



CONVENIO DE DESEMPEÑO

ENTRE

DIRECTOR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

Y

DIRECTOR HOSPITAL DE PEÑAFLOR

SANTIAGO, Agosto 2007

CONVENIO DE DESEMPEÑO

HOSPITAL DE PEÑAFLOR

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

I. ANTECEDENTES GENERALES

NOMBRE	Leopoldo Stuardo Luengo
CARGO	Director Grado 6 E.U.S.
INSTITUCIÓN	Hospital de Peñaflor
DEPENDENCIA DIRECTA DEL CARGO	Director del S.S.M. Occidente
PERIODO DE DESEMPEÑO DEL CARGO	05 de Septiembre 2007 – 04 de Septiembre 2010

Fechas de evaluación del presente convenio	
Primera Evaluación	04 de Septiembre de 2.008
Segunda Evaluación	04 de Septiembre de 2.009
Tercera Evaluación	04 de Septiembre de 2.010
Evaluación Final	04 de Septiembre de 2.010

II. CONVENIO DE DESEMPEÑO DEL DIRECTIVO

AÑO 1 (2007 - 2008)

META N° 1: PROFUNDIZAR EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

N°	OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Socializar a la Comunidad del cambio a Salud Familiar	20%	(N° de integrantes del Consejo de Desarrollo de salud del Hospital capacitados en este proceso de integración / N° de integrantes del Consejo de Salud del Hospital) Meta 60%	Acta de las reuniones del Consejo de Desarrollo de Salud del hospital	En las reuniones mensuales del Consejo incorporar cada vez un tema con acento en anticipar el daño.
2	Capacitación a Equipo de Salud	15%	(N° de funcionarios capacitados en Salud Familiar /N° total de funcionarios de A.P.S.)*100 Meta 60%	Registros de Asistencia a Capacitación	Incorporado al Plan anual de capacitación
3	Avanzar en la sectorización	5%	N° de Juntas de Vecinos por cada SECTOR. Meta 100%	Resolución legal de la Constitución de las Juntas de Vecinos.	100% de las Juntas de Vecinos Sectorizados.
Subtotal		40%			

META 2: PROFUNDIZAR EN LA IMPLEMENTACION DEL HOSPITAL AMIGO

Nº	OBJETIVOS DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Avanzar en presencia de familiares de personas Hospitalizadas al menos 6 horas diarias.	10%	Nº de horas diarias de acceso a visita familiar.	META: Registro de Enfermería de 6 horas x paciente.	Abrir un libro de registro de visitas.
2	Mejorar la información de funcionamiento de horario de visitas y la señalética de las salas de Hospitalizados	10%	Nº de señalética sobre el tema. / Nº total de esta señalética del resto del Hospital.	META: Informe de Servicios Generales.	Entrega de información a través de la O.I.R.S.
3	Mejorar espacios y baño público para las visitas de familiares.	10%	Implemento de 1 baño para visitas y arreglo de Hall de entrada al Hospital.	META: Mejorar acceso a las salas de Hospitalizados y mejorar un baño público para visitas.	Contar con los Recursos Financieros necesarios.
Subtotal		30%			

META 3: MEJORAR LA CALIDAD Y TRATO A LOS USUARIOS

N°	OBJETIVOS DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Capacitación de funcionarios en atención de calidad.	10%	(N° de funcionarios capacitados en trato al usuario / N° total de funcionarios)*100 Meta 30%	Registros de asistencia a cursos de capacitación	Funcionarios del Hospital con capacitación en mejoría del trato a los usuarios.
2	Encuesta de satisfacción usuaria.	10%	(N° de encuestados satisfechos / N° total de usuarios encuestados)*100	Informe de Resultados de Aplicación Encuesta satisfacción usuarios.	
3	Capacitación en NO discriminación e igualdad de género.	10%	(N° de funcionarios capacitados/N° total de funcionarios)*100 Meta 30%	Registros de asistencia a cursos de capacitación	
Subtotal		30%			

AÑO 2: 30 SEPTIEMBRE 2008 AL 30 SEPTIEMBRE 2009

META N° 1: IMPLEMENTACION NUEVO CESFAM

N°	EVALUACION OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACION	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUUESTOS BASICOS
1	Desarrollar los R.R.H.H en Salud Familiar	15%	(N° de funcionarios capacitados en Salud Familiar / N° total de funcionarios)*100 Meta 80%	Registros de asistencia a cursos de capacitación	Incluido en Plan anual de capacitación.
2	Sectorización de los Registros Clínicos.	15%	(N° de Fichas Clínicas sectorizadas / N° total de Fichas Clínicas) * 100 Meta 100%	Informe resumen de Fichas clínicas identificadas por sector	Fichas Clínicas identificadas por sector.
3	Sectorización de Equipos de Salud	10%	(N° de funcionarios asignados a un sector / N° total de funcionarios del Cesfam.)*100 Meta 100%	Informe Listado de funcionarios donde se indique sector asignado	Reuniones por sectores de salud.
Subtotal		40%			

META N° 2: FORMULAR E IMPLEMENTAR PLAN DE DESARROLLO DE NUEVO HOSPITAL

N°	EVALUACION OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Presentar plan de Desarrollo para la nueva infraestructura Hospitalaria.	15%	Presentación de Plan Bianual.	Presentación de Plan hasta el 30 de noviembre.	Proyecto de desarrollo para nueva gestión del Hospital.
2	Implementar Plan de gestión en las nuevas dependencias.	10%	Mejorar infraestructura del Servicio de Urgencia, mejorar infraestructura Hospitalaria.	Acta de entrega de las Mejoras 30 de septiembre de 2009	Contar con los Recursos Financieros básicos.
3	Trabajar con el grupo de normalización del Hospital.	10%	Representante coordinador y referente para de catastro arquitectura.	Porcentaje de avance según cronograma.	Proceso de normalización Hospitalaria en sus diversas etapas del estudio.
Subtotal		35%			

