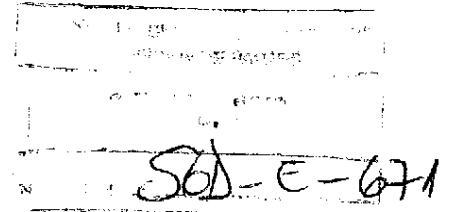


TEMUCO, 22 ENE. 2010



**RCE**

**VISTOS:** estos antecedentes:

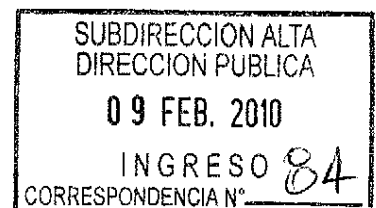
- 1.- Ds. Nº 1.580 de 29 de diciembre de 2005 que **APRUEBA REGLAMENTO QUE REGULA LA FORMULACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CONVENIOS DE DESEMPEÑO PARA LOS ALTOS DIRECTIVOS PUBLICOS ESTABLECIDOS EN EL PARRAFO 5º DEL TITULO VI DE LA LEY 19.882**
- 2.- Memorandum Nº 115 de 18 de Enero del 2010 del Director de Servicio
- 3.- Convenio de Desempeño de la Directora del Hospital de Nueva Imperial.

**CONSIDERANDO:**

- Que el Convenio de Desempeño es un instrumento oficial que define las metas de gestión para el directivo público nombrado por el Sistema de Alta Dirección Pública del Servicio Civil, y que regula la Ley Nº 19.882. Dicha normativa señala que los altos directivos deben responder por la gestión eficaz y eficiente de sus funciones en el marco de las políticas públicas y planes definidos por la autoridad; las instrucciones impartidas por sus superiores jerárquicos; y los términos del convenio de desempeño.
- Que los convenios deben ser elaborados de manera tal que reflejen efectivamente un conjunto organizado de objetivos, con sus correspondientes indicadores y medios de verificación, para que orienten y ayuden al directivo público en el cumplimiento de su misión, promuevan un uso eficiente y eficaz de los recursos públicos, y permitan una rendición de cuentas efectiva y transparente a la ciudadanía.
- Que la Directora del Hospital de Nueva Imperial, cargo Directivo del Segundo Nivel, ha sido nominado por el Sistema de Alta Dirección Pública del Servicio Civil
- Que la Ley Nº 19.882 señala que los convenios de desempeño deben ser propuestos, en el caso de los directivos del segundo nivel de jerarquía, por el jefe superior del servicio y suscrito entre ambos.
- Que en la proposición de un convenio se deben incluir las metas anuales estratégicas de desempeño del cargo durante el periodo establecido por la ley (tres años) y los objetivos de resultados a alcanzar en el área de responsabilidad del directivo en cada año. Se deben incluir también los correspondientes indicadores, medios de verificación y supuestos básicos en que se basa el cumplimiento de los mismos. Dichas metas y objetivos deberán ser coherentes con los determinados para el servicio de conformidad con sus sistemas de planificación, presupuestos y programas de mejoramiento de la gestión.
- Que los convenios de desempeño deben ser propuestos al alto directivo, a más tardar, dentro de los **cinco días** siguientes al nombramiento y suscritos dentro de un plazo máximo de **tres meses** contado desde el nombramiento definitivo o de su prórroga. Una vez suscritos, deben ser comunicados a la Dirección Nacional del Servicio Civil para su conocimiento y registro.

**TENIENDO PRESENTE:**

- 1.- DFL. Nº1/06 que fija el texto refundido del DL.2763/79 que crea los Servicios de Salud.
- 2.- DS.140/04 del M. Salud que reglamenta los Servicios de Salud.
- 3.- DS Nº 47/09 que designa Director de Servicio.
- 4.- Resol. 1600/08 de la Contraloría General de la República; dicto la sgte



## RESOLUCION

**1.-APRUEBASE**, el convenio de desempeño correspondiente al Segundo Nivel Directivo de esta Servicio de Salud, del Sistema de Alta Dirección Pública, establecido por la ley 19.882, que se entiende formar parte integrante de esta resolución, suscrito entre el Dr. **MILTON MOYA KRAUSE**, Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, y doña **XIMENA OÑATE AVILA**, Directora del Hospital de Nueva Imperial.

