



GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
SECCION REMUNERACIONES Y PREVISION SOCIAL
DR. FGC/SEN/COM/ycg.

RESOLUCION EXENTA N° 1440

ANTOFAGASTA,

19 OCT. 2007

VISTOS: los Artículos 61º, 62º, 63º y 64º del Párrafo 5º del Título VI de la Ley 19.882; Decreto N° 1580/2006 que Aprueba Reglamento que regula la formulación y funcionamiento de los convenios de desempeño para los altos directivos públicos; Of. Ord. N° 822/2007 Dirección Nacional del Servicio Civil, remite Guía de Elaboración de Convenios de Desempeño y documentación anexa; Ord. N° 3283/2007 Servicio de Salud Antofagasta, comunica selección de candidato al cargo de Subdirector Médico del Servicio de Salud Antofagasta; la Resolución N° 520/1996 de la Contraloría General de la República; el D.S. N° 140/2004 y D.L. N° 2.763/79, ambos del Ministerio de Salud y en uso de las facultades que me confiere el D.S. N° 129/2006, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

APRUEBASE el siguiente **CONVENIO DE DESEMPEÑO** para altos directivos públicos establecido en la Ley N° 18.882, suscrito por la Dra. Juana Del Carmen Pérez Moraga, Subdirectora Médico del Servicio de Salud Antofagasta, cuyo periodo se comprende entre el 01 de Agosto de 2007 y el 31 de Julio de 2010.

Dicho convenio se anexa a la presente Resolución y que se entiende forma parte integral de la misma.

ANOTESE Y COMUNIQUESE


DR. FRANCISCO GRISOLIA CIRERA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA



RECORRIDO FIELMENTE
SRA. GEA VARGAS CHELME
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCION: N° Int. 677

- Dirección Nacional del Servicio Civil
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Director Servicio de Salud Antofagasta
- Dra. Juana Pérez Moraga, Subdirectora Médico Servicio de Salud Antofagasta
- Departamento de Recursos Humanos
- Carpeta Convenios de Desempeño ADP
- Oficina de Partes



**CONVENIO DE DESEMPEÑO
SUBDIRECCION MEDICA
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA**

I. ANTECEDENTES GENERALES:

Nombre : Juana Del Carmen Pérez Moraga
Cargo : Subdirectora Médico Servicio de Salud,
Gdo. 3 E.U.S.
Institución : Servicio de Salud Antofagasta
Dependencia directa del cargo : Director Servicio de Salud Antofagasta
Período de desempeño del cargo : 1 de Agosto de 2007 al 31 de Julio de 2010

II. FECHAS DE EVALUACION DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO:

Primera Evaluación : 31 de Julio de 2008
Segunda Evaluación : 31 de Julio de 2009
Tercera Evaluación : 31 de Julio de 2010
Evaluación Final : 31 de Julio de 2010

Metodología de Evaluación:

El resultado obtenido en la evaluación de cada Objetivo de Resultado, será igual a 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.

AÑO 1: 1 de Agosto de 2007 al 31 de Julio de 2008

SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

META 1: Avanzar en el Fortalecimiento de la Gestión de la Red Asistencial.

Ponderación: 40%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
1.1. Contar con un Diagnóstico del contenido de los Planes Comunales de Salud, analizados en el CIRA e intencionar la orientación hacia la promoción de la Salud.	20%	1.1.1. (Nº de Actividades de Promoción del Plan Comunal de Salud Realizadas/Nº Total de Actividades de Promoción Programadas).	Cronograma de Actividades del Plan e Informe del Servicio de Salud Antofagasta. Año 1		
1.2. Disminuir la Desigualdad en el Acceso a la Atención Secundaria en las Comunas del Servicio de Salud Antofagasta.	10%	1.2.1. (Nº Actividades Realizadas/Nº Actividades Programadas)*100	Cronograma del Plan de Intervención. Año 1	Sujeto a contingencias e imponderables para su cumplimiento como inversiones y gastos no programados y autorizados por el Gestor de Redes.	
1.3. Coordinar la Programación de Prestaciones en todos los Niveles de la Red, Optimizando los Recursos Existentes y Disminuyendo las Brechas.	10%	1.3.1. Porcentaje de Cumplimiento de Actividades Programadas en la Red Asistencial. Año 1.	Informe del Servicio de Salud. Año 1		
Sub total Meta 1:					40%

