELSON HERNÁN REYES SILVA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES



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

Punta Arenas, Junio 2020.-
NRS/CN/KUS.

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



II. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre:	RICARDO ANTONIO CONTRERAS FAÚNDEZ
Cargo:	DIRECTOR HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES "Dr. Lautaro Navarro Avaria"
Institución:	SERVICIO DE SALUD MAGALLANES
Fecha nombramiento:	12 de agosto 2019
Dependencia directa del cargo:	Director Servicio de Salud Magallanes
Período de desempeño del cargo:	Del 12 de agosto 2019 al 12 de agosto 2022

Fecha evaluación 1er año de gestión:	12/08/2020
Fecha evaluación 2do año de gestión:	12/08/2021
Fecha evaluación final:	12/08/2022

II. ESPECIFICACIONES AL CONTENIDO DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Nombre del Indicador:		Alcances											
1.1	Porcentaje de casos con GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.												
	(G. Cumplidas + G. Exceptuadas + G. Incumplidas Atendidas) / (G. Cumplidas + G. Exceptuadas + G. Incumplidas Atendidas + G. Incumplidas No Atendidas + G Retrasadas) * 100 Fórmula de Cálculo	Este indicador mide la gestión para el cumplimiento de las garantías GES que establece el decreto vigente en el periodo a evaluar, incluyendo en su construcción tanto la garantía de oportunidad y de acceso. Se consideran como cumplidas las garantías atendidas dentro (Cumplidas) o fuera del plazo garantizado (incumplidas Atendidas), incluyendo las garantías exceptuadas que establece la Superintendencia de Salud. Lo anterior, en el periodo de evaluación correspondiente al convenio de desempeño respectivo. Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la resolución deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias. Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados. Obtener un porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad y de acceso GES igual a 100% según en el decreto vigente, en periodo correspondiente a la evaluación del Convenio de Desempeño. No obstante, el cumplimiento igual o superior a 99,5% se ponderará a 100%. El cálculo de cumplimiento se presenta en la tabla adjunta.											
Metas	Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	<table><tr><th>Indicador</th><th>Ponderación Meta</th><th>Cumplimiento GO GES</th><th>Cumplimiento Indicador</th></tr><tr><td rowspan="2">1.1</td><td rowspan="2">10%</td><td>X ≥ 95,5 %</td><td>100%</td></tr><tr><td>X ≤ 95,5 %</td><td>0%</td></tr></table>		Indicador	Ponderación Meta	Cumplimiento GO GES	Cumplimiento Indicador	1.1	10%	X ≥ 95,5 %	100%	X ≤ 95,5 %	0%
Indicador	Ponderación Meta	Cumplimiento GO GES	Cumplimiento Indicador										
1.1	10%	X ≥ 95,5 %	100%										
		X ≤ 95,5 %	0%										

Glosario de Términos:

- Cumplidas: En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.
- Exceptuadas: podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Circular IF N°248 del 27 julio 2015 y Circular IF N°288 del 06 de julio 2017 de la Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.
- Incumplidas Atendidas: es aquella garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES.
- Incumplidas no Atendidas: El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente.
- Retrasadas: Corresponde a aquellas en que se ha superado el tiempo garantizado y en las cuales no se evidencia en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

Se destaca además, que se incluirán todas las Garantías que están definidas en los decretos vigentes según el período de evaluación. Para el universo de Garantías a considerar, el criterio es incluir todas aquellas que estén bajo la responsabilidad del establecimiento. En este contexto, si es una Garantía que gatilla el HCM a otra red, el que debe cumplir es el otro Servicio, puesto que es el que está definido como el responsable de la Garantía como tal, de igual manera ocurre con aquellas garantías asignadas al HCM desde otras redes.

- Reporte SIGGES - FONASA basado en el sistema SIGGES validado por el HCM, en cuanto a lo cuantitativo. Toda observación será comprobada en SIGGES para su aprobación.

- Informe cualitativo del HCM.

Medios de Verificación

- Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM , como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).

Supuestos

Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

Nombre del Indicador:

2.1
Disminución del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base

La meta para cada año del convenio, dependerá del porcentaje de la variación entre el promedio de Lista de Espera Quirúrgica nacional y el promedio de días de espera en Lista de Espera Quirúrgica del HCM, de acuerdo con los resultados del año anterior, que se considerarán como su Línea de Base.

