

CONVENIO DE DESEMPEÑO
HOSPITAL DE OVALLE

I. Antecedentes Generales

Nombre	JUAN FRANCISCO CARRASCO JARA
Cargo	DIRECTOR HOSPITAL DE OVALLE
Institución	SERVICIO DE SALUD COQUIMBO
Dependencia directa del cargo:	DIRECTOR DEL SERVICIO
Período de desempeño del cargo:	01/FEBRERO/2008 A 31/ENERO/2011

Fechas de evaluación del presente convenio (*)	
Primera Evaluación.	01/FEBRERO/2008 A 31/ENERO/2009
Segunda Evaluación	01/FEBRERO/2009 A 31/ENERO/2010
Tercera Evaluación	01/FEBRERO/2010 A 31/ENERO/2011
Evaluación Final	31/ENERO/2011

Metodología de Evaluación: El resultado obtenido en la evaluación de Cada Objetivo de Resultado, será igual a la suma del (los) resultados de la evaluación de cada indicador definido. A su vez, el resultado para un indicador específico será el porcentaje de cumplimiento, multiplicado por el ponderador del indicador respectivo.

II. CONVENIO DE DESEMPEÑO DEL DIRECTIVO

En esta sección se deberán consignar los compromisos que suscribe el directivo con su superior durante su período de gestión. Deben ser

AÑO 2007 - 2008

META 1: LIDERAZGO Y CONDUCCION ESTRATEGICA

Ponderación:

20%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Desarrollar estrategias de humanización de la atención, que permitan mejorar la relación entre el equipo de salud y usuarios, potenciando un trato amable, personalizado y responsable	3%	% de cumplimiento de dispositivos de la pauta Hospital Amigo/ total de dispositivos pauta Hospital Amigo * 100	80% de cumplimiento de dispositivos de la pauta de Hospital Amigo	Paula de evaluación aplicada e informada	Paula será aplicada a lo menos semestralmente
	3%	% de asistencia del director o subdirector médico a las audiencias de mediación de su establecimiento/Nº total de audiencias de mediación de su establecimiento * 100	100% de asistencia	Actas de audiencias	Director puede delegar su representatividad. Asistencia de directivos será monitoreada trimestralmente.
	2%	Nº directivos del Hospital capacitados en trato al usuario y responsabilidad en materia sanitaria/total directivos del Hospital * 100	100% de asistencia de directivos Hospital a la capacitación	Modulo capacitación SIRH	Al menos una capacitación será incorporada al Plan Anual de capacitaciones
Implementar el Plan de Mejoras derivado de la Evaluación de Autogestión Hospitalaria	4%	Plan de Mejora Desarrollado (SI/NO)	100%	Informe de PM emanado a la DSSC antes del Plazo de envío a Subsecretaría de Redes Asistenciales	Conocimiento de Informe de Resultados de Autogestión a Septiembre del año en curso
	4%	Nº de actividades del PM implementadas/Nº total de actividades del PM	85% de Cumplimiento	Informe de Auditoría Regional	Actividades contenidas en el PM son factibles de realizar
Lograr una adecuada coordinación de la red Asistencial integrando a la APS, en el marco de mejoramiento de la coordinación regional	2%	Nº de reuniones del CIRA que asiste / Nº total de reuniones de CIRA realizadas	100%	Actas del CIRA	Reuniones del CIRA programadas por la DSS, las citaciones realizadas y actas difundidas
	2%	Nº de reuniones del COTESAIN que asiste / Nº total de reuniones de COTESAIN realizadas	100%	Actas del COTESAIN	Reuniones del COTESAIN programadas, citaciones realizadas y actas difundidas

META 2: DESEMPEÑO GLOBAL DEL HOSPITAL

Ponderación:

35%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Cumplimiento de metas sanitarias del Hospital asociadas al pago de las bonificaciones de las leyes 18.834 y 19.664	8%	Cumplimiento promedio de cada Ley	>= 90%	Informes de evaluación de SEREMI y Subsecretaría de Redes Asistenciales asociadas al cumplimiento de metas del Establecimiento	
Cumplimiento de los Compromisos de Gestión	9%	Nota final de cumplimiento de los compromisos de Gestión	Nota Max: 5	Informe de evaluación de compromisos de Gestión del Subdepto. De Gestión y Redes	
Cumplimiento de las garantías explícitas en Salud (GES)	8%	Cumplimiento de las garantías	100%	SIGGES	
Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles	10%	Productividad del RRHH (Facturación Total - Ingresos Propios)/Gasto en Substituto 2	0.65	Informe trimestral de Glosa 4.	

