



## CONVENIO DE DESEMPEÑO SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR

### I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Ricardo Juan Alvear Leal
Cargo	Director Hospital Villarrica
Institución	Servicio de Salud Araucanía Sur
Dependencia directa del cargo:	Director Servicio de Salud
Período de desempeño del cargo:	1° de Marzo de 2009 al 28 de Febrero de 2012

### II. FECHAS DE EVALUACION DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Primera Evaluación.	28 de Febrero de 2010
Segunda Evaluación	28 de Febrero de 2011
Tercera Evaluación	28 de Febrero de 2012
Evaluación Final	28 de Febrero de 2012

**Metodología de Evaluación:** El resultado obtenido en la evaluación de cada Objetivo de Resultado, será igual al la suma del(los) resultados de la evaluación de cada indicador definido. A su vez, el resultado para un indicador específico, será el porcentaje de cumplimiento, multiplicado por el ponderador del indicador respectivo.



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR				
ANO 1: 1° de Marzo de 2009 al 28 de Febrero de 2010				
META 1: Aporte e Integración a la Red Institucional				
Ponderación: 30%				
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Iniciar el 100% de las garantías de tratamiento GES en los plazos establecidos por Ley.	10%	100% de cumplimiento de las garantías de oportunidad de tratamiento para casos GES. Interpretación: (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento / N° total de casos con confirmación de diagnóstico y orden de tratamiento en el Establecimiento) * 100	Informe basado en el sistema SIGGES emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	De acuerdo a Decreto Supremo N° 44, de 09 de Enero de 2007, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966. Resultado del indicador: mayor o igual a 98% un 100%, mayor o igual a 95% y menor a 98% un 75% y menor a 95% un 0%. Condición para cumplimiento de meta: Casos exceptuados menor al 1% del total de casos GES. De acuerdo a las Normas Técnico Médico y Administrativo, para el cumplimiento de las Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la Ley N° 19.966.
2 Cumplir con el programa de prestaciones valoradas establecido con Fonasa del año en curso.	5%	100% del convenio ejecutado. Interpretación: (N° de actividades realizadas / N° total de actividades comprometidas) * 100	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 95% un 100%, mayor o igual a 90% y menor a 95% un 75% y menor a 90% un 0%.
3 El Establecimiento resolvera las consultas, procedimientos e intervenciones estipuladas en carrera de servicios, demandadas por los beneficiarios del nodo lacustre.	5%	El 30% de las consultas, procedimientos e intervenciones programadas se asignan a los Establecimientos del Nodo. Interpretación: (N° de actividades entregadas al Nodo / N° de actividades programadas) * 100%	Informe de cumplimiento emitido por Depto de Articulación de la Red y Hospitales. Cumplimiento gradual a lo alcanzado, basado en reportes de Depto Estadísticos según <a href="http://www.ssaaruc.cl">www.ssaaruc.cl</a>	Condición para cumplimiento de meta: Entrega de información a Depto. de Planificación y Análisis antes del quinto día hábil del mes siguiente.
4 Resolver las prestaciones demandadas en el Nodo Lacustre pertinentes al nivel resolutivo del Establecimiento	5%	El Establecimiento tendera a un 0% de incumplimiento en las actividades definidas en la carrera de servicio demandadas por beneficiarios del Nodo lacustre. Interpretación: (N° solicitudes demandadas insatisfechas/ N° total de solicitudes demandadas) * 100%	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Programación de actividades entregada a la DSSAS en diciembre de cada año, aprobado por CIRA.
5 Mejorar la referencia y contrarreferencia	5%	Responder los IC generados con criterios de calidad indicador: (N° de IC respondidas con calidad / N° total de IC generados)	Formulario o aplicación vigente de CRF en Sistema agenda medica	A través de sistema oficial ( Agenda Médica)
<b>Sub total</b>	<b>30%</b>			