META N° 3: LOGRAR UNA ADECUADA COORDINACION RED ASISTENCIAL LOCAL

N°	EVALUACION OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACION	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Lograr coordinación adecuada con los 3 Establecimientos A.P.S.	10%	CIRA local	100% de cumplimiento o de Reuniones CIRA local.	Plan anual de trabajo CIRA local.
2	Mejorar la derivación a Especialidades ofrecidas por Hospital.	10%	(N° de interconsultas resueltas / total de interconsultas de los 3 establecimientos A.P.S.)*100 Meta 100%	Informe Resumen del 100% de respuestas a interconsultas.	Metas anuales de cupos de Especialidades.
3	Aumentar grado de resolutivez a interconsultas.	5%	(N° de interconsultas solucionadas por especialistas / N° total de interconsultas)*100 Meta 100%	100% de atención integral.	Metas anuales negociadas con establecimientos A.P.S.
Subtotal		25%			

AÑO 3: 30 SEPTIEMBRE 2009 AL 30 SEPTIEMBRE 2010

META N° 1: FORMULACION E IMPLEMENTACION DEL PLAN DE DESARROLLO DEL NUEVO HOSPITAL

N°	OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
1	Terminar el proceso de normalización.	15%	% Ejecutado VS % planificado.	Informe de grado de avance y presentación final Proceso.	Grupo anual grado del proceso de normalización en 19 meses presupuestados.
2	Mejorar infraestructura de Consultorio de especialidades	15%	% Ejecutado / % planificado.	Informe Servicios Generales. final	Contar con los Recursos Financieros de acuerdo a proyecto presentado.
3	Mejorar y aumentar el N° de Pabellón Quirúrgico.	15%	% Utilizados. N° intervenciones Quirúrgicas y N° de Pabellón	Acta de entrega de nuevo Pabellón Quirúrgico.	Contar con los Recursos Financieros para la ejecución del proyecto en los términos acordados.
Subtotal		45%			

META N° 2: DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL LOCAL

N°	EVALUACION OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Mejorar la coordinación de la red asistencial local.	10%	CIRA local	100% de cumplimiento plan del CIRA local.	Plan anual CIRA local.
2	Implementación de equipos de capacitación salud en terreno.	10%	N° de capacitaciones	Informe de N° de médicos capacitados por especialistas del Hospital.	Existencia de equipos de salud adecuados al proyecto.
3	Implementar red asistencial de SAPUS con Servicio de Urgencia.	5%	CIRA local de Urgencia	100% de cumplimiento con un plan de desarrollo.	Existencia de Plan de CIRA local de Urgencia.
Subtotal		25%			

META N° 3: DESARROLLAR UNA GESTION ADECUADA CON R.R.H.H.

N°	EVALUACION OBJETIVO DE RESULTADOS	PONDERACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1	Capacitar al personal de la atención intrahospitalaria en calidad y trato al usuario.	10%	(N° de funcionarios capacitados de intrahospitalaria / N° total de funcionarios de intrahospitalaria.)*100 Meta 50%	Registros de asistencia a cursos de capacitación	Incluido en el Plan de Capacitación anual.
2	Capacitar al personal del Servicio de Urgencia en calidad y Trato del usuario	10%	(N° de funcionarios capacitados de urgencia / N° total de funcionarios de urgencia.) Meta 50%	Registros de asistencia a cursos de capacitación	Incluido en el plan de Capacitación anual.
3	Iniciar el proceso de Planificación estratégica del Hospital normalizado.	10%	Nombramiento de la Comisión.	Informe de Comisión.	
Subtotal		30%			

III. Apoyo del Superior

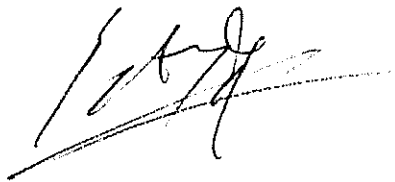
Indicar y describir los apoyos que el jefe de la directiva involucrada en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

La Dirección del SSMOcc está en antecedentes de las metas a conseguir y entregará las orientaciones y los recursos para el cumplimiento del presente convenio.

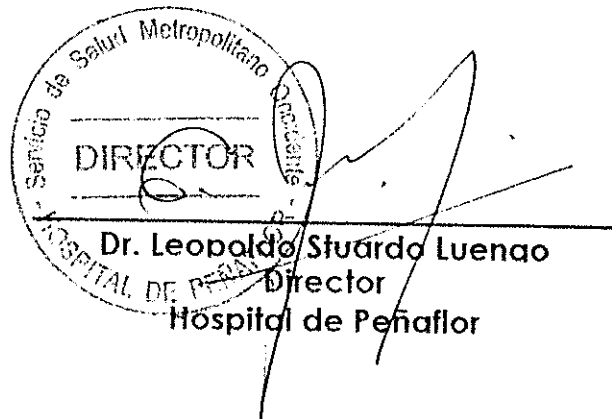
IV. Factores Externos

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.

La dificultad principal sería no tener a tiempo los recursos necesarios por razones presupuestarias del nivel central. Además la rotación de los funcionarios al no existir los incentivos necesarios para retenerlos considerando la distancia entre el Hospital y Santiago.



Dr. Enrique Avarza Ramírez
Director
Servicio de Salud Metrop. Occidente



DIRECTOR

Dr. Leopoldo Stuardo Luenao
Director
Hospital de Peñaflores