META 3: GESTION HOSPITALARIA

Ponderación: 30%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Optimizar y gestionar los sistemas de turnos existentes en el Hospital, orientado hacia una utilización eficiente de los recursos y fomentando un mejoramiento en la calidad de vida de los funcionarios.	5%	Nº funcionarios con asignación de 4to. Turno/total de funcionarios con asignación de turno	80%	Informe de la Subdirección de RR.HH. En función de las resoluciones respectivos	
Cumplir con Programa de Prestaciones Valoradas	7%	Nº de actividades PPV realizadas/Nº de actividades PPV programadas	95%	Informe de Subdepto. de Estadísticas y Gestión de la Información	Convenio PPV firmado, seguimiento de actividades y presentación a la DSS y eventualmente a Directorio de Compras
Gestionar los sistemas de registro del establecimiento (REM, SIGGES, S REC IV, Planilla Rulificaca de PPV, Egresos Hospitalarios)	8%	Implementación de Plan de Mejora para cada uno de los Sistemas de Información Nº Planes de Mejora Propuestas y Ejecutados/ Sistemas de Información	min 90% de ejecución para cada Plan Propuesto	31/03/08= Diagnóstico elaborado por el Establecimiento 30/04/08= Propuesta de Plan de Mejora y Validación por Subdepto. De Estadísticas de la DSS 31/07/08= Informe estado de avance del Plan 31/12/08= Informe final de Ejecución del Plan	El Subdepto. de Estadísticas de la DSS entregará un informe diagnóstico cualitativo de la calidad de los sistemas de registros (1/03/2008). El Hospital elaborará su diagnóstico y Plan de mejora.
Gestión de Listas de Espera	10%	Apertura de agenda médica de especialidades a la APS	Sí	Informes de CIRA y/o COTESAIN relacionados con administración de cupos de especialidades	El establecimiento asigna cupos de horas especialistas por comunas, de acuerdo a demanda, analizada en CIRA y COTESAIN para administración de la APS

META 4: DESARROLLO INSTITUCIONAL

Ponderación: 15%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Proyecto de Normalización del Hospital de Ovalle.	4%	Porcentaje de avance en la ejecución de las actividades del Estudio de Normalización del Hospital de Ovalle	100%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre de 2008	La Dirección del Servicio compromete entregar instrucciones y supervisión. Cronograma se consensua a principios de cada año, con reformulación al 3º trimestre
Ejecución de los proyectos de equipamiento del Hospital incluidos en Convenio de Programación	4%	Porcentaje de avance de actividades comprometidas según cronograma	100%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre de 2008	La Dirección del Servicio compromete entregar instrucciones y supervisión. Compromiso del Hospital durante todo el proceso: Formulación Proyecto, Definición de Especificaciones técnicas y evaluación de las ofertas.
Avanzar en el desarrollo institucional que permita lograr una gestión de excelencia	4%	Nº total de Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo clínico y administrativos con asignación de metas de desempeño/ Nº Total de Servicios Clínicos y Unidades de apoyo clínico y administrativos del establecimiento	100%	Resolución que establece metas anuales de cumplimiento por Servicio Clínico y Unidades de apoyo clínico y administrativos	Metas anuales formuladas, negociadas con jefes de Servicios, jefes de Unidades de Apoyo clínico y administrativas y con resolución que las formaliza
	3%	Programación de actividades de egresos hospitalarios, consultas de especialidad, procedimientos e intervenciones Quirúrgicas del establecimiento	100%	Presentación de la programación de actividades en el CIRA	Metas anuales programadas con Jefes de Servicio, de acuerdo a demanda de la red (Listas de espera)

