



Subdirección de Gestión asistencial
Departamento de Asesoría Jurídica
NRS/ATM/ON

Hospital Clínico de Magallanes
Dr. Lautaro Navarro Avaria
24 OCT. 2019
Punta Arenas
Oficina de Partes

9025

RESOLUCION EXENTA N°

APRUEBA CONVENIO DE DESEMPEÑO ALTA DIRECCIÓN PÚBLICA DIRECTOR HOSPITAL CLÍNICO "DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA" DE PUNTA ARENAS.

PUNTA ARENAS, 23 Octubre 2019

VISTOS: estos antecedentes, 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 5º 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 Nros. 18.933 y 18.469; El Decreto Supremo N°140/2005 del Ministerio de Salud, el que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; 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, Decreto Supremo del Minsal N°14/2019, donde consta mi personería, y

CONSIDERANDO:

1º Que, mediante Resolución Exenta RA N°443/1991/2019, 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 N° 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, es necesario dictar el correspondiente acto administrativo que aprueba el Convenio de Desempeño antes singularizado.

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

RESOLUCIÓN

1 APRUÉBASE El Convenio de Desempeño de Alta Dirección Pública, suscrito en conformidad a las disposiciones de la Ley N° 19.882, entre 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:

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre:	RICARDO ANTONIO CONTRERAS FAÚNDEZ
Cargo:	DIRECTOR HOSPITAL CLINICO "Dr. Lautaro Navarro Avaria", de PUNTA ARENAS
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: 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
1.1	Porcentaje de casos cumplen garantías oportunidad en el año t.	(G. Cumplidas + G. Excepcionadas + G. Incumplidas Atendidas) / G. Cumplidas + G. Excepcionadas + G. Incumplidas Atendidas + G. Incumplidas No Atendidas + G Retrasadas) * 100	100% ¹	10%	100%	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<p>Se mantiene estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.</p>
1.2	Porcentaje de trazadoras de GES de otorgadas según lo programado de trazadoras de GES programadas en el tratamiento GES en contrato PPV para el año t.	(Número de prestaciones GES otorgadas dentro del año t / Total de prestaciones programadas de trazadoras de GES programadas en el año t)*100	100% ²	10%	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Reporte de actividades programadas/cumplidas mensual del HCM emitido y derivado por FONASA al SS, donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES. - 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). 	<p>Se mantiene estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.</p>

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 tabla de sensibilidad para determinar cumplimiento en Anexo).

² En caso de que el resultado del indicador sea menor a 100%, el cumplimiento ponderado será proporcional al resultado del indicador.

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/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
2.1	variación porcentual de número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base ³ .	[(Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas] x 100	Si reducción 0 mantenerse bajo el promedio de la LB, o no aumentar en un 5% sobre de dicha LB.	Si reducción 0 mantenerse bajo el promedio de la LB, o no aumentar en un 5% sobre de dicha LB.	Si reducción 0 mantenerse bajo el promedio de la LB, o no aumentar en un 5% sobre de dicha LB.	Reporte de Gestión de Tiempos Espera (SIGTE). Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGAV/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).	<p>Reporte del Sistema de Gestión de Tiempos Espera (SIGTE).</p> <p>- Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y naturales y de otro tipo.</p> <p>- Autoridad mantiene los lineamientos y prioridades de gestión.</p>

³ 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 un 5% sobre de 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	<p>Esperan más de 12 Horas en la UEH para Acceder a una Cama de hospitalización de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquello que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH , en periodo t-2) - Variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para Acceder a una Cama de hospitalización de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquello que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH Dotación⁴, en periodo t) / (Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquello que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2) } x 100</p>	$\{ \left(\frac{\text{(Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquello que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH , en periodo t-2) - Variación de porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para Acceder a una Cama de hospitalización de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquello que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH Dotación}^4, en periodo t) / (Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquello que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2) } \right) \times 100$	$\geq 5\%$	$\geq 5\%$	$\geq 5\%$	Reporte DEIS, REM A08 Sección D.	Se mantienen estables condiciones sanitario/ambientales y naturales y de otro tipo.

4

- Año 1 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2017.
- Año 2 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2018 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).
- Año 3 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2019 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).
- Año 2 y Año 3 puede variar su línea base dependiendo del resultado del año anterior.

Ind. Nº Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/Ponderador Año 1	Meta/Ponderador Año 2	Meta/Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla programadas en el periodo x 100.	$\frac{(\text{Nº de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el periodo} / \text{Nº de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla programadas en el periodo})}{\text{evaluación del periodo}} \times 100.$	<= 7% al cierre de evaluación del periodo	<= 7% al cierre de evaluación del periodo	<= 7% al cierre de evaluación del periodo	<p>Fuente DEIS, REM A21, Sección F.</p> <p>Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGASSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).</p> <ul style="list-style-type: none"> - No existe paro de funcionarios que afecte la posibilidad de gestionar reemplazos o suplencias frente a mínima oferta local de RRHH capacitado para trabajar en pabellones, fuera del sistema público. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

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. N°	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 bajo los 45 días. ⁵	(Monto deuda sobre 45 días Subítulo 22 en el periodo t / (Monto deuda total Subítulo 22 en el periodo t)) × 100	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45% ⁶	10%	10%	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45%	- SIGFE y Anexo III Deuda. - Informe cualitativo emitido por Subdirección de Recursos Fisicos 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).
3.2	Porcentaje de compras licitación L1 y directo.	[((Número de licitaciones L1 en el periodo/Total de licitaciones en el periodo) × 0,5) + ((Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el periodo/Total de órdenes de compra en el periodo) × 0,5)] × 100	≤ 15%	10%	≤ 15%	Portal Mercado Público.	Datos Abiertos de - Renitir 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).

⁵ Este indicador mide solo la deuda del Subítulo 22, lo ideal es concentrar toda la deuda bajo los 45 días.

- La deuda que paga Tesorería General corresponde al Subítulo 34, y los contables son realizados a nivel Ministerial.

- Los contables de programas Ministeriales (pagados en la Dirección SM), son montos mínimos, aún así, se excluyen de este indicador.

Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda del subítulo 22 tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.

