

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD DEL MAULE
DEPTO. ASESORIA JURIDICA

26
22 FEB. 2010
SGD E-849



RESOLUCION EXENTA N° 323

TALCA, 05 FEB. 2010

VISTOS; estos antecedentes, CONVENIO DESEMPEÑO de Don CARLOS ZAPATA SANCHEZ, Director del Hospital de Cauquenes, Rut. 12.192.784-5, Administrador Público; artículo 61 de la Ley N° 19.882; Decreto Supremo N° 1.580 del 20.03.2006 del Ministerio de Hacienda que aprueba Reglamento que regula la Formación y Funcionamiento de los Convenio de Desempeño para los Altos Directivos Públicos establecidos en el párrafo 5° del Título VI de la Ley N° 19.882; las facultades que me otorgan los artículos 6, 7 y 8 del Decreto Supremo N° 140 de 2004 del MINSAL; Decreto Supremo N° 15 de 27/03/2009 del MINSAL; Resolución 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

R E S O L U C I O N

- 1. APRUEBASE el Convenio de Desempeño suscrito entre Don CARLOS ZAPATA SANCHEZ, Rut. 12.192.784-5, Administrador Público, y el DR. JORGE TORO ALBORNOZ, Director del Servicio de Salud del Maule, conforme lo dispuesto en el artículo 61 y siguientes de la Ley N° 19.882, para el cargo de Director Hospital de Cauquenes, en el período comprendido entre 01 de Agosto de 2009 hasta el 31 de Julio de 2012, cuyo texto es el siguiente:**

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Sr. Carlos Zapata Sánchez
Cargo	Director Hospital de Cauquenes
Institución	Servicio de Salud del Maule
Fecha nombramiento	01 de Agosto de 2009
Dependencia directa del cargo	Director del Servicio Salud del Maule
Período de desempeño del cargo	01 Agosto de 2009 hasta el 31 Julio de 2012

Fecha evaluación 1er año de gestión	31 de Julio de 2010
Fecha evaluación 2do año de gestión	31 de Julio de 2011
Fecha evaluación final	31 de Julio de 2012

SUBDIRECCION ALTA
DIRECCION PUBLICA
22 FEB. 2010
INGRESO 121
CORRESPONDENCIA N°

2. Dejase establecido que son parte integrante del citado convenio, el anexo N° 1 que contiene los párrafos 5° y 6° del Título VI de la Ley 19.882 y el anexo N° 2 relacionado con el Reglamento para su formulación y funcionamiento.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



DR. JORGE TORO ALBORNOZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD DEL MAULE

J. Toro
Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE



DR. JTA/LFE/epv

DISTRIBUCION:

- * Sr/ Director del Servicio Civil
- * Subdirección de Gestión Asistencial
- * Subdirección de Recursos Humanos
- * Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- * Departamento de Recursos Financieros
- * Departamento Auditoría
- * Departamento de Asesoría Jurídica
- * Archivo Of. de Partes

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.	(No de etapas implementadas del programa de trabajo / No Total de etapas comprometidas a implementar en el programa de trabajo) * 100	30%	10%	60%	10%	100%	10%	100%	10%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución de conformación de estructura organizacional. 2. Resolución de recomendación de funciones directivas. 3. Programa de trabajo formalizado. 4. Informe de cumplimiento de las actividades programadas. 	Estructura organizacional aprobada por la Dirección de Servicio.
Porcentaje de cumplimiento de las Metas de Desempeño colectivo comprometidas del área de Recursos Humanos.	(Porcentaje de cumplimiento obtenido en las Metas de Desempeño colectivo del área de RR.HH. al año / Porcentaje comprometido a cumplir en las metas de desempeño colectivo del área de RR.HH.) * 100	100%	10%	100%	10%	100%	10%	100%	10%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe del Departamento de Epidemiología 	<ol style="list-style-type: none"> 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			
<p>Porcentaje de cumplimiento de requisitos exigidos en Normas Técnicas Básicas para Autorización Sanitaria.</p>	<p>Nº requisitos cumplidos / Total requisitos exigidos *100</p>	50%	100%	70%	100%	95%	100%	<p>Informe de aplicación de Instrumento Normas Técnicas Básicas</p>	<p>Si el establecimiento está en proceso de Normalización y durante el período 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>
<p>Porcentaje de mejoría de las características obligatorias exigidas en el Manual de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada respecto al diagnóstico.</p>	<p>Nº de características obligatorias cumplidas / Total de Características obligatorias presentes el año de diagnóstico * 100</p>	100%	10%	20%	10%	40%	10%	<p>Informe de auto aplicación del Manual de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada</p>	<p>La meta considera la mantención del instrumento durante el período de evaluación.</p>