AÑO 2008 - 2009					
META 1: LIDERAZGO Y CONDUCCION ESTRATEGICA					
Ponderación: 20%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Desarrollar estrategias de humanización de la atención, que permitan mejorar la relación entre el equipo de salud y usuarios, potenciando un trato amable, personalizado y responsable	3%	% de cumplimiento de dispositivos de la pauta Hospital Amigo/ total de dispositivos pauta Hospital Amigo * 100	85% de cumplimiento de dispositivos de la pauta de Hospital Amigo	Pauta de evaluación aplicada e informada	Pauta será aplicada a lo menos semestralmente
	3%	% de asistencia del director o subdirector médico a las audiencias de mediación de su establecimiento/N° total de audiencias de mediación de su establecimiento * 100	100% de asistencia	Actas de audiencias	Director puede delegar su representatividad. Asistencia de directivos será monitoreada trimestralmente.
	2%	N° responsables de unidades de trabajo capacitados en trato al usuario/total responsables de unidades de trabajo del Hospital	100% de los responsables de unidades de trabajo	Modulo capacitación S/RH	Al menos una capacitación será incorporada al Plan Anual de capacitaciones
Implementar el Plan de Mejoras derivado de la Evaluación de Autogestión Hospitalaria	4%	Plan de Mejora Desarrollado (SI/NO)	100%	Informe de PM emanado a la DSSC antes del Plazo de envío a Subsecretaría de Redes Asistenciales	Conocimiento de Informe de Resultados de Autogestión a Septiembre del año en curso
	4%	N° de actividades del PM implementadas/N° total de actividades del PM	85% de Cumplimiento	Informe de Auditoría Regional	Actividades contenidas en el PM son factibles de realizar
Lograr una adecuada coordinación de la red Asistencial integrando a la APS, en el marco de mejoramiento de la coordinación regional	2%	N° de reuniones del CIRA que asiste / N° total de reuniones de CIRA realizadas	100%	Actas del CIRA	Reuniones del CIRA programadas por la DSS, las citaciones realizadas y actas difundidas
	2%	N° de reuniones del COTESAIN que asiste / N° total de reuniones de COTESAIN realizadas	100%	Actas del COTESAIN	Reuniones del COTESAIN programadas, citaciones realizadas y actas difundidas
META 2: DESEMPEÑO GLOBAL DEL HOSPITAL					
Ponderación: 35%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Cumplimiento de metas sanitarias del Hospital asociadas al pago de las bonificaciones de las leyes 18.834 y 19.664	8%	Cumplimiento promedio de cada Ley	>= 90%	Informes de evaluación de SEREMI y Subsecretaría de Redes Asistenciales asociadas al cumplimiento de metas del Establecimiento	
Cumplimiento de los Compromisos de Gestión	9%	Nota final de cumplimiento de los compromisos de Gestión	Nota Máx: 5	Informe de evaluación de compromisos de Gestión del Subdepto. De Gestión y Redes	
Cumplimiento de las garantías explícitas en Salud (GES)	8%	Cumplimiento de las garantías	100%	SIGGES	
Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles	10%	Productividad del RRHH (Facturación Total + Ingresos Propios)/Gasto en Subtítulo 21	0,925	Informe trimestral de Giosa 4.	

META 3: GESTIÓN HOSPITALARIA

Ponderación: 30%		Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Objetivos de resultados	Ponderación				
Calificar y gestionar los sistemas de turnos existentes en el Hospital orientando hacia una utilización eficiente de los recursos y fomentando un mejor uso en la cotidianidad de los funcionarios.	10%	Nº funcionarios con asignación de día, turno/día de turnos con asignación de turno	90%	Informe de la Subdirección de RR.HH. en función de las resoluciones respectivas	
Cumplir con Programa de Prioridades Valoradas	10%	Nº de actividades PPV realizadas/Nº de actividades PPV programadas	95%	Informe de Subdirección de Estadísticas Gestión de la Información	Convenio PPV firmado, seguimiento de actividades y presentación a la DSS y eventualmente a Dirección de Compras
Gestión de Listas de Espera	10%	Apertura de agenda médica de especialidades a la APS	51	Informes de CRA y/o COCESAN relacionados con administración de cupos de especialidades	El establecimiento asigna cupos de horas especialistas por consultas de acuerdo a demandas, analizado en CRA y COCESAN para administración de la APS