**2.- NOTIFIQUESE** la presente resolución al Servicio Civil, Jefe del Dpto. de Calidad y Subdirectores de este Servicio, como a la Directora del Hospital Nueva Imperial remitiéndole copia íntegra de la misma.

**ANÓTESE Y COMUNIQUESE**



  
**ROBERTO CONTRERAS EDDINGER**  
**DIRECTOR(S)**  
**SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR**

Nº 132 de 21/01/2010

**Distribución:**

- .-Dirección S.S.A.
- .-Servicio Civil
- .- Directora del Hospital de Nueva Imperial
- .-Subdirección de Recursos Humanos, Administrativa y Médica
- .-Departamento Jurídico
- .-Departamento de Finanzas
- .- Depto. de Calidad
- .-Archivo



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE  
DIRECCIÓN NACIONAL  
DEL SERVICIO CIVIL

## CONVENIO DESEMPEÑO

### I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	<b>XIMENA OÑATE AVILA</b>
Cargo	DIRECTORA HOSPITAL NUEVA IMPERIAL
Institución	SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
Fecha nombramiento	05/10/09
Dependencia directa del cargo	DIRECTOR DE SERVICIO
Período de desempeño del cargo	05/10/09 al 04/10/12

Fecha evaluación 1er año de gestión	04/10/10
Fecha evaluación 2do año de gestión	04/10/11
Fecha evaluación final	04/10/12

**Objetivo N° 1: Aporte e integración a la Red Institucional.**

**Ponderación: 30%**

**Indicadores**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
Iniciar las garantías de tratamiento en los plazos establecidos por Ley	(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 %	100%	100%	100%	Informe basado en el sistema emitido por SIGGES 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 Explícitas 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 Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la Ley N° 19.966.
Cumplir con el programa de prestaciones valoradas establecido con Fonasa en el año calendario de la evaluación	( N° de actividades realizadas / N° total de actividades comprometidas ) * 100 %	100%	100%	5%	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.

<sup>1</sup> Se asume la línea de referencia en base a acuerdo establecido a inicios del año calendario, donde toda modificación posterior sea establecida de común acuerdo entre la Dirección del Servicio de Salud y la Dirección del establecimiento

El Establecimiento resolverá las consultas, procedimientos e intervenciones estipuladas en la cartera de servicios, demandadas por los beneficiarios del nodo costa	( N° de actividades entregadas al Nodo / N° total de actividades de programas del Establecimiento ) * 100%	30%	5%	30%	5%	30%	5%	Informe de cumplimiento emitido por Depto. de Articulación de la Red y Hospitales. Cumplimiento gradual a lo alcanzado, basado en reportes de Depto. Estadísticas según <a href="http://www.ssasur.cl">www.ssasur.cl</a>	Programación de actividades entregada a la DSSAS en diciembre de cada año, aprobada por CIRA.
Resolver las prestaciones demandadas en el Nodo Costa pertinentes al nivel resolutivo del Establecimiento	(N° solicitudes ciudadanas demandadas satisfechas/ N° total de solicitudes ciudadanas demandadas) * 100% <sup>2</sup>	100%	5%	100%	5%	100%	5%	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	
Mejorar la referencia y contrarreferencia	(N° de IC respondidas con calidad / N° total de IC generadas) * 100% <sup>3</sup>	100%	5%	100%	5%	100%	5%	Formulario o aplicación vigente de CRF en Sistema agenda medica. Informe de cumplimiento emitido por Depto. de Informática en relación a calidad de registros.	A través de sistema oficial (Agenda Médica)

<sup>2</sup> El Establecimiento realizará el 100% de las actividades definidas en la cartera de servicio demandadas por beneficiarios del Nodo costa.

<sup>3</sup> Responder las IC generadas con criterios de calidad

**Objetivo N° 2: Desempeño global del Hospital**

**Ponderación: 45%**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Indicadores			Medios de Verificación	Supuestos
		Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3		
Obtener la calificación máxima en los Compromisos de Gestión Locales.	( Nota final obtenida del año anterior <sup>4</sup> / Nota máxima <sup>5</sup> ) * 100 %	100%	100%	10%	Informe emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión. Compromisos negociados por Director de Establecimiento.	Realizar durante el primer semestre del año el proceso de negociación de los Compromisos de Gestión, con cotización mínima la negociación del Servicio con el Ministerio. Porcentaje de cumplimiento gradual a la calificación obtenida.
Gestionar la LE quirúrgica mayor a 1 año.	(N° de casos resueltos con mas de 1 año de espera en intervención quirúrgica del periodo / N° Total de personas en lista de espera con mas de 1 año) * 100%	80%	80%	10%	Sistema único de registro de LE del SSAS. Informe Depto. de Planificación e Información.	DSSAS entrega nomina ruitificada cada año. Registro en LEP, son no GES. Las GES están reguladas con plazos definidos. Además las prestaciones deben estar en la cartera de servicios.
Cumplimiento en las Metas Desempeño Institucional.	Promedio (%) de cumplimiento Metas Ley 19.664 y % de cumplimiento Metas Ley 18.834 <sup>6</sup>	95%	95%	10%	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 pertinentes vigentes.

