

**PROTEGE**  
Red de protección social  
GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS  
DEPARTAMENTO DE AUDITORIA  
**GUA/BBA/R/R/pmc**  
N°05 - 08.02.2010

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

22 FEB. 2010

N° Documento **500-E-847**

ORDINARIO N° **0305** /

ANT: Convenios de Desempeño.

MAT: Remite Convenio de Desempeño de Directora Hospital Santa Cruz.

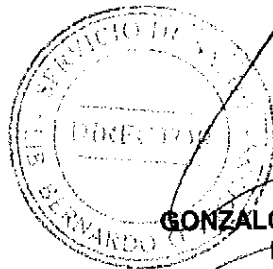
RANCAGUA, 10 FEB 2010

DE: DIRECTOR SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS (S)

A: DIRECTORA NACIONAL DE SERVICIO CIVIL

- 1.- Ajunto remito a Ud., Convenio de Desempeño por la Alta Dirección Pública de D. PAULA EUGENIA GANNAT OJEDA, Directora del Hospital Santa Cruz, Directivo Segundo Nivel Jerárquico, aprobado por Resolución N°0266 del 26 de Noviembre de 2009.
- 2.- Propicia es la ocasión para agradecer la disposición de vuestros profesionales, para prestar las asesorías, lo que nos permitió mejorar el proceso interno de confección del presente Convenio de Desempeño.

Saluda atentamente a Ud.,



**GONZALO URRINA ARRIAGADA**  
DIRECTOR (S)  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

DISTRIBUCION:  
DIRECTORA NACIONAL DE SERVICIO CIVIL  
DEPTO. SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL  
HOSPITAL SANTA CRUZ VI REGIÓN  
DEPTO. SUBDIRECCIÓN R.R.H.H., D.S.S. O'HIGGINS  
DEPTO. AUDITORÍA D.S.S.  
OFICINA DE PARTES

SUBDIRECCION ALTA  
DIRECCION PUBLICA  
22 FEB. 2010  
INGRESO 119  
CORRESPONDENCIA N°



## I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Paula Eugenia Gannat Ojeda
Cargo	Directora del Hospital de Sta Cruz
Institución	Servicio Salud O'Higgins
Fecha nombramiento	15 de octubre del 2009
Dependencia directa del cargo	Director Servicio de Salud O'Higgins
Período de desempeño del cargo	15 de octubre del 2009 al 14 de octubre del 2012

Fecha evaluación 1er año de gestión	15 de Noviembre de 2010
Fecha evaluación 2do año de gestión	15 de Noviembre de 2011
Fecha evaluación final	15 de Noviembre de 2012

En el Oficio Reservado N° 1195, de fecha 14 de Octubre de 2009, que adjunta la Resolución N° 0266 del 26 de Noviembre del 2009, del Director del Servicio de Salud O'Higgins, enviado a la Directora del Servicio Civil, se establece que la fecha de nombramiento del directivo es a partir del 15 de Octubre del 2009.

**Objetivo N° 1: Desempeño Global Eficiente y Efectivo del Hospital**

**Ponderación: 20%**

**Indicadores**

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 etapas implementadas en Sistema de Control de Gestión <sup>1</sup>	$\frac{\text{Nº de etapas implementadas para el funcionamiento del Sistema de Control de Gestión}}{\text{Nº Total de etapas a } ^2 \text{ para el funcionamiento del Sistema de Control}} * 100.$	33%	66%	100%	Informe de la Unidad de Control y Gestión del Hospital con procesos a implementar definidos a nivel.  Informe de avance del Hospital con procesos implementados a nivel local validado por la Auditoría DSS	Financiamiento, recursos humanos y físicos disponibles oportunamente.
1.2. Resultado Operacional del Hospital	$\frac{(\text{Ingresos operacionales año t} - \text{gastos operacionales año t})}{\text{gastos operacionales año t}} * 100$	Para HSCZ <sup>3</sup>	Para HSCZ	Para HSCZ	Fte Inf: Control y Gestión  Informe de ejecución Presupuestaria año 1, 2 y 3 enviado por Contabilidad del Hospital.  Informe de ejecución Presupuestaria año 1, 2 y 3 emitido y validado por Auditoría del SS O'Higgins.	Disponer de presupuesto y marco operacional, basado en el programa productivo.