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.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del Programa de Calidad de Vida Laboral en cada uno de los ámbitos evaluados/ total de actividades del plan) x 100	100%	10%	100%	Año2: Informe de Ejecución de actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR; Año 3: Informe de Ejecución de actividades del ámbito del buen trato laboral incluidas en el programa de calidad de vida laboral del Servicio de Salud.	Año1: Informe de la Ejecución de actividades del ámbito de salud del personal incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR;

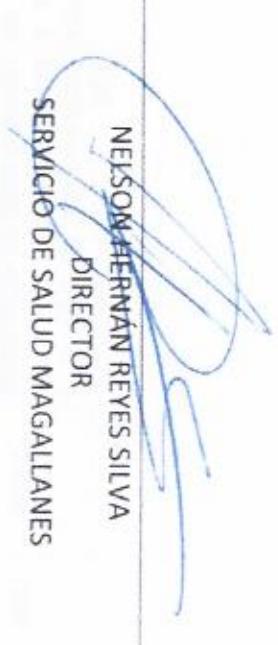
- Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM , como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).

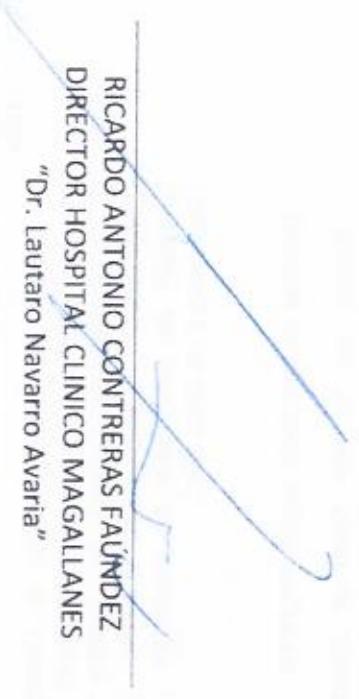
Objetivo N° 5: Fortalecer la integración del Hospital Clínico Magallanes con los establecimientos de la red, para mejorar la coordinación y articulación de ésta, en beneficio de nuestros usuarios.

Ponderación: 20%

Ind. N°	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 la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA.	(Número de actividades ejecutadas en año t / Número total de actividades programadas en año t) x 100	100%	10%	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Presentaciones CIRA. - Listas de asistencia CIRA. - Actas CIRA. - Informes de ejecución de actividades. - 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). 	<p>Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.</p>
5.2	Rondas Médicas Y consultorías de especialidades ⁷	Porcentaje de ejecución del Programa especialistas en Rondas Médicas Y consultorías de especialidades ⁷	90% ejecución según programa	10% ejecución según programa	90% ejecución según programa	<ul style="list-style-type: none"> - 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 SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año). 	<p>Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.</p>

⁷ Dentro de los primeros tres meses de cada año, el Director del establecimiento deberá formalizar un programa calendarizado de Rondas de especialidad a la red. Se entiende por actividades a las Rondas y/o consultorías programadas y ejecutadas.
Año 1: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2019.
Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2020.
Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2021.


NELSON HERNÁN REYES SILVA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES


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

Punta Arenas, Octubre 2019.-
NRS/CPNI/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:

1.1
Porcentaje de casos con GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.

Alcances

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 en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados.

Frecuencia de medición: mensual.

Obtener un porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad y de acceso GES igual a 100% según en el decreto vigente, en la red del Servicio de Salud en evaluación y en el periodo correspondiente a la evaluación del Convenio de Desempeño.

El cálculo de cumplimiento del indicador tiene carácter de dicotómico. De este modo, el cumplimiento ponderado de la meta alcanza un 10% si el resultado del indicador es igual 100%. En caso de que el resultado del indicador sea < 100%, el cumplimiento ponderado del indicador es igual a 0%, sin embargo, se podrá ponderar a 100% sobre un 99,5%.

Metas
Año 1: 100%
Año 2: 100%
Año 3: 100%

Indicador	Poderación	Cumplimiento del 95% de la programación al corte	Porcentaje Cumplimiento Asignado
1.1	10%	X ≥ 99,5% 99,1% ≤ X < 99,5% X < 99,1%	100,0% 50,0% 0,00%

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 Servicio de Salud a través de sus establecimientos de salud dependientes, es decir, por el responsable de la Garantía. En este contexto, si es una Garantía que gatilla el Servicio 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 Servicio de Salud desde otras redes.

Supuestos

Se mantiene estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

Nombre del 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.

Alcances

(Número de prestaciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas dentro del año t / N° de prestaciones trazadoras de tratamiento GES programadas en el contrato PPV para el año t) x 100.

Este indicador mide la gestión para el cumplimiento de las garantías GES que establece el contrato de prestaciones PPV vigente. Se consideran solo las prestaciones trazadoras de tratamiento GES (se excluyen las prestaciones del programa piloto AUGE y de Salud Mental).

Frecuencia de medición: mensual.

El porcentaje de cumplimiento de garantías otorgadas según programación PPV debiese ser igual a 100% según en el decreto vigente, en la Red del Servicio de Salud, en evaluación y en el periodo correspondiente a la evaluación del Convenio de Desempeño. Sin embargo, el cálculo de cumplimiento del indicador no tiene carácter dicotómico, sino que es proporcional. Por lo tanto, el cumplimiento ponderado de la meta alcanza un 10% si el resultado del indicador es igual 100%. En caso de que el resultado del indicador sea < 100%, el cumplimiento ponderado del indicador será proporcional.

- Reporte de actividades programadas/cumplidas mensual del HCM emitido y derivado por FONASA al SS, donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES.

Glosario de Términos:

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 mantiene estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

Nombre del Indicador:**2.1
Variación porcentual de número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.****Alcances**

Fórmula de Cálculo

[(Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad en el periodo - Promedio de días de espera de la LB en el total de las consultas nuevas de especialidad) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad] x 100.

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. El porcentaje de reducción estará determinado para cada 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 quirúrgica del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es acercar el promedio de espera quirúrgico de cada establecimiento al promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año. Se debe considerar que, para la medición de cierre de año, se excluirán los pacientes con causal 3, que cumplen el criterio de haber sido asignado en un tiempo menor a 182 días y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.

Frecuencia de medición: mensual.

Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención quirúrgica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.

Metas	Indicador	Poderación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para EAR con meta de reducción	Porcentaje Cumplimiento Asignado
			$\geq 100,0\%$	$X \leq 0,0\%$	100,00%
			$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 3,0\%$	75,00%
			$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$3,0\% < X \leq 6,0\%$	50,00%
			$62,5\% \leq X < 25,0\%$	$6,0\% < X \leq 9,0\%$	25,00%
			$X < 62,5\%$	$X > 9,0\%$	0,00%

Año 1: 100%
Año 2: 100%
Año 3: 100%

Glosario de Términos:

P1: Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el periodo.
LB: Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el periodo.
Espera (SIGTE).