Metas

Alcances

Este indicador mide la reducción del promedio de días de espera para una intervención quirúrgica (tiempo que espera el usuario), según la demanda asociada al establecimiento, de acuerdo con el Sistema de Registro Nacional de Listas de Espera vigente. En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades y tipo de Intervenciones Quirúrgicas, mayores y menores, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente, excluyendo los pacientes con causal 3 que cumplan el criterio de haber sido asignada en un tiempo menor a 182 días y validados para ser excluidos. Se excluirán, asimismo, las postergaciones vigentes (considerando vigente al tiempo acordado entre el usuario y el establecimiento al momento del corte), formulario publicado en carpeta compartida de Lista de Espera con la completitud del conjunto mínimo de datos.

Determinación Líneas Bases Anuales

En cada año de gestión evaluado, se debe actualizar la línea base país y del Servicio de Salud, para los cálculos de variación porcentual del promedio de días de espera y metas de reducción respectivas. Año 1: Fórmula de cálculo utilizará LB a julio 2019.

Año 2: Fórmula de cálculo utilizará LB a julio 2020.

Año 3: Fórmula de cálculo utilizará LB a julio 2021.

El porcentaje de reducción estará determinado para el establecimiento, acorde al rango de porcentaje de la variación entre el promedio de Lista de Espera Quirúrgica nacional y el promedio de días de espera en Lista de Espera Quirúrgica del HCM, de acuerdo con los resultados del año anterior, que se considerarán como su Línea de Base.

Tabla N°1

Resultado Rango de Variación entre Promedio Servicio de Salud (año t-1) y Promedio País (año t-1)	Meta de reducción de línea base
≤ -2,0%	0,0% (Tabla N°2)
[-2,0% < X ≤ 5,0%]	≥ 1,0%
[5,0% < X ≤ 25,0%]	≥ 5,0%
[25,0% < X ≤ 50,0%]	≥ 8,0%
[50,0% < X < 100,0%]	≥ 10,0%
≥ 100,0%	≥ 15,0%

Para la evaluación del Año 1 la línea base a Julio 2019 es de (300 - 322) / 300 = - 6,8 %. Por tanto, Al aplicar la tabla N°, la meta de reducción para año 1 es de 0,0 %.

Fórmula de Cálculo

1. Si al HCM le aplica meta de mantención del promedio de días de espera igual o inferior al promedio obtenido en el año t-1.

$$\text{Rango de Variación} = \left[\frac{(\text{Prom. Días Espera HCM, Año t}) - (\text{Prom. Días Espera HCM, Año t - 1})}{(\text{Prom. Días de Espera HCM, Año t - 1})} \right] \times 100$$

2. Si al HCM le aplica meta de Reducción del promedio de días de espera entre un 1% a un 15%, según su rango porcentual de variación obtenido.

$$\text{Variación Porcentual Días de Espera} = - \left[\frac{(\text{Prom. Días Espera HCM, Año t}) - (\text{Prom. Días Espera HCM, Año t - 1})}{(\text{Prom. Días de Espera HCM, Año t - 1})} \right] \times 100$$

El cálculo de cumplimiento del indicador debe entregar un resultado ponderado entre un 0% y un 10%. Para tal efecto, se establecieron para ambas metas (mantención o reducción) sus fórmulas y tablas de puntaje según resultado.

1. Si al HCM le aplica meta de mantención del promedio de días de espera igual o inferior al promedio obtenido en el año t:

Si en la definición de su línea base, el HCM obtiene un rango porcentual de variación de ≤ -2%, su meta es obtener un promedio de días de espera menor o igual al promedio de días de espera obtenido en el año t-1. Si el promedio de días de espera obtenido en el año t es menor o igual al promedio obtenido en el año t-1, obtendrá el puntaje máximo de la evaluación. En caso de que el promedio de días de espera del Servicio de Salud sobrepase a su promedio obtenido en el año t-1, no obtendrá puntaje en la evaluación del indicador.

Tabla N°2: Cálculo de cumplimiento ponderado, para Servicios de Salud con meta de mantención del promedio de días de espera igual o inferior al promedio obtenido en el año t-1.