<sup>4</sup> Se considerara año completo del ultimo año del periodo evaluado.

<sup>5</sup> Nota máxima en los Compromisos de Gestión Locales.

<sup>6</sup> Se considerara año completo del ultimo año del periodo evaluado.

Mejorar la satisfacción usuaria total.	( N° de usuarios con satisfacción total en la atención/ N° total de usuarios encuestados) * 100%	70%	5%	75%	5%	77%	5%	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.
Avanzar en el proceso de acreditación en calidad de prestaciones.	% de cumplimiento de Pautas de acreditación en AC y anexos específicos pertinentes.	33% <sup>7</sup>	10%	66% <sup>8</sup>	10%	100% <sup>9</sup>	10%	Informe emitido por el Depto. de Calidad y Control de Gestión	Dentro del periodo evaluado el Directivo debe asegurar una autoevaluación, aplicando las pautas indicadas.

<sup>7</sup> Cumplir los Requisitos necesarios para la acreditación en IHH sin transgresiones graves.

<sup>8</sup> Cumplir el 50% de los requisitos de acreditación en calidad para la AC, considerando el 100% de las características exigibles.

<sup>9</sup> Cumplir el 100% de los requisitos de acreditación en calidad para la AC y de Apoyo Diagnóstico.

**Objetivo N° 3: Eficiencia de los recursos disponibles**

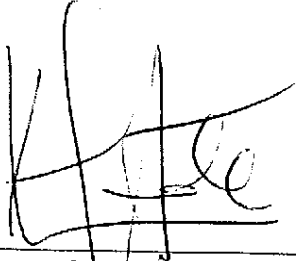
**Ponderación: 25%**

Indicadores						
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
Cumplir con la intermediación programada con CENABAST	( Monto intermediación efectiva / Valorización de la intermediación programada) * 100%	100%	100%	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 el Establecimiento y validados por SDA. Sobre 98% se considera cumplimiento, incluye compra centralizada desde RRF. Menor a 70% se evaluara con 0% de cumplimiento, en rango de 70% a 98% gradual.
Realizar una gestión financiera eficiente de acuerdo al presupuesto asignado.	(Ejecución presupuestaria del año evaluado / Presupuesto aprobado del mismo periodo <sup>10</sup> ) * 100%	100%	100%	100%	Informe por SDA de la Dirección que actualiza el decreto de cierre del año calendario evaluado.	

<sup>10</sup> Se considerara año completo del ultimo año del periodo evaluado.

Controlar la antigüedad de la deuda del subtítulo 22 del Establecimiento.	(Deuda total subtítulo 22 entre 0 y 45 días Deuda subtítulo 22) * 100%	100%	5%	100%	5%	100%	5%	100%	5%	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.
Mejora la satisfacción funcionaria.	% de satisfacción funcionaria.	70%	5%	75%	5%	77%	5%	100%	5%	El Establecimiento desarrolla un sistema de atención en salud para sus funcionarios, con registro y medición de tiempos de respuesta, validado por SDRRHH. Evaluación encuesta de satisfacción a los funcionarios, validado por SDRRHH.	Aplicación anual de encuesta de satisfacción de funcionarios.
Mejorar la gestión de los pabellones	(N° intervenciones diarias por pabellón * estándar duración intervenciones Establecimientos de mediana complejidad / Hrs. diarias hábiles ) * 100%	80%	5%	80%	5%	80%	5%	80%	5%	Informe Glosa 4 emitido por Depto. de Calidad y Control de Gestión.	Se considerara producción realizada solo en horario institucional. 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%

<sup>11</sup> Se considerara año completo del ultimo año del periodo evaluado.



Ximena Oñate Ávila  
Directora  
Hospital Nueva Imperial



Milton Moya Krause  
Director  
Servicio Salud Araucanía Sur