



26 feb civil

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

13:45  
22 FEB. 2010  
SGD-E-848

RESOLUCION EXENTA N° 318

TALCA, 05 FEB. 2010

VISTOS; estos antecedentes, CONVENIO DESEMPEÑO de la Dra. CAROLINA CHACÓN FERNÁNDEZ, Directora del Hospital Regional de Talca; 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 la **DRA. CAROLINA CHACÓN FERNÁNDEZ**, Rut. 9.990.231-0, Médico Cirujano, 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 Regional de Talca, en el período comprendido entre 01 de Septiembre de 2009 hasta el 31 de Agosto de 2012, cuyo texto es el siguiente:

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Dra. Carolina Chacón Fernández
Cargo	Director Hospital de Talca
Institución	Servicio de Salud del Maule
Fecha nombramiento	01 de Septiembre de 2009
Dependencia directa del cargo	Director del Servicio Salud del Maule
Período de desempeño del cargo	01 de Septiembre de 2009 hasta el 31 de Agosto de 2012

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

SUBDIRECCION ALTA  
DIRECCION PUBLICA  
22 FEB. 2010  
INGRESO / *[Signature]*  
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.



*Jorge Toro Albornoz*  
Transcribo fielmente el original  
MINISTRO DE FE

INT.N° 33

DR. JTA/LFE/epv

DISTRIBUCION:

- 15 - Págs 9 steps*
- \* 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 No 1: Elaborar e implementar un programa de trabajo que permita encauzar la implementación del Nuevo Modelo y gestionar el proyecto de Normalización.**

**Ponderación: 20%**

**Indicadores**

<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo</b>	<b>Meta/ Ponderador Año 1</b>	<b>Meta/ Ponderador Año 2</b>	<b>Meta/ Ponderador Año 3</b>	<b>Medios de Verificación</b>	<b>Supuestos</b>			
Porcentaje de cumplimiento de programa de trabajo para la conformación y fortalecimiento del equipo directivo.	(No de etapas implementadas del programa de trabajo / No Total de etapas comprometidas a implementar en el programa de trabajo) * 100	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>60%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución de conformación de estructura organizacional.</li> <li>2. Resolución de recomendación de funciones directivas.</li> <li>3. Programa de trabajo formalizado.</li> <li>4. Informe de cumplimiento de las actividades programadas.</li> </ol>	
Porcentaje de cumplimiento de plan de trabajo para la gestión del cambio.	(No de etapas implementadas del programa de trabajo / No Total de etapas comprometidas a implementar en el programa de trabajo) * 100	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>60%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa de trabajo formalizado.</li> <li>2. Resolución de conformación de equipo puesta en marcha.</li> <li>3. Informe de cumplimiento de las actividades programadas.</li> </ol>	Plan de inversión de acuerdo a lo programado.

**Objetivo N° 2: Fortalecer la relación con la Red Asistencial en su condición de Hospital Regional**

**Ponderación: 20%**

**Indicadores**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador			Medios de Verificación	Supuestos			
		Año 1	Año 2	Año 3					
Porcentaje de Centros de Responsabilidad Clínicos que utilizan sistema de referencia y contrarreferencia	(N° Centros de Responsabilidad clínicos que utilizan sistema de referencia y contrarreferencia / N° Centros de Responsabilidad clínicos) * 100	30%	10%	60%	10%	100%	10%	1. Reporte del sistema informático de R-CR	
Porcentaje de cumplimiento de Patologías GES y Prestaciones Valoradas (PPV)	(N° de patologías GES y PPV cumplidas / N° de patologías GES y PPV programadas) * 100	100%	10%	100%	10%	100%	10%	1. Reporte de SIGGES de cumplimiento de garantías y prestaciones valoradas	Cambios presupuestarios instruidos por FONASA

**Objetivo No 3: Implementar proceso de Acreditación de Prestadores**

**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 cumplimiento de las características obligatorias exigidas en el Manual de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada respecto al diagnóstico.	No de características obligatorias cumplidas / Total de características obligatorias exigidas presentes al año de diagnóstico * 100	50%	10%	75%	10%	100%	10%	Informe de auto-aplicación del Manual de Establecimientos de Atención Cerrada	La meta considera la mantención del instrumento durante el periodo de evaluación.

**Objetivo No 4: Implementar un programa de Calidad y Seguridad del paciente**

**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 Responsabilidad del Hospital con programa de calidad y seguridad del paciente implementado	No de CR con programa de calidad y seguridad del paciente implementado / No total de CR del Hospital * 100	20%	10%	50%	10%	90%	10%	1. Documento Programa de calidad y seguridad del paciente formalizado. 2. Notificación de incidentes y Eventos adversos (EA). 3. Planes de Mejoras implementados como respuesta a la gestión de los riesgos y EA del establecimiento. 4. Informe de evaluación de Plan de Mejora.	

**Objetivo N° 5: Instalar Modelo de Gestión aprobado en el proyecto de Normalización del establecimiento.**

**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 componentes de gestión clínica implementados	(N° de componentes de gestión clínica implementados / Total componentes de gestión clínica comprometidos) *100	50%	10%	80%	10%	100%	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución aprobatoria de los Protocolos implementados en la atención de patologías no GES</li> <li>2. Resolución de definición de camas indiferenciadas y centralizadas.</li> <li>3. Sistema REM categorización de camas.</li> <li>4. Documento anual de Programación por centro de responsabilidad</li> <li>5. Resolución anual aprobatoria de la cartera de servicios actualizada</li> <li>6. Resolución anual de definición de horario de visitas a pacientes hospitalizados por CR.</li> <li>7. Medios de difusión de sistema de visitas y acompañamiento.</li> <li>8. Registro de acompañamiento en sistema REM</li> <li>9. Programa de acogida a pacientes y familiares.</li> <li>10. Programa de preparación de alta de pacientes hospitalizados.</li> </ol>	

**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 con calidad dentro del plazo legal / total de reclamos recibidos en el establecimiento.	90%	10%	95%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estadística mensual (REM)</li> <li>2. Informes de supervisión desde la Dirección de Servicio.</li> <li>3. Formularios de reclamos y respuestas.</li> </ol>	Que la OIRS cuente con profesional responsable de la supervisión de su gestión.

**Objetivo N° 7: Uso eficiente de los recursos financieros.**

**Ponderación: 20%**

**Indicadores**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador			Meta/ Ponderador			Medios de Verificación	Supuestos	
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3			
Cumplimiento Marco Presupuestario Anual	Gasto Anual Sb 21, 22 y 29 / Marco Ppto. vigente Sb 21, 22 y 29	100%	10%	100%	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%	100%	10%	100%	10%	Ejecución presupuestaria ambiente SIGFE.	

## ANEXO CONVENIO DESEMPEÑO

### II. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	<b>Dra. Carolina Chacón Fernández</b>
Cargo	Director Hospital de Talca
Institución	Servicio de Salud del Maule
Fecha nombramiento	01 de Septiembre de 2009
Dependencia directa del cargo	Director del Servicio Salud del Maule
Período de desempeño del cargo	01 de Septiembre de 2009 hasta el 31 Agosto de 2012

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

## II. ESPECIFICACIONES AL CONTENIDO DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Nombre del Indicador: Porcentaje de cumplimiento del programa de trabajo para la conformación y fortalecimiento del equipo directivo.		Alcances
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Programa de Trabajo para la conformación y fortalecimiento del Equipo Directivo del Hospital debe incluir a lo menos: Definición de estructura y organización del establecimiento y Plan de conformación y fortalecimiento del equipo directivo.</li> <li>▪ El Programa de Trabajo debe ser conocido y sancionado por el gestor de la Red.</li> <li>▪ El equipo directivo se considerará conformado cuando tenga definido y provisto los cargos de Director, Subdirectores y Jefes de CR.</li> </ul>
<b>Metas:</b>	<p>Año 1: 30%</p> <p>Año 2: 60%</p> <p>Año 3: 100%</p>	<p>La Meta del Año 1 considera tener el Programa de trabajo elaborado y ejecutado en un 30% de avance.</p> <p>La Meta del Año 2 considera tener ejecutado en un 60% el Programa de Trabajo elaborado en el Año 1.</p> <p>La Meta del Año 3 considera la implementación del Programa de Trabajo elaborado en el año 1 en un 100 %.</p>
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay

<b>Nombre del Indicador: Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo para la gestión del cambio.</b>		<b>Alcances</b>
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para la elaboración del Plan de Trabajo se deberá contar con un equipo multiprofesional gestor del proceso de Puesta en Marcha.</li> <li>▪ El Programa de Trabajo para la gestión del cambio debe incluir a lo menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación del programa de trabajo</li> <li>- Diagnóstico de situación</li> <li>- Intervención (la que debe considerar a lo menos: Plan de difusión y sensibilización, Plan de Formación de Líderes para el cambio)</li> <li>- Monitoreo, evaluación y retroalimentación</li> <li>- Definición de responsables, tiempos y recursos.</li> </ul> </li> <li>▪ El Programa de Trabajo debe ser conocido y sancionado por el Gestor de la Red.</li> </ul>
<b>Metas:</b>	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%.
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay

<b>Nombre del Indicador: Porcentaje de Centros de Responsabilidad del Hospital con programa de calidad y seguridad del paciente implementado</b>		<b>Alcances</b>
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	Las áreas de riesgo a trabajar son al menos las definidas por el Departamento de Calidad de Seguridad del Paciente del Minsal.
<b>METAS:</b>	Año 1: 20% Año 2: 50% Año 3: 90%	No Hay
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	El sistema de notificación de eventos adversos debe responder a orientaciones entregadas por Dirección de Servicio de Salud.
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No Hay

Nombre del Indicador: Instalar Modelo de Gestión (definir indicadores)	Alcances	
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	<b>Componentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolos de atención patologías no GES</li> <li>- Camas indiferenciadas y centralizadas</li> <li>- Sistema de atención progresiva</li> <li>- Programación por centro de responsabilidad</li> <li>- Cartera de servicio actualizada</li> <li>- Estrategia de Hospital amigo</li> </ul>
<b>Metas:</b>	Año 1: 50% Año 2: 80% Año 3: 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El componente Protocolos de atención de patologías no GES se considera implementado cuando al menos el 80% de las patologías cuenten con su respectivo protocolo.</li> <li>- El componente Camas Indiferenciadas y centralizadas se considerará cumplido cuando abarque el 100% de las camas del establecimiento por bloque de atención.</li> <li>- El componente Sistema de atención progresiva se considerará cumplido cuando abarque el 100% de las camas del establecimiento</li> <li>- El componente Programación por CR se considerará cumplido cuando el 100% de los CR disponga de una programación anual de acuerdo a orientaciones Minsal.</li> <li>- El componente Cartera de servicio actualizada se considerará cumplido cuando se disponga de un documento oficial del establecimiento que apruebe la actualización de la cartera de servicio.</li> <li>- El componente Estrategia Hospital Amigo se considerará implementado cuando el 100% de las actividades de esta estrategia estén ejecutándose de acuerdo a orientaciones Minsal.</li> </ul> <p>▪ La Meta del Año 1 se fija considerando que todos los componentes ya tienen un grado de desarrollo.</p>
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No Hay
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No Hay

<b>Nombre del Indicador:</b> Porcentaje de reclamos GES y universales respondidos con calidad y dentro del plazo que contempla la ley.		<b>Alcances</b>
<b>Fórmula de Cálculo</b>	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.
<b>Metas:</b>	Año 1 : 90% Año 2 : 95% Año 3 : 100%	No hay
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el convenio de desempeño.	El informe de supervisión tiene por objetivo evaluar la calidad de las respuestas.
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el convenio de desempeño.	No hay

<b>Nombre del Indicador:</b> Cumplimiento Marco Presupuestario Anual		<b>Alcances</b>
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
<b>Metas:</b>	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.
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay

<b>Nombre del Indicador:</b> Cumplimiento Glosa Sp 21 definidas en Presupuesto.		<b>Alcances</b>
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
<b>Metas:</b>	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.
<b>Medios de Verificación</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay
<b>Supuestos</b>	Según lo especificado en el Convenio de Desempeño	No hay