Tabla N° 2

Porcentaje de Mantención o Incremento Obtenido	Resultado Ponderado del Indicador
X > 10,0%	0,00%
[8,0% < X ≤ 10,0%]	2,50%
[6,0% < X ≤ 8,0%]	5,00%
[4,0% < X ≤ 6,0%]	7,50%
[0,0% < X ≤ 4,0%]	10,00%

2. Si al HCM le aplica meta de Reducción del promedio de días de espera entre un 1% a un 15%, según su rango porcentual de variación obtenido.

Si en la definición de su línea base, el HCM obtiene un rango porcentual de variación de > -2%, su meta de meta de reducción es obtener un promedio de días de espera entre un 1% a un 15% inferior en relación a su promedio obtenido en el año t-1, se debe calcular en primera instancia la variación porcentual de días de espera y luego, se aplica la fórmula de cumplimiento.

Una vez calculado el, aplicamos la siguiente fórmula para el cumplimiento final:

Porcentaje de Cumplimiento

$$= \left[\frac{(\text{Variación Porcentual Días de Espera Serv. de Salud})}{(\text{Meta de Reducción del Servicio de Salud})} \right] \times 100$$

Por último, una vez obtenido el resultado de cumplimiento para el año de evaluación, se debe establecer el ponderador final de cumplimiento del indicador, el cual se encuentra en la Tabla N°3:

Tabla N° 3

Porcentaje de Reducción Obtenido	Resultado Ponderado del Indicador
X < 50,0%	0,00%
[50,0% ≤ X < 70,0%]	2,50%
[70,0% ≤ X < 87,5%]	5,00%
[87,5% ≤ X < 100,0%]	7,50%
X ≥ 100,0%	10,00%

Glosario de Términos:

- Intervenciones Quirúrgicas (IQ): Son aquellos que corresponden a la actividad terapéutica, que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico. (Incluye IQ mayores y menores de todos los establecimientos que componen la red del Servicio de Salud)
- Fecha de Entrada a Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas Electivas: La entrada al registro de espera, corresponde a la fecha de indicación de cirugía, realizada por el médico especialista quirúrgico (sin perjuicio de las excepciones que existan dentro de las redes locales al respecto) después de concluidos los estudios diagnósticos que fundamentan la Intervención Quirúrgica.
- Lista de Espera: Es el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, de consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica, procedimiento en atención especializada e intervención quirúrgica programada, por un profesional autorizado por la red, teniendo documentada tal solicitud en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar, a todas las personas, aun cuando la atención

- Reporte del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), validados por DIGERA para el análisis cuantitativo
- Carpeta Compartida (Postergaciones)
- Informe HCM, análisis cualitativo

Medios de Verificación

Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).

		requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento en referencia, en cuyo caso el gestor de la red, debe resolver a través de la oferta de su red y otras redes.
		- El tiempo de espera por atención, se refiere a la oportunidad con la cual las personas en espera, reciben la Intervención Quirúrgica. Es necesario que el método de registro y la formulación de estrategias para resolver los tiempos de espera de atenciones, incorpore un cambio significativo, desde un enfoque centrado en el "número de usuarios en espera" a "tiempos de espera individuales". Y se considera desde la fecha de entrada registrada en SIGTE a la fecha del corte.

Supuestos Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

Nombre del Indicador:		Alcances
2.2		
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.		
Fórmula de Cálculo		
(Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH T' < 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo t / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo t) x 100		Este indicador mide el Porcentaje de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a cama de dotación en menos de 12 horas, en el período a evaluar. (anual) En los casos que existan camas en la UEH y que esta atención sea realizada por personal de la urgencia no se deben considerar como acceso a cama de dotación, no obstante, se considerará en el denominador los pacientes que permanecieron en la UEH y que nunca accedieron a una cama de dotación. Se excluyen pacientes que ingresan directamente a proceso quirúrgico Aplica a establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adultas y/o pediátricas (se excluye hospitalización obstétrica). Frecuencia de medición: anual.
Metas		
Mantener el 99 % de hospitalización antes de las 12 horas.		

	Reporte DEIS, REM A08 Sección D.
Medios de Verificación	La ruta es la siguiente: REM (2020) A08 Sección D. [Celdas C91/ (C91+C92+C93+C96)]*100 Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.