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 1	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 2	Meta/ Ponderador Año 3	Meta/ Ponderador Año 3	Medios de Verificación	Supuestos
Porcentaje de Servicios Clínicos del Hospital con Programa de Gestión de Riesgos y Eventos Adversos implementado	Nº de Serv. Clínicos y Unidades de Apoyo, con Programa de Gestión de Riesgos y Eventos Adversos implementado/ Nº total de Servicios Clínicos y U. de Apoyo del Hospital * 100	20%	10%	40%	10%	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.	Nº total de camas indiferenciadas / Total de camas del hospital*100	40%	10%	60%	10%	100%	10%	Reporte de Indiferenciación y gestión centralizada de camas desde el Hospital.	
Porcentaje de pacientes categorizados por riesgo de dependencia	Nº de camas categorizadas por riesgo de dependencia/ Total de camas del hospital*100	30%	10%	60%	10%	100%	10%	Reporte de categorización en Registro Estadísticos Mensuales (REM).	



Objetivo No 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%	10%	100%	10%	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%	10%	100%	10%	Ejecución presupuestaria ambiente SIGFE.	



Objetivo No 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%	10%	95%	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.



ANEXO CONVENIO DESEMPEÑO

II. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Sr. Carlos Zapata Sánchez
Cargo	Director Hospital de Cauquenes
Institución	Servicio de Salud del Maule
Fecha nombramiento	01 de Agosto de 2009
Dependencia directa del cargo	Director del Servicio Salud del Maule
Período de desempeño del cargo	01 Agosto de 2009 hasta el 31 Julio de 2012

Fecha evaluación 1er año de gestión	31 de Julio de 2010
Fecha evaluación 2do año de gestión	31 de Julio de 2011
Fecha evaluación final	31 de Julio de 2012



II. ESPECIFICACIONES AL CONTENIDO DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Nombre del Indicador: Porcentaje de cumplimiento del programa trianual de trabajo	Alcances	
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> El Programa de Trabajo trianual debe incluir a lo menos: Definición de estructura y organización del establecimiento, Plan estratégico del establecimiento, Plan de conformación y fortalecimiento del equipo, Programación anual de actividades de acuerdo a orientaciones Minsal incluyendo programación de actividades médicas. El Programa de Trabajo debe ser conocido y sancionado por el gestor de la Red.
Metas:	Año 1: 30% Año 2: 60% Año 3: 100%	La Meta del Año 1 considera tener el Programa de trabajo elaborado y ejecutado en un 30% de avance. La Meta del Año 2 considera tener ejecutado en un 60% el Programa de Trabajo elaborado en el Año 1. La Meta del Año 3 considera la implementación del Programa de Trabajo elaborado en el año 1 en un 100%.
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
Supuestos	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay

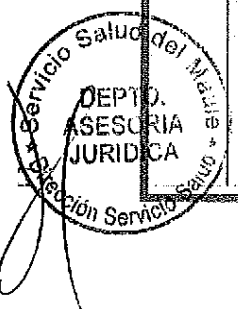


Nombre del Indicador: Porcentaje de cumplimiento de las Metas de Desempeño colectivo comprometidas del área de Recursos Humanos.		Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	
Metas:	Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	La Meta del Año 1 considera un 60% de cumplimiento entre 01 de Agosto de 2009 y 31 de Diciembre de 2009 y un 40% de cumplimiento entre el 01 de Enero de 2010 y 31 de Julio de 2010. La Meta del Año 2 considera un 60% de cumplimiento entre 01 de Agosto de 2010 y 31 de Diciembre de 2010 y un 40% de cumplimiento entre el 01 de Enero de 2011 y 31 de Julio de 2011. La Meta del Año 3 considera un 60% de cumplimiento entre 01 de Agosto de 2011 y 31 de Diciembre de 2011 y un 40% de cumplimiento entre el 01 de Enero de 2012 y 31 de Julio de 2012. ** Los porcentajes de cumplimiento entre el 01 de Agosto y el 31 de Diciembre de cada año que sean menores al 60% exigido, se considerarán cumplidos si la meta sanitaria, correspondiente al año calendario, está cumplida en un 100%.
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
Supuestos	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay



Nombre del Indicador: Porcentaje de cumplimiento de requisitos exigidos en Normas Técnicas Básicas para Autorización Sanitaria.		Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	La aplicación de las normas técnicas básicas son requisitos para el proceso de demostración de autorización sanitaria.
METAS:	Año 1: 50% Año 2: 70% Año 3: 95%	No hay
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	El informe de aplicación de Instrumento de Normas Técnicas Básicas debe ser enviado formalmente a la Dirección de Servicio, quien establecerá los requisitos que serán responsabilidad del nivel local.
Supuestos	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay

Nombre del Indicador: Porcentaje de mejora de las características obligatorias exigidas en el Manual de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada respecto al diagnóstico		Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
Metas:	Año 1: 100% Año 2: 20% Año 3: 40%	La meta del año 1 (100%) considera la autoaplicación del Instrumento de acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada, donde la No aplicación equivale a un 0% de cumplimiento. La evaluación del año 2 y año 3 es acumulativa.
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	El informe de autoaplicación debe ser enviado formalmente a la Dirección de Servicio.
Supuestos	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay



Nombre del Indicador: Porcentaje de servicios clínicos con Indiferenciación de camas y gestión centralizada de ellas.	Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño Para su cumplimiento este indicador hace referencia a las camas médico - quirúrgicas.
Metas:	No hay
Medios de Verificación	No hay
Supuestos	No hay

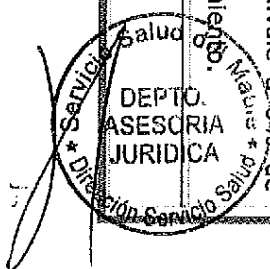


Nombre del Indicador: Porcentaje de pacientes categorizados por riesgo dependencia	Alcances <ul style="list-style-type: none"> • La categorización de pacientes deberá realizarse utilizando la Pauta Cypur de categorización. • La categorización de pacientes debe efectuarse sólo en días hábiles.
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño
Metas:	Año 1: 30% Año 2: 60% Año 3: 100%
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño
Supuestos	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño
No hay	No hay
No hay	No hay



Nombre del Indicador: Cumplimiento Marco Presupuestario Anual		Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
Metas:	Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	Mantener un equilibrio presupuestario y financiero; dando cumplimiento a los compromisos de producción, cartera de servicios y metas sanitarias; bajo el desarrollo de un nuevo modelo de gestión. Meta año 1 desviación no superior al 10%, equivalente a 100% de cumplimiento. Meta año 2 desviación no superior al 5%, equivalente a 100% de cumplimiento. Meta año 3 sin desviación, equivalente a 100% de cumplimiento.
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
Supuestos	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay

Nombre del Indicador: Cumplimiento Glosa Sb 21 definidas en Presupuesto.		Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
Metas:	Año 1: 100% Año 2: 100% Año 3: 100%	Meta año 1 desviación no superior al 10%, equivalente a 100% de cumplimiento, cualquier valor sobre esta desviación equivale a 0% de cumplimiento. Meta año 2 desviación no superior al 5%, equivalente a 100% de cumplimiento, cualquier valor sobre esta desviación equivale a 0% de cumplimiento. Meta año 3 sin desviación, equivalente a 100% de cumplimiento.
Medios de Verificación	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay



Supuestos	Según lo especificado en el Convento de Desempeño	No hay
------------------	---	--------

Nombre del Indicador: Porcentaje de reclamos GES y universales respondidos con calidad y dentro del plazo que contempla la Ley.		Alcances
Fórmula de Cálculo	Según lo especificado en el convenio de desempeño.	Por respuesta de calidad se entenderá: toda aquella respuesta que de cuenta del total de los problemas planteados otorgando solución a los mismos, según posibilidades del establecimiento. Los reclamos GES contemplan un plazo legal de 48 horas y los universales de 20 días hábiles.
Metas:	Año 1: 90% Año 2: 95% Año 3: 100%	No hay
Medios de Verificación	Según lo especificado en el convenio de desempeño.	El informe de supervisión tiene por objetivo evaluar la calidad de las respuestas.
Supuestos	Según lo especificado en el convenio de desempeño.	No hay