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).

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 un 5% sobre de dicha linea 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.

Supuestos

- Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.
- Autoridad mantiene los lineamientos y prioridades de gestión.

Nombre del Indicador:
2.2
Variación de Porcentaje de Pacientes que Esperan más de 12 Horas en la UEH para Acceder a una Cama de Dotación.
Alcances

Este indicador mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y aquellos en que su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con línea base. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento. 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.

Fórmula de Cálculo

$$\left\{ \left(\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y} \right. \right. \\ \left. \left. \text{aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH en periodo t)} \right] / \right. \\ \left. \left(\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y} \right. \right. \\ \left. \left. \text{aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2} \right) \right\} \times 100$$

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos: Tiempo 1 (T_1): Hora de indicación de hospitalización o indicación quirúrgica. Tiempo 2 (T_2): Hora de ingreso al servicio clínico (paciente acostado) o Pabellón. Para este indicador también se considerará los pacientes que permanecieron en la UEH y que nunca accedieron a una cama de dotación. Aquellos establecimientos que tienen una línea base entre el rango [0%, 5%] en el periodo t-2 y mantengan en este rango al cierre del año en evaluación, obtendrán el puntaje máximo de 100%. Frecuencia de medición: mensual.

Los pacientes que permanecen en la UEH por más de 12 horas, constituyen un grupo de riesgo, quedando sin la oportunidad de acceder al proceso de Hospitalización con el nivel de cuidados requerido, afectando directamente el pronóstico de recuperación. Además, bloquea camillas de atención, ocupa recursos humanos, alterando significativamente el flujo y la oportunidad de atención de pacientes nuevos.

Año 1: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.

Metas

Año 2: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.

Año 3: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.

Indicador	Ponderación	Porcentaje cumplimiento de reducción	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		$X \geq 5,00\%$	100,0%
		$3,32\% \leq X < 5,00\%$	75,0%
		$1,66\% \leq X < 3,32\%$	50,0%
		$0,00\% \leq X < 1,66\%$	25,0%
		$X < 0,00\%$	0,00%

	<p>Parámetros:</p> <p>Reporte DEIS, REM A08 Sección D.</p> <p>Numerador:</p> <p>Para determinar % de pacientes que esperan +12 horas en el periodo t (numerador=P1/P2):</p> <p>P1: Nº Pacientes que se hospitalizan después de 12 horas o que permanecen en la UEH (Celda C 91, 92, 93 y 96).</p> <p>P2: Total de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH (Celda C 91, 92, 93, 96 y 97)</p> <p>Medios de Verificación</p> <p>Control de Gestión de la SDGA/SSM, como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).</p>
Supuestos	<p>Denominador:</p> <p>LB: Porcentaje de pacientes que esperan más de 12 hrs. AÑO 2017</p> <p>Año 1 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2017.</p> <p>Año 2 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2018 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).</p> <p>Año 3 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2019 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).</p> <p>Año 2 y Año 3 puede variar su línea base dependiendo del resultado del año anterior.</p> <p>Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.</p>

Nombre del Indicador:

2.3

Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.**Alcances**

Fórmula de Cálculo

$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el periodo}}{N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}} \right) \times 100.$$

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. Se solicita elaborar un plan de mejora, 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%.

Frecuencia de medición: mensual.

La suspensión de un acto quirúrgico programado, afecta la calidad de la atención y en consecuencia impacta la satisfacción useria. En muchas circunstancias, las suspensiones quirúrgicas obedecen a causas donde el establecimiento puede intervenir para su disminución, como coordinaciones inefficientes 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
 Año 1: <=7% al cierre de evaluación del periodo.
 Año 2: <=7% al cierre de evaluación del periodo.
 Año 3: <=7% al cierre de evaluación del periodo.

Indicador	Ponderación	Porcentaje cumplimiento	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		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

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 desastres naturales y de otro tipo.
- Indicador sujeto a cambios de OOTC cada año en base a lo establecido en el instrumento de gestión Balanced ScoreCard EAR - SISQ.
- No existe paro de funcionarios que afecte la posibilidad de gestionar reemplazos o suplencias frente a mínima oferta local de RRHH capacitado para trabajar en pabellones, fuera del sistema público.

Nombre del Indicador:

3.1

Mantener la concentración de la Deuda bajo los 45 días.**Alcances****Fórmula de Cálculo**

$$\text{(Monto deuda sobre 45 días Subtítulo 22 en el periodo t / (Monto deuda total Subtítulo 22 en el periodo t))} \times 100$$
Frecuencia de medición:

mensual.

Corte evaluación periodo: a diciembre de cada año dentro del periodo.
 Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.

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.

Un establecimiento sin deuda o con un nivel aceptable de deuda, está en condiciones de 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.

Indicador	Poderación	Porcentaje resultado	Porcentaje Cumplimiento
		Indicador	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%

Parámetros:
 Numerador: Monto deuda mayor a 45 días total acumulada en el periodo n.
 Denominador: Monto deuda total acumulada en el periodo n.

- SIGFE y Anexo III Deuda.
 - Informe cualitativo emitido por Subdirección de Recursos Físicos y Financieros.
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).

Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda del subtítulo 22 tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.

Supuestos
 Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro.

Este indicador cuantifica cuanto 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 encuentra asociada sólo al subtítulo 22. Mientras menor es el resultado del indicador, significa que un monto de deuda menor estaría sobre los 45 días.

Nombre del Indicador:**3.2
Porcentaje de compras vía licitación tipo L1 y trato directo.****Alcances**

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 [(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

Cada componente anterior, tiene una ponderación de 50% cada uno. Para efectos de la asignación de puntaje, los establecimientos que logran la meta estándar obtendrán el puntaje máximo de cuatro puntos. La División de Presupuesto, podrá realizar cruces de este indicador con los montos de Licitaciones y monto de Trato Directo, solicitando a los establecimientos planes de acción y ajustes para los niveles críticos de medición del indicador.

Frecuencia de medición: mensual.
Corte evaluación período: a diciembre de cada año dentro del período.

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.

Metas

Año 1: ≤ 15%.
Año 2: ≤ 15%.
Año 3: ≤ 15%

Indicador	Poderación	Porcentaje resultado		Porcentaje Cumplimiento Asignado
		índicador	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%	

Medios de Verificación 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).	Parámetros: P3: Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el MES P4: Total de órdenes de compra en el MES P1: Número de licitaciones L1 en el MES P2: Total de licitaciones en el MES P1: Número de licitaciones L1 en el MES P2: Total de licitaciones en el MES P1: Número de órdenes de compras vía Trato Directo en el MES P2: Total de órdenes de compra en el MES
Supuestos Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.	

