



CONVENIO DE DESEMPEÑO ALTOS DIRECTIVOS PUBLICOS

**DIRECTOR HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN
RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS**

**Periodo de desempeño del cargo
01 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2012**

CONVENIO DESEMPEÑO

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	Rodrigo Avendaño Brandeis
Cargo	Director Hospital Clínico Herminda Martin.
Institución	Servicio de Salud Ñuble
Fecha nombramiento	1º de junio del 2009
Dependencia directa del cargo	Director Servicio de Salud Ñuble
Período de desempeño del cargo	01 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2012

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

II. COMPROMISO DE DESEMPEÑO

Objetivo 1: Implementar el Plan Estratégico de Desarrollo, avanzar en la Autogestión y cumplir con las prestaciones programadas
Ponderación: 30%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Indicadores			Meta/ Ponderador año 3	Medios de Verificación	Supuestos
		Meta/ Ponderador año 1	Meta/ Ponderador año 2	Meta/ Ponderador año 3			
Implementación del PED de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y los objetivos estratégicos definidos por el Servicio de Salud Nuble	(N° actividades PED ejecutadas/ N° total de actividades en el período) x 100	80%	80%	10%	80%	10%	El HCHM dispone de los recursos financieros presupuestados para ejecutarlo.
Avanzar en la consolidación del Establecimiento Autogestionado	Dar cumplimiento a los requisitos establecidos	Mejorar o mantener en relación al año anterior	Mejorar o mantener en relación al año anterior	10%	Mejorar o mantener en relación al año anterior	10%	Dar cumplimiento a los requisitos establecidos para la obtención de calidad y de evaluación anual, de Establecimientos Autogestionado en Red.
Cumplir con las prestaciones valoradas y sus registros de acuerdo con lo programado con sus recursos disponibles.	N° de prestaciones efectuadas y registradas/ Total de prestaciones programadas	80%	80%	10%	80%	10%	El Director conoce lo que produce su establecimiento y planifica en función de esto para dar cumplimiento a las prestaciones negociadas de manera de satisfacer su demanda y disminuir las listas de espera.

Años de gestión: 01 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2012

etivo 2 : Mantener un equilibrio financiero y desarrollo de inversiones para obtener la acreditación de prestadores

nderación: 30%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Indicadores			Medios de Verificación	Supuestos
		Meta/ Ponderador año 1	Meta/ Ponderador año 2	Meta/ Ponderador año 3		
Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto	$\frac{((\text{Ingresos operacionales} - \text{gastos operacionales}) / \text{gastos operacionales}) * 100}{100}$	10%	10%	10%	Informe de ejecución presupuestaria aprobado por el Departamento de Finanzas del Servicio de Salud	Se mantiene presupuesto desde Ministerio de Salud. Aporte de deuda informado desde DIPRES Cumplimiento del programa financiero acordado con el Servicio Salud, y de este a su vez por el Ministerio de Salud.
Desarrollar la cartera de inversiones presentada con recursos propios, financiamiento del FNDR y sectorial	$\frac{\text{Numero de proyectos ejecutados} / \text{Numero de proyectos de la cartera}}{100}$	10%	10%	10%	Informe del estado de avance aprobado por el Departamento de Recursos Fisicos del Servicio de Salud	Contar con los recursos financieros para la ejecución del Proyecto en los términos acordados. El Ministerio de Salud compromete que los periodos de evaluación que le corresponden no afecten los plazos de ejecución para el Servicio de Salud. Los plazos en las definiciones por MIDEPLAN y GORE pueden afectar los tiempos programados. El Servicio de Salud, prioriza y cumple las actividades programadas.
Desarrollar las estrategias para la demostración de la Autorización Sanitaria y Acreditación de prestadores	$\frac{\text{Porcentaje de avance según cronograma del Plan de Trabajo elaborado por el establecimiento}}{100}$	10%	10%	10%	Informe del estado de avance al aprobado por el Departamento de Garantía de Calidad y Control de Gestión del Servicio de Salud	El Ministerio de Salud debe establecer las pautas, estándares y procedimientos necesarios. El establecimiento debe disponer de los recursos necesarios para el cierre de brechas de orden local. La DSS concordara un plan de trabajo con el HCHM.

