



METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL

AÑO 2013

PROGRAMA MARCO

DOCUMENTO TÉCNICO
Octubre de 2012
Versión 0

Índice

METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL (MEI)	3
I. ANTECEDENTES	3
II. OBJETIVOS Y REQUISITOS	3
III. ASPECTOS GENERALES PARA SU FORMULACIÓN	3
IV. Cambios en el área prioritaria de Monitoreo del Desempeño del Programa Marco MEI 2013... 5	
V. Evaluación y Cumplimiento de las Metas de Eficiencia Institucional.	6
VI. Áreas Prioritarias: Programa Marco de las Metas de Eficiencia Institucional año 2013	7
VII. Programa Marco, Sistema de Monitoreo. Indicadores de Gestión Interna	20

METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL (MEI)

I. ANTECEDENTES

Con la implementación de la Ley N° 20.212¹ se inició el desarrollo de las Metas de Eficiencia Institucional (MEI) para los Servicios Públicos identificados en el Art. 9 de la citada ley, asociando el cumplimiento de metas de eficiencia institucional a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios.

El mencionado cuerpo legal y reglamentario establece que el cumplimiento de estas metas, comprometidas anualmente, dará derecho a los funcionarios del Servicio respectivo, en el año siguiente, a un incremento de sus remuneraciones.

II. OBJETIVOS Y REQUISITOS

Las MEI se enmarcan en un conjunto de ámbitos de gestión comunes para todas las instituciones que incluye aquellas áreas prioritarias esenciales para un desarrollo eficaz y transparente de la gestión de los servicios, respondiendo a las definiciones de política en el ámbito de la modernización de la gestión del sector público. Estos ámbitos son establecidos por el Ministro del ramo conjuntamente con el Ministro de Hacienda, a través de un Programa Marco. Dichos ámbitos son: Planificación y Control de Gestión; Recursos Humanos; Calidad de Atención a Usuarios; y Gestión de la Calidad.

Para cada área prioritaria se establecen etapas de desarrollo y objetivos de gestión, los cuales corresponden a las metas que formularan las distintas instituciones cada año. Las etapas no necesariamente se desarrollan en un año calendario, pudiendo realizarse en menos tiempo. Sólo el área prioritaria de Monitoreo del Desempeño Institucional no tiene etapas de desarrollo sino que objetivos de gestión a cumplir.

III. ASPECTOS GENERALES PARA SU FORMULACIÓN

1. Las Metas son propuestas por cada Jefe de Servicio al Ministro del cual dependa o con el cual se relacione, sobre la base de un Programa Marco. Este Programa Marco contiene las áreas prioritarias a desarrollar y debe ser convenido y aprobado anualmente por el Ministro del Ramo en conjunto con el Ministro de Hacienda, mediante decreto.
2. El Programa Marco incluye aquellos sistemas esenciales para un desarrollo eficaz y transparente de la gestión de los servicios, respondiendo a las definiciones de política en el ámbito de la modernización de la gestión del Sector Público (Cuadro 1).
3. El Jefe Superior del Servicio, a través del Ministro del ramo envía la formulación para el año 2013 de las Metas, en los plazos establecidos para el proceso por el reglamento y la Dirección de Presupuestos.
4. La formulación de las Metas para el año 2013 se efectúa bajo el siguiente procedimiento: Las instituciones seleccionan los ámbitos de gestión y áreas prioritarias que les corresponda desarrollar el año 2013, de entre aquellas propuestas en el Programa Marco. Cada servicio debe proponer para cada área prioritaria seleccionada, la etapa que comprometerá para el año 2013 (el período de

¹ Ley N° 20.212 del 29 de agosto de 2007.

implementación corresponde entre enero y diciembre de 2013), además de su correspondiente ponderador, el que debe ser de al menos un 5% para cada una.