Nombre del Indicador:**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.

Alcances

(Nº de actividades efectuadas del programa de Calidad de Vida Laboral en cada uno de los ámbitos evaluados/ total de actividades del plan) x 100

Año 1:

100%, Elaboración del Plan de calidad de vida y presentarlo al Depto. de Calidad de Vida de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas para su aprobación, en un plazo

máximo de 30 días una vez suscrito el convenio de desempeño.

Ejecución de las actividades del ámbito de salud del personal, incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud y actualizado de acuerdo al Compromiso de Gestión N°16 y Resolución respectiva.

Metas

Año 2: 100%, Ejecución de las actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud, actualizado de acuerdo al Compromiso de Gestión N°16 y Resolución respectiva.

Año 3: 100%, Ejecución de las actividades del ámbito del buen trato laboral incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud y actualizado de acuerdo al Compromiso de Gestión N°16 y Resolución respectiva.

Ejecutar actividades del plan de trabajo en Calidad de Vida Laboral del Servicio de Salud en los ámbitos de salud del personal, cuidados infantiles y buen trato laboral que permitan mejorar y potenciar en los Servicios de Salud y sus respectivos establecimientos la calidad de vida laboral de los funcionarios y funcionarias de la red asistencial, con la participación de actores relevantes de la red asistencial: directivos superiores e intermedios, representantes gremiales; referentes de calidad de vida, de relaciones laborales, de participación ciudadana, de capacitación y funcionarios/as en general. Frecuencia de medición: trimestral.

El plan de trabajo debe ser remitido para su aprobación, con un plazo máximo de 30 días desde suscrito el convenio.

Las actividades mínimas que se deben contemplar para el plan de trabajo en Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, cuidados infantiles y buen trato laboral son las siguientes:
- Conformación de equipo de trabajo para el seguimiento y monitoreo del plan: el equipo de trabajo debe considerar 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 realizad local.

- Difusión del plan: La difusión del plan debe ser realizada entre los diferentes actores de los establecimientos de la red del Servicio de Salud: Autoridades, gremios y funcionarios en general, a través de los diversos medios disponibles: correos masivos; reuniones; folletos; diarios murales, etc., de acuerdo a la realidad local.

- Reuniones del equipo de trabajo: Se espera que el equipo de trabajo conformado se reúna con una periodicidad al menos bimensual para efectos de supervisar y monitorear el desarrollo de las actividades contenidas en el plan de Calidad de Vida Laboral del Servicio de Salud, dejando constancia en actas de sus reuniones.

Se entiende que una tarea permanente del equipo será la correspondiente a la estrategia comunicacional, considerando la difusión y socialización de los avances de las actividades contenidas en el plan.

Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> - Año1: Informe de la Ejecución de actividades del ámbito de salud del personal incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR; - Año2: Informe de Ejecución de actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR; - Año 3: Informe de Ejecución de actividades del ámbito del buen trato laboral incluidas en el programa de calidad de vida laboral del Servicio de Salud. - 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 desastres naturales y de otro tipo que debiliten la gestión del Hospital.

Nombre del Indicador:

5.1

Porcentaje de la Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA.**Alcances**

Fórmula de Cálculo (Número de actividades ejecutadas año t/ Número total de actividades programadas y no programadas por año t) x 100

Aumentar la coordinación y articulación de los equipos de la red asistencial, específicamente propiciar la integración del EAR a la Red del Servicio de Salud Magallanes. Este indicador mide el cumplimiento de la integración del EAR a la Red del Servicio de Salud respectivo, a través de la conformación de los Comités del CIRA pertinentes.

Requisitos:

- 1) EAR incorporado a los comités del CIRA en al menos en un tema que sea pertinente a su aporte a la resolución de atenciones sanitarias en Red, a través del Director del EAR y/o el referente técnico asociado a la temática del Comité respectivo.
- 2) Presentación trianual del avance del trabajo de la comisión que integra el EAR, a través de la exposición en CIRA.

Frecuencia de medición: trimestral.

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.

Metas	Año 1: 100% de los requisitos. Año 2: 100% de los requisitos. Año 3: 100% de los requisitos.
--------------	--

Indicador	Poderación	Porcentaje resultado indicador	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		X = 100%	100,0%
		80% ≤ X < 100%	75,0%
		70% ≤ X < 80%	50,0%
		60% ≤ X < 70%	25,0%
		X < 60%	0,00%

- Presentaciones CIRA.
- Listas de asistencia CIRA.
- Actas CIRA.

Parámetros:

TA: Total de requisitos aplicables

- Informes de ejecución de actividades.
- 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 desastres naturales y de otro tipo.

P1: EAR incorporado en los comité CIRA al menos con un tema P2: Presentación 1 de avance de trabajo de la comisión que integra el EAR en CIRA P3: Presentación 2 de avance de trabajo de la comisión que integra el EAR en CIRA P4: Presentación 3 de avance de trabajo en la comisión que integra el EAR en CIRA

Nombre del Indicador:

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

Alcances

El objetivo de este indicador es incrementar Médicos Especialistas en Rondas Médicas o Consultorías de especialidades. Este indicador mide el trabajo coordinado en red comprometido y entregada por el Hospital EAR, en horas médicas de especialidades a la Red del servicio de Salud Magallanes. Frecuencia de medición: mensual en la ejecución del programa comprometido.

Año 1: 100% entrega programa 2020.
Año 2: 90% ejecución según programa 2020 y 100% entrega Programa 2021.
Año 3: 90% ejecución según programa 2021 y 100% entrega Programa 2022.

Indicador	Ponderación	Porcentaje resultado Ejecución de la Programación	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		X ≥ 90,0%	100,0%
		80% ≤ X < 90%	80,0%
		70% ≤ X < 80%	60,0%
		60% ≤ X < 70%	50,0%
		X < 60%	0,00%

- Formalización entrega del Programa 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).

Dentro de los primeros tres meses de cada año, el Director del establecimiento deberá formalizar un programa calendarizado de Rondas de especialidad a la red. Se entiende por actividades a las Rondas y/o consultorías programadas y ejecutadas.

Medios de Verificación

Año 1: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2019.
Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2020.
Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2021.