META 2: Avanzar en el Desarrollo del Modelo de Salud Familiar

Ponderación: 30%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
2.1. Establecer el Grado de Desarrollo de los Establecimientos de Atención Primaria en su Transformación a CESFAM, para Potenciar el avance de estos.	15%	2.1.1. (Nº de Centros que certifican como CESFAM/Nº Total de Establecimientos Comprometidos)*100	1.- Informe de Clasificación de los Establecimientos 2.- Cronograma de Trabajo: Año 1		
2.2. Avanzar a Hospitales de Baja Complejidad con Enfoque Familiar y Comunitario.	15%	2.2.1. (Nº de Establecimientos con Equipos de Cabeceza Activo / Nº Total de Establecimientos Comprometidos)*100.	1.- Requisitos cumplidos para la Autogestión.		
Sub total Meta 2:	30%				

META 3: Fortalecer las redes locales de urgencia, apoyando el desarrollo armónico de los distintos componentes, de acuerdo al Modelo de Urgencia.

Ponderación: 25%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
3.1. Incentivar el redireccionamiento de la consulta de urgencia de menor complejidad.	15%	3.1.1. Disminución o mantención de la razón de la consultas en SAPU respecto de las consultas de morbilidad en APS.	1.- Informes DEIS: Año 1		
3.2. Mejorar la oportunidad de la hospitalización de pacientes adultos, ingresados en la Unidades de Emergencia de Hospitales de Mayor Complejidad	4%	3.2.1. Porcentaje de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 hrs. desde la indicación.	1.- Informes DEIS: Año 1		
3.3. Mejorar el tiempo de entrega de pacientes entre el equipo SAMU y equipo Unidad de Emergencia.	6%	3.3.1. Porcentaje de disminución del tiempo de entrega de pacientes trasladados por el SAMU en Unidad de Emergencia.	1.- Informe de Registro SAMU.: Año 1		
Sub total Meta 3:				25%	

META 4: Conducir a los Hospitales de Mayor Complejidad hacia la Excelencia en Gestión y hacia la Integración de la Red Asistencial.

Ponderación: 5%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
4.1. Avanzar en el cumplimiento de los requisitos hacia la Autofestión en todos los Hospitales de Mayor Complejidad de la Red Asistencial.	5%	3.1.1. (Nº de Etapas cumplidas en el plazo definido / Nº Etapas con plazo a cumplir) * 100.	Meta: Cumplimiento de Etapas de Normalización. Informe de Avance.	Sujeto a contingencias e imponderables para su cumplimiento como inversiones y gastos no programados y autorizados por el Gestor de Redes, catástrofes o bien aizas imprevistas en insumos estratégicos.
Sub total Meta 4:	5%			
Total año 1	100%			

AÑO 2: 1 de Agosto de 2008 al 31 de Julio de 2009

SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

META 1: Avanzar en el Fortalecimiento de la Gestión de la Red Asistencial.

Ponderación: 40%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1.1. Contar con un Diagnóstico del contenido de los Planes Comunales de Salud, analizados en el CIRA e intencionar la orientación hacia la promoción de la Salud.	20%	1.1.1. (Nº de Actividades de Promoción del Plan Comunal de Salud Realizadas/Nº Total de Actividades de Promoción Programadas).	Cronograma de Actividades del Plan e Informe del Servicio de Salud Antofagasta. Año 2	
1.2. Disminuir la Desigualdad en el Acceso a la Atención Secundaria en las Comunas del Servicio de Salud Antofagasta.	10%	1.2.1. (Nº Actividades Realizadas/Nº Actividades Programadas)*100	Cronograma del Plan de Intervención. Año 2	Sujeto a contingencias e imponderables para su cumplimiento como inversiones y gastos no programados y autorizados por el Gestor de Redes.
1.3. Coordinar la Programación de Prestaciones en todos los Niveles de la Red, Optimizando los Recursos Existentes y Disminuyendo las Brechas.	10%	1.3.1. Porcentaje de Cumplimiento de Actividades Programadas en la Red Asistencial. Año 2.	Informe del Servicio de Salud. Año 2	
Sub total Meta 1:	40%			