Nombre del Indicador:		Alcances																	
2.3 Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.		Este indicador mide el porcentaje de las intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas de todas las especialidades quirúrgicas en el periodo, respecto del total de intervenciones quirúrgicas electivas, programadas en la tabla quirúrgica para el mismo periodo. Cabe señalar, que este indicador se focaliza en la persona y no solamente en el uso del pabellón, es decir, si una persona es reemplazada por otra ya estando programada en la tabla quirúrgica difundida, igual se debe considerar como una suspensión. El horario de medición es el institucional y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica. No se consideran como suspensiones los pacientes que son incorporados como condicionales a la tabla quirúrgica. Frecuencia de medición: anual.																	
Fórmula de Cálculo		La suspensión de un acto quirúrgico programado, afecta la calidad de la atención y en consecuencia impacta la satisfacción usuaria. En muchas circunstancias, las suspensiones quirúrgicas obedecen a causas donde el establecimiento puede intervenir para su disminución, como coordinaciones ineficientes con las unidades de apoyo, falta de chequeo preoperatorio, fallas en el proceso interno de coordinación de pabellón con los equipos quirúrgicos y ausentismos de pacientes, entre otras.																	
Metas		<table><tr><th>Indicador</th><th>Poderación</th><th>Porcentaje cumplimiento</th><th>Porcentaje Cumplimiento Asignado</th></tr><tr><td rowspan="5">2.3</td><td rowspan="5">10%</td><td>X ≤ 7%</td><td>100,0%</td></tr><tr><td>7% < X ≤ 8%</td><td>75,0%</td></tr><tr><td>8% < X ≤ 9%</td><td>50,0%</td></tr><tr><td>9% < X ≤ 10%</td><td>25,0%</td></tr><tr><td>X > 10%</td><td>0.00%</td></tr></table>		Indicador	Poderación	Porcentaje cumplimiento	Porcentaje Cumplimiento Asignado	2.3	10%	X ≤ 7%	100,0%	7% < X ≤ 8%	75,0%	8% < X ≤ 9%	50,0%	9% < X ≤ 10%	25,0%	X > 10%	0.00%
Indicador	Poderación	Porcentaje cumplimiento	Porcentaje Cumplimiento Asignado																
2.3	10%	X ≤ 7%	100,0%																
		7% < X ≤ 8%	75,0%																
		8% < X ≤ 9%	50,0%																
		9% < X ≤ 10%	25,0%																
		X > 10%	0.00%																

	Fuente DEIS. REM A21, Sección F.
Medios de Verificación	Informe que incluya análisis de causas de suspensión por especialidad quirúrgica trazadora, elaborado por la Subdirección Médica, en aquellas especialidades con resultados de suspensión mayores a 7%. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).
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. - Indicador sujeto a cambios de OOTT cada año en base a lo establecido en el instrumento de gestión BSC EAR.

Nombre del Indicador:		Alcances																	
3.1 Mantener la concentración de la Deuda bajo los 45 días.																			
Fórmula de Cálculo	(Monto deuda sobre 45 días Subtítulo 22 en el periodo t / (Monto deuda total Subtítulo 22 en el periodo t) x 100	Este indicador mide cuánto de la deuda total en bienes y servicios de consumo se concentra sobre 45 días. Para efectos de este indicador se entenderá por deuda, aquellas cuentas por pagar que se encuentran asociadas sólo al subtítulo 22. Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.																	
		Frecuencia de medición: anual																	
		La disminución de la deuda, mejora la imagen corporativa de la organización y permite obtener mejores precios en los procesos de negociación con sus proveedores, mejorando sus condiciones para enfrentar cualquier contingencia que implique utilización de recursos financieros, especialmente en casos relacionados con la atención clínica que corresponde a la operación principal de este rubro.																	
Metas	Año 1: Monto de la deuda sobre 45 días <= 45% de la deuda total Subtítulo 22. Año 2: Monto de la deuda sobre 45 días <= 45% de la deuda total Subtítulo 22. Año 3: Monto de la deuda sobre 45 días <= 45% de la deuda total Subtítulo 22.	<table><tr><th>Indicador</th><th>Poderación</th><th>Porcentaje resultado indicador</th><th>Porcentaje Cumplimiento Asignado</th></tr><tr><td rowspan="5">3.1</td><td rowspan="5">10%</td><td>X ≤ 45%</td><td>100,0%</td></tr><tr><td>45% < X ≤ 50%</td><td>75,0%</td></tr><tr><td>50% < X ≤ 55%</td><td>50,0%</td></tr><tr><td>55% < X ≤ 60%</td><td>25,0%</td></tr><tr><td>X > 60%</td><td>0,00%</td></tr></table>		Indicador	Poderación	Porcentaje resultado indicador	Porcentaje Cumplimiento Asignado	3.1	10%	X ≤ 45%	100,0%	45% < X ≤ 50%	75,0%	50% < X ≤ 55%	50,0%	55% < X ≤ 60%	25,0%	X > 60%	0,00%
Indicador	Poderación	Porcentaje resultado indicador	Porcentaje Cumplimiento Asignado																
3.1	10%	X ≤ 45%	100,0%																
		45% < X ≤ 50%	75,0%																
		50% < X ≤ 55%	50,0%																
		55% < X ≤ 60%	25,0%																
		X > 60%	0,00%																

