GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO NORTE

DIRECCIÓN

GOBIERNO DE CHILE
DIRECCIÓN NACIONAL
DEL SERVICIO CIVIL

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	ALVARO SEPULVEDA ARCOS
Cargo	Subdirector de Gestión Asistencial
Institución	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Fecha nombramiento	01 de Julio de 2009
Dependencia directa del cargo	Director de Servicio
Período de desempeño del cargo	01 de Julio 2009 al 30 de Junio 2012

Fecha evaluación 1er año de gestión	30 de Junio de 2010
Fecha evaluación 2do año de gestión	30 de Junio de 2011
Fecha evaluación final	30 de Junio de 2012

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
CONVENIO DE DESEMPEÑO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
SUBDIRECCION DE GESTION ASISTENCIAL

CONVENIO DESEMPEÑO SUBDIRECTOR DE GESTION ASISTENCIAL SERV. SALUD METROP. NORTE

AÑO 1: 1 de Julio de 2009 al 30 de Junio de 2010
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 1: Liderazgo institucional y conducción estratégica
PONDERACIÓN 20%

	OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
1.1	Lograr una adecuada coordinación de la Red Asistencial integrando la APS y los establecimientos Autogestionados en Red, en el marco del mejoramiento de la coordinación gral.	15%	1.1.1 (N° de comunas con metas del IAAPS definidas por resolución del SS/ N° total de comunas Incorporadas al IAAPS)* 100	5%	Meta: 100% de las comunas que les corresponde cumplimiento de metas IAAPS con resolución que establece metas anuales	Metas anuales de APS formuladas, negociadas con órganos de administración municipal y con resolución que las formaliza. Meta: 100% de comunas incluidas en IAAPS con resolución de metas sanitarias.
			1.1.2 (N° de EAR del SSMN con Convenio de desempeño institucional / N° establecimiento EAR SSMN)* 100	5%	Informe y resolución de los Convenios de Desempeño institucional de los EARs Meta: 100% de los EAR con Convenio de desempeño institucional	Establecimientos EARs del SSMN han establecido y firmado Convenio de desempeño institucional por el periodo de evaluación anual. Existen guías o pautas metodológicas elaboradas o entregadas por el MINSAL. De no haberlas considerar pautas locales del SSMN.
			1.1.3 (N° total de establecimientos EAR que cumple con plan de ajuste/N° establecimiento evaluados)* 100	5%	Informe evaluación DIRED o División similar del MINSAL. Meta: Cumple Plan de ajuste año 1	Establecimientos evaluados presentan y logran aprobación de por parte de DIRED de plan de ajuste año 1, año 2 y año 3. Proceso de certificación para mantención de puntaje de aprobación de pauta de auditoria de EAR se ha realizado y corresponde a año evaluado.
1.2	Desarrollar una Gestión de RRHH Moderna y eficiente	5%	1.2.1 Promedio de cumplimiento entre los compromisos asociados a pago de bonificación de desempeño colectivo institucional Ley 19.664(médicos, Q.F., odontólogos y bioquímicos)	2%	Informe MINSAL/DIPRES de cumplimiento de metas profesionales funcionarios Ley 19.664. Meta: Resultado para el Serv. Salud Metrop. Norte deberá ser igual o mayor al año anterior en Metas Sanitarias.	Convenios de los Directores de establecimientos EAR o baja complejidad suscritos con el Director de Servicio y Convenio del Servicio de Salud suscrito con el Subsecretario de Redes que fija metas a profesionales Ley 19.664. Existe resolución del SS que fija metas con los establecimientos para el personal Ley N° 18.834.
			1.2.2 Cumplimiento de los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios del Serv. Salud que permite percibir al personal del Estatuto Administrativo (Ley 18.834) el % respectivo	3%	Informes de SEREMI Reg.Metrop. De cumplimiento de Metas de personal Ley N° 18.834 y en un 50% el cumpliminto de la Ley N° 19.664. Meta: Resultado para el Serv. Salud Metrop. Norte deberá ser igual o mayor al año anterior en Metas Sanitarias.	