META 2: Avanzar en el Desarrollo del Modelo de Salud Familiar

Ponderación: 30%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
<p>2.1. Establecer el Grado de Desarrollo de los Establecimientos de Atención Primaria en su Transformación a CESFAM, para Potenciar el avance de estos.</p>	<p>15%</p>	<p>2.1.1. (N° de Centros que certifican como CESFAM/N° Total de Establecimientos Comprometidos)*100</p>	<p>1.- Informe de Clasificación de los Establecimientos 2.- Cronograma de Trabajo: Año 2</p>	
<p>2.2. Avanzar a Hospitales de Baja Complejidad con Enfoque Familiar y Comunitario.</p>	<p>15%</p>	<p>2.2.1. (N° de Establecimientos con Equipos de Cabeceza Activo / N° Total de Establecimientos Comprometidos)*100.</p>	<p>1.- Requisitos cumplidos para la Autogestión.</p>	
<p>Sub total Meta 2:</p>	<p>30%</p>			

META 3: Fortalecer las redes locales de urgencia, apoyando el desarrollo armónico de los distintos componentes, de acuerdo al Modelo de Urgencia.

Ponderación: 25%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
3.1. Incentivar el redireccionamiento de la consulta de urgencia de menor complejidad.	15%	3.1.1. Disminución o mantención de la razón de la consultas en SAPU respecto de las consultas de morbilidad en APS.	1.- Informes DEIS: Año 2		
3.2. Mejorar la oportunidad de la hospitalización de pacientes adultos, ingresados en la Unidades de Emergencia de Hospitales de Mayor Complejidad	4%	3.2.1. Porcentaje de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 hrs. desde la indicación.	1.- Informes DEIS: Año 2		
3.3. Mejorar el tiempo de entrega de pacientes entre el equipo SAMU y equipo Unidad de Emergencia.	6%	3.3.1. Porcentaje de disminución del tiempo de entrega de pacientes trasladados por el SAMU en Unidad de Emergencia.	1.- Informe de Registro SAMU: Año 2		
Sub total Meta 3:	25%				

META 4: Conducir a los Hospitales de Mayor Complejidad hacia la Excelencia en Gestión y hacia la Integración de la Red Asistencial.

Ponderación: 5%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
<p>4.1. Avanzar en el cumplimiento de los requisitos hacia la Autogestión en todos los Hospitales de Mayor Complejidad de la Red Asistencial.</p>	<p>5%</p>	<p>3.1.1. (Nº de Etapas cumplidas en el plazo definido / Nº Etapas con plazo a cumplir) * 100.</p>	<p>Meta: Cumplimiento de Etapas de Normalización. Informe de Avance.</p>	<p>Sujeto a contingencias e imponderables para su cumplimiento como inversiones y gastos no programados y autorizados por el Gestor de Redes, catástrofes o bien alzas imprevistas en insumos estratégicos.</p>
<p>Sub total Meta 4:</p>	<p>5%</p>			
<p>Total año 2</p>	<p>100%</p>			

AÑO 3: 1 de Agosto de 2009 al 31 de Julio de 2010

SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

META 1: Avanzar en el Fortalecimiento de la Gestión de la Red Asistencial.

Ponderación: 40%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1.1. Contar con un Diagnóstico del contenido de los Planes Comunales de Salud, analizados en el CIRA e intencionar la orientación hacia la promoción de la Salud.	20%	1.1.1. (Nº de Actividades de Promoción del Plan Comunal de Salud Realizadas/Nº Total de Actividades de Promoción Programadas).	Cronograma de Actividades del Plan e Informe del Servicio de Salud Antofagasta. Año 3	
1.2. Disminuir la Desigualdad en el Acceso a la Atención Secundaria en las Comunas del Servicio de Salud Antofagasta.	10%	1.2.1. (Nº Actividades Realizadas/Nº Actividades Programadas)*100	Cronograma del Plan de Intervención. Año 3	Sujeto a contingencias e imponderables para su cumplimiento como inversiones y gastos no programados y autorizados por el Gestor de Redes.
1.3. Coordinar la Programación de Prestaciones en todos los Niveles de la Red, Optimizando los Recursos Existentes y Disminuyendo las Brechas.	10%	1.3.1. Porcentaje de Cumplimiento de Actividades Programadas en la Red Asistencial. Año 3.	Informe del Servicio de Salud. Año 3	
Sub total Meta 1:	40%			

