



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE
DIRECCIÓN NACIONAL
DEL SERVICIO CIVIL

CONVENIO DESEMPEÑO

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Sr. Freddy Vidal Fuentealba
Cargo	Director Hospital de Parral
Institución	Servicio de Salud del Maule
Fecha nombramiento	16 de Agosto de 2009
Dependencia directa del cargo	Director del Servicio Salud del Maule
Período de desempeño del cargo	16 Agosto de 2009 hasta el 15 Agosto de 2012

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

Objetivo N° 1: Elaborar e implementar un programa de trabajo de acuerdo al Modelo de Gestión de Hospital de Mediana Complejidad

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
Porcentaje de cumplimiento del programa de trabajo de trienal de trabajo.	(N° de etapas implementadas del programa de trabajo / N° Total de etapas comprometidas a implementar en el programa de trabajo) * 100	30%	60%	100%	1. Resolución de conformación de estructura organizacional. 2. Resolución de encomendación de funciones directivas. 3. Programa de trabajo formalizado.	
Porcentaje de cumplimiento de las Metas de Desempeño colectivo comprometidas del área de Recursos Humanos.	$\frac{\text{Porcentaje cumplimiento Ley 19.664} + \text{Porcentaje cumplimiento Ley 18.834}}{2}$	100%	100%	100%	1. Informe del Departamento de Epidemiología	1. Contar con los recursos financieros para el cumplimiento de la meta.

Objetivo N° 2: Implementar proceso de Acreditación de Prestadores

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
Porcentaje de cumplimiento de requisitos exigidos en Normas Técnicas Básicas para Autorización Sanitaria.	$\frac{\text{Nº requisitos cumplidos}}{\text{Total requisitos exigidos}} * 100$	50% 10%	70% 10%	95% 10%	Informe de aplicación de Instrumento de Normas Técnicas Básicas	<p>Si el establecimiento está en proceso de Normalización y durante el periodo que el director está ejerciendo su cargo, se aprueba el diseño del proyecto, este indicador se cambia por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Constatación de que en el diseño se cumple con el 100% de los requisitos exigidos en las Normas Técnicas Básicas para Autorización Sanitaria. <p>Indicador: Si – No Medios de verificación: Documento de carácter institucional con informe de constatación.</p>
Porcentaje de mejora de las características obligatorias exigidas en el Manual de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada respecto al diagnóstico.	$\frac{\text{Nº de características obligatorias cumplidas}}{\text{Total de Características obligatorias exigidas presentes el año de diagnóstico}} * 100$	100% 10%	20% 10%	40% 10%	Informe de auto aplicación del Manual de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada	La meta considera la mantención del instrumento durante el periodo de evaluación.

Objetivo N° 3: Implementación de un Programa de Gestión de Riesgos y Eventos Adversos

Ponderación: 10%

Indicadores							
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos	
Porcentaje de Servicios Clínicos del Hospital con Programa de Gestión de Riesgos y Eventos Adversos implementado	N° de Serv. Clínicos y Unidades de Apoyo, con Programa de Gestión de Riesgos y Eventos Adversos implementado/ N° total de Servicios Clínicos y U. de Apoyo del Hospital * 100	20%	40%	60%	10%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de carácter institucional que describe Programa de Gestión de Riesgos y Evento Adverso (EA). 2. Notificación de incidentes y EA. 3. Documentos de carácter institucional con Plan de Mejoras destinados a la disminución de los riesgos y EA en el establecimiento 4. Documentos de carácter institucional con informe de evaluación de Plan de Mejora 	Definición de áreas de riesgo a intervenir realizada por parte de la Dirección de Servicio.

Objetivo N° 4: Gestión y Desarrollo de la Red Institucional

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	
Porcentaje de servicios clínicos con indiferenciación de camas y gestión centralizada de ellas.	$\frac{\text{Nº total de camas indiferenciadas}}{\text{Total de camas del hospital}} \times 100$	40%	60%	100%	10%	10%	Reporte de indiferenciación y gestión centralizada de camas desde el Hospital.
Porcentaje de pacientes categorizados por riesgo dependencia	$\frac{\text{Nº de camas categorizadas por riesgo dependencia}}{\text{Total de camas del hospital}} \times 100$	30%	60%	100%	10%	10%	Reporte de categorización en Registro Estadísticos Mensuales (REM).

Objetivo N° 5: Uso eficiente de los recursos financieros.

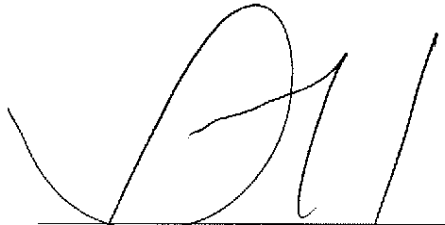
Ponderación: 20%

Indicadores						
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
Cumplimiento Marco Presupuestario Anual	Gasto Anual Sb 21, 22 y 29 / Marco Ppto. vigente Sb 21, 22 y 29	100%	100%	100%	Ejecución presupuestaria ambiente SIGFE.	Los compromisos de financiación definidos en el presupuesto, como son PPI, PPV, APS sean cumplidos por la Dirección de Servicio en representación del Minsal y Fonasa.
Cumplimiento glosa Sb 21 definidas en Presupuesto.	Gasto anual glosa Sb 21/ Glosa vigente Sb 21	100%	100%	100%	Ejecución presupuestaria ambiente SIGFE.	

Objetivo N° 6: Brindar mayor Satisfacción Usuaría a través una gestión eficiente de las solicitudes ciudadanas.

Ponderación: 10%

Indicadores							
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador Año 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos	
Porcentaje de reclamos GES y universales respondidos con calidad y dentro del plazo que contempla la Ley.	Total de reclamos respondidos dentro del plazo legal / total de reclamos recibidos en el establecimiento.	90%	95%	100%	10%	Estadística mensual (REM) Informes de supervisión desde la Dirección de Servicio. Formularios de reclamos y respuestas.	Que la OIRS cuente con profesional responsable de la supervisión de su gestión.



Sr. Freddy Vidal Fuentealba
Director Hospital Parral



Dr. Jorge Toro Albornoz
Director Servicio de Salud Maule