Subtotal Meta 1:		**20%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 1: 1 de Julio de 2009 al 30 de Junio de 2010
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 2: Desempeño global del Servicio
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
2.1	Cumplimiento de garantías de oportunidad de casos de Garantías Explícitas en Salud	10%	2.1.1 (N° de GES con cumplimiento de garantía de oportunidad de tratamiento en la red del SS o 2do prestador institucional. / N° total de casos con garantía de oportunidad de tratamiento)* 100	10%	Informe basado en SIGGES. Meta: Un 97% o más es equivalente a 100% de cumplimiento de garantía de tratamiento en red o 2do prestador institucional.	Porcentaje de casos de Garantías explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de oportunidad de tratamiento para los pacientes en la red del SS o el 2do prestador institucional. Sistema de gestión de garantías operativo para los SS.
2.2	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el SS y el MINSAL	15%	2.2.1 Nota final obtenida para el año 2009	5%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009 aprobado por la DIRED. Meta: Nota obtenida igual o mayor al año anterior.	Los periodos o cortes a considerar se definiran de común acuerdo con el Director de SSMN. El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 dias. El % de cumplimiento es proporcional a la nota obtenida en escala de 1 a 5.
			2.2.2 Monitoreo de la Lista de espera de especialidades	10%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009. Meta: Disminución anual de 50% o más de Lista de espera de consultas de especialidades prolongadas (>120 dias) en Hospitales de la red del SS.	Los casos GES no incrementan la LE de consultas. El SS cuenta con los recursos Humanos y financieros para disminuir las consultas de especialidades con mayor LE.
2.3	Desarrollo de la Red de información e informática	15%	2.3.1 Porcentaje de avance de "Proyecto de Gestión de Camas en Red" según cronograma 2009-2010	10%	Informe de Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009 y al 30 Mayo 2010. Meta: 100% del sistema operativo según cronograma	La Dirección de Servicio cuenta con un Plan de inversiones para la implementación del proyecto "Gestión de Camas en Red". Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
			2.3.1 Porcentaje de avance de "Implementación de Proyecto SIDRA FastTrack" según cronograma 2009-2010	5%	Informe de Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009 y al 30 Mayo 2010. Meta: Firma de contrato y presentación de Carta Gantt.	La Dirección de Servicio aprueba Contrato de convenio marco con empresa que implementará el proyecto "SIDRA Fast Track" en SSMN. Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
Subtotal Meta 2:		**40%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 1: 1 de Julio de 2009 al 30 de Junio de 2010
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 3: Desarrollo de la red institucional
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
3.1	Transformar los Hospitales de Baja complejidad (Tipo IV) en "hospitales comunitarios de salud familiar": Año 1: Desarrollo de la implementación	10%	3.1.1 (Nº Hospitales comunitarios en la red del SS que presentan cartera de servicios/ Nº total de Hospitales comunitarios en la red del SS)* 100	10%	Resolución del SS que aprueba la cartera de Servicios del Hospital comunitario aprobado en el CIRA.. Meta: 100% de cumplimiento	Formación de RRHH en la estrategia de Hospital comunitario en el Establecimiento (Til Til). Presentación en CIRA para su aprobación al 31 de Diciembre 2009.