**META 2: Desempeño global del Hospital**

Objetivos de resultados		Indicadores		Medios de Verificación		Supuestos Básicos e Interpretación	
Ponderación: 45 %		Ponderación					
1	Obtener la calificación máxima en los Compromisos de Gestión Locales.	10%	Nota máxima en los Compromisos de Gestión Locales. Interpretación: (Nota final obtenida para el año en curso / Nota máxima) * 100	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión y Compromisos negociados por Director de Establecimiento.	Realizar durante el primer semestre del año el proceso de negociación de los Compromisos de Gestión, con cola mínima la negociación del Servicio con el Ministerio.		
2	Gestionar la LE quirúrgica mayor a 1 año.	10%	Los pacientes en LE quirúrgica no esperan más de un año para ser intervenidos como Establecimiento de destino. Interpretación: (Nº de pacientes en LE con más de 1 año en sistema único / Nº total de pacientes en LE quirúrgica electivo) * 100%	Sistema único de registro de LE del SSAS. Informe Depto. de Planificación e Información.	Porcentaje de cumplimiento gradual a la calificación obtenida.	DSSAS entrega nomina nulificada de cada año. Registro en LEP, son no GES. Las GES están reguladas con plazos definidos. Y además las prestaciones deben estar en la cartera de servicios. Mas del 80 % del cumplimiento de LE nulificada al 31 de diciembre del año precedente se considera cumplimiento 100%	
3	Alcanzar mas de un 95 % de cumplimiento en las Metas de desempeño Institucional.	10%	95% de Cumplimiento en las metas de la Ley 19.664 y la Ley 18.834. Interpretación: Promedio/ % de cumplimiento Ley 19.664 y % de cumplimiento Ley 18.834)	Informe emitido por Subdirección de Recursos Humanos del año evaluado.	Resultado del indicador: mayor o igual a 95% un 100%, mayor o igual a 90% y menor a 95% un 75% y menor a 90% un 0%. Según los procesos de sanción que realiza el ministerial de acuerdo a las leyes.		
4	Alcanzar un 70% de satisfacción usuario total.	5%	70% de los usuarios están satisfechos con la atención otorgada en atención abierta y cerrada en el Establecimiento. Interpretación: (Nº de usuarios con satisfacción total / Nº total de usuarios encuestados) * 100	Informe emitido por empresa que adjudica licitación de aplicación de encuesta, coordinada por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 90% de la meta a alcanzar un 100%, mayor o igual a 80% y menor a 90% de la meta un 75% y menor a 80% de la meta un 0%. Se considerara solo si resultados del año precedente están durante el primer semestre.		
5	Avanzar en el proceso de acreditación en calidad de prestaciones.	5%	A diciembre 2009 el Establecimiento alcanza a lo menos acreditación condicional en IHI.	Informe emitido por Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud			
		5%	El Establecimiento crea estructura formal que lidera proceso de gestión de la calidad en la institución. Indicador: aplicación de Paulas de acreditación en AC y anexos específicos pertinentes)	Informe remitido por el Establecimiento al Depto. de Calidad y Control de Gestión			
<b>Sub total</b>		<b>45%</b>					



**META 3: Eficiencia de los recursos disponibles**

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Realizar el 100% de la intermediación programada con CENABAST	5%	100% de cumplimiento del programa anual de compras. <b>Interpretación:</b> (Monto intermediación efectiva / Valorización de la intermediación programado) * 100%	Informe de la SDA de la Dirección de Servicio	Realizar programación anual de compras, remitida a Gestor de Red. Se descontaran de la evaluación los incumplimientos de Cenabast certificados, debidamente documentados por Establecimiento y validados por SDA. Sobre 98 % se considera cumplimiento, incluye compra centralizada desde RRF.
2 Realizar una gestión financiera eficiente de acuerdo al presupuesto asignado.	5%	Cumplimiento del 100% del presupuesto asignado. <b>Interpretación:</b> [Ejecución presupuestaria del año correspondiente / Presupuesto aprobado del año] * 100%	Informe por SDA de la dirección que actualiza el decreto de cierre del año.	
3 Controlar la onigüedad de la deuda del subtitulo 22 del Establecimiento.	5%	100% de concentración de la deuda del subtitulo 22 entre 0 y 45 días. <b>Interpretación:</b> (Deuda total subtitulo 22 entre 0 y 45 días / Deuda subtitulo 22) * 100%	Informe de la SDA de la Dirección de Servicio	El Establecimiento debe controlar el 100% de la deuda entre 0 y 45 días, lo cual está establecido en la Glosa 02 de la Partida 16, Ministerio de Salud, letra e), de la Ley de Presupuesto.
4 Mejora la satisfacción funcionaria.	5%	El establecimiento desarrolla un sistema de atención a sus funcionarios. <b>Interpretación:</b> Medición de la satisfacción funcionaria.	Evaluación por encuesta de satisfacción a los funcionarios.	Aplicación anual de encuesta satisfacción usuario de funcionarios, esperada superior a 70%.
5 Mejorar la gestión de los pabellones	5%	Alcanzar un 80% de utilización de pabellones en horario institucional. <b>Interpretación:</b> [(N° intervenciones diarias por pabellón * estándar duración intervención en Establecimientos de mediana complejidad) / Hrs. diarias hábiles] * 100%	Informe Glosa 4 emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 80% un 100%, mayor o igual a 70% y menor a 80% un 50% y menor a 70% un 0%.
<b>Sub total</b>	<b>25%</b>			