	- SIGFE y Anexo III Deuda.	
Medios de Verificación	- Informe cualitativo emitido por Subdirección Administrativa del HCM.	Parámetros: Numerador: Monto deuda mayor a 45 días total acumulada en el período n. Denominador: Monto deuda total acumulada en el período n.
	- Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Se excluyen: Deuda pagada directamente por Tesorería General de la República e Intermediaciones pagadas nivel Ministerial.
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:		Alcances																			
3.2	Porcentaje de compras vía licitación tipo L1 y trato directo.																				
Fórmula de Cálculo	[[((Número de licitaciones L1 en el período/Total de licitaciones en el período) x 0,5) + ((Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el período/Total de órdenes de compra en el período) x 0,5)] x 100	Este es un indicador compuesto que mide tanto el porcentaje de licitaciones públicas del denominado "Tipo L1" (Art. 19 bis del Decreto 250 Ley 19.886) que contratan montos iguales o inferiores a 100 UTM, por sobre el monto total de licitaciones que se efectúen en el período y el porcentaje de órdenes de compras que se emiten y efectúan por trato directo (Art. 10 del mismo decreto anterior), por sobre el total de órdenes de compra emitidas en el mismo período. Frecuencia de medición: anual.																			
Metas	Año 1: ≤ 15%. Año 2: ≤ 15%. Año 3: ≤ 15%	Al elaborar un plan o programación de compras y realizar procesos agregados de éstas, se mejora la gestión, generando economías de escala con las que se obtienen condiciones más ventajosas en términos de oportunidad, calidad, precio y garantía. Se estima que el nivel de desagregación de compras vía licitaciones menores del tipo L1 y las que corresponden a trato directo, no deberían ser superiores al 20%, de acuerdo con la composición de este indicador. <table><tr><th>Indicador</th><th>Poderación</th><th>Porcentaje resultado indicador</th><th>Porcentaje Cumplimiento Asignado</th></tr><tr><td rowspan="4">3.2</td><td rowspan="4">10%</td><td>X ≤ 15%</td><td>100,0%</td></tr><tr><td>15% < X ≤ 25%</td><td>75,0%</td></tr><tr><td>25% < X ≤ 35%</td><td>50,0%</td></tr><tr><td>35% < X ≤ 45%</td><td>25,0%</td></tr><tr><td></td><td></td><td>X > 45%</td><td>0,00%</td></tr></table>		Indicador	Poderación	Porcentaje resultado indicador	Porcentaje Cumplimiento Asignado	3.2	10%	X ≤ 15%	100,0%	15% < X ≤ 25%	75,0%	25% < X ≤ 35%	50,0%	35% < X ≤ 45%	25,0%			X > 45%	0,00%
Indicador	Poderación	Porcentaje resultado indicador	Porcentaje Cumplimiento Asignado																		
3.2	10%	X ≤ 15%	100,0%																		
		15% < X ≤ 25%	75,0%																		
		25% < X ≤ 35%	50,0%																		
		35% < X ≤ 45%	25,0%																		
		X > 45%	0,00%																		