META 4: DESARROLLO INSTITUCIONAL

Ponderación: 15%		Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Objetivos de resultados	Ponderación				
Proyecto de Norma/Sección se Hospital de Ovalle	4%	Porcentaje de avance en la ejecución de las actividades del Estudio de Normatización del Hospital Ovalle	100%	Informe del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2009	La Dirección del Servicio compromete entregar instituciones y supervisión, Cronograma se consensua a principios de cada año, con reformulación al 3º trimestre
Ejecución de los proyectos de equipamiento del Hospital Frutíferos en Convenio de Programación	4%	Porcentaje de avance de actividades comprometidas según cronograma	100%	Informe del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2009	La Dirección del Servicio compromete entregar instituciones y supervisión, Compromiso del Hospital durante todo el proceso; Formulación Proyecto, Definición de Especificaciones técnicas y evaluación de las ofertas.
Avanzar en el caso: 2 Institucional que permita lograr una gestión de excelencia	4%	Nº total de Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo Clínico y administrativos con asignación de metas de desarrollo/ Nº total de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo Clínico y administrativos del establecimiento	100%	Resolución que establece metas anuales de cumplimiento por Servicio Clínico y Unidades de Apoyo Clínico y administrativos	Metas anuales formuladas, negociadas con Jefe de Servicios, Jefe de Unidades de Apoyo Clínico y administrativos y con resolución que las formaliza
	3%	Programación de actividades de: egresos hospitalarios, consultas de especialidad, procedimientos e intervenciones Quirúrgicas e establecimiento	100%	Presentación de la programación de actividades en el CRA	Metas anuales programadas con Jefe de Servicio, de acuerdo a demanda de la red (listas de espera)

AÑO 2009 - 2010					
META 1: LIDERAZGO Y CONDUCCION ESTRATEGICA					
Ponderación: 20%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Desarrollar estrategias de humanización de la atención, que permitan mejorar la relación entre el equipo de salud y usuarios, potenciando un trato amable, personalizado y responsable	3%	% de cumplimiento de dispositivos de la pauta Hospital Amigo/ total de dispositivos pauta Hospital Amigo * 100	90% de cumplimiento de dispositivos de la pauta de Hospital Amigo	Pauta de evaluación aplicada e informada	Pauta será aplicada a lo menos semestralmente
	3%	% de asistencia del director o subdirector médico a las audiencias de mediación de su establecimiento/N° total de audiencias de mediación de su establecimiento * 100	100% de asistencia	Actas de audiencias	Director puede delegar su representatividad. Asistencia de directivos será monitoreada trimestralmente.
	2%	N° funcionarios capacitados en trato al usuario/total funcionarios del Hospital	100% de los funcionarios capacitados en trato al usuario	Modulo capacitación SIRH	Al menos una capacitación sera incorporada al Plan Anual de capacitaciones
Implementar el Plan de Mejoras derivado de la Evaluación de Autogestión hospitalaria	4%	Plan de Mejora Desarrollado (SI/NO)	100%	Informe de PM emanado a la DSSC antes del Plazo de envío a Subsecretaria de Redes Asistenciales	Conocimiento de Informe de Resultados de Autogestión a Septiembre del año en curso
	4%	N° de actividades del PM implementadas/N° total de actividades del PM	85% de Cumplimiento	Informe de Auditoria Regional	Actividades contenidas en el PM son factibles de realizar
Lograr una adecuada coordinación de la red Asistencial integrando a la APS, en el marco de mejoramiento de la coordinación regional	2%	N° de reuniones del CIRA que asiste / N° total de reuniones de CIRA realizadas	100%	Actas del CIRA	Reuniones del CIRA programadas por la DSS, las citaciones realizadas y actas difundidas
	2%	N° de reuniones del COTESAIN que asiste / N° total de reuniones de COTESAIN realizadas	100%	Actas del COTESAIN	Reuniones del COTESAIN programadas, citaciones realizadas y actas difundidas
META 2: DESEMPEÑO GLOBAL DEL HOSPITAL					
Ponderación: 35%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Cumplimiento de metas sanitarias del Hospital asociadas al pago de las bonificaciones de las leyes 18.834 y 19.664	8%	Cumplimiento promedio de cada Ley	>= 90%	informes de evaluación de SEREMI y Subsecretaria de Redes Asistenciales asociadas al cumplimiento de metas del Establecimiento	
Cumplimiento de los Compromisos de Gestión	9%	Nota final de cumplimiento de los compromisos de Gestión	Nota Máx: 5	Informe de evaluación de compromisos de Gestión del Subdepto. De Gestión y Redes	
Cumplimiento de las garantías explícitas en Salud IGES.	8%	Cumplimiento de las garantías	100%	SIGGES	
Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles	10%	Productividad del RRHH (Facturación Total + Ingresos Propios)/Gasto en Substituto 21		Informe trimestral de Giosa 4.	