Cuadro 1
PROGRAMA MARCO
ÁMBITOS DE GESTIÓN / ÁREAS PRIORITARIAS / PONDERACIÓN MÍNIMA / RED DE EXPERTOS

Ámbito de Gestión	Áreas Prioritarias	Ponderación	Red de Expertos
1. Planificación y Control de Gestión	Monitoreo del Desempeño	Al menos 80%	Dirección de Presupuestos (DIPRES) Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
	Auditoría	X2%	Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno
	Compras y Contratación Pública	X3%	Dirección de Compras y Contrataciones Públicas
2. Recursos Humanos	Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales	X4%	Superintendencia de Seguridad Social
3. Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico/Tecnologías de la Información	X5%	Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES) Dirección de Presupuestos (DIPRES)
	Sistema de Seguridad de la Información	X6%	Dirección de Presupuestos (DIPRES) Subsecretaría de Interior
4. Gestión de la Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001)/Gestión de Excelencia	X7%	Dirección de Presupuestos (DIPRES)

5. La propuesta de Metas debe ser compatible con los recursos asignados en el marco presupuestario informado para el año 2013. Constará de cuatro ámbitos de gestión, y 7 u 8 áreas prioritarias, según corresponda:

- Planificación y Control de Gestión: Monitoreo del Desempeño; Auditoría Interna; Compras y Contratación Pública.
- Recursos Humanos: Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales.
- Calidad de Atención a Usuarios: Gobierno Electrónico/Tecnologías de Información; Seguridad de la Información.
- Gestión de la Calidad: Gestión de la Calidad (ISO 9001); Gestión de Excelencia.

6. Se mantienen los criterios para egresar áreas prioritarias, cuando se ha completado la etapa final o finalizada la implementación de una o más áreas prioritarias al 2012. Las áreas a las que aplica el criterio de egreso son: Capacitación, Higiene y Seguridad, Compras y Contrataciones del Sector Público, Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC), Auditoría Interna, Gobierno Electrónico y Seguridad de la Información. Éstas corresponden a tareas regulares de los servicios

públicas ya implementadas en estos años, que deberán continuar desarrollándose, pero ya no ligadas al incentivo de remuneraciones.

7. En el área de gestión de la calidad se mantienen los criterios de flexibilidad, permitiéndose la incorporación voluntaria al sistema de gestión de la calidad (ISO 9001) o al sistema de gestión de excelencia. Cada jefe de servicio, podrá comprometer lo anterior en forma voluntaria.
8. El Programa Marco 2013 sigue potenciando los procesos vinculados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos) ponderando éstos al menos en 80% y el restante 20% distribuido en los procesos de apoyo o soporte.
9. El área de Monitoreo constará de indicadores de desempeño que monitorean la gestión de los productos estratégicos, así como indicadores de gestión interna.
10. Los servicios deberán proponer los objetivos de gestión que se alcanzarán el 2013, además de las prioridades y sus correspondientes ponderadores, no pudiendo ninguna ponderación ser inferior a 5%. Cada objetivo de gestión de alta prioridad, no podrá tener una ponderación inferior a un objetivo de gestión de mediana prioridad, ni éste una ponderación inferior a un objetivo de menor prioridad.
11. Consideraciones Especiales: Tratándose de situaciones especiales originadas en características particulares de algún servicio, el cumplimiento de los objetivos o etapas de desarrollo se podrá concretar de un modo distinto a lo señalado en el Programa Marco, no alterando la esencia de las etapas u objetivos en cuestión. Tales situaciones deben ser informadas y debidamente justificadas en la propuesta de formulación MEI, con el objeto de analizarlas y sólo una vez aprobadas las metas respectivas, dichos antecedentes pasarán a formar parte de éstas.

IV. Cambios en el área prioritaria de Monitoreo del Desempeño del Programa Marco MEI 2013.

1. El valor mínimo para la ponderación de Monitoreo será de 80%, y corresponderá a la suma de las ponderaciones del conjunto de los indicadores asociados a productos estratégicos y al conjunto de los indicadores de gestión interna.
2. Cada Servicio podrá incorporar voluntariamente indicadores de gestión interna establecidos en el Marco aprobado por los ministros de Hacienda y del ramo, de los cuales podrá seleccionar un máximo de 4 indicadores. Estos se agregan a los indicadores de desempeño existentes para monitorear los productos estratégicos, y su ponderación no podrá superar el 20%.
3. Los indicadores de desempeño y sus metas, serán aprobados por el jefe de Servicio y por el Ministro del ramo, y, posteriormente revisados por la Secretaría Técnica. En este proceso participará también el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, en particular la División de Coordinación Interministerial, como red de expertos del sistema, con el objeto de velar por la consistencia de las definiciones estratégicas entre Ministerio y Servicios. Finalmente, dichos indicadores y sus metas serán aprobados o rechazados por el Ministro de Hacienda.
4. El proceso de formulación de indicadores será un único proceso que se inicia en el marco de la formulación presupuestaria 2013.
5. Los indicadores asociados al incentivo MEI, y que forman parte de esta área de Monitoreo del Desempeño Institucional, serán seleccionados a partir de aquellos indicadores presentados en el proceso de formulación presupuestaria 2013.