Supuestos

Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.



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:	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

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

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Distribución:

HCM
Control de Gestión (SDGA)
Departamento Alta Dirección Pública (MINSAL)
Servicio Civil
Asesoría Jurídica SSM
Oficina de Partes SSM

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: 20%

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 garantías 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	100% ¹	10%	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).
1.2	Porcentaje de prestaciones de trazadoras de tratamiento GES otorgadas según lo programado en el año t.	(Número de prestaciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas dentro del año t /Total de prestaciones trazadoras de tratamiento GES programadas en el contrato PPV para el año t)*100	100% ²	10%	100%	100%	- Reporte de actividades programadas/cumplidas mensual del HCM emitido y derivado por FONASA al SS, donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES. - 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).

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 tabla de sensibilidad para determinar cumplimiento en Anexo).

² En caso de que el resultado del indicador sea menor a 100%, el cumplimiento ponderado será proporcional al resultado del indicador.

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. N°	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta / Ponderador Año 1	Meta / Ponderador Año 2	Meta / Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
2.1	Variación porcentual de número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas , según línea base ³ .	[(Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas] x 100	Si reducción 0 mantenerse bajo el promedio de la LB, o no aumentar en un 5% sobre de dicha LB.	Si reducción 0 mantenerse bajo el promedio de la LB, o no aumentar en un 5% sobre de dicha LB.	Si reducción 0 mantenerse bajo el promedio de la LB, o no aumentar en un 5% sobre de dicha LB.	Reporte del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).	- Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo. - Autoridad mantiene los lineamientos y prioridades de gestión, después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).

³ 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 un 5% sobre de 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	Variación Porcentaje de Pacientes que Esperan más de 12 Horas en la UEH para Acceder a una Cama de Dotación ⁴ .	{[(Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH en periodo t-2) - (Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH en periodo t)] / (Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2)} × 100	≥ 5% de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.	10%	10%	Reporte DEIS, REM Sección D.	Se mantienen estables condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

⁴ Año 1 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2017.
Año 2 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2018 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).
Año 3 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2019 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).
Año 2 y Año 3 puede variar su línea base dependiendo del resultado del año anterior.

Ind. N°	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.	(Nº de quirúrgicas suspendidas en el periodo / Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo) x 100.	<=7% al cierre de evaluación del periodo	<=7% al cierre de evaluación del periodo	<=7% al cierre de evaluación del periodo	Fuente DEIS, REM Sección F.	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantienen estables las sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

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 bajo los 45 días ⁵ .	(Monto deuda sobre 45 días Subítulo 22 en el periodo t / (Monto deuda total Subítulo 22 en el periodo t) x 100	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45% ⁶	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45%	Monto de la deuda sobre 45 días <= 45%	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantienen las estables condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro.
3.2	Porcentaje de compras licitación L1 y vía tipo trato	[(Número de licitaciones L1 en el periodo/Total de licitaciones en el periodo) x 0,5) + ((Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el periodo/Total de órdenes de compra en el periodo) x 0,5)] x 100	≤ 15%	10%	≤ 15%	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantienen las estables condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

⁵ Este indicador mide solo la deuda del Subítulo 22, lo ideal es concentrar toda la deuda bajo los 45 días.

⁶ La deuda que paga Tesorería General corresponde al Subítulo 34, y los contables son realizados a nivel Ministerial.

⁶ Los contables de Programas Ministeriales (pagados en la Dirección SM), son montos mínimos, aún así, se excluyen de este indicador.

⁶ Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda del subítulo 22 tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.

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.	(Nº 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%	100%	100%	Año 1: Informe de la Ejecución de actividades del ámbito de salud del personal incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR;	Año 1: Informe de la Ejecución de actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR;

Año 2: Informe de Ejecución de actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR;

Año 3: Informe de Ejecución de actividades del ámbito del buen trato laboral incluidas en el programa de calidad de vida laboral del Servicio de Salud.

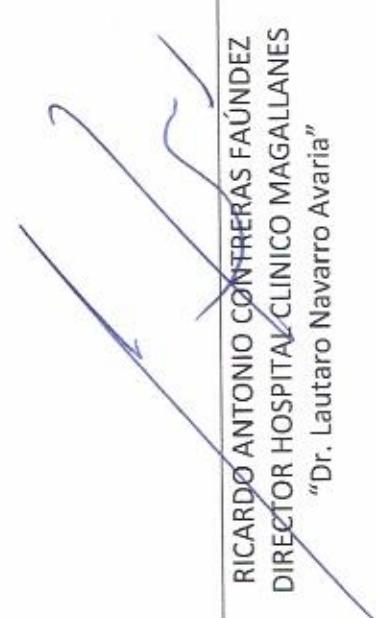
- Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de Control de Gestión de la SDGA/SSM , como plazo máximo 1 mes después de terminada su anualidad (11 de Septiembre de cada año).

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. N°	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 Gestión de demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA.	(Número de actividades ejecutadas en año t / Número total de actividades programadas en año t) x 100	100%	100%	10%	100% - Presentaciones CIRA. - Listas de asistencia CIRA. - Actas CIRA. - Informes de ejecución de actividades. - Remitir en formato físico al Director de Sanidad, 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 estables condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.
5.2	Porcentaje de ejecución Programa especialistas Rondas Médicas y consultorías de especialidades ⁷	(Número de actividades ejecutadas en el año t / Número total de actividades programadas en el año t) x 100	90% ejecución según programa	10%	90% ejecución según programa	90% ejecución según programa - Informe de ejecución según programa. - Remitir en formato físico al Director de Sanidad, 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 estables condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

7 Dentro de los primeros tres meses de cada año, el Director del establecimiento deberá formalizar un programa calendarizado de Rondas de especialidad a la red. Se entiende por actividades a las Rondas y/o consultorías programadas y ejecutadas.
 Año 1: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2019.
 Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2020.
 Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2021.


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


NELSON HERNÁN REYES SILVA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

Punta Arenas, Octubre 2019.-
NHRS/CPNI/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:

1.1
Porcentaje de casos con GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.

Alcances

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 en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados.

Frecuencia de medición: mensual.

Obtener un porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad y de acceso GES igual a 100% según en el decreto vigente, en la red del Servicio de Salud en evaluación y en el periodo correspondiente a la evaluación del Convenio de Desempeño.