3.2	Herramientas de desarrollo y articulación de Red Asistencial: Consejo de integración de la Red Asistencial	10%	3.2.1 Nº de reuniones efectivamente realizadas: > a 4 reuniones anuales	10%	Informe de cumplimiento de acuerdo al Plan de trabajo al 30 de Mayo 2010. Meta 100% de cumplimiento anual (50% de cumplimiento al 30 de Mayo 2010)	Las DSS cuenta con un Plan de trabajo y cronograma del CIRA aprobado por Resolución en 1er CIRA año 2010. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la realización del CIRA.
3.3	Contribuir de acuerdo a Plan de trabajo para la acreditación de prestadores de los establecimientos dependientes de la Red Asistencial	10%	3.3.1 Conformar equipo multidisciplinario de trabajo	10%	Informe de cumplimiento de acuerdo al Plan de trabajo del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009 y al 30 Mayo 2010. Meta: 100% de cumplimiento según cronograma.	El MINSAL establecerá las pautas de , estándares y procedimientos necesarios para la acreditación de los prestadores de salud. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la obtención de la calidad de acreditados.
3.4	Cumplimiento del Programa de prestaciones valoradas (PPV) en los Establecimientos dependientes de la Red Asistencial del SSMN	10%	3.4.1 (Nº de prestaciones valoradas (PPV) realizadas que se acuerdan en convenio FNS/ Nº de prestaciones valoradas (PPV) totales acordadas en convenio FNS)* 100	10%	Informe de cumplimiento de Programa PPV del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009 y al 30 Mayo 2010. Meta: >85% de cumplimiento meta anual. (debe considerarse el 30% de avance al 30 de Mayo 2010).	El FNS realizará, negociara y dispondra para la firma del Convenio de prestaciones en el año de ejecución. FNS y el SSMN realizarán evaluación y reliquidaciones anuales y trimestrales de dicho convenio. El SS debe de disponer de la transferencia de los recursos financieros en los duodécimos acordados en el Convenio de prestaciones.
Subtotal Meta 3:		**40%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 2: 1 de Julio de 2010 al 30 de Junio de 2011
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 1: Liderazgo Institucional y conducción estratégica
PONDERACIÓN 20%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
1.1	Lograr una adecuada coordinación de la Red Asistencial integrando la APS y los establecimientos Autogestionados en Red, en el marco del mejoramiento de la coordinación gral.	15%	1.1.1 (Nº de comunas con metas del IAAPS definidas por resolución del SS/ Nº total de comunas incorporadas al IAAPS)* 100	5%	Meta: 100% de las comunas que les corresponde cumplimiento de metas IAAPS con resolución que establece metas anuales	Metas anuales de APS formuladas, negociadas con órganos de administración municipal y con resolución que las formaliza. Meta: 100% de comunas incluidas en IAAPS con resolución de metas sanitarias.
			1.1.2 (Nº de EAR del SSMN con Convenio de desempeño institucional / Nº establecimiento EAR SSMN)* 100	5%	Informe y resolución de los Convenios de Desempeño institucional de los EARs Meta: 100% de los EAR con Convenio de desempeño institucional	Establecimientos EARs del SSMN han establecido y firmado Convenio de desempeño institucional por el periodo de evaluación anual. Existen guias o pautas metodológicas elaboradas o entregadas por el MINSAL. De no haberlas considerar pautas locales del SSMN.