<sup>1</sup> El sistema de Control de Gestión Operativo incluye: Seguimiento Financiero, Presupuesto, Actividad Asistencial, Régimen General de Garantías - GES, y Lista de Espera.

<sup>2</sup> Los procesos a implementar consideran la ejecución de las siguientes etapas: Año 1: diseño y puesta en marcha. Año 2: evaluación de procesos y elaboración de plan de mejoras. Año 3: evaluación de planes de mejora

<sup>3</sup> Lo definido para el Director de Servicio

**Objetivo N° 2: Cumplimiento de Líneas y Productos Estratégicos del Sector**

**Ponderación: 40%**

**Indicadores**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador			Medios de Verificación	Supuestos
		Año 1	Año 2	Año 3		
2.1. Porcentaje de Patologías GES que cumplen garantía de oportunidad de tratamiento	$\frac{\text{Nº de Garantías GES con tratamiento realizado en los tiempos establecidos en el decreto vigente en el año t}}{\text{Nº total de Garantías GES de tratamiento programadas en año t}} \times 100$	90%	95%	98%	Informe FONASA basado en el sistema SIGGES <sup>4</sup> validado por el Servicio de Salud.  Fte de Inf.: Unidad GES del HSCZ	Que exista marco presupuestario para realizar la prestación por sí o ante terceros y que las prestaciones estén en cartera de servicios formal
2.2. Porcentaje de aplicación de las etapas de la Metodología de Riesgo GES	$\frac{\text{Nº de etapas aplicadas de la Metodología de Medición de Riesgo GES}}{\text{Total de etapas a aplicar}} \times 100$	50%	66%	100%	Metodología definida enviada oportunamente desde la DSS.  Informe cuatrimestral de cumplimiento de la Metodología aplicada en el hospital por subdirección médica, validado por Auditoría-  Reportes trimestrales consolidados de los riesgos de incumplimientos informados. Oficina GES → Subdirección Médica.  Fte de Inf.: Unidad GES del HSCZ	Entrega de Metodología con criterios, orientaciones y técnicas de definición de etapas a aplicar desde la DSS O'Higgins antes del 31/03/10. Existencia de Marco presupuestario para implementar mejoras.

<sup>4</sup> SIGGES: Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud.

<sup>5</sup> Las etapas a aplicar consideraran en el Año 1: Puesta en marcha. Año 2: evaluación de los resultados y Año 3: Implementación y evaluación de Plan de Mejora.

<p><b>2.3.</b> Porcentaje de Cumplimiento de Gestión del Hospital<sup>6</sup></p>	<p>(Promedio de Notas finales obtenidas por Compromisos de Gestión del año t / Promedio de Nota final comprometida a cumplir<sup>7</sup> en el año t)*100</p>	<p><b>80 %</b></p>	<p><b>10%</b></p>	<p><b>85%</b></p>	<p><b>10%</b></p>	<p><b>95%</b></p>	<p><b>10%</b></p>	<p>Informe de Evaluación emitido por la Dired y o DSS de cumplimiento evaluación Año 1, 2 y 3. Fte de Inf.: Unidad de Control de Gestión de la DSS, validado por Depto Auditoría de la DSS</p>	<p>Entrega antes del 30 de marzo de los compromisos de gestión y metodología. Existencia de marco presupuestario para dar cumplimiento.</p>
<p><b>2.4.</b> Porcentaje de procesos de referencia y contrarreferencia protocolizados en el Hospital</p>	<p>(Nº de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia validados) / (Nº de protocolos a realizar, definidos por Hospital) * 100</p>	<p><b>40%</b></p>	<p><b>10%</b></p>	<p><b>66%</b></p>	<p><b>10%</b></p>	<p><b>92%</b></p>	<p><b>10%</b></p>	<p>Resoluciones de : * Procesos definidos por cada CR * Protocolos de Referencia y Contrarreferencia para los CR presentados por Directora y consensuados en el CIRA<sup>8</sup>.  Fte de Inf.: SD Médica y validados por el CIRA</p>	<p>Existencia de una resolución que indique el número y cuales son los protocolos a desarrollar por CR.  Funcionamiento del bimensual del CIRA.</p>