El cálculo de cumplimiento del Convenio tiene carácter de dicotómico. De este modo, el cumplimiento ponderado de la meta alcanza un 10% si el resultado del indicador es igual 100%. En caso de que el resultado del indicador sea < 100%, el cumplimiento ponderado del indicador es igual a 0%, sin embargo, se podrá ponderar a 100% sobre un 99,5%.

Metas	Indicador	Poderación	Cumplimiento del 95% de la programación al corte	Porcentaje Cumplimiento Asignado
Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	1.1	10%	X ≥ 99,5% 99,1% ≤ X < 99,5% X < 99,1%	100,0% 50,0% 0,00%

	<p>Glosario de Términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> - 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).
Supuestos	<p>Se destaca además, que se incluirán todas las Garantías que están definidas en los decretos vigentes según el periodo de evaluación. Para el universo de Garantías a considerar, el criterio es incluir todas aquellas que estén bajo la responsabilidad del Servicio de Salud a través de sus establecimientos de salud dependientes, es decir, por el responsable de la Garantía. En este contexto, si es una Garantía que gatilla el Servicio 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 Servicio de Salud desde otras redes.</p> <p>Se mantiene estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.</p>

Nombre del 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.

(Número de prestaciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas dentro del año t / Nº de prestaciones trazadoras de tratamiento GES programadas en el contrato PPV para el año t) x 100.

Fórmula de Cálculo

Año 1: 100%
Año 2: 100%
Año 3: 100%

Metas

Alcances

Este indicador mide la gestión para el cumplimiento de las garantías GES que establece el contrato de prestaciones PPV vigente. Se consideran solo las prestaciones trazadoras de tratamiento GES (se excluyen las prestaciones del programa piloto AUGE y de Salud Mental).

Frecuencia de medición: mensual.

El porcentaje de cumplimiento de garantías otorgadas según programación PPV debe ser igual a 100% según en el decreto vigente, en la Red del Servicio de Salud, en evaluación y en el periodo correspondiente a la evaluación del Convenio de Desempeño. Sin embargo, el cálculo de cumplimiento del indicador no tiene carácter dicotómico, sino que es proporcional. Por lo tanto, el cumplimiento ponderado de la meta alcanza un 10% si el resultado del indicador es igual 100%. En caso de que el resultado del indicador sea < 100%, el cumplimiento ponderado del indicador será proporcional.

- Reporte de actividades programadas/cumplidas mensual del HCM emitido y derivado por FONASA al SS, donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES.
- 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).

Glosario de Términos:
 - Contrato de Prestaciones: corresponde al Contrato/Convenio Programa PPV, en el cual se establece la programación PPV por cada una de las prestaciones GES y NO GES, y además contiene el Arancel vigente.
 - Prestaciones GES: corresponde a las 80 patologías vigentes, incluida Plan Piloto GES, a las patologías GES según Decreto vigente al momento de la evaluación.

Supuestos Se mantiene estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

Nombre del Indicador:

2.1 Variación porcentual de número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.

Alcances

Fórmula de Cálculo

$$\left[\frac{(\text{Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad en el periodo - Promedio de días de espera de la LB en el total de las consultas nuevas de especialidad}) / \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad}}{\text{Promedio de días de especialidad en el periodo - Promedio de días de espera de la LB en el total de las consultas nuevas de especialidad}} \right] \times 100.$$

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. El porcentaje de reducción estará determinado para cada 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 quirúrgica del establecimiento, de acuerdo con los resultados del año anterior. El objetivo de este mecanismo es acercar el promedio de espera quirúrgico de cada establecimiento al promedio a nivel nacional. El referente MINSAL enviará la línea base y la meta de reducción que aplicará al presente año. Se debe considerar que, para la medición de cierre de año, se excluirán los pacientes con causal 3, que cumplen el criterio de haber sido asignado en un tiempo menor a 182 días y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.

Frecuencia de medición: mensual.

Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención quirúrgica, evita la insatisfacción usuaria, mejora en su calidad de vida y evita una alteración del pronóstico. Además, disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.

Año 1: 100%
Año 2: 100%
Año 3: 100%

Metas
 Cumplir el 100% de la meta de reducción asignada al establecimiento, y para los EAR con meta de reducción cero, les corresponde mantenerse bajo el promedio de la LB del establecimiento o no aumentar en un 5% sobre de dicha línea base

Indicador	Poderación	Porcentaje cumplimiento meta de reducción	Cumplimiento variación porcentual para EAR con meta de reducción	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		$\geq 100,0\%$	$X \leq 0,0\%$	100,00%
		$87,5\% \leq X < 100,0\%$	$0,0\% < X \leq 3,0\%$	75,00%
		$75,0\% \leq X < 87,5\%$	$3,0\% < X \leq 6,0\%$	50,00%
		$62,5\% \leq X < 25,0\%$	$6,0\% < X \leq 9,0\%$	25,00%
		$X < 62,5\%$	$X > 9,0\%$	0,00%

Glosario de Términos:	
Reporte del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).	P1: Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período. LB: Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período. MR: Meta de reducción de cada establecimiento para el año
Medios de Verificación	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 un 5% sobre de dicha línea base.
Supuestos	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. - Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo. - Autoridad mantiene los lineamientos y prioridades de gestión.

Nombre del Indicador:

2.2 Variación de Porcentaje de Pacientes que Esperan más de 12 Horas en la UEH para Acceder a una Cama de Dotación.

Alcances

Fórmula de Cálculo

$$\left\{ \left(\frac{\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2}}{\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t}} \right) - 1 \right\} / \left(\frac{\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2}}{\text{Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que permanecen en la UEH y aquellos que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en UEH, en periodo t-2}} \right) \times 100$$

Este indicador mide la reducción del número de pacientes que tienen la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y aquellos en que su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con línea base. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento. 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.

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos:
 Tiempo 1 (T1): Hora de Indicación de hospitalización o indicación quirúrgica.
 Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso: al servicio clínico (paciente acostado) o Pabellón.

Para este indicador también se considerará los pacientes que permanecieron en la UEH y que nunca accedieron a una cama de dotación.
 Aquellos establecimientos que tienen una línea base entre el rango [0%, 5%] en el periodo t-2 y mantengan en este rango al cierre del año en evaluación, obtendrán el puntaje máximo de 100%.
 Frecuencia de medición: mensual.

Los pacientes que permanecen en la UEH por más de 12 horas, constituyen un grupo de riesgo, quedando sin la oportunidad de acceder al proceso de Hospitalización con el nivel de cuidados requerido, afectando directamente el pronóstico de recuperación. Además, bloquea camillas de atención, ocupa recursos humanos, alterando significativamente el flujo y la oportunidad de atención de pacientes nuevos.

Año 1: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.

Año 2: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.

Año 3: $\geq 5\%$ de reducción, de pacientes con espera de hospitalización mayor o igual a 12 horas.

Indicador	Poderación	Porcentaje cumplimiento de reducción	Porcentaje cumplimiento Asignado
		X $\geq 5,00\%$	100,0%
		3,32% $\leq X < 5,00\%$	75,0%
		1,66% $\leq X < 3,32\%$	50,0%
		0,00% $\leq X < 1,66\%$	25,0%
		X < 0,00%	0,00%

	<p>Parámetros:</p> <p>Numerador: Para determinar % de pacientes que esperan +12 horas en el periodo t (numerador=P1/P2); P1: N° pacientes que se hospitalizan después de 12 horas o que permanecen en la UEH (Celda C 92, 93 y 96) P2: Total de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH (Celda C 91, 92, 93, 96 y 97)</p> <p>Denominador: LB: Porcentaje de pacientes que esperan más de 12 hrs. AÑO 2017.</p> <p>Año 1 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2017. Año 2 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2018 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior). Año 3 LB (t-2) = 5% de pacientes que esperan más de 12 horas Año 2019 (porcentaje puede variar dependiendo del resultado del año anterior).</p> <p>Año 2 y Año 3 puede variar su línea base dependiendo del resultado del año anterior.</p>
Medios de Verificación	Reporte DEIS, REM A08 Sección D. 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 desastres naturales y de otro tipo.

Nombre del Indicador:

2.3 Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.

Fórmula de Cálculo

$$\frac{(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}) \times 100.}{}$$

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. Se solicita elaborar un plan de mejora, 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%.

Frecuencia de medición: mensual.

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 inefficientes 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.

Indicador	Poderación	Porcentaje cumplimiento	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		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.

Parámetros:
Medios de Verificación Remitir en formato físico al Director de Servicio de Salud, con copia en formato digital a la unidad de evaluación 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 desastres naturales y de otro tipo.
- Indicador sujeto a cambios de OTT cada año en base a lo establecido en el instrumento de gestión Balanced ScoreCard EAR - SISQ.
- No existe paro de funcionarios que afecte la posibilidad de gestionar reemplazos o suplencias frente a mínima oferta local de RRHH capacitado para trabajar en pabellones, fuera del sistema público.

Nombre del Indicador:

3.1 Mantener la concentración de la Deuda bajo los 45 días.

Alcances

3.1 Mantener la concentración de la Deuda bajo los 45 días.

Este indicador cuantifica cuanto 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 encuentra asociada sólo al subítem 22. Mientras menor es el resultado del indicador, significa que un monto de la deuda menor estaría sobre los 45 días.

Fórmula de Cálculo

$$\text{(Monto deuda sobre 45 días Subítem 22 en el periodo t / (Monto deuda total Subítem 22 en el periodo t))} \times 100$$

Frecuencia de medición: mensual.
Corte evaluación periodo: a diciembre de cada año dentro del periodo.
Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.

Idealmente no debería existir deuda en el Hospital. 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.
Un establecimiento sin deuda o con un nivel aceptable de deuda, está en condiciones de 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 Subítem 22.	Porcentaje Cumplimiento				
		Indicador	Poderación	Porcentaje resultado	Indicador	Asignado
				X ≤ 45%		
				45% < X ≤ 50%		
				50% < X ≤ 55%		
				55% < X ≤ 60%		
				X > 60%		
						0,00%

Parámetros:
Numerador: Monto deuda mayor a 45 días total acumulada en el periodo n.
Denominador: Monto deuda total acumulada en el periodo n.

Este indicador mide solo la deuda del Subítem 22, lo ideal es concentrar toda la deuda bajo los 45 días.

Medios de Verificación

- 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).

Mientras menor sea el porcentaje, significa que el monto de la deuda del subítem 22 tiende a concentrarse en el rango de 0-45 días.

Supuestos

Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro.

Nombre del Indicador:

3.2
Porcentaje de compras vía licitación tipo L1 y trato directo.

Alcances

Fórmula de Cálculo

$$\frac{[(\text{Número de licitaciones L1 en el periodo}/\text{Total de licitaciones en el periodo}) \times 0,5] + ((\text{Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el periodo}/\text{Total de órdenes de compra en el periodo}) \times 0,5)}{2} \times 100$$

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 periodo 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 y emitidas en el mismo periodo.

Cada componente anterior, tiene una ponderación de 50% cada uno. Para efectos de la asignación de puntaje, los establecimientos que logran la meta estaránndar obtendrán el puntaje máximo de cuatro puntos. La División de Presupuesto, podrá realizar cruces de este indicador con los montos de Licitaciones y monto de Trato Directo, solicitando a los establecimientos planes de acción y ajustes para los niveles críticos de medición del indicador.

Frecuencia de medición: mensual.
Corte evaluación periodo: a diciembre de cada año dentro del periodo.

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.

Metas	Indicador	Ponderación	Porcentaje resultado	Porcentaje Cumplimiento	
				Indicador	Asignado
Año 1: ≤ 15%. Año 2: ≤ 15%. Año 3: ≤ 15%	3.2	10%	X ≤ 15%	100,0%	75,0%
			15% < X ≤ 25%	75,0%	50,0%
			25% < X ≤ 35%	35,0%	25,0%
			35% < X ≤ 45%	X > 45%	0,00%

	<p>Portal Datos Abiertos de Mercado Público.</p> <p>- 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).</p>	<p>Parámetros:</p> <p>P3: Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el MES</p> <p>P4: Total de órdenes de compra en el MES</p> <p>P1: Número de licitaciones L1 en el MES</p> <p>P2: Total de licitaciones en el MES</p> <p>P1: Número de licitaciones L1 en el MES</p> <p>P2: Total de licitaciones en el MES</p> <p>P1: Número de órdenes de compras vía Trato Directo en el MES</p> <p>P2: Total de órdenes de compra en el MES</p>
Medios de Verificación		
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.	

Nombre del Indicador:

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.

