



CONVENIO MODIFICADO

CONVENIO DE DESEMPEÑO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN FERNANDO

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre:	C. Francesca Mantelli Franulic
Cargo:	Director GR 5 E.U.S.
Institución:	Hospital San Juan de Dios
Dependencia directa del cargo:	Director Servicio de Salud O'Higgins
Período de desempeño del cargo:	01 de Mayo de 2007 al 30 de Abril de 2010.

II. FECHAS DE EVALUACIÓN DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Segunda Evaluación	30 de Abril de 2009
Tercera Evaluación	30 de Abril de 2010
Evaluación Final	30 de Abril de 2010

AÑO 2: 1 de Mayo de 2008 al 30 de Abril de 2009

HOSPITAL SAN FERNANDO

META 1. : Dirección Estratégica del HOSPITAL SAN FERNANDO

Ponderación: 50%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
<p>1.1. Mantener un trabajo en equipo y una adecuada coordinación de la red asistencial de la microárea de San Fernando integrando la APS y los establecimientos hospitalarios al Consejo Integrador de la Red Asistencial.</p>	<p>10%</p>	<p>1.1.1. (Nº total de reuniones de microárea por año realizadas / Nº total de reuniones programadas) * 100</p> <p>1.1.2. (Nº de reuniones con participación en el CIRA regional/ Nº total de reuniones de CIRA regional realizadas) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Actas de la reuniones con listado de asistencia</p> <p>Meta: 95 % de cumplimiento de la programación anual de reuniones de coordinación de la microárea de San Fernando</p> <p>Medio de Verificación: Actas de la reuniones con listado de asistencia</p> <p>Meta: 90 % de participación en reuniones de CIRA regional</p>
<p>1.2. Mejorar la satisfacción usuaria basado en mejoramiento continuo de la calidad</p>	<p>10%</p>	<p>1.2.1. (Nº de reclamos por tratos y administrativos mayo 2008-abril 2009 / Nº de reclamos mayo 2008 - abril 2009) - (Nº de reclamos por tratos y administrativos mayo 2007- abril 2008 / Nº de reclamos mayo 2007-abril 2008)</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Informe emitido por OIRS del establecimiento.</p> <p>Meta: Reducir en un 10% el porcentaje de reclamos por trato y problemas administrativos.</p>
		<p>1.2.2. (Nº total de funcionarios capacitados en trato al usuario / Nº total de funcionarios) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Listado de asistencia.</p> <p>Meta: lograr cobertura de capacitación por PAC en trato al usuario de un 50 % de los funcionarios en los últimos tres años.</p>

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
<p>Propender al desarrollo integral del recurso humano orientado al logro de los objetivos institucionales.</p>	<p>10%</p>	<p>1.3.1. (Nº total de Jefes de Centros de Responsabilidad Clínicos capacitados en Gestión en Salud/ Nº total de Jefes de Responsabilidad Clínicos) * 100</p> <p>1.3.2. (Nº total de funcionarios capacitados año 2008 en temas estratégicos / Nº total de funcionarios año 2008) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Programa de Estudio y listado de asistencia</p> <p>Meta: obtener 30 % de funcionarios capacitados en áreas estratégicas definidas a nivel regional.</p>
<p>1.3.</p>	<p>10%</p>	<p>1.3.1. (Nº total de Jefes de Centros de Responsabilidad Clínicos capacitados en Gestión en Salud/ Nº total de Jefes de Responsabilidad Clínicos) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Programa de Estudio y listado de asistencia</p> <p>Meta: 50 % de Jefes de Centros de Responsabilidad Clínicos capacitados en Gestión en Salud en los últimos tres años.</p>

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
<p>1.4. Lograr y mantener el desarrollo de una gestión clínica que permita brindar atención oportuna y eficiente al usuario de la red asistencial</p>	<p>10%</p>	<p>1.4.1. (Nº total de Centros de Costos Clínicos referidos a Subespecialidades médicas con Cartera de Servicios y Protocolos de Referencia y Contrarreferencia elaborados y sancionados / Nº total de Centros de Costos Clínicos referidos a subespecialidades médicas)* 100.</p> <p>1.4.2. (Nº de Centros de Responsabilidad que reciben informe trimestral de gasto ítem 21-22 y producción / Nº total de Centros de Responsabilidad)*100.</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Resolución con Carteras de Servicios, Resolución con Protocolos de Referencia y Contrarreferencia</p> <p>Meta: 50 % de Centros de Costos Clínicos referidos a Subespecialidades médicas con Cartera de Servicios y Protocolos de referencia y contrarreferencia elaborados y sancionados</p> <p>Medio de Verificación: Documento formal, emitido por la Dirección del Hospital, Resolución de creación de Centros de Responsabilidad.</p> <p>Meta: 100% de Centros de Responsabilidad Clínicos y de Apoyo Clínico Diagnóstico y Terapéutico que reciben Informes trimestrales de Producción y Gasto, por parte de la Subdirección Médica.</p>
<p>1.5. Lograr y mantener el desarrollo de una gestión administrativa que permita el equilibrio financiero del establecimiento a través de una gestión eficiente y participativa vinculada a la gestión clínica.</p>	<p>10%</p>	<p>1.5.1. (Nº informes financieros y de producción por Centro de responsabilidad emitido a la Dirección / Nº de informes financieros y de producción emitidos por la Subdirección Médica) * 100</p> <p>1.5.2. (Ingresos devengados / egresos devengados) >=1</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Acta con análisis financiero y de producción de los Jefes de Centros de Responsabilidad remitido a la Dirección del Hospital</p> <p>Meta: Lograr análisis del 100% de Jefes de Centro de Responsabilidad.</p> <p>100% -- 90% = 100% 89.9% -- 80% = 80% 79.9% o menos = 0%</p> <p>Medio de Verificación: SIGFE según flujos observados por Auditoría.</p> <p>Meta: lograr >=1 Supuesto: Se evaluará en iguales condiciones al Director de Servicio.</p>