META 3: Gestión Hospitalaria					
Ponderación: 30%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Optimizar y gestionar los sistemas de turnos existentes en el Hospital, orientando hacia una utilización eficiente de los recursos y fomentando un mejoramiento en la calidad de vida de los funcionarios.	10%	N° funcionarios con asignación de 4to. Turno/total de funcionarios con asignación de turno	95%	Informe de la Subdirección de RR.HH. En función de las resoluciones respectivos	
Cumplir con Programa de Prestaciones Valoradas	10%	N° de actividades PPV realizadas/N° de actividades PPV programadas	95%	Informe de Subdepto. de Estadísticas y Gestión de la Información	Convenio PPV firmado, seguimiento de actividades y presentación a la DSS y eventualmente a Directorio de Compras
Gestión de Listas de Espera	10%	Apertura de agenda médica de especialidades a la APS	Si	Informes de CIRA y/o COTESAIN relacionados con administración de cupos de especialidades	El establecimiento asigna cupos de horas especialistas por comunas, de acuerdo a demanda, analizada en CIRA y COTESAIN para administración de la APS
META 4: Desarrollo Institucional					
Ponderación: 15%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Meta	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
Estudio de Normalización Hospital de Ovalte	4%	Porcentaje de avance en la ejecución de las actividades del Estudio de Normalización del Hospital de Ovalte	100%	Informe del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2010	La Dirección del Servicio compromete entregar instrucciones y supervisión. Cronograma se consensua a principios de cada año, con reformulación al 3° trimestre
Ejecución de los proyectos de equipamiento del Hospital incluidos en Convenio de Programación	4%	Porcentaje de avance de actividades comprometidas según cronograma	100%	Informe del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2010	La Dirección del Servicio compromete entregar instrucciones y supervisión. Compromiso del Hospital durante todo el proceso: Formulación Proyecto, Definición de Especificaciones técnicas y evaluación de las ofertas.
Avanzar en el desarrollo institucional que permita lograr una gestión de excelencia	4%	N° total de Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo clínico y administrativos con asignación de metas de desempeño/ N° Total de Servicios Clínicos y Unidades de apoyo clínico y administrativos del establecimiento	100%	Resolución que establece metas anuales de cumplimiento por Servicio Clínico y Unidades de apoyo clínico y administrativos	Metas anuales formuladas, negociadas con jefes de Servicios, jefes de Unidades de Apoyo clínico y administrativos y con resolución que las formaliza
	3%	Programación de actividades de egresos hospitalarios, consultas de especialidad, procedimientos e intervenciones Quirúrgicas del establecimiento	100%	Presentación de la programación de actividades en el CIRA	Metas anuales programadas con Jefes de Servicio, de acuerdo a demanda de la red (Listas de espera)

III. Apoyo del Superior

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


La Autoridad Superior del Directivo se compromete a entregar las orientaciones para el cumplimiento del Presente Convenio.

La meta 4. Desarrollo Institucional implica la definición de cronogramas anuales para la ejecución de los proyectos en sus diferentes etapas, los que deberán estar acordados con el Hospital durante el mes de marzo de cada año. Asimismo, las modificaciones deben ser concordadas y documentadas por las partes, ya que serán antecedentes a considerar en el proceso de Evaluación del CONvenio de Desempeño

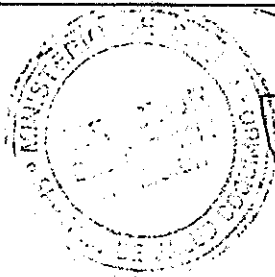
IV. Factores Externos

En la medida que sea relevantes, 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 como tal por el Servicio de Salud Coquimbo a través de una Resolución, se establecerá en la misma el procedimiento a seguir para la evaluación del periodo correspondiente.



JUAN FRANCISCO
CARRASCO JARA
Director Hospital de
Ovalle



ERNESTO IORQUERA
FLORES
Director Servicio de
Salud Coquimbo