Alcances

Fórmula de Cálculo

$$\frac{(\text{Nº de actividades efectuadas del programa de Calidad de Vida Laboral en cada uno de los ámbitos evaluados/ total de actividades del plan}) \times 100}{\text{plan}}$$

Ejecutar actividades del plan de trabajo en Calidad de Vida Laboral del Servicio de Salud en los ámbitos de salud del personal, cuidados infantiles y buen trato laboral que permitan mejorar y potenciar en los Servicios de Salud y sus respectivos establecimientos la calidad de vida laboral de los funcionarios y funcionarias de la red asistencial, con la participación de actores relevantes de la red asistencial: directivos superiores e intermedios, representantes gremiales; referentes de calidad de vida, de relaciones laborales, de participación ciudadana, de capacitación y funcionarios/as en general. Frecuencia de medición: trimestral.

Año 1: 100%, Elaboración del Plan de calidad de vida y presentarlo al Depto. de Calidad de Vida de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas para su aprobación, en un plazo máximo de 30 días una vez suscrito el convenio de desempeño.
Ejecución de las actividades del ámbito de salud del personal, incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud y actualizado de acuerdo al Compromiso de Gestión N°16 y Resolución respectiva.

Metas
Año 2: 100%, Ejecución de las actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud, actualizado de acuerdo al Compromiso de Gestión N°16 y Resolución respectiva.

Año 3: 100%, Ejecución de las actividades del ámbito del buen trato laboral incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud y actualizado de acuerdo al Compromiso de Gestión N°16 y Resolución respectiva.

El plan de trabajo debe ser remitido para su aprobación, con un plazo máximo de 30 días desde suscrito el convenio.

Las actividades mínimas que se deben contemplar para el plan de trabajo en Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, cuidados infantiles y buen trato laboral son las siguientes:
- Conformación de equipo de trabajo para el seguimiento y monitoreo del plan: el equipo de trabajo debe considerar 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 realizad local.

- Difusión del plan: La difusión del plan debe ser realizada entre los diferentes actores de los establecimientos de la red del Servicio de Salud: Autoridades, gremios y funcionarios en general, a través de los diversos medios disponibles: correos masivos; folletos; diarios murales, etc., de acuerdo a la realidad local.
- Reuniones del equipo de trabajo: Se espera que el equipo de trabajo conformado se reúna con una periodicidad al menos bimensual para efectos de supervisar y monitorear el desarrollo de las actividades contenidas en el plan de Calidad de Vida Laboral del Servicio de Salud, dejando constancia en actas de sus reuniones.

Se entiende que una tarea permanente del equipo será la correspondiente a la estrategia comunicacional, considerando la difusión y socialización de los avances de las actividades contenidas en el plan.

Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none">- Año1: Informe de la Ejecución de actividades del ámbito de salud del personal incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR;- Año2: Informe de Ejecución de actividades del ámbito de conciliación/cuidados infantiles incluidas en el programa de calidad de vida laboral del EAR;- Año 3: Informe de Ejecución de actividades del ámbito del buen trato laboral incluidas en el programa de calidad de vida laboral del Servicio de Salud.- 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 desastres naturales y de otro tipo que debiliten la gestión del Hospital.

Nombre del Indicador:	5.1 Porcentaje de la Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA.
------------------------------	--

Alcances

Aumentar la coordinación y articulación de los equipos de la red asistencial, específicamente propiciar la integración del EAR a la Red del Servicio de Salud Magallanes. Este indicador mide el cumplimiento de la integración del EAR a la Red del Servicio de Salud respectivo, a través de la conformación de los Comités del CIRA pertinentes.

Fórmula de Cálculo
(Número de actividades ejecutadas año t/ Número total de actividades programadas y no programadas por año t) x 100

Requisitos:
1) EAR incorporado a los comités del CIRA en al menos en un tema que sea pertinente a su aporte a la resolución de atenciones sanitarias en Red, a través del Director del EAR y/o el referente técnico asociado a la temática del Comité respectivo.
2) Presentación trianual del avance del trabajo de la comisión que integra el EAR, a través de la exposición en CIRA.

Frecuencia de medición: trimestral.

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.

Indicador	Poderación	Porcentaje resultado	Porcentaje Cumplimiento Asignado
		X = 100%	100,0%
		80% ≤ X < 100%	75,0%
		70% ≤ X < 80%	50,0%
		60% ≤ X < 70%	25,0%
		X < 60%	0,00%

- Presentaciones CIRA,
- Listas de asistencia CIRA,
- Actas CIRA,

Medios de verificación

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

Parámetros:
TA: Total de requisitos aplicables
P1: EAR incorporado en los comité CIRA al menos con un tema
P2: Presentación 1 de avance de trabajo de la comisión que integra el EAR en CIRA
P3: Presentación 2 de avance de trabajo de la comisión que integra el EAR en CIRA
P4: Presentación 3 de avance de trabajo en la comisión que integra el EAR en CIRA

Supuestos
Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.

Nombre del Indicador:	5.2 Porcentaje de ejecución del Programa de especialistas en Rondas Médicas y consultorías de especialidades.	Alcances																								
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades ejecutadas en el año t / Número total de actividades programadas en el año t) x 100	<p>El objetivo de este indicador es incrementar Médicos Especialistas en Rondas Médicas o Consultorías de especialidades. Este Indicador mide el trabajo coordinado en red comprometido y entregada por el Hospital EAR, en horas medicas de especialidades a la Red del servicio de Salud Magallanes. Frecuencia de medición: mensual en la ejecución del programa comprometido.</p>																								
Metas	Año 1: 100% entrega programa 2020. Año 2: 90% ejecución según programa 2020 y 100% entrega Programa 2021. Año 3: 90% ejecución según programa 2021 y 100% entrega Programa 2022.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Poderación</th> <th>Porcentaje resultado Ejecución de la Programación</th> <th>Porcentaje Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>X ≥ 90,0%</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>80% ≤ X < 90%</td> <td>80,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>70% ≤ X < 80%</td> <td>60,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>60% ≤ X < 70%</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>X < 60%</td> <td>0,00%</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador	Poderación	Porcentaje resultado Ejecución de la Programación	Porcentaje Cumplimiento Asignado			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																							
		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	<ul style="list-style-type: none"> - Formalización entrega del Programa 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). 	<p>Dentro de los primeros tres meses de cada año, el Director del establecimiento deberá formalizar un programa calendarizado de Rondas de especialidad a la red. Se entiende por actividades a las Rondas y/o consultorías programadas y ejecutadas.</p> <p>Año 1: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2019, Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2020, Año 2: Entrega del programa hasta 12 de noviembre 2021.</p>																								
Supuestos	Se mantienen estables las condiciones sanitario/ambientales y no hay desastres naturales y de otro tipo.																									