Años de gestión: 01 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2012

Objetivo 3 : Cumplir con los las metas, compromisos de Gestión y Garantías Explícitas en Salud (GES) del establecimiento

Ponderación: 20%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Indicadores			Medios de Verificación	Supuestos
		Meta/ Ponderador año 1	Meta/ Ponderador año 2	Meta/ Ponderador año 3		
Cumplimiento de garantías de tratamiento en casos de Garantías Explícitas en Salud.	(N° de casos GES con cumplimiento de garantía de tratamiento en la red del Servicio de Salud / N° total de casos diagnosticados) x 100	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	Informe del SIGGES sobre porcentaje de cumplimiento para el año, aprobado por el Departamento de Gestión GES del Servicio de Salud	Porcentaje de casos de Garantías Explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de tratamiento para pacientes en la red del Servicio de Salud. Sistema de Gestión de Garantías operativo para los Servicios de Salud
Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el establecimiento, Servicio de Salud Nuble y el Ministerio de Salud en los cuales participa el Hospital	Nota final obtenida para el año.	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	Informe de Evaluación del Ministerio de Salud, (Escala notas 1 - 5).	El proceso de evaluación de CG toma aproximadamente 60 días. El Establecimiento debe dar cumplimiento a los Compromisos de Gestión
Cumplir con las Metas Sanitarias para los funcionarios de la ley N° 19.664 y de la ley N° 18.834 en el periodo en las cuales participa el Hospital	El resultado se obtiene ponderando en un 50% el cumplimiento de personal Ley N° 18.834 y en un 50% el cumplimiento de personal de la Ley N° 19.664.	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	5% Mejorar o mantener en relación al año anterior	Informe Ministerio de Salud de cumplimiento de metas profesionales funcionarios Ley N° 19.664. Informes SEREMIS de cumplimiento de metas personal Ley N° 18.834	Convenios de los Directores de establecimientos suscritos con el Director del Servicio de Salud respectivo y Convenio del Servicio de Salud suscrito con el Subsecretario de Fieles que fija Metas a profesionales Ley 19.664. Existe resolución del Servicio de Salud que fija metas con los establecimientos para el personal Ley 18.834
Contribuir a la disminución del ausentismo por licencias medicas curativas	Numero de días de licencia por funcionario y por año	5% Definir línea base	5% Bajar un día por funcionario y por año	5% Bajar en dos días por funcionario o por año	Informe del cumplimiento aprobado por el de la Subdirección de RRHH de la Dirección del Servicio	El establecimiento presenta el mayor porcentaje de ausentismo por licencia medica curativa lo que redunda en la gestión global del establecimiento

Años de gestión: 01 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2012

Objetivo 4 : Mantener una activa participación con la comunidad

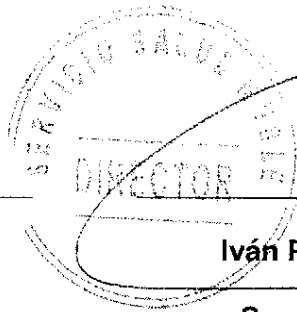
Ponderación: 20%

Indicadores

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador año 1	Meta/ Ponderador año 2	Meta/ Ponderador año 3	Medios de Verificación	Supuestos
Gestión Consejo Consultivo de Usuarios	(Nº de actividades contenidas en el plan de trabajo programadas/ Nº de actividades realizadas) x 100	90%	90%	5%	Plan de trabajo del Consejo Consultivo de usuarios, Informes de evaluación	Se dispone de un Plan Anual elaborado en forma participativa con los integrantes del Consejo Consultivo
Gestión de las Solicitudes Ciudadanas desde OIRS	Nº de Reclamos respondidos en el plazo de 20 días hábiles con solución / total de reclamos recibidos en el periodo x100	Línea basal año 2009	100%	5%	Registros mensuales, monitoreos cualitativos e informes semestrales	Este indicador lo establece la Ley, por lo cual debe cumplirse en un 100%. Sin embargo se excluirían los reclamos que pasan a auditorías médicas o investigaciones sumarias, pues esos tienen un plazo de 180 días. Se debe contar con la disposición y compromiso de los jefes de Centros de Responsabilidad y con flujogramas de gestión de reclamos claramente establecidos y conocidos por las jefaturas.
Participación Usuaría en Cuenta Pública Participativa	Nº de asistentes pertenecientes a la comunidad y intersector	Establecer línea basal	Aumentar en 20 %	5%	Informe con nominas de asistencia (con identificación de origen), fotos, elaboración con opinión de la comunidad usuaria , invitación con documento Cuenta Pública, respuestas de la autoridad	Sacar línea basal año 2009 de la nomina de asistentes. La comunidad se motiva e interesa en participar y se mantiene esta estrategia de participación ciudadana.
Estrategia Hospital Amigo	Nº de niños y adultos mayores con acompañamiento/Total de pacientes infantiles y adultos hospitalizados	Establecer línea basal	Aumentar en 20%	5%	REM, cumplimiento compromiso de gestión	Se mantiene la estrategia de Hospital Amigo y se difunden sus beneficios. Año 10 y 11 aumenta el número de familiares que deciden usar el beneficio



Rodrigo Avendaño Brandeis
Director
Hospital Clínico Herminda Martín



Iván Renato Paúl Espinoza
Director
Servicio de Salud Nuble