6. Cada Indicador no podrá tener una ponderación inferior a 5%.
7. Las instituciones deberán comprometer un mejoramiento global de su desempeño respecto del año anterior, esto es, un mejoramiento global de las metas de los indicadores para el año 2013.

V. Evaluación y Cumplimiento de las Metas de Eficiencia Institucional.

1. El grado de cumplimiento de cada área tomará sólo valores de 100% o 0%, con excepción del área de Monitoreo del Desempeño Institucional.
2. Para verificar el grado de cumplimiento del área de Monitoreo del Desempeño Institucional se considerará lo siguiente:
 - Se modifica la evaluación del cumplimiento global del área de Monitoreo, desde los 4 tramos de cumplimiento² considerados para 2012, a un cumplimiento proporcional dado por la simple suma de las ponderaciones de cada indicador comprometido y cumplido.
 - Para cada indicador:
 - a. Se reduce el piso mínimo de cumplimiento de 95% a 85%. Por lo tanto, se entenderá cumplido en algún grado si el valor efectivo es al menos un 85% de la meta. En caso contrario se entenderá como indicador no cumplido.
 - b. Se entenderá ~~por~~ cumplido, obteniendo el 100% de la ponderación de dicho indicador, si se logra al menos 95% de la meta.
 - c. Si el resultado es intermedio, desde 85% e inferior a 95%, el porcentaje que se asigna al ponderador es proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.
 - d. Aplica a todos los indicadores incluidos los de gestión interna y a todos los Servicios.
 - Para el proceso de evaluación se entenderá por causa externa para efectos de eximir del cumplimiento de un compromiso las siguientes situaciones:
 - reducciones de presupuesto, externas al Servicio, que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo;
 - hechos fortuitos comprobables, que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo;
 - catástrofes, y
 - cambios en la legislación vigente que incidan o afecten significativamente en las variables.
3. El cumplimiento global de las MEI será el resultado de la suma del cumplimiento de cada sistema multiplicado por su correspondiente ponderador.
4. El proceso de evaluación del cumplimiento de los compromisos establecidos en base al Programa Marco 2013, será realizado por expertos externos al ejecutivo, contratados por licitación pública a través de la Secretaría Técnica, con el apoyo de la red de expertos.

² Tramo 1: 90% a 100% de cumplimiento: 100% ponderador del sistema de Monitoreo
Tramo 2: 80% a 89% de cumplimiento. 75% del ponderador del sistema de Monitoreo
Tramo 3: 75% a 79% de cumplimiento: 50% del ponderador del sistema de Monitoreo
Tramo 4: < 75% de cumplimiento: 0% del ponderador del sistema de Monitoreo

VI. Áreas Prioritarias: Programa Marco de las Metas de Eficiencia Institucional año 2013

Ámbito de Gestión : Planificación y Control de Gestión
Área Prioritaria : Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional
Objetivo : Disponer de información de desempeño para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos seleccionados y comprometidos en la formulación del presupuesto y cumplir las metas en al menos un 85%.
	2	Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a procesos de soporte o gestión interna seleccionados del Programa Marco y cumplir las metas en al menos un 85%, si corresponde.