<p><b>Objetivo N° 3: Gestión y Desarrollo del Hospital</b></p>					
<p><b>Ponderación: 40%</b></p>					
<p><b>Indicadores</b></p>					
<p><b>Nombre del Indicador</b></p>	<p><b>Fórmula de Cálculo</b></p>	<p><b>Meta/ Ponderador Año 1</b></p>	<p><b>Meta/ Ponderador Año 2</b></p>	<p><b>Meta/ Ponderador Año 3</b></p>	<p><b>Medios de Verificación</b></p> <p><b>Supuestos</b></p>

<sup>6</sup> Los Compromisos de Gestión 2009 son: N° 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria para Establecimientos de Baja, Mediana y Mayor Complejidad; N° 2 Gestión de Redes Asistenciales; N° 3 Modelos de Salud Familiar con Enfoque Comunitario; N° 4 Recursos Humanos y Participación Ciudadana; N° 5 Eficiencia en el Uso de los Recursos Financieros. Para efecto de cumplimiento de CG se asumirá el 3er corte al año del 2010.

<sup>7</sup> La Nota Final comprometida para cada año t y que corresponde a la conversión de la meta porcentual a cumplir, se especifica en el Anexo respectivo.

<sup>8</sup> CIRA: Consejo Integrado de las Redes Asistenciales.

<b>3.1.</b> <b>%</b> <b>de desarrollo del</b> <b>Plan Estratégico</b> <sup>9</sup>	(Metas cumplidas en año t / Metas definidas en el año t) * 100	<b>50%</b>	<b>5%</b>	<b>80 %</b>	<b>5%</b>	<b>95 %</b>	<b>5%</b>	Informe de cumplimiento emitido por Control de Gestión y validado por Auditoría DSS. El plan estratégico. Fte de Inf.: Dirección del Hospital	Contar con los recursos financieros para la ejecución del Plan de acción
<b>3.2.</b> <b>Gestión y Desarrollo</b> <b>de Recursos</b> <sup>10</sup> <b>Humanos</b>	(Nº de Servicios y Unidades Administrativas con análisis de PAC, Ausentismo y Salud Ocupacional / Nº de Servicios y Unidades Administrativa) *100	<b>90%</b>	<b>5%</b>	<b>95%</b>	<b>5%</b>	<b>98%</b>	<b>5%</b>	Actas e Informes con indicadores y análisis emitidos por Servicio Clínico y Unidad Administrativa. Se aceptarán actas del Comité de Salud Ocupacional y Comité de Capacitación Fte de Inf.: Oficina de Personal del Hospital y Unidad de Control de Gestión.	
<b>3.3.</b> <b>Porcentaje de</b> <b>Cumplimiento en la</b> <b>Ejecución de</b> <b>Cartera de</b> <b>Inversiones</b> <b>Programada para el</b> <b>Hospital como</b> <b>Unidad Técnica</b> <sup>11</sup>	(Nº de actividades de la cartera de inversiones ejecutadas <sup>12</sup> en año t / nº total de actividades contempladas en el plan de inversiones) *100	<b>80%</b>	<b>5%</b>	<b>90%</b>	<b>5%</b>	<b>95%</b>	<b>5%</b>	Resolución del Hospital con Planes, Proyectos de inversión con Fuentes y Uso de Fondos. Fte de Inf.: Subdirección Administrativa del Hospital, validado por Depto Auditoría de la DSS.	Ante limitaciones del avance y/o eventos adversos imprevistos (Emergencia y Catástrofes sanitarias y/o naturales), se ajustarán los resultados ponderados al % de aporte de las fuentes de financiamiento Que el Hospital reciba los fondos de inversión comprometidos como unidad técnica.

<sup>9</sup> El 1er año corresponde la elaboración e implementación del Plan Estratégico, con el quehacer de desarrollo. Se identifican para el Hospital como áreas estratégicas:

1.- Gestión Clínica; 2.- Satisfacción Usaria; 3.- Gestión de RR.HH, 4.- Planificación y Control de Gestión; 5.- Gestión de Recursos Físicos e Inversiones. Fundamentado en D. 38 y D 140. <sup>10</sup> Se entiende Gestión y Desarrollo de RR.HH.: Estrategias explícitas y resultados de dotación, ausentismo, capacitación, clima laboral, grado de implementación de código de buenas prácticas, proceso de desarrollo organizacional de RR.HH, y, administración de RR.HH, y, administración de presupuesto de RR.HH

<sup>11</sup> Temas Relevantes a evaluar considerará Fuentes y Usos de Fondos Internos y Externos en beneficio del HRR, en áreas de Obras Civiles, Equipamiento, Vehículos, Sistemas de Información, Proyectos de Desarrollo Organizacional, Mantenimiento de Equipos e infraestructura, Plan de Emergencia y otros de ejecución por HRR