	Portal Datos Abiertos de Mercado Público.	
Medios de Verificación	Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	Parámetros: P1: Número de licitaciones L1 en el período P2: Total de licitaciones en el período P1: Número de órdenes de compras vía Trato Directo en el período P2: Total de órdenes de compra en el período
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:		Alcances
4.1 Porcentaje de Cumplimiento de las actividades del Programa de Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, conciliación/cuidados infantiles y buen trato laboral.		
Fórmula de Cálculo	(N° de actividades efectuadas del programa de Calidad de Vida Laboral en cada uno de los ámbitos evaluados/ total de actividades del plan) x 100	Ejecutar actividades correspondientes al HCM, relativas al plan de trabajo en Calidad de Vida Laboral del Servicio de Salud Magallanes, en los ámbitos de salud del personal, cuidados infantiles y buen trato laboral, con el propósito de mejorar y potenciar la calidad de vida laboral de sus funcionarios, con la participación de actores relevantes: directivos superiores e intermedios, representantes gremiales; referentes de calidad de vida, de relaciones laborales, de participación ciudadana, de capacitación y funcionarios/as.
		Frecuencia de medición: anual.
		Son parte integra del convenio, el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud Magallanes y su respectiva resolución. Cada año, el HCM debe ejecutar actividades mínimas del Plan de Calidad de Vida Laboral, en los ámbitos de salud del personal, cuidados infantiles y buen trato laboral. De existir otras actividades realizadas por el HCM asociadas a esos ámbitos, no contempladas en el Plan del Servicio, deben ser reportadas en el informe anual.
Metas	Año 1: 100 % de las actividades comprometidas relativas al HCM	El HCM debe, considerar las siguientes actividades para el mejor desempeño de esta meta: - Conformación de equipo de trabajo para el seguimiento y monitoreo del plan, que considere la participación de actores relevantes para la temática: directivos superiores e intermedios, actores gremiales, referentes de calidad de vida, participación, género, capacitación, de acuerdo a realidad local.
	Año 2: 100% de las actividades comprometidas relativas al HCM. Año 3: 100% de las actividades comprometidas relativas al HCM. Ejecución de las actividades del ámbito de salud del personal, ámbito de conciliación/cuidados infantiles y del buen trato laboral, incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud	- Difusión del plan: debe ser realizada entre los diferentes actores del HCM: Autoridades, gremios y funcionarios en general y a través de los diversos medios disponibles: correos masivos; reuniones; folletos; diarios murales, etc., de acuerdo a la realidad local, considerando la difusión y socialización de los avances de las actividades contenidas en el plan. - Reuniones del equipo de trabajo: Se espera que el equipo de trabajo conformado se reúna con una periodicidad al menos bimensual, a partir del año 2, para efectos de supervisar y monitorear el desarrollo de las actividades contenidas en el plan de Calidad de Vida Laboral, dejando constancia en actas de sus reuniones.

	</
--	---

Nombre del Indicador:		Alcances
5.1 Porcentaje de actividades del HCM la Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA.		
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades ejecutadas año t/ Número total de actividades programadas y no programadas por año t) x 100	Este indicador busca aumentar la coordinación y articulación de los equipos de la red asistencial, específicamente propiciar la integración del HCM a la Red del Servicio de Salud Magallanes. Este indicador mide el cumplimiento de la integración del HCM a la Red del Servicio de Salud respectivo, a través de su integración y participación en los Comités del CIRA pertinentes. Requisitos: - HCM forma parte integrante el CIRA del SSM. - EAR incorporado a los comités del CIRA en al menos en un tema que sea pertinente a la gestión de la demanda de la red, validado a través de la participación del Director del EAR y/o el referente técnico asociado a la temática del Comité respectivo. - Presentación anual del avance del trabajo de la comisión que integra el EAR, a través de la exposición en CIRA.
Metas	Año 1: 100%. Año 2: 100%. Año 3: 100%.	Frecuencia de medición: anual. La coordinación con la red permite optimizar el uso de los recursos y otorga una mejor oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes y/o usuarios de cada red. La tabla de sensibilidad de este indicador, será proporcional al cumplimiento de la meta, para determinar su ponderación final en el total del convenio.
Medios de Verificación	- Resolución de Conformación del CIRA - Calendario de reuniones CIRA. - Actas CIRA - Listas de asistencia CIRA. - Informes de ejecución de actividades. - PPT de las presentaciones realizadas en el CIRA.	Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).
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:		Alcances																	
5.2 Porcentaje de ejecución del Programa de especialistas en Rondas Médicas y consultorías de especialidades.																			
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades ejecutadas en el año t / Número total de actividades programadas en el año t) x 100	El objetivo de este indicador es monitorear la oferta de horas médicas de especialidad destinada a la Atención Primaria y a los Hospitales Provinciales, a través de las estrategias de Rondas Médicas y/o Consultorías de especialidades. Frecuencia de medición: mensual en la ejecución del programa comprometido.																	
Metas	Año 1: 100% entrega programa 2019-2020. 90% ejecución actividades Año 1: 100% entrega programa 2020-2021. 90% ejecución actividades Año 1: 100% entrega programa 2021-2022. 90% ejecución actividades	<table><tr><th>Indicador</th><th>Poderación</th><th>Porcentaje resultado Ejecución de la Programación</th><th>Porcentaje Cumplimiento Asignado</th></tr><tr><td rowspan="5">5.2</td><td rowspan="5">10%</td><td>X ≥ 90,0%</td><td>100,0%</td></tr><tr><td>80% ≤ X < 90%</td><td>80,0%</td></tr><tr><td>70% ≤ X < 80%</td><td>60,0%</td></tr><tr><td>60% ≤ X < 70%</td><td>50,0%</td></tr><tr><td>X < 60%</td><td>0,00%</td></tr></table>		Indicador	Poderación	Porcentaje resultado Ejecución de la Programación	Porcentaje Cumplimiento Asignado	5.2	10%	X ≥ 90,0%	100,0%	80% ≤ X < 90%	80,0%	70% ≤ X < 80%	60,0%	60% ≤ X < 70%	50,0%	X < 60%	0,00%
Indicador	Poderación	Porcentaje resultado Ejecución de la Programación	Porcentaje Cumplimiento Asignado																
5.2	10%	X ≥ 90,0%	100,0%																
		80% ≤ X < 90%	80,0%																
		70% ≤ X < 80%	60,0%																
		60% ≤ X < 70%	50,0%																
		X < 60%	0,00%																
Medios de Verificación	- Formalización del Programa anual con calendarización. - Informe de ejecución según programa. Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la DGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).																		
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.																		

Nombre del Indicador:		Alcances
6.1. Actualizar Plan de gestión de riesgo en emergencias, desastres y epidemias, que incorpore los aspectos operativos de la respuesta epidemiológica, como también los actores relevantes; estrategias de preparación y mecanismos de actualización		
Fórmula de Cálculo	Año 1: Plan actualizado en respuesta epidemiológica. si/no	
	Año 1: Plan actualizado en todos los ámbitos. si/no	
	Año 1: Plan actualizado en todos los ámbitos. si/no	
Metas	Año 1: 100%	
	Año 1: 100%	
	Año 1: 100%	
Medios de Verificación	Resolución de Plan de Gestión de Riesgo en Emergencias, desastres y Epidemias, del HCM.	Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales, y no hay situaciones de casos fortuitos o fuerza mayor tales como: pandemias, alertas sanitarias, desastres naturales, estados de excepción u otros de otro tipo.	

2. De acuerdo a lo señalado en el Párrafo 5° “De los convenios de desempeño y su evaluación”, Título VI “Del Sistema de Alta Dirección Pública” de la Ley N° 19.882, durante el ejercicio anual de la gestión del Alto Directivo Público, éste deberá entregar a su Superior Jerárquico los informes de avances del Convenio de Desempeño suscrito, y será la jefatura a la que le corresponderá la evaluación parcial y definitiva del grado de cumplimiento de las metas y objetivos contenidos en dicho convenio.

3. Déjase establecido que el presente acto oficial no representa gasto alguno para las partes involucradas.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



NELSON HERNÁN REYES SILVA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

Distribución DIGITAL:

1. Director HCM
2. Departamento Alta Dirección Pública (MINSAL)
3. Servicio Civil - SICDE
4. Control de Gestión HCM
5. Control de Gestión SDGA
6. Asesoría Jurídica SSM
7. Oficina de Partes SSM (original papel)