Ámbito de Gestión : Planificación y Control de Gestión

Área Prioritaria : Auditoría Interna

Objetivo : Crear y fortalecer las Unidades de Auditoría, con el objeto de desarrollar en forma permanente y continua auditorías de carácter general, estratégico, fundamentalmente preventivas y de apoyo a la gestión.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna, considerando al menos el nombramiento formal del encargado de la unidad, su dependencia directa del jefe de Servicio y sus objetivos son concordantes con las orientaciones estratégicas de la institución.
	2	La institución formula y/o actualiza el Estatuto de Auditoría interna, aprobado por el Jefe de Servicio
	3	La institución informa los antecedentes de funcionamiento de la Unidad de Auditoría, realizando un análisis de fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, identificando las competencias específicas que requieren para el funcionamiento de la Unidad y participación en los Comité de Auditorías Ministeriales y Regionales.
Etapa 2	4	La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna, elabora un diagnóstico a partir de la Matriz de Riesgos Estratégica, indicando los procesos estratégicos y de soporte, subprocesos y etapas, de manera de priorizar los temas a auditar y fundamentar el Plan Anual de Auditoría.
	5	La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna elabora un Plan Anual de Auditoría para el año siguiente en base al diagnóstico realizado considerando las tres líneas de auditoría: Institucional, contemplando un número de auditorías congruente con los niveles de criticidad de los riesgos y los recursos humanos disponibles; Ministerial y Gubernamental, las cuales son definidas por S. E. el Presidente de la República y coordinada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
Etapa 3	6	La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna ejecuta el Plan Anual de Auditoría correspondiente al período considerando al menos que: i) aplica los mecanismos de auditoría de acuerdo a la metodología establecida por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que indica al menos las orientaciones que se deben tener presente para programar, ejecutar e informar la ejecución de los Planes Anuales de Auditoría; ii) realiza las actividades especificadas en el Plan Anual de Auditoría, incluyendo las tres líneas de auditoría (Institucional, Ministerial y Gubernamental).
	7	La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera mensualmente informes de resultado de la ejecución del Plan Anual de cada una de las auditorías realizadas con sus respectivos programas, identificando objetivos generales y específicos, alcance, oportunidad y análisis de los resultados, entre otros aspectos.
	8	La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera anualmente el Informe Final de las auditorías ejecutadas durante el año con el análisis de la ejecución del Plan, la conclusión sobre el resultado del trabajo anual e identificando recomendaciones.
Etapa 4	9	La institución, informa al Consejo de Auditoría las medidas correctivas o preventivas (compromisos) respecto a las recomendaciones señaladas por la Unidad de Auditoría,

		enviando un informe de seguimiento de los compromisos adoptados por el Servicio.
10		La institución, a través de la Unidad de Auditoría, elabora e implementa un Plan de Seguimiento de las recomendaciones formuladas en los informes de auditoría interna, señalando al menos las materias sobre las que se hará seguimiento, los compromisos, plazos y responsables considerando la auditoría contemplada en el Plan, el hallazgo que originó el compromiso y el grado de cumplimiento de éste entre otros aspectos.
11		La institución debe cumplir con un porcentaje mínimo de implementación del Plan de Seguimiento con la finalidad de asegurar la disminución del nivel de riesgo existente en la administración de los recursos.

Ámbito de Gestión : Planificación y Control de Gestión

Área Prioritaria : Compras y Contratación del Sector Público.

Objetivo : Mejorar la transparencia, eficiencia y calidad de los procesos de compras y contrataciones de los Servicios Públicos, así como fortalecer el acceso a mayor y mejor información.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que tiene como objetivo optimizar el gasto en bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de su misión institucional.
	2	La Institución identifica y analiza en el Diagnóstico las competencias de los funcionarios en materia de compras públicas, la normativa interna, los procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y sus recursos financieros, el uso del portal de www.mercadopublico.cl , la gestión de contratos, la gestión de los reclamos recibidos a través del portal, la gestión de inventarios, la gestión de proveedores y los mecanismos de compras que usa para realizar los procesos de compras, de acuerdo a las necesidades que el Servicio requiere.
	3	La institución identifica y prioriza áreas críticas para el mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, en base a los resultados del Diagnóstico.
Etapa 2	4	La institución define el Plan Anual de Compras, considerando la normativa interna, y procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y los recursos financieros del Servicio.
	5	La institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público, considerando Plan de Capacitación para reducir las brechas de competencias del personal en gestión de abastecimiento, mecanismos de compras que utilizará el Servicio y su justificación, uso del portal www.mercadopublico.cl , Plan Anual de Compras, gestión de contratos, gestión de reclamos, gestión de inventarios, gestión de proveedores y las áreas críticas priorizadas identificadas en el diagnóstico y define proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento.
	6	La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras elaborado con base en la información que proporciona el portal www.mercadopublico.cl y determina el valor de la meta de cada uno de ellos.
	7	La institución elabora un Programa de Trabajo anual para la ejecución del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos actividades, plazos y responsables.
Etapa 3	8	La institución realiza sus procesos de compra y contratación a través del portal www.mercadopublico.cl sobre la base del Plan Anual de compras definido.
	9	La institución mide los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras.

	10	La institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y registra los resultados.
Etapa 4	11	La institución evalúa los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y la ejecución del Plan Anual de Compras y los resultados de los indicadores comprometidos con su fundamentación.
	12	La institución analiza el cumplimiento de las metas de los indicadores comprometidos y las brechas entre resultados efectivos y metas y formula recomendaciones para el siguiente período.
	13	La institución elabora un Programa de Seguimiento de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos los compromisos asumidos derivados de las recomendaciones formuladas e identificando los plazos de ejecución y responsables.
	14	La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.

Ámbito de Gestión : Recursos Humanos

Área Prioritaria : Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo

Objetivo : Formalizar y fortalecer los procesos asociados al mejoramiento de los ambientes de trabajo de los funcionarios, la prevención de riesgos y, en general, de las condiciones del lugar de trabajo, con participación de los trabajadores.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	La institución dispone el funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad.
	2	Las instituciones que no reúnan los requisitos legales para constituir un Comité Paritario deberán organizar un Comité Voluntario, para dar cumplimiento a los requisitos del sistema.
	3	La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo.
Etapa 2	4	La institución en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo basado en el Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo señalado en la etapa anterior, definiendo los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de su implementación.
	5	La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el del Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia y dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones.
	6	La institución elabora un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.
	7	La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo aprobados.
	8	La institución elabora el Programa de Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo y lo comunica a los funcionarios, definiendo al menos actividades, plazos y responsables.
Etapa 3	9	La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según lo establecido en el Programa de Trabajo y mide los indicadores de desempeño del Plan anual de Prevención de Riesgos.
	10	La institución registra los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo, incluidos el detalle de las acciones en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo realizadas y lo difunde a los funcionarios.
Etapa 4	11	La institución evalúa los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo ejecutado en el periodo, en término de las acciones realizadas, la efectividad de dichas acciones, el gasto ejecutado y los funcionarios beneficiados, considerando la medición de los indicadores de desempeño.

12	La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.
13	La institución difunde a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada.

Ámbito de Gestión : Calidad de Atención de Usuarios

Área Prioritaria : Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información

Objetivo : Contribuir con simplificar y mejorar los servicios e información ofrecidos por el Estado a sus usuarios/clientes/beneficiarios y aquellos procesos transversales relevantes de las instituciones públicas, a través de la óptima utilización de tecnologías de información y comunicación.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	<p>La institución realiza un Diagnóstico de uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios y define aquellos en los que requiere implementar tecnologías de información, registrándolos en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. En el marco de la revisión de dichos procesos, la institución verifica, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de rediseñar y mejorar con uso de TIC los procesos seleccionados de provisión de productos estratégicos. • La necesidad de inter-operar con otros organismos del Estado y/o con otros procesos dentro de la institución, identificando los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales que puedan y/o requieran inter-operar. • La existencia y la calidad de los registros de información que se mantienen para proveer los productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. • La necesidad de mejorar uno o más procesos transversales que contribuyan a la calidad de los procesos seleccionados de provisión de bienes y/o servicios.
	2	En base a los resultados del diagnóstico realizado, la institución, con la aprobación del Jefe Superior del Servicio, propone a la Red de Expertos una priorización de los proyectos de mejoramiento con uso de la TIC para su validación técnica, y los registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.

Etapa 2	3	La institución, de acuerdo al presupuesto asignado, elabora el Plan de Mejoramiento con uso de Tecnologías de Información y Comunicación, y un Programa de Trabajo anual aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, que incluye todos los proyectos TI a trabajar durante el año, para la implementación del Plan aprobado, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	4	La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de los proyectos priorizados según el Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) e incorporados en el Programa de Trabajo aprobado por el Jefe de Servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
Etapa 3	5	La institución implementa el Programa de Trabajo definido en la etapa anterior y registra los resultados de la implementación en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.
Etapa 4	6	La institución evalúa los resultados de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	7	La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de cada proyecto concluido del programa de trabajo, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	8	La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto durante su implementación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	9	La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.