META 2: Cumplimiento de Metas del HOSPITAL SAN FERNANDO

Ponderación: 50%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
1.1. Cumplir con los requerimientos para adquirir la condición de Establecimiento Autogestionado en Red.	20%	2.1.1. Informe anual de resultado de Auditoría Cruzada Ministerial.	20%	Medio de Verificación: Informe Auditoría MINSAL Meta: A lo menos, mayor al año anterior, basado en puntaje bruto del año anterior, y a lo menos superior a 70 puntos
1.2. Cumplimiento de garantías de tratamiento en casos de Garantías Explícitas en Salud.	15%	2.2.2. (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de tratamiento en el HOSPITAL SAN FERNANDO / N° total de casos diagnosticados) * 100	15%	Medio de Verificación: Informe basado en el sistema SIGGES. Meta: 100% de cumplimiento de garantía de tratamiento, 100 % 96 a 99 % de cumplimiento de garantía de tratamiento, 75 % 90 a 95 % de cumplimiento de garantía de tratamiento, 50 % 0 a 89 % de cumplimiento de garantía de tratamiento, 0%
1.3. Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos con el Servicio de Salud	15%	2.3.1. Nota final obtenida para el año 2008.	15%	Medio de Verificación: Informe de Evaluación del Servicio de Salud año 2008, (escala notas 1 - 5). Meta : 100% cumplimiento de evaluación, 100% 96 a 99 % cumplimiento de evaluación, 75 % 90 a 95 % cumplimiento de evaluación, 50 % 0 a 89 % cumplimiento de evaluación, 0 %

AÑO 3: 1 de Mayo de 2009 al 30 de Abril de 2010

HOSPITAL SAN FERNANDO

META 1. : Dirección Estratégica del HOSPITAL SAN FERNANDO

Ponderación: 50%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
<p>1. Mantener trabajo en equipo y una adecuada coordinación de la red asistencial de la microárea de San Fernando integrando la APS y los establecimientos hospitalarios al Consejo Integrador de la Red Asistencial.</p>	<p>10%</p>	<p>1.1.1. (Nº total de reuniones de microárea por año realizadas / Nº total de reuniones programadas) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Actas de la reuniones con listado de asistencia Meta: 95 % de cumplimiento de la programación anual de reuniones de coordinación de la microárea de San Fernando</p>
		<p>1.1.2. (Nº de reuniones con participación en el CIRA regional/ Nº total de regiones de CIRA regional realizadas) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Actas de la reuniones con listado de asistencia Meta: 90 % de participación en reuniones de CIRA regional</p>
<p>2. Mejorar la satisfacción usuaria basado en mejoramiento continuo de la calidad</p>	<p>10%</p>	<p>1.2.1 (Nº de reclamos por tratos y administrativos mayo 2009-abril 2010)/ (Nº de reclamos mayo 2009 – abril 2010) - (Nº de reclamos por tratos y administrativos mayo 2008- abril 2009 / Nº de reclamos mayo 2008 –abril 2009)</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Informe emitido por CIR del establecimiento. Meta: Reducir en un 10% el porcentaje de reclamos por trato y problemas administrativos.</p>
		<p>1.2.2. (Nº total de funcionarios capacitados en trato al usuario / Nº total de funcionarios) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Programa de Estudio y listado de asistencia Meta: lograr cobertura de capacitación por PAC en trato al usuario en un 75 % de los funcionarios en los últimos tres años</p>

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
<p>3. Propender al desarrollo integral del recurso humano orientado al logro de los objetivos institucionales.</p>	<p>10%</p>	<p>1.3.1 % cumplimiento Plan de Mejora de Clima laboral posterior a Informe Clima Laboral 2008</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Plan de Mejora Clima Laboral y evaluación de su cumplimiento. Meta: 50 % cumplimiento de implementación Plan de Mejora Clima Laboral</p>
		<p>1.3.2. (Nº total de funcionarios capacitados año 2009 en temas estratégicos / Nº total de funcionarios año 2009) * 100</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Programa de Estudio y listado de asistencia Meta: obtener al menos un 65 % de funcionarios capacitados en áreas estratégicas definidas a nivel regional.</p>



Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
<p>4. Lograr y mantener el desarrollo de una gestión clínica que permita brindar atención oportuna y eficiente al usuario de la red asistencial</p>	<p>10%</p>	<p>1.4.1. (N° total de Centros de Costos Clínicos referidos a Subespecialidades médicas con Cartera de Servicios y Protocolos de Referencia y Contrarreferencia elaborados y sancionados / n° total de Centros de Costos Clínicos referidos a subespecialidades médicas) * 100.</p> <p>1.4.2. (N° de Centros de Responsabilidad que reciben informe trimestral de gasto ítem 21-22 y producción / N° total de Centros de Responsabilidad) * 100.</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Resolución con Carteras de Servicios, Resolución con Protocolos de Referencia y Contrarreferencia</p> <p>Meta: 70 % de Centros de Costos Clínicos referidos a Subespecialidades médicas con Cartera de Servicios y Protocolos de referencia y contrarreferencia elaborados y sancionados</p> <p>Medio de Verificación: Documento formal emitido por la Dirección del Hospital, Resolución de creación de Centros de Responsabilidad.</p> <p>Meta: 100% de Centros de Responsabilidad que reciben informes trimestrales de Producción y Gasto</p>
<p>5. Lograr y mantener el desarrollo de una gestión administrativa que permita el equilibrio financiero del establecimiento a través de una gestión eficiente y participativa vinculada a la gestión clínica.</p>	<p>10%</p>	<p>1.5.1. (N° informes trimestrales gasto y producción por Centro de responsabilidad / N° reuniones de análisis de informes por Centro de responsabilidad) * 100</p> <p>1.5.2. (Ingresos devengados /egresos devengados) >=1</p>	<p>5%</p>	<p>Medio de Verificación: Documento formal, emitido por la Dirección del Hospital; y, acta de análisis de los Jefes de Centros de responsabilidad a la Dirección</p> <p>Meta: Lograr 70% de participación de Jefes de Centro de Responsabilidad en reuniones de análisis de Gasto y Producción para monitorear la aplicación del presupuesto</p> <p>Medio de Verificación: SIGFE según flujos observados por Auditoría.</p> <p>Meta: lograr: >=1</p> <p>Supuesto: Se evaluará en iguales condiciones al Director de Servicio.</p>

META 2: Cumplimiento de Metas del HOSPITAL SAN FERNANDO

Ponderación: 50%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación
1.1. Mantener y potenciar los logros producto de la obtención de la condición de Establecimiento Autogestionado en Red.	20%	2.1.1. Informe anual de resultado de Auditoría Cruzada Ministerial, basado en puntaje bruto año 2007, superior a 80 puntos	20%	Medio de Verificación: Informe Auditoría MINSAL Meta: A lo menos, mayor al año anterior.
2. Cumplimiento de garantías de tratamiento en casos de Garantías Explícitas en Salud.	15%	2.2.1 (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de tratamiento en el HOSPITAL SAN FERNANDO / N° total de casos diagnosticados) * 100	15%	Medio de Verificación: Informe basado en el sistema SIGGES. Meta: 100% de cumplimiento de garantía de tratamiento, 100 % 96 a 99 % de cumplimiento de garantía de tratamiento, 75 % 90 a 95 % de cumplimiento de garantía de tratamiento, 50 % 0 a 89 % de cumplimiento de garantía de tratamiento, 0%
3. Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos con el Servicio de Salud	15%	2.3.1. Nota final obtenida para el año 2009.	15%	Medio de Verificación: Informe de Evaluación del Servicio de Salud año 2009, (escala notas 1 - 5). Meta : 100% cumplimiento de evaluación , 100% 96 a 99 % cumplimiento de evaluación, 75 % 90 a 95 % cumplimiento de evaluación, 50 % 0 a 89 % cumplimiento de evaluación, 0 %

III. Apoyo del Superior

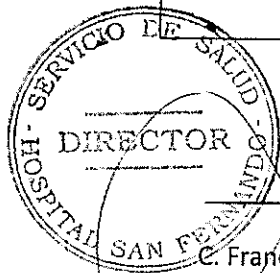
El Director de Servicio de Salud y el Equipo de la Dirección de Servicio facilitarán la gestión de esta dirección, orientada al cumplimiento de los compromisos adquiridos y al permitir el desarrollo del establecimiento con el objetivo de mejorar la calidad del servicio (salud) otorgado al usuario y a la red asistencial.

El Director de Servicio de Salud proveerá de toda información necesaria, en forma clara y precisa, para que esta Directora sea capaz de velar por el fiel cumplimiento de sus obligaciones ,correspondientes a su competencia .

IV. Factores Externos

En la medida que sea relevante, será necesario indicar y describir los principales factores externos que eventualmente puedan afectar el cumplimiento del presente Convenio de Desempeño.

En casos en que el cumplimiento de las metas fijadas no puedan ser cumplidas ya sea en forma parcial o total por causales de fuerza mayor calificadas por el Director de Servicio de Salud, a través de una Resolución, se establecerá en la misma el procedimiento a seguir para la evaluación del período correspondiente.



C. Francesca Mantelli-Franulic
Directora
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SAN FERNANDO



Marcelo Yévenes Soto
Director Servicio Salud O'Higgins