META 2: Avanzar en el Desarrollo del Modelo de Salud Familiar

Ponderación: 30%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
<p>2.1. Establecer el Grado de Desarrollo de los Establecimientos de Atención Primaria en su Transformación a CESFAM, para Potenciar el avance de estos.</p>	<p>15%</p>	<p>2.1.1. (Nº de Centros que certifican como CESFAM/Nº Total de Establecimientos Comprometidos)*100</p>	<p>1.- Informe de Clasificación de los Establecimientos 2.- Cronograma de Trabajo: Año 3</p>	
<p>2.2. Avanzar a Hospitales de Baja Complejidad con Enfoque Familiar y Comunitario.</p>	<p>15%</p>	<p>2.2.1. (Nº de Establecimientos con Equipos de Cabeceza Activo / Nº Total de Establecimientos Comprometidos)*100.</p>	<p>1.- Requisitos cumplidos para la Autogestión.</p>	
<p>Sub total Meta 2:</p>	<p>30%</p>			

META 3: Fortalecer las redes locales de urgencia, apoyando el desarrollo armónico de los distintos componentes, de acuerdo al Modelo de Urgencia.

Ponderación: 25%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
3.1. Incentivar el redireccionamiento de la consulta de urgencia de menor complejidad.	15%	3.1.1. Disminución o mantención de la razón de la consultas en SAPU respecto de las consultas de morbilidad en APS.	1.- Informes DEIS: Año 3	
3.2. Mejorar la oportunidad de la hospitalización de pacientes adultos, ingresados en la Unidades de Emergencia de Hospitales de Mayor Complejidad	4%	3.2.1. Porcentaje de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 hrs. desde la indicación.	1.- Informes DEIS: Año 3	
3.3. Mejorar el tiempo de entrega de pacientes entre el equipo SAMU y equipo Unidad de Emergencia.	6%	3.3.1. Porcentaje de disminución del tiempo de entrega de pacientes trasladados por el SAMU en Unidad de Emergencia.	1.- Informe de Registro SAMU: Año 1	
Sub total Meta 3:	25%			

META 4: Conducir a los Hospitales de Mayor Complejidad hacia la Excelencia en Gestión y hacia la Integración de la Red Asistencial.

Ponderación: 5%

	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
4.1.	Avanzar en el cumplimiento de los requisitos hacia la Autogestión en todos los Hospitales de Mayor Complejidad de la Red Asistencial.	5%	3.1.1. (N° de Etapas cumplidas en el plazo definido / N° Etapas con plazo a cumplir) * 100.	Meta: Cumplimiento de Etapas de Normalización. Informe de Avance.	Sujeto a contingencias e imponderables para su cumplimiento como inversiones y gastos no programados y autorizados por el Gestor de Redes, catástrofes o bien alzas imprevistas en insumos estratégicos.
Sub total Meta 4:		5%			
Total año 3		100%			

III. APOYO DEL SUPERIOR:

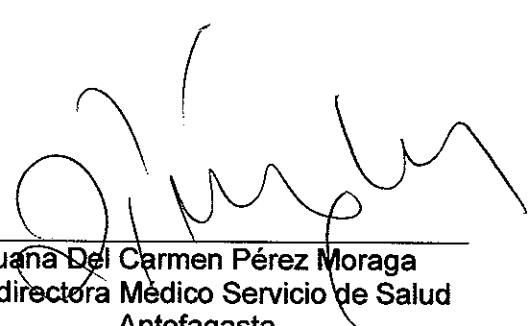
Indicar y describir los apoyos que el jefe de la directiva involucrada en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

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 relevantes, 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 los Resultados no puedan ser cumplidos parcial o totalmente por causales de Fuerza Mayor calificadas por el Director del Servicio de Salud Antofagasta a través de una Resolución, se establecerá en la misma el procedimiento a seguir para la evaluación del período correspondiente.



Juana Del Carmen Pérez Moraga
Subdirectora Médico Servicio de Salud
Antofagasta

Francisco Grisolia Cirera
Director Servicio de Salud
Antofagasta