Ámbito de Gestión : Calidad de Atención de Usuarios

Área Prioritaria : Sistema Seguridad de la Información

Objetivo : Lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar continuidad operacional de los procesos y servicios, a través de un sistema de gestión de seguridad de la información.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	La institución, en conjunto con las áreas que la componen, realiza un Diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional, e identifica en éste los activos de información que dan sustento a una selección de sus procesos de provisión, estableciendo los controles necesarios para mitigar riesgos que puedan afectar a los activos de información críticos, considerando para esto todos aquellos dominios de seguridad de la información que establece el DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, determinando el nivel en que la institución se encuentra respecto de: Políticas de Seguridad, Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información, Gestión de la Continuidad del Negocio y Cumplimiento.
	2	La institución compara los resultados del Diagnóstico con los controles establecidos en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.
Etapa 2	3	La institución establece su Política de Seguridad de la Información debidamente formalizada por el Jefe Superior del Servicio.
	4	La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información, a través del nombramiento de responsables de la implementación del Plan, y el establecimiento de los controles para cumplir los requisitos del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009.
	5	La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, indicadores de desempeño y lo difunde al resto de la organización, asegurándose que es conocido y comprendido por todos los funcionarios del servicio.
Etapa 3	6	La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Seguridad de la Información, registrando y controlando los resultados de las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.

Etapa 4	7	La institución evalúa y difunde los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009 logrado, respecto de las brechas detectadas en el diagnóstico, y formula recomendaciones de mejora.
	8	La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual, señalando los compromisos, plazos y responsables, que permitan superar las causas que originaron las brechas aún existentes y las debilidades detectadas de aquellas priorizadas.
	9	La institución, en conjunto con las áreas que la componen, implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido.
	10	La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.

Ámbito de Gestión : Gestión de la Calidad

Área Prioritaria : Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001)

Objetivo : Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus clientes/usuarios/beneficiarios, a través de la instalación de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado basado en la norma ISO 9001:2008 que considere los procesos de provisión de bienes y/o servicios.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008.
	2	La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008 señalando los fundamentos para aquellos que no incorporará a la certificación ISO 9001:2008.
	3	La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización identificados como necesarios y factibles de certificar.
	4	La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal para el primer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad; y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.
	5	La alta dirección revisa el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, definiendo acciones de mejora del sistema y sus procesos.

Etapa 2	6	La Institución actualiza el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.
	7	La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el segundo año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad; y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.
	8	La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas; iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.
	9	La institución certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año de acuerdo al programa de trabajo anual de la etapa anterior.
Etapa 3	10	La Institución actualiza el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.
	11	La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el tercer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad; y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.
	12	La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas; iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.
	13	La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención de sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.

Etapa 4	14	La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.
	15	La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.

Ámbito de Gestión : Gestión de la Calidad

Área Prioritaria : Sistema de Gestión de Excelencia

Objetivo : Mejorar el desempeño institucional a través de la implementación del Modelo de Gestión de Excelencia, que permita gestionar a la organización con el objeto de aportar valor y aumentar la satisfacción de los clientes/usuarios/beneficiarios y lograr mejorar sus resultados alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivo
Etapa 1	1	La institución constituye y dispone formalmente el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia; y realiza un Diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, e identifica sus brechas contrastado con los requerimientos del modelo.
	2	La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones a todo el personal.

Etapa 2	3	La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida, define los temas prioritarios que abordará para conducir al Servicio a mejorar su desempeño en el marco del Modelo de Gestión de Excelencia.
	4	La institución en base a los temas priorizados por la instancia institucional estratégica definida elabora un plan de mejora de procesos y resultados que contenga los objetivos, acciones, indicadores y sus metas, plazos y una estimación de recursos y un programa anual. El plan debe explicitar el puntaje previsto a lograr, la proyección de aumento de puntajes y debe ser aprobado por el Jefe de Servicio. Posteriormente difunde el plan de mejora y el programa de trabajo anual a todo el personal e inicia su implementación.
Etapa 3	5	La institución implementa completamente el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual. El Plan de mejoramiento es incorporando en la Planificación Estratégica anual de la institución.
	6	La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida y en base a su sistema de seguimiento institucional, supervisa periódicamente la ejecución y avances del Plan de Mejoramiento y programa de trabajo anual, realiza seguimiento a los indicadores de desempeño definidos y sus metas, tomando las medidas correctivas que sean pertinentes y verificando su cumplimiento.
Etapa 4	7	La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida, elabora un Informe de Autoevaluación de sus procesos y resultados, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, la compara con los resultados obtenidos en la autoevaluación inicial e identifica el nivel de excelencia logrado.
	8	La institución aprueba la autoevaluación, verificado por un ente externo, y comunica los resultados y conclusiones a todo el personal.
	9	La institución, mantiene el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia planificado.

VII. Programa Marco, Sistema de Monitoreo. Indicadores de Gestión Interna

ÁMBITO DE GESTIÓN	ÁREA PRIORITARIA	NOMBRE DEL INDICADOR	ALGORITMO DE CÁLCULO
Recursos Humanos	Higiene y Seguridad	1. Tasa de siniestralidad total	(Número de días perdidos en el año t por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales/ Promedio Mensual de Funcionarios(as) en el año t)*100
Recursos Humanos	Higiene y Seguridad	2. Tasa de Accidentabilidad por Accidentes del Trabajo	(Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el año t/ Promedio Mensual de Funcionarios(as) en el año t)*100
Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna	4. Porcentaje de compromisos implementados y cumplidos del Plan de Seguimiento año t	(N° de compromisos definidos en el Plan de Seguimiento de auditorías realizadas en año t-1 implementados y cumplidos en año t/N° total de compromisos definidos en Plan de Seguimiento de auditorías realizadas en año t-1)*100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	5. Porcentaje de trámites digitalizados al año t, respecto de la oferta total de trámites declarados por el servicio en ChileAtiende al año t	(N° de trámites digitalizados al año t/ N° total de trámites declarados por el servicio en ChileAtiende al año t) x 100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	6. Porcentaje de horas de disponibilidad de todos los sitios web del servicio, respecto del total de horas requeridas.	(N° de horas de disponibilidad de sitios web del servicio en el año t / N° total de horas de disponibilidad requeridas ³ para los sitios web del servicio en el año t) x 100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	7. Porcentaje de cumplimiento de los estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno, respecto del total de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno.	(N° de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno, cumplidos / N° total de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno) x 100

³ Horas requeridas se entiende como el total de horas en que debe estar disponible el servicio, esto es horario continuado (7x24) u otro horario definido por el Servicio.

ÁMBITO DE GESTIÓN	ÁREA PRIORITARIA	NOMBRE DEL INDICADOR	ALGORITMO DE CÁLCULO
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	8. Porcentaje de trámites del servicio que están inter-operando, respecto del total de trámites del servicio que requieren información de otras instituciones.	$(\text{N}^\circ \text{ de trámites del servicio que están inter-operando} / \text{N}^\circ \text{ total de trámites del servicio que requieren información de otras instituciones}) \times 100$
Planificación / Control de Gestión	Compras y Contrataciones	9. Porcentaje de Compras Urgentes	$(\text{N}^\circ \text{ de Órdenes de Compra Urgentes en el año t} / \text{N}^\circ \text{ Total Órdenes de Compra en el año t}) * 100$
Planificación / Control de Gestión	Compras y Contrataciones	10. Porcentaje de Procesos con tres o más ofertas válidas en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de casos de procesos participativos que reciben 3 o más ofertas válidas en el año t} / \text{Total N}^\circ \text{ de casos de procesos participativos realizados en el año t}) * 100$
Planificación / Control de Gestión	Compras y Contrataciones	11. Porcentaje de licitaciones declaradas desiertas teniendo ofertas válidas en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de adquisiciones desiertas con 3 o más ofertas válidas en el año t} / \text{N}^\circ \text{ total de adquisiciones publicadas en el año t}) * 100$