			1.1.3 (Nº total de establecimientos EAR que cumple con plan de ajuste/Nº establecimiento evaluados)* 100	5%	Informe evaluación DIRED o División similar del MINSAL. Meta: Cumple Plan de ajuste año 1	Establecimientos evaluados presentan y logran aprobación de por parte de DIRED de plan de ajuste año 1, año 2 y año 3. Proceso de certificación para mantención de puntaje de aprobación de pauta de auditoria de EAR se ha realizado y corresponde a año evaluado.
1.2	Desarrollar una Gestión de RRHH Moderna y eficiente	5%	1.2.1 Promedio de cumplimiento entre los compromisos asociados a pago de bonificación de desempeño colectivo institucional Ley 19.664(médicos, Q.F., odontólogos y bioquímicos)	2%	Informe MINSAL/DIPRES de cumplimiento de metas profesionales funcionarios Ley 19.664. Meta: Resultado para el Serv. Salud Metrop. Norte deberá ser igual o mayor al año anterior en Metas Sanitarias.	Convenios de los Directores de establecimientos EAR o baja complejidad suscritos con el Director de Servicio y Convenio del Servicio de Salud suscrito con el Subsecretario de Redes que fija metas a profesionales Ley 19.664. Existe resolución del SS que fija metas con los establecimientos para el personal Ley Nº 18.834.
			1.2.2 Cumplimiento de los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios del Serv. Salud que permite percibir al personal del Estatuto Administrativo (Ley 18.834) el % respectivo	3%	Informes de SEREMI Reg.Metrop. De cumplimiento de Metas de personal Ley Nº 18.834 y en un 50% el cumpliminto de la Ley Nº 19.664. Meta: Resultado para el Serv. Salud Metrop. Norte deberá ser igual o mayor al año anterior en Metas Sanitarias.	
Subtotal Meta 1:		**20%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 2: 1 de Julio de 2010 al 30 de Junio de 2011
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 2: Desempeño global del Servicio
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
2.1	Cumplimiento de garantías de oportunidad de casos de Garantias Explicitas en Salud	10%	2.1.1 (Nº de GES con cumplimiento de garantía de oportunidad de tratamiento en la red del SS o 2do prestador institucional. / Nº total de casos con garantía de oportunidad de tratamiento)* 100	10%	Informe basado en SIGGES. Meta: Un 97% o más es equivalente a 100% de cumplimiento de garantía de tratamiento en red o 2do prestador institucional.	Porcentaje de casos de Garantias explicitas en Salud en las que se cumplen las garantias de oportunidad de tratamiento para los pacientes en la red del SS o el 2do prestador institucional. Sistema de gestión de garantías operativo para los SS.
2.2	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el SS y el MINSAL	15%	2.2.1 Nota final obtenida para el año 2010	5%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010 aprobado por la DIRED. Meta: Nota obtenida igual o mayor al año anterior.	Los periodos o cortes a considerar se definiran de común acuerdo con el Director de SSMN. El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 dias. El % de cumplimiento es proporcional a la nota obtenida en escala de 1 a 5.
			2.2.2 Monitoreo de la Lista de espera de especialidades	10%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010. Meta: Disminución anual de 50% o más de Lista de espera de consultas de especialidades prolongadas (>120 dias) en Hospitales de la red del SS.	Los casos GES no incrementan la LE de consultas. El SS cuenta con los recursos Humanos y financieros para disminuir las consultas de especialidades con mayor LE.
2.3	Desarrollo de la Red de información e informática	15%	2.3.1 Porcentaje de avance de "Proyecto de Gestión de Camas en Red" según cronograma 2009-2010	10%	Informe de Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010. Meta: 100% de avance según Carta Gantt.	La Dirección de Servicio cuenta con un Plan de inversiones para la implementación del proyecto "Gestión de Camas en Red". Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