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR				
AÑO 2: 1º de Marzo de 2010 al 28 de Febrero de 2011				
META 1: Aporte e Integración a la Red Institucional				
Ponderación: 30%				
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Iniciar el 100% de las garantías de tratamiento GES en los plazos establecidos por Ley.	10%	100% de cumplimiento de las garantías de oportunidad de tratamiento para casos GES. Interpretación: (Nº de casos GES con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento / Nº total de casos con confirmación de diagnóstico y orden de tratamiento en el Establecimiento) * 100	Informe basado en el sistema SIGGES emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	De acuerdo a Decreto Supremo Nº 44, de 09 de Enero de 2007, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley Nº 19.966. Resultado del indicador: mayor o igual a 98% un 100%, mayor o igual a 95% y menor a 98% un 75% y menor a 95% un 0%. Condición para cumplimiento de meta: Casos excepcionados menor al 1% del total de casos GES. De acuerdo a las Normas Técnico Médico y Administrativo, para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la Ley Nº 19.966
2 Cumplir con el programa de prestaciones valoradas establecido con Fonasa del año en curso.	5%	100% del convenio ejecutado. Interpretación: ( Nº de actividades realizadas / Nº total de actividades comprometidas) * 100	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 95% un 100%, mayor o igual a 90% y menor a 95% un 75% y menor a 90% un 0%. Condición para cumplimiento de meta: Entrega de información a Depto. de Planificación y Análisis antes del quinto día hábil del mes siguiente.
3 El Establecimiento resolverá las consultas, procedimientos e intervenciones estipuladas en cartera de servicios, demandadas por los beneficiarios del nodo lacustre.	5%	El 30% de las consultas, procedimientos e intervenciones programadas se asignan a los Establecimientos del Nodo. Interpretación: ( Nº de actividades entregadas al Nodo / Nº de actividades programadas ) * 100%	Informe de cumplimiento emitido por Depto de Articulación de la Red y Hospitales. Cumplimiento gradual o alcanzado, basado en reportes de Depto Estadísticas según <a href="http://www.ssgsul.cl">www.ssgsul.cl</a>	Programación de actividades entregada a la BSSAS en diciembre de cada año, aprobada por CIRA.
4 Resolver las prestaciones demandadas en el Nodo Lacustre pertinentes al nivel resolutivo del Establecimiento	5%	El Establecimiento tenderá a un 0% de incumplimiento en las actividades definidas en la cartera de servicio demandadas por beneficiarios del Nodo lacustre. Interpretación: (Nº solicitudes demandadas insatisfechas/ Nº total de solicitudes demandadas) * 100 %	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	
5 Mejorar la referencia y contra-referencia	5%	Responder las IC generadas con criterios de calidad indicador: (Nº de IC respondidos con calidad / Nº total de IC generados)	Formulario o aplicación vigente de CRF en Sistema agenda medica	A través de sistema oficial ( Agenda Médica)
Sub total	30%			



**META 2: Desempeño global del Hospital**

**Ponderación: 45 %**

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Obtener la calificación máxima en los Compromisos de Gestión Locales.	10%	Nota máxima en los Compromisos de Gestión Locales. <b>Interpretación:</b> ( Nota final obtenida para el año en curso / Nota máxima) * 100	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión y Compromisos negociados por Director de Establecimiento.	Realizar durante el primer semestre del año el proceso de negociación de los Compromisos de Gestión, con la mínima la negociación del Servicio con el Ministerio.  Porcentaje de cumplimiento gradual a la calificación obtenida.
2 Gestionar la LE quirúrgica mayor a 1 año.	10%	Los pacientes en LE quirúrgica no esperan mas de un año para ser intervenidos como Establecimiento de destino. <b>Interpretación:</b> ( Nº de pacientes en LE con mas de 1 año en sistema Único / Nº total de pacientes en LE quirúrgica electiva ) * 100%	Sistema único de registro de LE del SSAS. Informe Depto. de Planificación e Información.	DSSAS entrega nomina rufificada de cada año. Registro en LEP, son no GES. Los GES están reguladas con plazos definidos. Y además las prestaciones deben estar en la cartera de servicios. Mas del 80 % del cumplimiento de LE rufificada al 31 de diciembre del año precedente se considera cumplimiento 100%
3 Alcanzar mas de un 95 % de cumplimiento en las Metas de desempeño Institucional.	10%	95% de Cumplimiento en las metas de la Ley 19.664 y la Ley 18.834. <b>Interpretación:</b> Promedio % de cumplimiento Ley 19.664 y % de cumplimiento Ley 18.834)	Informe emitido por Subdirección de Recursos Humanos del año evaluado.	Resultado del indicador: mayor o igual a 95% un 100%, mayor o igual a 90% y menor a 95% un 75% y menor a 90% un 0%. Según los procesos de sanción que realiza el ministerial de acuerdo a las leyes.
4 Alcanzar un 70% de satisfacción usuaria total.	5%	75% de los usuarios están satisfechos con la atención otorgada en atención abierta y cerrada en el Establecimiento. <b>Interpretación:</b> ( Nº de usuarios con satisfacción total / Nº total de usuarios encuestados) * 100	Informe emitido por empresa que adjudica licitación de aplicación de encuesta, coordinada por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 90% de la meta o alcanzar un 100%. mayor o igual a 80% y menor a 90% de la meta un 75% y menor a 80% de la meta un 0%. Se considerara solo si resultados del año precedente están durante el primer semestre.
5 Avanzar en el proceso de acreditación en calidad de prestaciones.	5%	A diciembre 2010 el Establecimiento obtiene la acreditación en IH.	Informe emitido por Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud	
	5%	El Establecimiento avanza en el proceso de acreditación. <b>Indicador:</b> Mejorar en un 50% el diagnóstico obtenido el año anterior.	Informe remitido por el Establecimiento al Depto. de Calidad y Control de Gestión	
Sub total	45%			



META 3: Eficiencia de los recursos disponibles				
Ponderación: 25 %				
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Realizar el 100% de la intermediación programada con CENABAST	5%	100% de cumplimiento del programa anual de compras. <b>Interpretación:</b> ( Monto intermediación efectiva / Valoración de la intermediación programada ) * 100%	Informe de la SDA de la Dirección de Servicio	Realizar programación anual de compras, remitida a Gestor de Red. Se descuentan de la evaluación los incumplimientos de CENABAST certificados, debidamente documentados por Establecimiento y validados por SDA. Sobre 98 % se considera cumplimiento, incluye compra centralizado desde RRF.
2 Realizar una gestión financiera eficiente de acuerdo al presupuesto asignado.	5%	Cumplimiento del 100% del presupuesto asignado. <b>Interpretación:</b> (Ejecución presupuestaria del año correspondiente / Presupuesto aprobado del año ) * 100%	Informe por SDA de la dirección que actualiza el decreto de cierre del año.	
3 Controlar la antigüedad de la deuda del subítem 22 del Establecimiento.	5%	100% de concentración de la deuda del subítem 22 entre 0 y 45 días. <b>Interpretación:</b> (Deuda total subítem 22 entre 0 y 45 días / Deuda subítem 22) * 100%	Informe de la SDA de la Dirección de Servicio	El Establecimiento debe controlar el 100% de la deuda entre 0 y 45 días, lo cual está establecido en la Glosa 02 de la Partida 16, Ministerio de Salud, letra e), de la Ley de Presupuesto.
4 Mejora la satisfacción funcionaria.	5%	El establecimiento desarrolla un sistema de atención a sus funcionarios. <b>Interpretación:</b> 70% de satisfacción funcionaria	Evaluación por encuesta de satisfacción a los funcionarios.	Aplicación anual de encuesta satisfacción usuaria de funcionarios, esperada superior a 70%.
5 Mejorar la gestión de los pabellones	5%	Alcanzar un 80% de utilización de pabellones en horario institucional. <b>Interpretación:</b> ( ( Nº intervenciones diarias por pabellón * estándar duración intervención en Establecimientos de mediana complejidad ) / Hrs. diarias hábiles ) * 100%	Informe Glosa 4 emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 80% un 100%, mayor o igual a 70% y menor a 80% un 50% y menor a 70% un 0%
Sub total	25%			



ANEXO 3: 1º de Marzo de 2011 al 28 de Febrero de 2012				
META 1: Aporte e Integración a la Red Institucional				
Ponderación: 30%				
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Iniciar el 100% de las garantías de tratamiento GES en las plazas establecidas por Ley.	10%	100% de cumplimiento de las garantías de oportunidad de tratamiento para casos GES. Interpretación: (Nº de casos GES con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento / Nº total de casos con confirmación de diagnóstico y orden de tratamiento en el Establecimiento) * 100	Informe basado en el sistema SIGGES emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	De acuerdo a Decreto Supremo Nº 44, de 09 de Enero de 2007, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley Nº 19.966. Resultado del indicador: mayor o igual a 98% un 100%, mayor o igual a 95% y menor a 98% un 75% y menor a 95% un 0%. Condición para cumplimiento de meta: Casos exceptuados menor al 1% del total de casos GES. De acuerdo a las Normas Técnico Médico y Administrativo, para el cumplimiento de las Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la Ley Nº 19.966
2 Cumplir con el programa de prestaciones valoradas establecido con finasa del año en curso.	5%	100% del convenio ejecutado. Interpretación: ( Nº de actividades realizadas / Nº total de actividades comprometidas) * 100	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 95% un 100%, mayor o igual a 90% y menor a 95% un 75% y menor a 90% un 0%. Condición para cumplimiento de meta: Entrega de información a Depto. de Planificación y Análisis antes del quinto día hábil del mes siguiente.
3 El Establecimiento resolverá las consultas, procedimientos e intervenciones estipuladas en cartera de servicios, demandadas por los beneficiarios del nodo lacustre.	5%	El 30% de las consultas, procedimientos e intervenciones programadas se asignan a los Establecimientos del Nodo. Interpretación: (Nº de actividades entregadas al Nodo / Nº de actividades programadas) * 100%	Informe de cumplimiento emitido por Depto de Articulación de la Red y Hospitales. Cumplimiento gradual o lo alcanzado, basado en reportes de Depto Estadísticos según <a href="http://www.sssar.cl">www.sssar.cl</a>	Programación de actividades entregada a la DSSAS en diciembre de cada año, aprobada por CIRA.
4 Resolver las prestaciones demandadas en el Nodo lacustre pertinentes al nivel resolutivo del Establecimiento	5%	El Establecimiento tenderá a un 0% de incumplimiento en las actividades definidos en la cartera de servicio demandadas por beneficiarios del Nodo lacustre. Interpretación: (Nº solicitudes demandadas insatisfechas / Nº total de solicitudes demandadas) * 100 %	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	
5 Mejorar la referencia y contrarreferencia	5%	Responder las IC generadas con criterios de calidad Indicador: (Nº de IC respondidas con calidad / Nº total de IC generadas)	Formulario o aplicación vigente de CRF en Sistema agenda medica	A través de sistema oficial ( Agenda Médica)
<b>Sub total</b>	<b>30%</b>			



META 2: Desempeño global del Hospital				
Ponderación: 45 %				
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación
1 Obtener la calificación máxima en los Compromisos de Gestión Locales.	10%	Nota máxima en los Compromisos de Gestión Locales. Interpretación: ( Nota final obtenida para el año en curso / Nota máxima) * 100	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión y Compromisos negociados por Director de Establecimiento.	Realizar durante el primer semestre del año el proceso de negociación de los Compromisos de Gestión, con coita mínima la negociación del Servicio con el Ministerio.  Porcentaje de cumplimiento gradual a la calificación obtenida.
2 Gestionar la LE quirúrgica mayor a 1 año.	10%	Los pacientes en LE quirúrgica no esperan más de un año para ser intervenidos como Establecimiento de destino. Interpretación: ( N° de pacientes en LE con más de 1 año en sistema único / N° total de pacientes en LE quirúrgica electiva ) * 100%	Sistema único de registro de LE del SSAS. Informe Depto. de Planificación e Información.	DSSAS entrega nomina rutilcada de cada año. Registro en LEP, son no GES. Las GES estan reguladas con plazos definidos. Y además las prestaciones deben estar en la cartera de servicios. Mas del 80 % del cumplimiento de LE rutilcada al 31 de diciembre del año precedente se considera cumplimiento 100%
3 Alcanzar mas de un 95 % de cumplimiento en las Metas de desempeño institucional.	10%	95% de Cumplimiento en las metas de la Ley 19.664 y la Ley 18.834. Interpretación: Promedio( % de cumplimiento Ley 19.664 y % de cumplimiento Ley 18.834)	Informe emitido por Subdirección de Recursos Humanos del año evaluado.	Resultado del indicador: mayor o igual a 95% un 100%, mayor o igual a 90% y menor a 95% un 75% y menor a 90% un 0%. Según los procesos de sanción que realiza el minsal de acuerdo a las leyes.
4 Alcanzar un 70% de satisfacción usuaria total.	5%	77% de los usuarios están satisfechos con la atención otorgada en atención abierta y cerrada en el Establecimiento. Interpretación: ( N° de usuarios con satisfacción total / N° total de usuarios encuestados) * 100	Informe emitido por empresa que adjudica licitación de aplicación de encuesta, coordinada por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 90% de la meta a alcanzar un 100%, mayor o igual a 80% y menor a 90% de la meta un 75% y menor a 80% de la meta un 0%. Se considerara solo si resultados del año precedente están durante el primer semestre.
5 Avanzar en el proceso de acreditación en calidad de prestaciones.	5%	El Establecimiento mantiene acreditación en IJH alcanzada el año anterior.	Informe emitido por Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud	
	5%	El Establecimiento avanza en el proceso de acreditación. Indicador: Mejorar en un 100% el diagnóstico obtenido el primer año.	Informe remitido por el Establecimiento al Depto. de Calidad y Control de Gestión	
Sub total	45%			



META 3: Eficiencia de los recursos disponibles					
Ponderación: 25 %					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos e Interpretación	
1 Realizar el 100% de la intermediación programada con CENABAST	5%	100% de cumplimiento del programa anual de compras. Interpretación: (Monto intermediación efectiva / Valorización de la intermediación programada) * 100%	Informe de la SDA de la Dirección de Servicio	Realizar programación anual de compras, remitida a Gestor de Red. Se descontaran de la evaluación los incumplimientos de CENABAST certificadas, debidamente documentados por Establecimiento y validados por SDA. Sobre 98 % se considera cumplimiento, incluye compra centralizada desde RRF.	
2 Realizar una gestión financiera eficiente de acuerdo al presupuesto asignado.	5%	Cumplimiento del 100% del presupuesto asignado. Interpretación: (Ejecución presupuestaria del año correspondiente / Presupuesto aprobado del año) * 100%	Informe por SDA de la dirección que actualiza el decreto de cierre del año.		
3 Controlar la antigüedad de la deuda del subítemo 22 del Establecimiento.	5%	100% de concentración de la deuda del subítemo 22 entre 0 y 45 días. Interpretación: (Deuda total subítemo 22 entre 0 y 45 días / Deuda subítemo 22) * 100%	Informe de la SDA de la Dirección de Servicio	El Establecimiento debe controlar el 100% de la deuda entre 0 y 45 días, lo cual está establecido en la Clasa 02 de la Partida 16, Ministerio de Salud, letra e), de la Ley de Presupuesto.	
4 Mejora la satisfacción funcionaria.	5%	El establecimiento desarrolla un sistema de atención a sus funcionarios. Interpretación: 70% de satisfacción funcionaria	Evaluación por encuesta de satisfacción a los funcionarios.	Aplicación anual de encuesta satisfacción usuaria de funcionarios, esperada superior a 70%.	
5 Mejorar la gestión de los pabellones	5%	Alcanzar un 80% de utilización de pabellones en horario institucional. Interpretación: ((N° intervenciones diarias por pabellón * estándar duración intervención en Establecimientos de mediana complejidad) / Hrs. diarias hábiles) * 100%	Informe Clasa 4 emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Resultado del indicador: mayor o igual a 80% un 100%, mayor o igual a 70% y menor a 80% un 50% y menor a 70% un 0%	
Sub total	25%				



### III. Apoyo del Superior

Indicar y describir los apoyos que el jefe de la directiva involucrada en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

La autoridad superior del Directivo se compromete a entregar las orientaciones para el cumplimiento del presente convenio.

### IV. Factores Externos

En la medida que sea relevante, indicar y describir los principales factores externos que eventualmente pueden afectar el cumplimiento del convenio de Desempeño y que se consideran previsibles.

En casos en que el cumplimiento de los Objetivos de Resultados no puedan ser cumplidos parcial o totalmente por causales de Fuerza Mayor calificadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de una Resolución, se establecerá en la misma el procedimiento a seguir para la evaluación del período correspondiente.

Sr. Ricardo Alvear L.  
Director  
Hospital Villarrica



Dr. Milton Moya K.  
Director Suplente  
Servicio Salud Araucanía Sur