<sup>12</sup> Para el año 1 no se considera la ejecución de proyectos de inversión, puesto que se está en proceso de elaboración del Estudio de Red respectivo, el que permitirá priorizar los proyectos para los periodos siguientes. Por lo mismo, se redistribuye el valor de ponderación considerado del 10% entre los indicadores restantes del mismo objetivo de resultados. El cronograma de la cartera de inversiones 2011 – 2012 debe ser validado por el Dpto. de Planificación de Inversiones. La cartera de Inversiones contempla diversos proyectos priorizados de ejecución de inversiones, con etapas diferenciadas en cada uno (Estudio de Pre factibilidad, Diseño y Arquitectura, Ejecución de Obras Civiles y Puesta en Marcha)

<p><b>3.4.</b> Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), para sustentar gestión Interno Agenda de referencia y contrarreferencia, registro clínico, ficha clínica, urgencia, farmacia y Módulos definidos para el Hospital</p>	<p>Nº de Unidades implementadas y en funcionamiento de TIC, según cronograma / Nº de Unidades programadas según cronograma * 100</p>	<p>40%</p>	<p>10%</p>	<p>80%</p>	<p>10%</p>	<p>100%</p>	<p>10%</p>	<p>Convenio suscrito entre Servicio De Salud Maule y el Servicio de Salud que establece el total de componentes de la iniciativa TIC's local definidos y comprometidos. Informe con programación de módulos de la solución local a implementar emitidos por el Servicio de Salud Informe Final con módulos en funcionamiento emitidos por el Servicio de Salud Plan y Cronograma elaborado por Comisión Regional de TIC <b>Fte de Inf:</b> Depto de Informática de la DSS junto con la SDA del Hospital; y validado por Depto Auditoría DSS</p>	<p>Hospital integrado al modelo de desarrollo de las TIC.</p>
<p><b>3.5. Porcentaje de Avance en Actualización del Modelo de Desarrollo Organizacional para el nuevo recinto</b></p>	<p>(Nº actividades anuales<sup>13</sup> de actualización de Organizacional diseñadas / Nº actividades programadas año t) * 100</p>	<p>80%<sup>14</sup></p>	<p>5%</p>	<p>90%</p>	<p>5%</p>	<p>100%</p>	<p>5%</p>	<p>Plan y Cronograma elaborado. <b>Fte de Inf:</b> Recursos Humanos con CR de la SDA y validado por Subdirecciones</p>	<p>Contar con los recursos financieros para la ejecución</p>
<p><b>3.6. % de desarrollo en acreditación de Prestador institucional</b></p>	<p>(Items cumplidos/ Items mínimos a cumplir para acreditación)*100</p>	<p>30%</p>	<p>5%</p>	<p>80%</p>	<p>5%</p>	<p>100%</p>	<p>5%</p>	<p>Evaluaciones anuales de Cumplimiento de criterios de acreditación. Evaluación del acreditado. Fte de Inf: Unidad de Calidad o Dirección del Hospital</p>	<p>Disponibilidad de recursos comprometidos para este concepto.</p>

<sup>13</sup> El Número de actividades anuales comprometidas deben ser al menos dos.

<sup>14</sup> 1er año: Diseño elaborado por Subdirecciones del HRR, y difusión al 100% de funcionarios por Jefes de CR; 2do año: Implementado al 50% de funcionarios del HRR, ; 2do año: Implementado al 100% de funcionarios del HRR, en las etapas pertinentes.

<p><b>3.7. Modelo Atención Hospitalaria</b></p>	<p>(Nº de camas categorizadas<sup>15</sup> / Nº. total de camas del Hospital) * 1000</p>	<p><b>30%</b></p>	<p><b>5%</b></p>	<p><b>80%</b></p>	<p><b>5%</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p><b>5%</b></p>	<p>REM Informe Trimestral del Hospital. Fte Inf.: Subdirección Médica del Hospital; validado por Depto de Auditoría de la DSS</p>	<p>Disponibilidad de recursos comprometidos para este concepto.</p>
---	--	-------------------	------------------	-------------------	------------------	--------------------	------------------	---	---

---

<sup>15</sup> Camas categorizadas con enfoque de riesgo dependencia