			2.3.1 Porcentaje de avance de "Implementación de Proyecto SIDRA FastTrack" según cronograma 2009-2010	5%	Informe de Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010. Meta: 100% del sistema operativo según cronograma	La Dirección de Servicio aprueba Contrato de convenio marco con empresa que implementará el proyecto "SIDRA Fast Track" en SSMN. Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
Subtotal Meta 2:		**40%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 2: 1 de Julio de 2010 al 30 de Junio de 2011
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 3: Desarrollo de la red institucional
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
3.1	Transformar los Hospitales de Baja complejidad (Tipo IV) en "hospitales comunitarios de salud familiar": Año 1: Desarrollo de la implementación	10%	3.1.1 (N° Hospitales comunitarios en la red del SS que presentan cartera de servicios/ N° total de Hospitales comunitarios en la red del SS)* 100	10%	Resolución del SS que aprueba la cartera de Servicios del Hospital comunitario aprobado en el CIRA.. Meta: 100% de cumplimiento	Formación de RRHH en la estrategia de Hospital comunitario en el Establecimiento (Til Til). Presentación en CIRA para su aprobación al 31 de Diciembre 2010.
3.2	Herramientas de desarrollo y articulación de Red Asistencial: Consejo de integración de la Red Asistencial	10%	3.2.1 N° de reuniones efectivamente realizadas: > a 4 reuniones anuales	10%	Informe de cumplimiento de acuerdo al Plan de trabajo al 30 de Mayo 2011. Meta 100% de cumplimiento anual (50% de cumplimiento al 30 de Mayo 2011)	Las DSS cuenta con un Plan de trabajo y cronograma del CIRA aprobado por Resolución en 1er CIRA año 2011. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la realización del CIRA.
3.3	Contribuir de acuerdo a Plan de trabajo para la acreditación de prestadores de los establecimientos dependientes de la Red Asistencial	10%	3.3.1 Los establecimientos de Salud dependientes de la red asistencial del SSMN acreditan en Intendencia de prestadores. (N° de establecimientos hospitalarios y atención abierta que acreditan/ N° de estableciminientos hospitalarios y atención abierta que se presentan a acreditación)* 100	10%	Informe de cumplimiento de Acreditación 2010. Meta: 80% o más de cumplimiento	La Superintendencia de Salud avanza con proceso de acreditación de prestadores. Se realiza la acreditación de prestadores a los establecimientos dependientes de la red asistencial del SS. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la obtención de la calidad de acreditados.
3.4	Cumplimiento del Programa de prestaciones valoradas (PPV) en los Establecimientos dependientes de la Red Asistencial del SSMN	10%	3.4.1 (N° de prestaciones valoradas (PPV) realizadas que se acuerdan en convenio FNS/ N° de prestaciones valoradas (PPV) totales acordadas en convenio FNS)* 100	10%	Informe de cumplimiento de Programa PPV del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010 y al 30 Mayo 2011. Meta: >85% de cumplimiento meta anual. (debe considerarse el 30% de avance al 30 de Mayo 2011).	El FNS realizará, negociara y dispondra para la firma del Convenio de prestaciones en el año de ejecución. FNS y el SSMN realizarán evaluación y reliquidaciones anuales y trimestrales de dicho convenio. El SS debe de disponer de la transferencia de los recursos financieros en los duodécimos acordados en el Convenio de prestaciones.
Subtotal Meta 3:		**40%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 3: 1 de Julio de 2011 al 30 de Junio de 2012
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 1: Liderazgo institucional y conducción estratégica
PONDERACIÓN 20%

	OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACION	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1.1	Lograr una adecuada coordinación de la Red Asistencial integrando la APS y los establecimientos Autogestionados en Red, en el marco del mejoramiento de la coordinación gral.	15%	1.1.1 (N° de comunas con metas del IAAPS definidas por resolución del SS/ N° total de comunas incorporadas al IAAPS)* 100	5%	Meta: 100% de las comunas que les corresponde cumplimiento de metas IAAPS con resolución que establece metas anuales	Metas anuales de APS formuladas, negociadas con órganos de administración municipal y con resolución que las formaliza. Meta: 100% de comunas incluidas en IAAPS con resolución de metas sanitarias.
			1.1.2 (N° de EAR del SSMN con Convenio de desempeño institucional / N° establecimiento EAR SSMN)* 100	5%	Informe y resolución de los Convenios de Desempeño institucional de los EARs Meta: 100% de los EAR con Convenio de desempeño institucional	Establecimientos EARs del SSMN han establecido y firmado Convenio de desempeño institucional por el periodo de evaluación anual. Existen guías o pautas metodológicas elaboradas o entregadas por el MINSAL. De no haberlas considerar pautas locales del SSMN.
			1.1.3 (N° total de establecimientos EAR que cumple con plan de ajuste/N° establecimiento evaluados)* 100	5%	Informe evaluación DIRED o División similar del MINSAL. Meta: Cumple Plan de ajuste año 1	Establecimientos evaluados presentan y logran aprobación de por parte de DIRED de plan de ajuste año 1, año 2 y año 3. Proceso de certificación para mantención de puntaje de aprobación de pauta de auditoría de EAR se ha realizado y corresponde a año evaluado.
1.2	Desarrollar una Gestión de RRHH Moderna y eficiente	5%	1.2.1 Promedio de cumplimiento entre los compromisos asociados a pago de bonificación de desempeño colectivo institucional Ley 19.664(médicos, Q.F., odontólogos y bioquímicos)	2%	Informe MINSAL/DIPRES de cumplimiento de metas profesionales funcionarios Ley 19.664. Meta: Resultado para el Serv. Salud Metrop. Norte deberá ser igual o mayor al año anterior en Metas Sanitarias.	Convenios de los Directores de establecimientos EAR o baja complejidad suscritos con el Director de Servicio y Convenio del Servicio de Salud suscrito con el Subsecretario de Redes que fija metas a profesionales Ley 19.664. Existe resolución del SS que fija metas con los establecimientos para el personal Ley N° 18.834.
			1.2.2 Cumplimiento de los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios del Serv. Salud que permite percibir al personal del Estatuto Administrativo (Ley 18.834) el % respectivo	3%	Informes de SEREMI Reg.Metrop. De cumplimiento de Metas de personal Ley N° 18.834 y en un 50% el cumpliminto de la Ley N° 19.664. Meta: Resultado para el Serv. Salud Metrop. Norte deberá ser igual o mayor al año anterior en Metas Sanitarias.	
	Subtotal Meta 1:	**20%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 3: 1 de Julio de 2011 al 30 de Junio de 2012
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 2: Desempeño global del Servicio
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACION	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
2.1	Cumplimiento de garantias de oportunidad de casos de Garantias Explicitas en Salud	10%	2.1.1 (N° de GES con cumplimiento de garantia de oportunidad de tratamiento en la red del SS o 2do prestador institucional. / N° total de casos con garantía de oportunidad de tratamiento)* 100	10%	Informe basado en SIGGES. Meta: Un 97% o más es equivalente a 100% de cumplimiento de garantía de tratamiento en red o 2do prestador institucional.	Porcentaje de casos de Garantías explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de oportunidad de tratamiento para los pacientes en la red del SS o el 2do prestador institucional. Sistema de gestión de garantías operativo para los SS.
2.2	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el SS y el MINSAL	15%	2.2.1 Nota final obtenida para el año 2011	5%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2011 aprobado por la DIRED. Meta: Nota obtenida igual o mayor al año anterior.	Los periodos o cortes a considerar se definiran de común acuerdo con el Director de SSMN. El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 dias. El % de cumplimiento es proporcional a la nota obtenida en escala de 1 a 5.
			2.2.2 Monitoreo de la Lista de espera de especialidades	10%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2011. Meta: Disminución anual de 50% o más de Lista de espera de consultas de especialidades prolongadas (>120 dias) en Hospitales de la red del SS.	Los casos GES no incrementan la LE de consultas. El SS cuenta con los recursos Humanos y financieros para disminuir las consultas de especialidades con mayor LE.
2.3	Desarrollo de la Red de información e informática	15%	2.3.1 Porcentaje de avance de "Proyecto de Gestión de información de Red" según cronograma 2010-2011	10%	Informe de Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010 donde Subdirección de Gestión Asistencial fija criterios de información relevante de la red asistencial. Meta: 100% del sistema operativo según cronograma	La Dirección de Servicio cuenta con un Plan de inversiones para la implementación del proyecto "Gestión de información". Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto "Implementación de repositorio de información relevante" en los términos y plazos acordados según cronograma.
			2.3.1 Porcentaje de avance de "Operación de SIDRA FastTrack" según cronograma 2011	5%	Informe de Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2011. Protocolos de referencia y contrareferencia incorporados a operación de Modulo de SIDRA Fast Track Meta: 100% de avance de acuerdo a Carta Gantt	La Dirección de Servicio aprueba Contrato de convenio marco con empresa que implementará el proyecto "SIDRA Fast Track" en SSMN. Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
Subtotal Meta 2:		**40%**				

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AÑO 3: 1 de Julio de 2011 al 30 de Junio de 2012
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL
META 3: Desarrollo de la red institucional
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
3.1	Transformar los Hospitales de Baja complejidad (Tipo IV) en "hospitales comunitarios de salud familiar": Año 1: Desarrollo de la implementación	10%	3.1.1 (N° Hospitales comunitarios en la red del SS que presentan cartera de servicios/ N° total de Hospitales comunitarios en la red del SS)* 100	10%	Resolución del SS que aprueba la cartera de Servicios del Hospital comunitario aprobado en el CIRA.. Meta: 100% de cumplimiento	Formación de RRHH en la estrategia de Hospital comunitario en el Establecimiento (Til Til). Presentación en CIRA para su aprobación al 31 de Diciembre 2009.
3.2	Herramientas de desarrollo y articulación de Red Asistencial: Consejo de integración de la Red Asistencial	10%	3.2.1 N° de reuniones efectivamente realizadas: > a 4 reuniones anuales	10%	Informe de cumplimiento de acuerdo al Plan de trabajo al 30 de Mayo 2012. Meta 100% de cumplimiento anual (50% de cumplimiento al 30 de Mayo 2012)	Las DSS cuenta con un Plan de trabajo y cronograma del CIRA aprobado por Resolución en 1er CIRA año 2012. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la realización del CIRA.
3.3	Contribuir de acuerdo a Plan de trabajo para la acreditación de prestadores de los establecimientos dependientes de la Red Asistencial	10%	3.3.1 Los establecimientos de Salud dependientes de la red asistencial del SSMN establecen Plan de trabajo para mentener acreditación	10%	Informe de cumplimiento del Plan de trabajo de acreditación informado por el Servicio de Salud. Meta: 100% de cumplimiento	La Superintendencia de Salud avanza con proceso de acreditación de prestadores. Se realiza la acreditación de prestadores a los establecimientos dependientes de la red asistencial del SS. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la obtención de la calidad de acreditados.
3.4	Cumplimiento del Programa de prestaciones valoradas (PPV) en los Establecimientos dependientes de la Red Asistencial del SSMN	10%	3.4.1 (N° de prestaciones valoradas (PPV) realizadas que se acuerdan en convenio FNS/ N° de prestaciones valoradas (PPV) totales acordadas en convenio FNS)* 100	10%	Informe de cumplimiento de Programa PPV del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2011 y al 30 Mayo 2012. Meta: >85% de cumplimiento meta anual. (debe considerarse el 30% de avance al 30 de Mayo 2012).	El FNS realizará, negociara y dispondra para la firma del Convenio de prestaciones en el año de ejecución. FNS y el SSMN realizarán evaluación y reliquidaciones anuales y trimestrales de dicho convenio. El SS debe de disponer de la transferencia de los recursos financieros en los duodécimos acordados en el Convenio de prestaciones.
Subtotal Meta 3:		**40%**				

III. **Apoyo del Superior**
El objetivo podrá mantenerse para los tres años de gestión del directivo, de ser así, se debe presentar el cuadro de acuerdo a lo señalado, indicando la meta correspondiente a cada año. Si el objetivo cambia en el segundo o tercer año de gestión, se deberán establecer nuevos cuadros que contengan su medición
La autoridad superior del directivo se compromete a entregar las orientaciones y recursos necesarios para el cumplimiento del presente convenio.

IV. **Factores Externos**
En la medida que sea relevante, 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 Resultados no puedan ser cumplidos parcial o totalmente por causales de Fuerza Mayor calificadas por la Dirección de Servicio a través de un informe, se establecerá en el mismo el procedimiento a seguir para la evaluación del período correspondiente.

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
SUBDIRECTOR GESTION ASISTENCIAL

DR. ALVARO SEPULVEDA ARCOS
SUBDIRECTOR DE GESTION ASISTENCIAL
SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
DIRECTOR

DR. MAURICIO OSORIO ULLOA
DIRECTOR
SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE