

INFORME DE EGRESO DEL SISTEMA DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS

Programa/Institución: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)
Ministerio: MINISTERIO DE SALUD
Servicio: SERVICIOS DE SALUD
Año: 2004
Calificación: Egresado
Fecha Egreso: 30-06-2011

Recomendación	Compromiso	Cumplimiento
<p>RECOMENDACIONES GENERALES:</p> <p>Otorgar una lógica común a la asignación de recursos desde el nivel central. Es decir, si bien los componentes son diversos, en cada uno se esperaría que la asignación hacia los niveles regionales incorpore ex ante las diferencias de la población a cargo según su perfil epidemiológico y socioeconómico. Este aspecto también incluye la conveniencia de verificar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos transferidos para la expansión de un componente (ERA, SAPU, Odontológico).</p>	<p>1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actualmente utilizados por los componentes del PRAPS y señalar posibles problemas asociados.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007</p> <p>El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta Ley impliquen un mayor gasto para la municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".</p> <p>Dentro de este marco, los distintos componentes/programas de Atención Primaria contienen distintos programas, con metas distintas, con base a convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las Municipalidades en el caso de los establecimientos de dependencia municipal y los Servicios de Salud con sus establecimientos dependientes.</p> <p>El PRAPS considera como CRITERIOS GENERALES de asignación de recursos la frecuencia de riesgo en la población, la demanda potencial de manejo y la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a cargo.</p> <p>A su vez, los CRITERIOS GENERALES se complementan con CRITERIOS OPERACIONALES de asignación de recursos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo sanitario (RS), 2. Acceso a la atención (AA), 3. Ubicación geográfica(UG) 4. Población(P). <p>Dichos criterios de asignación se mantienen y tienen igual peso porcentual al momento de determinar recursos considerando la especificidad de cada</p>

	<p>componente/programa.</p> <p>Los criterios de asignación de recursos del Programa SE MANTIENEN, son definidos considerando la especificidad de cada uno de los componentes según se detalla a continuación, por ejemplo, para el programa de resolutiveidad:</p> <p>Laboratorios básicos: Población percápita inscrita y certificada por FONASA, disponibilidad local de recurso humano y laboratorio para efectuar las actividades.</p> <p>Resolución de especialidades en atención primaria: Atención médica y odontológica de especialidades, frecuencia de riesgo en la población, cumplimiento de actividades proyectadas el año anterior, procedimientos diagnósticos,</p> <p>Atención odontológica integral a hombres y mujeres de escasos recursos: Frecuencia de riesgo en la población, cumplimiento de actividades proyectadas el año anterior, condición de pertenencia a Sistema Chile Solidario, Pobreza por comuna, Casen 2006.</p> <p>Cirugía menor ambulatoria: Frecuencia de riesgo en la población, Disponibilidad de médico cirujano para capacitación en cirugía menor a los profesionales de la red asistencial del Servicio de Salud, comunas que no cuentan con la estrategia.</p> <p>Atención domiciliaria de personas en situación de discapacidad: Desarrollo y avance de los centros de salud de atención primaria en el modelo de atención, grupos de riesgo en la población, adultos mayores y personas en condición de incapacidad a lo largo del ciclo vital.</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO DE 2008</p> <p>En el componente/programa odontológico para su componente en Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, MHER, los pesos porcentuales diferenciados por criterio operacional son: RS: 30%; AA: 30%; UG: 20%; P: 20%. Adicionalmente, considera ELEMENTOS ESPECÍFICOS como la asignación de número de cupos acordados con JUNJI/Integra y SERNAM para la distribución de sus recursos, con el fin de resguardar y focalizar</p>
--	--

	<p>atenciones odontológicas para los grupos más vulnerables.</p> <p>Para el Sistema de Atención Primaria de Urgencia, SAPU, si bien atienden los criterios generales de RS, AA, UG y P, también, aplica CRITERIOS ESPECÍFICOS de asignación de recursos, los que corresponden al puntaje obtenido por el establecimiento en relación a las siguientes variables en forma dicotómica, sobre un total máximo de 100 puntos:</p> <p>Ubicación red saturada (10 puntos), Problemas de acceso (10 puntos), Ubicación cercana a vías de alto tránsito (10 puntos), Ubicación alto riesgo o alta concurrencia estacional (10 puntos), Población dispositivo (10 a 30 puntos, dependiendo de tamaño de la población a atender), Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) requiere o apoya dispositivo (20 puntos), Apoyo Autoridad municipal (10 puntos).</p> <p>Dichos CRITERIOS OPERACIONALES son informados explícitamente a los Servicios de Salud para la distribución de la expansión presupuestaria y asignación de recursos a través de convenios, así como para la apertura de nuevas salas, en el componente que corresponda.</p> <p>Según lo anterior, a los Servicios de Salud, se les envían los respectivos Programas, en los cuales se enmarcan los convenios, especificando monto por componente específico en consistencia con los lineamientos ministeriales sobre la materia.</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO DE 2009</p> <p>Para el componente/programa de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Niños y componente/programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto IRA / ERA: RS: 30% ; AA: 20%; UG: 20%;P:30%</p> <p>El Programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto, ERA, abarca a toda la población beneficiaria adulta. focalizándose en los mayores de 65 años, por lo cual, adicionalmente a los CRITERIOS OPERACIONALES mencionados previamente, utiliza como ELEMENTO ESPECÍFICO la incidencia estimada de neumonía en Adulto Mayor, que en Chile es 7.3%, de acuerdo a los registros de los centros centinelas de Atención Primaria en la Región Metropolitana. Se estima una demanda potencial de manejo</p>
--	---

	<p>ambulatorio de 60% de la incidencia. En APS la neumonía representa el 1,4% de las consultas totales.</p> <p>Como elemento específico, se debe considerar que el componente de Apoyo Radiológico, es co-ayudante del componente/programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), que abarca a toda la población beneficiaria adulta, focalizándose en los mayores de 65 años, aportando con el la radiografía torácica las confirmaciones o descartes de los diagnósticos de enfermedad respiratoria en este grupo etáreo y, en el medio ambulatorio, la radiografía de tórax a los pacientes con cuadro clínico sugerente de neumonía se utiliza para certificar el diagnóstico y evaluar la gravedad del cuadro; así como también es co-ayudante del componente/programa de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Niños (IRA), aportando con la radiografía de Tórax como examen complementario a menores de 5 años.</p> <p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009</p> <p>En consideración a los criterios y la revisión de los resultados en los indicadores de impacto observadas, a la estabilidad en las características epidemiológicas de la población, que los existentes dan cuenta del desarrollo del proceso y que los resultados perseguidos son los observados hasta el momento, no es necesario establecer nuevos ámbitos como criterios de asignación de recursos, y por ende tampoco modificar los existentes, ya que, éstos satisfacen las necesidades de la gestión de la asignación de recursos para el programa.</p> <p>Programas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programa Especial de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA). 2. Programa de Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). 3. Programa de Reforzamiento y Resolutividad Odontológica en APS. 4. Programa Apoyo Diagnóstico Nivel Primaria para la Resolución Ambulatoria de los Problemas en Niños y Adultos. <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante</p>
--	---

		<p>la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Convenio tipo PRAPS</p> <p>Programa y Convenio tipo Praps</p> <p>Guía Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio En personas de 65 años y más.</p> <p>Programa de control de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile.</p> <p>guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años.</p> <p>PROGRAMA CONTROL DE ENF. RESP DEL ADULTOS PARTE 1</p> <p>Ord. C551 N 1520 Apoyo kinesico en SAPU</p> <p>PROGRAMA CONTROL DE ENF. RESP DEL ADULTOS PARTE 2</p>
<p>RECOMENDACIONES GENERALES:</p> <p>Otorgar una lógica común a la asignación de recursos desde el nivel central. Es decir, si bien los componentes son diversos, en cada uno se esperaría que la asignación hacia los niveles regionales incorpore ex ante las diferencias de la población a cargo según su perfil epidemiológico y socioeconómico. Este aspecto también incluye la conveniencia de verificar</p>	<p>2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007</p> <p>Los componentes del PRAPS siempre consideran los siguientes CRITERIOS GENERALES en la asignación y distribución de recursos: frecuencia de riesgo en la población; demanda potencial de manejo y la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a cargo.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>A su vez, éstos se complementan con CRITERIOS OPERACIONALES de asignación de recursos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo sanitario (RS), 2. Acceso a la atención (AA), 3. Ubicación geográfica(UG) 4. Población(P). <p>Cabe señalar que la asignación de los recursos a través de estos criterios operacionales responde adecuadamente a las necesidades de los componentes/programas del PRAPS.</p>

<p>el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos transferidos para la expansión de un componente (ERA, SAPU, Odontológico).</p>	<p>Sin embargo, la variación del peso porcentual permite asignar los recursos en forma más eficiente, razón por la cual se asignaron de manera diferenciada para la distribución de los recursos.</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO 2009</p> <p>En el Programa Odontológico para su componente en Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, MHER: RS: 30% ; AA: 30%; UG: 20%;P:20%.</p> <p>Para el Sistema de Atención Primaria de Urgencia, SAPU</p> <p>Para el Sistema de Atención Primaria de Urgencia, SAPU, si bien atienden los criterios generales de RS, AA, UG y P, también, aplica CRITERIOS ESPECÍFICOS de asignación de recursos, los que corresponden al puntaje obtenido por el establecimiento en relación a las siguientes variables en forma dicotómica, sobre un total máximo de 100 puntos:</p> <p>Ubicación red saturada (10 puntos), Problemas de acceso (10 puntos), Ubicación cercana a vías de alto tránsito (10 puntos), Ubicación alto riesgo o alta concurrencia estacional (10 puntos), Población dispositivo (10 a 30 puntos, dependiendo de tamaño de la población a atender), Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) requiere o apoya dispositivo (20 puntos), Apoyo Autoridad municipal (10 puntos).</p> <p>Dichos CRITERIOS OPERACIONALES son informados explícitamente a los Servicios de Salud para la distribución de la expansión presupuestaria y asignación de recursos a través de convenios, así como para la apertura de nuevas salas, en el componente que corresponda.</p> <p>IRA / ERA: RS: 30% ; AA: 20%; UG: 20%;P:30%</p> <p>Para el Programa de Apoyo Diagnóstico Nivel Primario para la Resolución Ambulatoria de los Problemas en Niños y Adultos", de Apoyo Radiológico: Riesgo sanitario (RS), 30%; Acceso a la atención(AA) 20%; Ubicación Geográfica(UG),20%; Población (P) 30%.</p> <p>RESPUESTA SEPTIEMBRE DE 2009</p>
--	---

		<p>Dichos CRITERIOS OPERACIONALES son informados explícitamente a los Servicios de Salud para la distribución de la expansión presupuestaria y asignación de recursos a través de de convenios, así como para la apertura de nuevas salas, en el componente que corresponda.</p> <p>Según lo anterior, a los Servicios de Salud, se les envían los respectivos Programas, en los cuales se enmarcan los convenios, especificando monto por componente específico en consistencia con los lineamientos ministeriales sobre la materia.</p> <p>En consideración a los criterios y la revisión de los resultados en los indicadores de impacto observadas, a la estabilidad en las características epidemiológicas de la población, a que los criterios existentes dan cuenta del desarrollo del proceso y que los resultados perseguidos son los observados hasta el momento, no es necesario establecer nuevos ámbitos como criterios de asignación de recursos y, por ende, tampoco modificar los existentes, ya que éstos satisfacen las necesidades de la gestión de la asignación de recursos</p> <p><u>Observación:</u> El cumplimiento del presente compromiso queda supeditado en parte al cumplimiento del compromiso anterior. Del mismo modo, para dar mayor respaldo al fundamento, se debiera reportar información respecto de los resultados de impacto, indicadores que muestren la estabilidad en las características epidemiológicas en la población, etc. y junto con ello proveer los medios de verificación que den cuenta de ello. El compromiso no se dará por cumplido (ni parcialmente cumplido) si éste no cuenta con medio de verificación, tales como los señalados anteriormente.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programa y Convenio tipo PRAPS</p>
<p>FONDO DE INCENTIVOS:</p> <p>1. De continuar el componente Fondo de Incentivo, se sugiere una redefinición desde su diseño, planteando un</p>	<p>1.1. Rediseñar el componente Fondo de Incentivos, orientándolo hacia el mejoramiento de la gestión de la información en los establecimientos APS,</p>	<p>A Diciembre 2005 se rediseñó el componente Incentivo para el año 2006, cuyo programa reorienta los recursos hacia el mejoramiento de la gestión de información en salud, estimulando financieramente a los equipos de salud del nivel primario de atención para el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades relacionadas con la eficiencia, eficacia, calidad técnica y gestión, que permitan alcanzar las metas propuestas, logrando oportunidad y consistencia en los registros e información solicitada por el</p>

<p>modelo de causalidad de las variables que generan el problema de gestión que se pretende abordar, y que éste sea relevante. Además, se debería revisar la conveniencia de atacar problemas de gestión a nivel local (consultorio) respecto a temas transversales al conjunto de la APS y el sistema público de salud (flexibilidad de gestión de recursos humanos, incentivos a mayor competencia y orientación al usuario, etc.).</p>	<p>permitiendo recoger información para la medición, entre otros aspectos, de los indicadores en los convenios de transferencia de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Servicio de Salud y el MINSAL al centro de salud y, mantenga al personal capacitado en registro y estadísticas de salud de acuerdo a orientaciones del MINSAL.</p> <p>El Programa de Incentivos redefinió sus objetivos orientándolos a lograr que los registros y la información solicitada por el Servicio de Salud y el MINSAL al centro de salud se entregue dentro de los plazos establecidos (1), a mantener la consistencia en los registros generados en los establecimientos de nivel primario acorde a las orientaciones técnicas (2), y mantener al personal capacitado en registro y estadísticas de acuerdo a las orientaciones del MINSAL (3).Anteriormente, el programa consideraba diversos ámbitos de acción, diluyéndose la concreción de los objetivos y el mejoramiento de la gestión.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA DE INCENTIVOS AÑO 2006</p> <p>MEMORANDUM DPTO. JURÍDICO MINSAL QUE APRUEBA PROGRAMA Y CONVENIO TIPO PROGRAMA DE INCENTIVOS AÑO 2006, Y ADJUNTA PROYECTO DE RESOLUCIÓN APROBATORIA DEL REFERIDO PROGRAMA.</p>
<p>2.1. Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo programado se refleje en indicadores verificables en periodos acotados de tiempo. 2.2. Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces. En este sentido, los indicadores de logro en</p>	<p>2.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente Fondo de Incentivos, considerando la consistencia entre su objetivo e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos (Ídem compromiso 1.2.1 de la recomendación general II.1.2).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>El convenio tipo adjunto, considera en su cláusula cuarta los objetivos y metas del componente Incentivos, e incorpora en cláusula quinta indicadores consistentes con las metas, que permitan medir el grado de cumplimiento y evaluar los recursos a transferir por concepto de segunda cuota bajo los criterios asociados a la cláusula tercera del convenio adjunto que determina los recursos. Para el año 2006, el equipo responsable, trabajó en conjunto con los Servicios de Salud articulando las modificaciones a incorporar en el programa desde la perspectiva del soporte jurado (convenio y resolución), asignación de recursos, planificación del monitoreo y evaluación de cumplimiento. Este esfuerzo se tradujo en el rediseño de los indicadores y metas, de manera de asegurar la coherencia con los objetivos del nuevo programa que reparan las falencias detectadas en el proceso de evaluación anterior. Al respecto, se señala que se ha cuidado especialmente la coherencia entre los objetivos y las metas, por ejemplo, para el objetivo nº1 (en numeral anterior) se definió la Meta: 100% de la información de convenios y REM entregadas en los plazos establecidos. Para el objetivo nº2, la Meta: 100% de consistencia en las Metas del IAAPS. Por último, para el objetivo nº3, la Meta es el 40% del personal del establecimiento capacitado en registro y estadísticas en salud.</p>

<p>áreas como OIRS y gestión de lista de espera son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio. 2.3. Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados - cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.</p>		<p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO PROGRAMA DE INCENTIVOS AÑO 2006</p>
<p>2.1. Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo programado se refleje en indicadores verificables en periodos acotados de tiempo. 2.2. Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces. En este sentido, los indicadores de logro en áreas como OIRS y gestión de lista de espera</p>	<p>2.2. Evaluar el cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores de los convenios y presentar sus resultados (Ídem compromiso 1.2.4. de recomendación general II.1.2).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Meta N° 1: Mejoramiento de la Oportunidad en la entrega de la información de salud consiste en el envío en tiempo oportuno de los REM al los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de salud municipal (comunas) durante 9 cohortes en el año, que equivalen a 9 meses informados (100% esperado). El cumplimiento promedio de la meta a nivel del país fue de un 85% con un promedio de 8 entregas anuales. Lo anterior significa que se está a un 15% de alcanzar el resultado esperado a nivel país. Al analizar los resultados, pensamos que hubo premura en la fijación de las metas sin medir el desarrollo desigual de los establecimientos en las comunas a nivel de la disposición de recursos humano (digitadoras/res) e infraestructura tecnológica, factores que condicionan el cumplimiento de la meta. No obstante, para el año 2007 se espera superar esta diferencia, considerando los ámbitos falentes, en la gestión de información durante el año anterior, a la luz de las directrices entregadas por el programa de incentivo a la gestión, incluida la capacitación, la compra de insumos o equipos y la contratación de recursos humanos cuando fuera necesario. La Meta N° 2: Mejoramiento de la Oportunidad en la entrega de las Evaluaciones de los Programas de Atención Primaria (100% esperado). La meta introducida guarda estrecha relación con los insumos necesarios para el monitoreo y seguimiento de los programas implementados. Se cuantificó la meta en 3 evaluaciones que representan los trazadores de programas evaluados en Atención Primaria.</p>

<p>son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio. 2.3. Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados - cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.</p>		<p>El cumplimiento de la Meta es de un 100%, lo que quiere decir que las entidades administradoras de salud municipal (comunales) cumplieron enviando en forma oportuna las 3 evaluaciones de programa solicitadas. Meta N°3: Alto grado de consistencia en los resultados del IAAPS (100% esperado). Esta meta fue introducida como indicador en el seguimiento del programa, considerando la importancia de validar el IAAPS como herramienta para la evaluación de la gestión. Evidentemente, el desafío del programa es lograr el cumplimiento del 100% de las 15 metas evaluadas. No obstante, en la medición se alcanzó un cumplimiento promedio de 96% representando 14 metas cumplidas. Esta cifra que es coherente con la tendencia de mejoría en los cumplimientos del IAAPS, desde inicio en 2005. Meta N°4.1: Capacitación del 40% de los funcionarios y funcionarias de la Atención Primaria, en registro y estadísticas (100% esperado). Esta meta es de vital para el proceso de fortalecimiento de la gestión de información, por esa razón se comprometió la capacitación del 40% de la dotación que participa en el proceso de registro de información, las cuales están vinculadas a las Categorías D (Técnico Paramédicos) y Categoría E (Administrativos). El cumplimiento de esta meta es del 100%, puesto que se logró capacitar al 44% de la dotación. Meta N°4.2: Elaboración programa de capacitación (100% esperado): Esta meta se basa en la necesidad de hacer de la capacitación un proceso permanente, sistemático e inserto en el cotidiano de las actividades programada para la dotación de atención primaria. Conforme, los antecedentes recogidos, se obtuvo un 100% de cumplimiento en la citada meta.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Resultado Indicador</p> <p>Consolidado de evaluación enviada por los Servicios de Salud.</p> <p>Consolidado de resultados de la evaluación.</p>
<p>2.1. Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo</p>	<p>2.3. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de</p>	<p>Durante el ejercicio del 2006 se realizó un trabajo conjunto con el Departamento de Información en Salud (DEIS) y se incorporaron al REM todos los registros necesarios para elaborar los indicadores, de los Programas de APS, a excepción del componente Fondo de Incentivos por cuanto los datos recopilados para la evaluación del resultado de los indicadores no corresponden a actividades o prestaciones sanitarias. Cabe destacar, que el REM es el sistema estadístico de recolección de información de las actividades, prestaciones y atenciones de salud, las que</p>

<p>programado se refleje en indicadores verificables en periodos acotados de tiempo. 2.2. Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces. En este sentido, los indicadores de logro en áreas como OIRS y gestión de lista de espera son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio. 2.3. Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados - cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.</p>	<p>Estadísticas e Información en Salud).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>posteriormente son validadas estadísticamente generando la información oficial del sector. Para efecto del Fondo de Incentivo del año 2007, el DEIS como la instancia ministerial que tiene por objeto validar la información en salud que se emite desde las diferentes instancias; recogerá la información requerida para el monitoreo del Programa en una planilla adjunta pero inserta en el mecanismo de recolección de datos oficial en el que se medirán indicadores de: oportunidad en la entrega de la información, la consistencia de la metas IAPPS y la capacitación de funcionarios. La información que no es recogida a través del REM, se recopila a través de planillas ad-hoc las que se encuentran en soporte web y/o se envían directamente desde la Dirección del Servicio de Salud al Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM Extensión médica</p> <p>REM Extensión odontológica</p> <p>REM 09 Mujeres y Hombres Escasos Recursos</p> <p>Horas Operativas (IIAPS)</p> <p>Convenio</p> <p>Herramienta DEIS_Recoleccion 2007.xls</p> <p>Convenio del Programa (página 2 contiene el numeral "INDICADORES DE MONITOREO Y CONTROL").</p>
<p>2.1. Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo programado se refleje en indicadores verificables en</p>	<p>2.4. Incorporar en el REM aquellos indicadores de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Como fue señalado anteriormente, las variables que permiten elaborar los indicadores del Programa de Incentivo se relacionan a ACTIVIDADES que no se pueden incorporar al REM porque no corresponden a PRESTACIONES DE SALUD. Sin embargo, y coherente con lo anterior, durante el 2006 se incorporaron al REM, las prestaciones que se desprenden de demás Programas de Reforzamiento de la APS, que si son prestaciones de salud, a modo de ejemplo: Resolutividad, mujeres y hombres de escasos recursos entre otros. A pesar de lo señalado y en el interés de la Atención Primaria de mantener los compromisos manifestado con la evaluación realizada, para el año 2007, el DEIS recogerá la información requerida para el</p>

<p>periodos acotados de tiempo. 2.2. Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces. En este sentido, los indicadores de logro en áreas como OIRS y gestión de lista de espera son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio. 2.3. Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados - cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.</p>		<p>monitoreo del Programa en una planilla adjunta pero inserta en el mecanismo de recolección de datos oficial, como fue indicado en el numeral anterior.</p> <p>Se adjuntan todos los Indicadores de los Programa de APS, que se incorporaron al REM y sus respectivos medios de verificación según códigos entregados por el DEIS.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programas con sus Indicadores y medios de verificación según DEIS.</p> <p>Manual de Procedimientos e Instructivo REM 09</p> <p>Programa Resolutividad</p> <p>Programa Incentivos</p> <p>Programa mejoramiento APS</p> <p>Convenio de incentivos 2007.</p>
<p>3. Garantizar que los recursos que premian el desempeño lleguen efectivamente a las personas y/o establecimientos que alcanzaron el mayor cumplimiento de metas.</p>	<p>3.1. Evaluar el cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores de los convenios y presentar sus resultados (Ídem compromiso 2.2. de la recomendación I.2 del Fondo de Incentivos).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Meta N° 1: Mejoramiento de la Oportunidad en la entrega de la información de salud consiste en el envío en tiempo oportuno de los REM al los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de salud municipal (comunales) durante 9 cohortes en el año, que equivalen a 9 meses informados (100% esperado). El cumplimiento promedio de la meta a nivel del país fue de un 85% con un promedio de 8 entregas anuales. Lo anterior significa que se está a un 15% de alcanzar el resultado esperado a nivel país. Al analizar los resultados, pensamos que hubo premura en la fijación de las metas sin medir el desarrollo desigual de los establecimientos en las comunales a nivel de la disposición de recursos humano (digitadoras/res) e infraestructura tecnológica, factores que condicionan el cumplimiento de la meta. No obstante, para el año 2007 se</p>

		<p>espera superar esta diferencia, considerando la los ámbitos falentes, en la gestión de información durante el año anterior, a la luz de las directrices entregadas por el programa de incentivo a la gestión, incluida la capacitación, la compra de insumos o equipos y la contratación de recursos humanos cuando fuera necesario. La Meta N° 2: Mejoramiento de la Oportunidad en la entrega de las Evaluaciones de los Programas de Atención Primaria (100% esperado). La meta introducida guarda estrecha relación con los insumos necesarios para el monitoreo y seguimiento de los programas implementados. Se cuantificó la meta en 3 evaluaciones que representan los trazadores de programas evaluados en Atención Primaria. El cumplimiento de la Meta es de un 100%, lo que quiere decir que las entidades administradoras de salud municipal (comunales) cumplieron enviando en forma oportuna las 3 evaluaciones de programa solicitadas.</p> <p>Meta N°3: Alto grado de consistencia en el los resultados del IAAPS (100% esperado). Esta meta fue introducida como indicador en el seguimiento del programa, considerando la importancia de validar el IAAPS como herramienta para la evaluación de la gestión. Evidentemente, el desafío del programa es lograr el cumplimiento del 100% de las 15 metas evaluadas. No obstante, en la medición se alcanzó un cumplimiento promedio de 96% representando 14 metas cumplidas. Esta cifra que es coherente con la tendencia de mejoría en los cumplimientos del IAAPS, desde inicio en 2005.</p> <p>Meta N°4.1: Capacitación del 40% de los funcionarios y funcionarias de la Atención Primaria, en registro y estadísticas (100% esperado). Esta meta es de vital para el proceso de fortalecimiento de la gestión de información, por esa razón se comprometió la capacitación del 40% de la dotación que participa en el proceso de registro e información, las cuales están vinculadas a las Categorías D (Técnico Paramédicos) y Categoría E (Administrativos). El cumplimiento de esta meta es del 100%, puesto que se logró capacitar al 44% de la dotación.</p> <p>Meta N°4.2: Elaboración programa de capacitación (100% esperado): Esta meta se basa en la necesidad de hacer de la capacitación un proceso permanente, sistemático e inserto en el cotidiano de las actividades programada para la dotación de atención primaria. Conforme, los antecedentes recogidos, se obtuvo un 100% de cumplimiento en la citada meta.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Consolidado de los resultado de la evaluación que sustenta el cumplimiento de metas informadas anteriormente</p>
--	--	--

<p>4. Utilizar estrategias más simples para abordar aspectos relevantes de gestión, motivación y desempeño de los recursos humanos a nivel local, tales como: concursos, incentivos variables vinculados a estándares de atención al cliente o al ejercicio de los directivos de establecimientos.</p>	<p>4.1. Incorporar en el convenio de traspaso de recursos del Fondo de Incentivos una cláusula que determine la asignación de la segunda cuota al cumplimiento de las metas establecidas en el convenio.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>El convenio en su cláusula tercera estipula que la 2° cuota, podrá corresponder al 70% restante del total de los recursos del Programa, estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas y según lo estipulado en cada uno de los objetivos especificados en la cláusula cuarta del convenio adjunto. El grado de cumplimiento de los indicadores consolidado, deberá ser oportunamente informado por los respectivos Servicios al MINSAL, quien una vez aprobado dicho informe, transferirá los correspondientes recursos asignados por el Servicio de Salud.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO PROGRAMA DE INCENTIVOS AÑO 2006</p>
<p>ODONTOLÓGICO: 1. Revisar la definición de los criterios de focalización y su ejecución. Se requiere indagar si existe información suficiente para seleccionar a participantes que reúnan el perfil establecido para la población objetivo actual, el cual difiere significativamente de los beneficiarios efectivos, como se confirmó en la encuesta a grupos de tratamiento y control. Si no es factible una focalización exitosa, se sugiere incorporar criterios complementarios - por ejemplo: tiempo en lista de espera por atención odontológica- que acoten los márgenes para la discrecionalidad. Esto es especialmente importante porque el componente entrega un monto fijo por</p>	<p>1.1. Revisar los criterios de focalización del componente Odontológico existentes actualmente, considerando su simplificación y mantención de la priorización de los beneficiarios del Chile Solidario, identificando los cambios necesarios.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Fueron revisados los criterios de focalización los que fueron ampliados desde la cobertura inicial que correspondía exclusivamente a mujeres derivadas desde Sernam y a hombre derivados desde las Oficinas Municipales de Inserción Laboral, de forma de hacerlo coherente con el programa de resolutiveidad de la APS, el que considera entre los criterios para priorizar la atención: 1.- Mujeres y hombres pobres, de 15 a 64 años, inscritos en los establecimientos de las comunas. 2.- A las jefas y jefes de hogar y de núcleo egresadas del Programa Puente con cargas familiares bajo su responsabilidad. 3.- A las jefas y jefes de hogar que se encuentran trabajando, cesante o buscando trabajo, ya sea en forma dependiente o independiente. 4. Personas beneficiarias de Chilesolidario. Para el año 2007 se han incluido mujeres provenientes del Programa de Habilitación Laboral de Sernam, lo que representa un aumento de las prestaciones por este concepto. En los establecimientos de APS, se encuentra el registro (Sistema de Inscritos III y registros de Ficha de familia); sin embargo la certificación nacional realizada por FONASA, considera solamente la cuantificación de la población autorizada para determinar el per cápita comunal. El segundo semestre del año 2007, se trabajó en la priorización de la atenciones odontológicas para el año 2008, que considera los siguientes criterios: 1. Familias de las comunas que participan y son integrantes de "Chile Solidario". 2. Mujeres jefas de hogar pertenecientes al programa "Mejorando la empleabilidad y condiciones laborales de las mujeres jefas de hogar en el ámbito de la salud", de SERNAM, conforme comunas enviadas en la asignación de recursos. 3. Mujeres que laboran en salas cunas y jardines infantiles dependientes de JUNJI e INTEGRA, adscritas al programa de prevención y promoción de salud oral, de dichas instituciones, en convenio con Salud pública del MINSAL, conforme comunas enviadas en la asignación de recursos. La asignación a nivel local</p>

<p>alta odontológica integral, lo que representa un incentivo potencial para seleccionar a los pacientes más sanos.</p>	<p>la realiza la Junji, Integra y Sernam que entrega los listados con la identificación de las mujeres que deben ser atendidas en cada comuna. En el nivel central se entrega ambas instituciones entregan el listado de comunas y el numero de cupos para ser considerados en la asignación de recursos.El programa contiene recursos de continuidad y de expansion; los recursos de continuidad se asignan de acuerdo al cumplimiento de metas y la factibilidad de ejecutar el programa; la demanda expresada por los Servicios de Salud supera los recursos que se disponen para este programa. Respecto a los recursos asignados como expansión, se utilizaron para cubrir la demanda proveniente del programa de Sernam mejorando la empleabilidad y de la Junji e Integra. El mecanismo del que dispone la Subsecretaria de Redes, División de Atención Primaria para la focalización de los distintos programas es a través de las orientaciones programas para el año y se formaliza a través de los convenios que firman los Servicios de Salud con sus respectivas comunas. El convenio de resolutividad 2008, que contiene los recursos de la atención odontológica, contiene explícitamente los criterios antes descritos.El programa de resolutividad de la atención primaria considera a las personas inscritas en los Consultorios de atención primaria, focalizada en el grupo de 15 a 64 años, todos inscritos en Fonasa en sus distintos tramos.El registro estadístico de atenciones (REM) identifica el total de mujeres y hombres atendidos y permite identificar el numero de personas beneficiarias de Chilesolidario. Dada la nueva priorización para el año 2008, será Sernam, Junji e Integra quienes informaran al Minsal el numero de beneficiarios atendidas de los listados entregados a nivel local.Los resultado para el año 2007 son:Altas integrales= 41.540.Altas de seguimiento= 2.314.Nº de prótesis instaladas: 42.359.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2006 ORD. PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2006 Programa de Resolutividad 2007 Distribución Recursos 2007 CONVENIO DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2007 ORIENTACIONES DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008 ORDINARIO RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p>
---	--

		CONVENIO Y RESOLUCIÓN EXENTA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008
<p>ODONTOLÓGICO: 1. Revisar la definición de los criterios de focalización y su ejecución. Se requiere indagar si existe información suficiente para seleccionar a participantes que reúnan el perfil establecido para la población objetivo actual, el cual difiere significativamente de los beneficiarios efectivos, como se confirmó en la encuesta a grupos de tratamiento y control. Si no es factible una focalización exitosa, se sugiere incorporar criterios complementarios - por ejemplo: tiempo en lista de espera por atención odontológica- que acoten los márgenes para la discrecionalidad. Esto es especialmente importante porque el componente entrega un monto fijo por alta odontológica integral, lo que representa un incentivo potencial para seleccionar a los pacientes más sanos.</p>	<p>1.2. Introducir los cambios necesarios para asegurar que la focalización del programa sea hacia la población objetivo, priorizando a beneficiarios del Chile Solidario.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>El componente Odontológico del programa de Resolutividad contiene orientaciones específicas relativas a la focalización de las familias del "Chile Solidario" y de Mujeres reconocidas por SERNAM para "Habilitación Laboral" como beneficiarios del programa y también de la obligatoriedad de la identificación rufificada de ellos; sin embargo este componente no es exclusivo para la atención de estos grupos vulnerables, sino que corresponde a un programa para toda la población. Esto quiere decir que la prioridad en la atención la tienen estos grupos vulnerables, por tanto se recomienda focalizar en ellos como primera medida y luego si existen cupos en las comunas no se excluye al resto de la población, que no estando reconocidas en SERNAM, ni son del Chile Solidario, pero cumplen con los requisitos generales del programa, como lo es ser beneficiario de FONASA o estar inscrito en la comuna, tener entre 15 a 64 años y existiendo la posibilidad de atención les sea otorgada.</p> <p>La identificación de Chilesolidario se realiza localmente, a través de nóminas provenientes de Mideplan a las Seremi de Salud y los Municipios, los cuales entregan a los consultorios o a las clínicas en convenio. SERNAM entregará nómina a cada Municipio de las Mujeres incorporadas al Programa de Habilitación Laboral. Al igual que en el numeral anterior, el nivel central no dispone de la desagregación de las variables socioeconómica de los beneficiarios, por tanto los actores locales realizan la priorización y focalización en los beneficiarios del Programa Chile Solidario. Es necesario precisar que la selección de las o los beneficiarios es un proceso administrativo en el que no participa el odontólogo tratante. A él se le entrega el listado de personas a atender, de forma de garantizar que las personas a ser atendidas cumplen con los criterios de inclusión que para el año 2008 son: 1. Familias de las comunas que participan y son integrantes de "Chile Solidario". 2. Mujeres jefas de hogar pertenecientes al programa "Mejorando la empleabilidad y condiciones laborales de las mujeres jefas de hogar en el ámbito de la salud", de SERNAM, conforme comunas enviadas en la asignación de recursos. 3. Mujeres que laboran en salas cunas y jardines infantiles dependientes de JUNJI e INTEGRA, adscritas al programa de prevención y promoción de salud oral, de dichas instituciones, en convenio con Salud pública del MINSAL, conforme comunas enviadas en la asignación de recursos.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2007)</p>

		<p><u>Medios de Verificación:</u> Distribución Municipal Mujeres y Hombres</p> <p>DISTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p> <p>ORDINARIO RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p> <p>RESOLUCIÓN EXENTA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p> <p>CONVENIO DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p> <p>ORIENTACIONES DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p>
<p>2. Incluir en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas, mejorando de esta forma el seguimiento a los pacientes. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.</p>	<p>2.1. Reformular canasta de atención incorporando el control posterior (alta de mantención) para verificar la conformidad de tapaduras y prótesis en el marco de la formulación del presupuesto 2007.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Se reformuló una canasta, llamada de mantención o seguimiento, para incentivar a los encargados a realizar un control posterior, después de un año de haber sido atendidos.</p> <p>Las prestaciones odontológicas que incorpora la canasta de mantención son: Examen de Salud, tratamiento de periodoncia, pulidos coronarios y radiculares, reparación de obturaciones y/o de prótesis dentales (convenio tipo del Programa de Reforzamiento y Resolutividad Odontológica en APS.</p> <p>Se incorporó en el REM, el N° de reparaciones de prótesis dentales efectuadas en las atenciones de mantención, de personas atendidas el año anterior en el Programa.</p> <p>Durante el año 2007 se implementó el Programa en 377 comunas del país, Se logró la rehabilitación integral de 38.704 mujeres y hombres y 2.216 con alta de mantención, el 29.9% pertenecían al Sistema Chile Solidario.</p> <p>Durante el año 2010 se realizarán 56.902 altas: SERNAM 13.596, JUNJI/INTEGRA 1.143 y Otras altas 42.163, además de 4.127 altas de seguimiento, que corresponde a un 7, 25% del total de altas.</p> <p>La demanda por atención es tan alta que se ha privilegiado incorporar a la atención de pacientes que nunca han tenido la posibilidad de acceder a este beneficio y mantener restringido el número de controles de forma de focalizar el control en pacientes con alto riesgo.</p> <p>No existe evidencia que respalde hacerles seguimiento a todas las personas, sin embargo sí se recomienda al menos priorizar al año siguiente hacerles control a personas que su riesgo y daño en salud bucal es</p>

	<p>deficitario, pacientes que han tenido extensas rehabilitaciones, pacientes rehabilitados con prótesis parciales extensas, pacientes con muchas obturaciones y personas con un índice de higiene deficiente, entre otras.</p> <p>El registro de las altas de seguimiento están disponibles en el Registro estadístico mensual de atención odontológicas (REM 09), el año 2007 se realizaron altas de seguimiento a un 5.6% de los beneficiarios atendidos el año 2006, lo que corresponde a cifras preliminares pues la información definitiva está disponible a fines de marzo mientras que al 2010 se pretende alcanzar al 7,25%.</p> <p>El grupo de trabajo de la Subsecretaría de Redes y de Salud Pública emitió Informe que se adjunta, con el objetivo de analizar y justificar la mantención y seguimiento de las altas odontológicas integrales con información de la población beneficiaria y sus conclusiones apuntan a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La dificultad de cumplir con el Indicador: Proporción de auditorías de calidad a pacientes MHER, que en su numerador considera el N° de pacientes atendidos en el programa que fueron auditados. 2.- La necesidad de contar con información fidedigna e independiente, sobre la calidad de los tratamientos y la satisfacción usuaria. <p>La recomendación del grupo de trabajo, es redireccionar recursos de este Programa hacia auditoría externa, que permita la evaluación de la calidad de las atenciones prestadas, generando una evaluación objetiva y oportuna de las atenciones realizadas en el Programa. Al mismo tiempo releva que tal auditoría está considerado como PMG de Género para el año 2010 con una meta de auditar al 5% de las pacientes SERNAM dadas de alta durante el año.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p>
--	---

		<p>REM 09 Atención Salud Odontológica.</p> <p>Canasta de Seguimiento Mujeres y Hombres</p> <p>Instructivo REM 09</p> <p>Instructivo REM 09 2008</p> <p>REM 09 2007 (Provisorio)</p> <p>REM 09 2008</p> <p>Página DEIS (febrero 09)</p> <p>guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años</p> <p>Informe Altas de Mantención MHER ODONTO</p>
<p>2. Incluir en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas, mejorando de esta forma el seguimiento a los pacientes. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.</p>	<p>2.2. Revisar el diseño de los indicadores del componente Odontológico para Mujeres y Hombres de escasos recursos, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos a cada convenio de transferencia de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>El convenio del componente odontológico adjunto, en su página 3, determina el número de atenciones odontológicas y prótesis dentales a instalar por comuna, apoyado por las orientaciones técnicas en relación a la población beneficiaria proveniente de Chile Solidario. El rediseño de los indicadores consistió en la incorporación al programa y convenio de una nueva canasta de prestaciones para seguimiento (control posterior) de las prótesis, así como la consistencia de las metas cumplidas con los recursos entregados, producto de la evaluación y monitoreo que indica la página 14 del programa adjunto.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO RESOLUTIVIDAD AÑO 2006</p> <p>PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2006</p> <p>RESOLUCIÓN PROGRAMA RESOLUTIVIDAD AÑO 2006</p>
<p>2. Incluir en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de</p>	<p>2.3. Incorporar en el convenio de transferencia de recursos correspondiente al año</p>	<p>Respuesta BGI 2008: En el convenio tipo resolutivez la cláusula décima primera menciona "los indicadores de desempeño establecidos en Programas de Resolutivez en Atención Primaria formarán parte integral del presente convenio". (pág 5).</p>

<p>las tapaduras y de las prótesis entregadas, mejorando de esta forma el seguimiento a los pacientes. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.</p>	<p>2007 indicador que mida la conformidad con las tapaduras y prótesis de acuerdo a lo realizado en alta de mantención.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>"La evaluación se efectuará de acuerdo a los indicadores, cuyos contenidos específicos de cálculo y medios de verificación se detallan en anexo N° 5. "(pág 14 programa de resolutivez componente MHER). (Anexo N°5 en página 33 programa de resolutivez).</p> <p>EN EL REM 09 2008 SECCIÓN G, PROGRAMAS ESPECIALES se incorpora el registro para el indicador de % de Reparaciones de Prótesis del total de Prótesis Instaladas el año anterior.</p> <p>La reparación de prótesis en el control de seguimiento forma parte del Programa de Mejoramiento de la Resolutivez en APS (componente MHER)</p> <p>PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD 2008. 1ER CORTE, ENERO-AGOSTO</p> <p>1. Proporción de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa (N° de Reparaciones de Prótesis realizadas año 2008 en personas pertenecientes al Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos /N° Total de Prótesis dentales instaladas año 2007)*100 REM 09 (2008). Sección G. Celdas D135 REM 09 (2007). Sección H. Celdas D128</p> <p>En el REM 09 SECCIÓN H: PROGRAMAS ESPECIALES se incorpora el registro para el indicador de % de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa. Numerador = N° de Reparaciones de Prótesis realizadas año 2007 en personas pertenecientes al Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos. Denominador = N° Total de Prótesis dentales instaladas año 2006. No ha quedado considerado este indicador en el convenio de transferencia de recursos para el año 2007, sin embargo se espera incorporarlo el año 2008. Con los Datos entregados este año por el Deis, se construirá la línea basal. Se espera que el total de reparaciones que se registren en el REM este año corresponda exclusivamente a las reparaciones de prótesis resultantes de las atenciones de las personas en seguimiento, para poder relacionar el total de reparaciones de prótesis, con el total de prótesis instaladas el año pasado. Se reitera que en REM solo se incorporó las Reparaciones de Prótesis Dentales, no las reparaciones de Obturaciones (Tapaduras), porque su baja incidencia no lo justifica.</p> <p>Para el año 2008 se incorporó el indicador % de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa. Numerador = N° de Reparaciones de Prótesis realizadas año 2007 en personas</p>
--	--	--

		<p>pertenecientes al Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos. Denominador = N° Total de Prótesis dentales instaladas año 2006 en las orientaciones programáticas del programa que contiene el total de indicadores utilizados para todas las estrategias contenidas en el programa de resolutivead, entre ellas el programa de mujeres y hombres de escasos recursos.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008 La reparación de prótesis se realiza como indicación en el control de seguimiento, que se realiza al año del alta integral, por esto se calcula la reparación de prótesis 2008, en relación a las prótesis realizadas el 2007. Se encuentra incorporado el indicador en el "Programa de Mejoramiento de la Resolutivead en APS" componente MHER.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 09. Sección H. Celdas J130 y K130 REM 09. Sección H. Celdas J128 y K128</p> <p>Tabla con Indicadores del Programa y sus medios de Verificación.</p> <p>ORIENTACIONES DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2008</p> <p>Convenio de transferencia</p> <p>REM 09 2008</p> <p>Indicadores Resolutivead 1 Corte</p> <p>Programa de Resolutivead 2008</p>
<p>2. Incluir en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas, mejorando de esta forma el seguimiento a los pacientes. Esto redundaría</p>	<p>2.4. Evaluar el indicador de conformidad con tapaduras y prótesis incorporado en el convenio de transferencia de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2007</p>	<p>Respuesta BGI 2008:</p> <p>El indicador se incorpora en el documento orientaciones del Programa el que contiene los indicadores que permiten evaluar los resultados del programa de resolutivead con sus distintos componentes. Estos indicadores son evaluados dos veces el año; la primera con corte a agosto que permite la reliquidación del programa para el envío de la segunda cuota de los fondos del programa y un segundo corte al 31 de diciembre para la evaluación final del programa. Los resultados al mes de diciembre</p>

en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.

del año 2007 y 2008.
CORTE A DICIEMBRE 2008

2007	2008*	denominador	denominador	indicador	indicador	numerador	numerador
Nº de Reparaciones de Prótesis realizadas año 2007 en personas pertenecientes al Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos							
Nº Total de Prótesis dentales instaladas año 2006							
Proporción de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa							
Nº de Reparaciones de Prótesis realizadas año 2008 en personas pertenecientes al Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos*							
Nº Total de Prótesis dentales instaladas año 2007							
Proporción de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa							
1.572	37.709	4,16%	1.128	36.197	3,11%		

*Para el año 2008 datos en revisión por el Depto de Estadísticas e información en Salud (DEIS).

El indicador se incorpora en el documento orientaciones del Programa el que contiene los indicadores que permiten evaluar los resultados del programa de resolutiveidad con sus distintos componentes. Estos indicadores son evaluados dos veces el año; la primera con corte a agosto que permite la reliquidación del programa para el envío de la segunda cuota de los fondos del programa y un segundo corte al 31 de diciembre para la evaluación final del programa. Los resultados al mes de diciembre del año 2007 son: Nº de reparación de prótesis año 2007= 1459 Nº de prótesis año 2006= 37709% de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa= 3.87%. -Datos 2007 provisorios, en revisión por el Depto de Estadísticas e información en Salud (DEIS).

CORTE A JUNIO 2008

Se encuentra en párrafo de cláusula 9 de convenio 2008 que incorpora este ítem.

Calificación: Cumplido (31-12-2008)

		<p><u>Medios de Verificación:</u> REM 09 2007</p> <p>Convenio Tipo Praps</p> <p>Guía de Orientaciones PRAPS</p> <p>Programa Resolutividad 2008</p> <p>Página DEIS (febrero 09)</p>
<p>2. Incluir en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas, mejorando de esta forma el seguimiento a los pacientes. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.</p>	<p>2.5. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Se incorporó para el año 2007 los registros necesarios para la formulación de los Indicadores correspondientes al Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de Reparaciones de prótesis del total de prótesis instaladas. - % de Altas Integrales realizadas en personas del Chile Solidario del total de altas integrales realizadas en el Programa. - % de altas de seguimiento realizadas año 2007 del total de altas realizadas año 2006. <p>Se adjuntan los registros incorporados en el REM 09 Atención Odontológica para la confección de indicadores: SECCION B: Programas Especiales.</p> <p>PRÓTESIS REMOVIBLES: Se registra el número de prótesis instaladas en los beneficiarios de este Programa.</p> <p>REPARACIONES DE PRÓTESIS DENTALES: Se registra el número de Reparaciones de prótesis realizadas en los beneficiarios de este Programa.</p> <p>ALTAS INTEGRALES: Se registrarán en la línea superior el Número total de personas que han sido atendidos en este Programa (mujeres y hombres del Programa Chile Solidario, mujeres del SERNAM, entre otros) y han finalizado su tratamiento. En la línea inferior se registran solamente el número de persona identificadas del Programa Chile Solidario.</p> <p>ALTAS DE SEGUIMIENTO: Corresponde registrar en la línea superior el número total de personas que acuden a control después de haber sido dado de Alta el año anterior en este Programa. A estos pacientes, se les entregará la atención que necesiten según nivel de riesgo o patología, lo que dará lugar a un Alta Educativa, Preventiva o Integral. Se le citará a un nuevo control por odontólogo según las condiciones de riesgo que presenten (Paciente en seguimiento). En la línea inferior se registran solamente las altas de seguimiento en personas del Chile Solidario. Los Indicadores se adjuntan en el Programa de Resolutividad con sus respectivos Medios de Verificación DEIS.</p> <p>La conformidad de prótesis dentales se mide con el centinela de Reparación de Prótesis Dentales efectuadas en el Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos.</p>

		<p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 09</p> <p>Instructivo DEIS-REM 09</p> <p>Programa Resolutividad Componente Mujeres y Hombres</p>
<p>2. Incluir en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas, mejorando de esta forma el seguimiento a los pacientes. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.</p>	<p>2.6. Incorporar en el REM aquellos indicadores de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Se han incorporado los registros necesarios en el REM para realizar los indicadores comprometidos:</p> <p>1. Altas odontológicas integrales realizadas por el Programa (diferenciar por sexo):(Nº de altas odontológicas integrales realizadas en el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 años/Nº total de altas integrales comprometidas en el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 años)* 100 Medio de verificación: REM 09. Sección H. Celdas J130 y K130.</p> <p>2. Prótesis dentales instaladas por el Programa según sexo:(Nº de prótesis instaladas por el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 años por sexo/Nº total de prótesis comprometidas por el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 por sexo)* 100 Medio de verificación: REM 09. Sección H. Celdas J128 y K128.</p> <p>3. Beneficiarios de Chile Solidario atendidos en el Programa(Nº personas beneficiarias de Chile Solidario con alta integral, atendidas en el Programa/Nº total de personas entre 15-64 años con alta integral)*100 Medio de verificación: REM 09. Sección H. Celdas J131 y K131 y Celdas J130 y K130.</p> <p>4. Proporción de auditorías de calidad a pacientes (Nº de pacientes atendidos en el programa que fueron auditados/Nº total de pacientes atendidos en el Programa)*100 Medio de verificación: Registros Programa.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programas con sus Indicadores y medios de verificación según DEIS. REM 2007, versión final.</p>
IRA:	1.1. Explicitar los criterios de asignación de	A partir del año 2005, el criterio implementado fue incorporar los recursos del componente IRA municipal al precio per cápita, lo que implica asimilar

<p>1. Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.</p>	<p>recursos actuales y señalar posibles problemas asociados, debiendo incorporar nuevos criterios para lograr mayor cobertura comunal, dado que se encuentra en AUGE.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>el criterio per cápita de reconocimiento de la situación de pobreza, de ruralidad y demográfica, además de mayor cobertura a nivel nacional, para poder garantizar la atención. Se incorpora el comportamiento epidemiológico en la asignación de fármacos. Todo lo anterior, se encuentra definido en las prestaciones asociadas a los Programas contenidos en el Decreto del Aporte Estatal Año 2006 y se alcanzó un 100% de cumplimiento a lo programado el 2005.</p> <p>Los criterios de asignación de recursos utilizados hasta el año 2006, se han focalizado en localidades con altas concentraciones de población, con la finalidad de que éstos dieran apoyo a las poblaciones más dispersas. Dadas las especiales características de algunas comunas con poblaciones menores de 10.000, consultorios adosados a hospitales y hospitales tipo 4, para el año 2007 se ha proyectado nueva salas que den atención integral a niños y adultos en enfermedades respiratorias.</p> <p>Los criterios de asignación de las IRA son población, riesgo epidemiológico, ubicación geográfica (posibilidad de acceso).</p> <p>La IRA Baja es garantía explícita en el menor de 5 años, por lo tanto debe darse acceso universal a la atención de salud a los grupos vulnerables que son los menores de 5 años, los criterios de expansión son los mandados para cumplir dichas garantías que son UNIVERSALES. Las grandes ciudades dentro de los servicios de salud ya cuentan con acceso a consulta médica fármacos, kinesiterapia respiratoria y actividades educativo-preventivas. La brecha 2007 se acorta justamente con expansión a aquellas comunas costo fijo con menos de 10.000 hbtes y los hospitales tipo 4 y centros con ruralidad. Por otro lado se toma en cuenta la factibilidad que ofrece la comuna al funcionamiento de esta salas con la disponibilidad de espacio físico y capacidad de gestión local, la que es convenida entre los encargados de IRA de los servicios de salud del país y las autoridades comunales. Existen comunas con vulnerabilidad social, criterios de dificultad en acceso, pobreza, ruralidad donde no hay voluntad política del Alcalde para implementar estrategia. Por otro lado en lugares apartados se hace difícil conseguir recurso humano para llenar los cargos, por lo que las comunas deben adicionar recursos para hacer más atractivo el cargo y conseguir recurso humano.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> DECRETO APORTE ESTATAL AÑO 2006</p> <p>Convenios entre los Municipios y Servicios de Salud o Resolución Exenta en los casos de dependencia del Servicio.</p>
---	--	--

<p>IRA:</p> <p>1. Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.</p>	<p>1.2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos. (Ídem compromiso 1.3.2. de la recomendación general II.1.3).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Se incorporó en la formulación presupuestaria para el año 2007, la solicitud de nuevas salas para hacer prevención y asistencia de enfermedades respiratorias en niños y adultos, en aquellas comunas con menos de 10.000 habitantes, consultorios adosados a hospitales y hospitales tipo 4, teniendo en cuenta la situación en que se encuentran localidades apartadas con poblaciones pequeñas y con difícil acceso a la atención. Cada Servicio de Salud envía una propuesta con análisis epidemiológicos de las localidades y en base a esa propuesta del Servicio se asignan las nuevas Salas. La menor población de las comunas con costo fijo, su dificultad de acceso por las distancias a grandes centros hacen necesario modificar la estrategia tradicional de salas por grupos etarios IRA, ERA y atender toda edad, con funciones en control de crónicos respiratorios y atención de agudos. El aumentar a 44 horas el recurso humano klg, con el respectivo incremento de honorarios en la denominada sala mixta, se hace necesario porque con otras condiciones no se consigue llevar recurso humano a lugares apartados para cubrir las necesidades de la población. El Objetivo de las salas Mixtas es asegurar el cumplimiento de GES en IRA BAJA en menores de 5 años, Fibrosis Quística, Asma en el menor de 15 años y EPOC en mayores de 45 años.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Formulario para análisis epidemiológico.</p> <p>DECRETO APORTE ESTATAL AÑO 2006</p>
<p>2. Revisar el modelo de atención de las salas y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que sin constituir la mayoría - la tecnología de las salas se orienta a patologías agudas - son un segmento no menor (ver recomendaciones ERA).</p>	<p>2.1. Elaborar Norma Clínica para uso de fármacos de pacientes crónicos en el caso de IRA.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Existe la Norma Técnica "Manejo de las Enfermedades Respiratorias del Niño", la cual se elaboró en 1994 y se actualizó en 2002. Esta norma señala el uso de fármacos de pacientes crónicos en el caso de IRA. Existe la Norma IRA 2002, es una norma clínica que incluye la definición y tratamiento farmacológico de las patologías crónicas respiratorias pediátricas (IRA) que se atienden en Atención Primaria, que son Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente del Lactante y Asma Bronquial.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Guía Clínica IRA.</p> <p>Decreto Garantía Explícitas en Salud (GES) 2006.</p>

		Norma Técnica IRA
<p>3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela, los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.</p>	<p>3.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente IRA, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos a cada convenio de transferencia de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>El accionar del componente IRA, se basa en el cumplimiento del Objetivo Sanitario a 2010, referido a Mortalidad Infantil, cuya meta corresponde a llegar a una Tasa de Mortalidad Infantil de 7,5 por 1.000 nacidos vivos (NV)"Para lograr este desafío, se han fijado los objetivos de:1.- Brindar atención a los menores de 15 años con IRA 2.-Establecer la capacidad de resolutiveidad del problema de salud respiratoria en el nivel local.En consistencia con los objetivos establecidos, se revisaron los datos existentes y se diseñaron los siguientes indicadores:1.- Salas IRAIndicador: Porcentaje de Variación del Número de Salas IRA respecto del periodo anteriorFórmula Cálculo: ((Número de Salas IRA 2007-Numero de Salas IRA 2006 / Número de Salas IRA 2006)*100Meta: >02.- Consultas MédicasIndicador: Porcentaje de Variación del número de Consultas Médicas IRA respecto del periodo anteriorFórmula Cálculo: ((Número Consultas Médicas Totales IRA 2007 - Número Consultas Médicas Totales IRA 2006) / Número Consultas Médicas Totales IRA 2006)*100Meta: >03.- Procedimientos MédicosIndicador: Porcentaje de Variación del número de Procedimientos Médicos IRA respecto del periodo anteriorFórmula Cálculo: ((Número de Procedimientos Médicos IRA Totales 2007 - Número de Procedimientos Médicos IRA Totales 2006) / Número de Procedimientos Médicos IRA Totales 2006)*100Meta: >04.- Derivaciones a Unidad de Emergencia InfantilIndicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones IRA a Unidad de Emergencia Infantil respecto del periodo anteriorFórmula Cálculo: ((Número de Derivaciones IRA Totales 2007 a Unidad de Emergencia Infantil - Número de Derivaciones IRA Totales 2006 a Unidad de Emergencia Infantil) / (Número de Derivaciones IRA Totales 2006 a Unidad de Emergencia Infantil) *100Meta: >05.- Derivaciones a Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)Indicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones IRA a CAE respecto del periodo anteriorFórmula Cálculo: ((Número de Derivaciones IRA Totales 2007 a CAE - Número de Derivaciones IRA Totales 2006 a CAE) / Número de Procedimientos Médicos IRA Totales 2006 a Consultorio Adosado de Especialidades) *100Meta: >06.- Hospitalizaciones AbreviadasIndicador: Porcentaje de Variación del número de Hospitalizaciones Abreviadas IRA respecto del periodo anteriorFórmula Cálculo: ((Número de Hospitalizaciones Abreviadas 2007 - Número de Hospitalizaciones Abreviadas 2006) / Número de Hospitalizaciones Abreviadas 2006) *100Meta: >0Finalmente, es importante mencionar que, los recursos del componente IRA se incorporaron el año 2005 al per cápita, por lo que no es posible incorporarlos a cada convenio de transferencia de recursos, ellos</p>

		<p>forman parte del Decreto que determina el Aporte Estatal Anual, a través de una resolución con la remesa mensual a cada comuna.</p> <p>Sólo es posible comprometer metas con respecto al indicador N°1, la que se fija en 1%; con respecto a los demás indicadores no es recomendable establecer una meta puesto que las consultas médicas, procedimientos médicos, derivaciones y hospitalizaciones dependen de : condiciones epidemiológicas, atmosféricas, determinantes sociales. Esta atención se realiza a demanda, no tiene barreras de entrada y es necesario medir su producción. En términos analíticos; una variación negativa implica que se ha tenido un año epidemiológicamente bueno, y una variación positiva indica que ha habido una mayor demanda, a la que las salas IRA-ERA deben dar respuesta de atención. Se realizará seguimiento para su análisis.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008 Se adjunta REM 23</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> DECRETO APORTE ESTATAL AÑO 2006</p> <p>REM IRA</p> <p>REM 23</p>
<p>3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela, los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.</p>	<p>3.2. Diseñar indicadores de seguimiento pertinentes para ser incorporados en el Registro Estadístico Mensual (REM), sobretodo a la luz de la incorporación de las salas IRA baja (menores de 5 años) en el AUGE.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Los indicadores de seguimiento diseñados para ser incorporados al Registro Estadístico Mensual REM, son los que se señalaron en el compromiso anterior, a los cuales se le agrega un indicador específico para seguimiento de IRA baja (menores de 5 años) en el AUGE. Este último se señala a continuación: Ingresos IRA Baja en menores de 5 años Indicador: Número de Ingresos de IRA Baja en menores de 5 años a dic2007 Meta: Establecer Línea Base. Los ingresos de IRA Baja, fueron incorporados con dicha clasificación, sólo a partir de 2007, por lo que se observa el número y no un indicador de variación; ya que la serie de datos se tendrá en 2008, lo que dará la posibilidad de la comparación respecto del periodo anual anterior.</p> <p>CORTE A JUNIO Se adjunta Rem 23</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008)</p>

		<u>Medios de Verificación:</u> REM IRA rem 23
3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela, los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.	3.3. Incorporar los indicadores pertinentes en el REM como plan piloto. <u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006	Los datos que se requieren para la construcción de los indicadores ya señalados, se encuentran incorporados de forma permanente en los REM, por lo que la fase piloto se ha cumplido. Esto se demuestra en la justificación del compromiso siguiente, que presenta el cálculo de resultados de variación porcentual considerando dos periodos anuales, verificando la permanencia de registros. CORTE A JUNIO 2008 Se adjunta Rem 23 <u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008) <u>Medios de Verificación:</u> REM IRA REM 23
3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela, los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.	3.4. Incorporar indicadores pertinentes en el REM de forma permanente. <u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2007	Desde diciembre 2005 se incorporaron en los REM los datos específicos de IRA baja, para realizar seguimiento a las garantías asociadas. Desde 2007, se modificó el REM, incorporando además: · Consultas totales morbilidad pediátrica · Consultas con clasificación diagnóstica específica de IRA Baja y por Grupo de edad · Derivación a Unidad de Urgencia o SAPU · Crisis bronquiales o asmáticas atendidas en A.P.SA esta fecha, se encuentran incorporados en los REM, los datos que componen cada numerador y denominador de los indicadores nombrados anteriormente. De acuerdo a esto y a las fórmulas de cálculo ya planteadas, se señalan los resultados de cada indicador: 1.- Salas IRA Indicador: Porcentaje de Variación del Número de Salas IRA respecto del periodo anterior. Resultado: 1%, de 165 a 183 salas a dic. de 2007 2.- Consultas Médicas Indicador: Porcentaje de Variación del número de Consultas Médicas IRA

		<p>respecto del periodo anterior. Resultado: (52.627 / 114.203) = 46,08%</p> <p>3.- Procedimientos Médicos Indicador: Porcentaje de Variación del número de Procedimientos Médicos IRA respecto del periodo anterior Resultado: (1.449 / 15.982) = 9,07%</p> <p>4.- Derivaciones a Unidad de Emergencia Infantil Indicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones IRA a Unidad de Emergencia Infantil respecto del periodo anterior Resultado: (2.682 / 4.849) = 55,31%</p> <p>5.- Derivaciones a Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) Indicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones IRA a CAE respecto del periodo anterior Resultado: (1.234 / 2.132) = 57,88%</p> <p>6.- Hospitalizaciones Abreviadas Indicador: Porcentaje de Variación del número de Hospitalizaciones Abreviadas IRA respecto del periodo anterior Resultado: (4.715 / 17.725) = 26,60%</p> <p>7.- Ingresos IRA Baja en menores de 5 años Indicador: Número de Ingresos de IRA Baja en menores de 5 años a dic 2007 Resultado: 297.958</p> <p>CORTE A JUNIO 2008 Se adjunta REM 23</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 23</p>
<p>ERA:</p> <p>1. Dado que el componente replica la tecnología de las salas IRA, conviene evaluar - técnicamente y desde el usuario - el modelo de atención y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que</p>	<p>1.1. Elaborar Norma Clínica para uso de fármacos de pacientes crónicos en el caso de ERA.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Existencia de Norma Técnica y guía clínica relativa a la detección y parámetros de derivación de patologías respiratorias, así como en el manejo farmacológico a seguir para cada una de ellas, en la cual los profesionales que se desempeñan en las salas ERA, nuevas y antiguas, se encuentran capacitados.El Componente está orientado al manejo de crónicos atendiendo sus exacerbaciones, y los aspectos preventivos, como la Vacunación AntiInfluenza de este grupo de riesgo y consejería para cesación de hábito tabáquico.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2007)</p>

<p>constituyen la mayoría de sus beneficiarios y requieren un cuidado integral que maneje oportunamente sus problemas y las "morbilidades" que son tratadas en otros programas del consultorio orientados a este sector.</p>		<p><u>Medios de Verificación:</u> Norma Clínica ERA y y EPOC.</p> <p>Guía Clínica Neumonía.</p> <p>DECRETO GES 2007.</p>
<p>2. Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.</p>	<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del ERA y señalar posibles problemas asociados.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>El Diagnóstico y Tratamiento de neumonía comunitaria del mayor de 65 años y EPOC son GES, por lo tanto debe darse acceso universal a la atención de salud a los grupos vulnerables. El criterio de asignación es el acortar las brechas de acceso y oportunidad que tiene las poblaciones pequeñas menores a 10000 hbtes o establecimientos adosados a hospitales, lo cual ha sido contemplado en la formulación presupuestaria para el año 2007, con la información proveniente de cada Servicio de Salud</p> <p>Verificación: Evaluación Nacional Anual de Programa ERA con cuenta Servicio a Servicio de mortalidad, y morbilidad local, actividades, recurso humano, problemas de gestión, necesidades especiales(Cada servicio presenta un POSTER y deja respaldo digital).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> ORD. C2 N° 373 DE FECHA 2006 QUE DETERMINA SALAS DE EXPANSIÓN PROGRAMA ERA AÑO 2006</p> <p>Estadística salas ERA.</p> <p>Evaluación Nacional Programa ERA.</p>
<p>2. Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas</p>	<p>2.2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de</p>	<p>El Diagnóstico y Tratamiento de neumonía comunitaria del mayor de 65 años y EPOC son GES, por lo tanto debe darse acceso universal a la atención de salud a los grupos vulnerables. El criterio de asignación es el acortar las brechas de acceso y oportunidad que tiene las poblaciones pequeñas menores a 10000 hbtes o establecimientos adosados a hospitales, lo cual ha sido contemplado en la formulación presupuestaria para el año 2007, con la información proveniente de cada Servicio de Salud</p> <p>Verificación: Evaluación Nacional Anual de Programa ERA con cuenta Servicio a Servicio de mortalidad, y morbilidad local, actividades, recurso</p>

<p>salas.</p>	<p>presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>humano, problemas de gestión, necesidades especiales(Cada servicio presenta un POSTER y deja respaldo digital.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Diagnostico epidemiológico y solicitud de ampliación de las Salas 2007.</p> <p>Convenios de instalación Salas nuevas.</p>
<p>3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.</p>	<p>3.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente ERA, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Respuesta BGI 2008:</p> <p>Una tarea del grupo de trabajo que se constituirá, será revisar y evaluar el diseño de los indicadores de este componente y relacionarlos con sus objetivos y metas correspondientes, para ser incorporado al convenio de transferencia de recursos.</p> <p>El Objetivo principal del componente/programa ERA es disminuir la mortalidad por neumonía en el adulto, a partir del cual se descomponen objetivos específicos, como los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Mejorar el control de EPOC y Asmáticos en APS. 2.- Mejorar la calidad de vida en EPOC y Asmáticos. 3.- Proveer de diagnóstico y tratamiento oportuno a los adultos con más riesgo de morir por neumonía. <p>De acuerdo a los antecedentes nombrados, se revisaron los datos existentes y, en consistencia con los objetivos a cumplir, se diseñaron los siguientes indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ingresos Totales: Indicador: Porcentaje de Variación del número de Ingresos Totales ERA respecto del periodo anterior; Fórmula Cálculo: $((\text{Número Ingresos Totales ERA 2007} - \text{Número Ingresos Totales ERA 2006}) / \text{Número Ingresos Totales ERA 2006}) * 100$; Meta: >0. 2.- Procedimientos Médicos; Indicador: Porcentaje de Variación del número de Procedimientos Médicos ERA respecto del periodo anterior; Fórmula Cálculo: $((\text{Número de Procedimientos Médicos ERA Totales 2007} - \text{Número de Procedimientos Médicos ERA Totales 2006}) / \text{Número de Procedimientos Médicos ERA Totales 2006}) * 100$; Meta: >0. 3.- Derivaciones a Unidad de Emergencia Adultos: Indicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones ERA a Unidad de Emergencia Adultos respecto del periodo anterior. Fórmula Cálculo: $((\text{Número de Derivaciones ERA Totales 2007 a Unidad de Emergencia Adultos} - \text{Número de Derivaciones ERA Totales 2006 a Unidad de Emergencia Adultos}) / \text{Número de Derivaciones ERA Totales 2006 a Unidad de Emergencia Adultos}) * 100$

	<p>de Derivaciones ERA Totales 2006 a Unidad de Emergencia Adultos)Meta: >0.</p> <p>4.- Derivaciones a Consultorio Adosado de EspecialidadesIndicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones ERA a Consultorio Adosado de Especialidades respecto del periodo anterior Fórmula Cálculo: ((Número de Derivaciones ERA Totales 2007 a Consultorio Adosado de Especialidades - Número de Derivaciones IRA Totales 2006 a Consultorio Adosado de Especialidades) / Número de Procedimientos Médicos ERA Totales 2006 a Consultorio Adosado de Especialidades) *100Meta: >0.</p> <p>5.- Intervenciones en Crisis: Indicador: Porcentaje de Variación del número de pacientes con intervención en crisis respecto del periodo anterior; Fórmula Cálculo: ((Número de pacientes con intervención en crisis año 2007 - Número de pacientes con intervención en crisis año 2006) / Número de pacientes con intervención en crisis año 2006) *100; Meta: >0.</p> <p>Es importante mencionar que, los recursos del componente ERA se adhirieron el año 2005 al per cápita, por lo que no es posible incorporarlos a cada convenio de transferencia de recursos, ellos forman parte del Decreto que determina el Aporte Estatal Anual, a través de una resolución con la comuna.</p> <p>El programa de Control de Enfermedades Respiratorias del adulto es un programa nacional, que coordina las acciones que se llevan a cabo sobre este tema en 3 niveles de atención, ejecutado perfectamente en la atención primaria y cuyas normas deben ser aplicadas progresivamente en todos los establecimientos de salud.</p> <p>El objetivo general es reducir la mortalidad y letalidad de las Enfermedades Respiratoria del adulto (ERA) en Chile, para de esta manera mejorar su calidad de vida.</p> <p>Sus objetivos específicos son: Dotar a los centros de salud con salas de apoyo respiratorio del adulto, para diagnosticar, tratar y rehabilitar de acuerdo a normas, particularmente en atención primaria. Mejorar capacidad resolutoria del nivel primario. Promover y desarrollar acciones para disminuir la prevalencia del tabaquismo.</p> <p>Todas la acciones tienden a reducir mortalidad y letalidad de ERA, el indicador de impacto que utilizan es la disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias.</p>
--	--

		<p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO ERA AÑO 2006</p> <p>RESOLUCIÓN QUE APRUEBA EL PROGRAMA ERA</p> <p>GES que garantiza oportunidad de diagnóstico y tratamiento</p> <p>REM ERA</p> <p>Rem P3</p> <p>Rem 23</p> <p>Programa de control de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile</p> <p>PROGRAMA CONTROL DE ENF. RESP DEL ADULTOS PARTE 1</p> <p>PROGRAMA CONTROL DE ENF. RESP DEL ADULTOS PARTE 2</p>
<p>3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación</p>	<p>3.2. Diseñar indicadores de seguimiento pertinentes para ser incorporados en el Registro Estadístico Mensual (REM) a incorporar en registro, sobre todo a la luz de las EPOC, asma y, obstrucción y neumonía en el AUGÉ.</p>	<p>Los indicadores de seguimiento diseñados para ser incorporados al Registro Estadístico Mensual REM, son los que se señalaron en el compromiso anterior, a los cuales se agregan indicadores de seguimiento de EPOC, Asma y Neumonía en el AUGÉ. Estos últimos se señalan a continuación:</p> <p>1.- Ingresos EPOC Indicador: Porcentaje de Ingresos ERA con diagnóstico de EPOC en relación al total de Ingresos ERA durante el periodo t (2007) Fórmula de Cálculo: $(\text{Número de Ingresos ERA con diagnóstico de EPOC } 2007 / \text{Número Total de Ingresos ERA } 2007) * 100$ Meta: Establecer Línea Base</p> <p>2.- Ingresos Asma</p>

<p>más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.</p>	<p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Ingresos ERA con diagnóstico de Asma en relación al total de Ingresos ERA durante el periodo t (2007) Fórmula de Cálculo: $(\text{Número de Ingresos ERA con diagnóstico de Asma 2007} / \text{Número Total de Ingresos ERA 2007}) * 100$ Meta: Establecer Línea Base 3.- Ingresos Neumonía y Bronconeumanía Indicador: Porcentaje de Ingresos ERA con diagnóstico de Neumonía y Bronconeumonía en relación al total de Ingresos ERA durante el periodo t (2007) Fórmula de Cálculo: $(\text{Número de Ingresos ERA con diagnóstico de Neumonía y Bronconeumonía 2007} / \text{Número Total de Ingresos ERA 2007}) * 100$ Meta: Establecer Línea Base</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>Se adjunta REM P· REM 23</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM ERA.</p> <p>REM 23</p> <p>REM 23</p>
<p>3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.</p>	<p>3.3. Incorporar los indicadores pertinentes en el REM como plan piloto.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Los datos que se requieren para la construcción de los indicadores ERA ya señalados, se encuentran incorporados de forma permanente en los REM, por lo que la fase piloto se ha cumplido. Esto se demuestra en la justificación del compromiso siguiente, con el cálculo de resultados de variación porcentual de dos periodos anuales, verificando la permanencia de registros.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>Se adjunta Rem 23 y Rem P3</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM ERA.</p>

		<p>REM ACTIVIDADES ERA</p> <p>Rem P3</p> <p>Rem 23</p>
<p>3. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.</p>	<p>3.4. Incorporar los indicadores pertinentes en el REM de forma general.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2007</p>	<p>A esta fecha se encuentran incorporados en el REM, los datos que componen cada numerador y denominador de la totalidad de los indicadores ya nombrados. Esto se verifica presentando los resultados de cada uno:</p> <p>1.- Ingresos Totales Indicador: Porcentaje de Variación del número de Ingresos ERA respecto del periodo anterior Resultado: $(18.337 / 80.765) = 22,70\%$</p> <p>2.- Ingresos EPOC Indicador: Porcentaje de Ingresos ERA con diagnóstico de EPOC en relación al total de Ingresos ERA durante el periodo t (2007) Resultado: $(24.386 / 99.102) = 24,61\%$</p> <p>3.- Ingresos Asma Indicador: Porcentaje de Ingresos ERA con diagnóstico de Asma en relación al total de Ingresos ERA durante el periodo t (2007) Resultado: $(25.575 / 99.102) = 25,81\%$</p> <p>4.- Ingresos Neumonía y Bronconeumanía Indicador: Porcentaje de Ingresos ERA con diagnóstico de Neumonía y Bronconeumanía en relación al total de Ingresos ERA durante el periodo t (2007) Resultado: $(16.656 / 99.102) = 16,81\%$</p> <p>5.- Procedimientos Médicos Indicador: Porcentaje de Variación del número de Procedimientos Médicos ERA respecto del periodo anterior Resultado: $(11.537 / 61.239) = 18,84\%$</p> <p>6.- Derivaciones a Unidad de Emergencia Adultos Indicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones ERA a Unidad de Emergencia Adultos respecto del periodo anterior Resultado: $(1.145 / 2.235) = 51,23\%$</p> <p>7.- Derivaciones a Consultorio Adosado de Especialidades Indicador: Porcentaje de Variación del número de Derivaciones ERA a Consultorio Adosado de Especialidades respecto del periodo anterior Resultado: $(1.601 / 2.368) = 67,61\%$</p> <p>8.- Intervenciones en Crisis Indicador: Porcentaje de Variación del número de pacientes con</p>

		<p>intervención en crisis respecto del periodo anterior Resultado: $(4.981 / 23.120) = 21,54\%$ En diciembre 2006 se modificó el REM para incorporar las garantías específicas en ERA. En diciembre 2005 se modificó el REM para incorporar las garantías específicas en ERA, con clasificación de atención por diagnósticos específicos de Neumonía, EPOC y ASMA, separados por grupo de edad. Con entrega de cada Servicio de población Crónica Respiratoria bajo control en Evaluación Nacional Anual ERA.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>Se adjunta Rem 23 y Rem P3</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Rem P3 Rem 23</p>
<p>APOYO RADIOLÓGICO:</p> <p>1. De continuar el componente Apoyo de Diagnóstico, se recomienda redefinirlo desde su objetivo – y el diagnóstico del problema – hasta los sistemas de información que permitan validar su eficacia. En este sentido, se debería respaldar la pertinencia de esta estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es deseable financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero se desconocen las ventajas específicas de desarrollar esta iniciativa de manera</p>	<p>1.1. Elaborar programa y convenio tipo que unifique el componente ERA y Radiológico dado que en términos sanitarios buscan solucionar el mismo problema, considerando que el componente radiológico apoya tanto al ERA e IRA, especialmente en la confirmación del estado agudo, tanto en diagnóstico como en confirmación diagnóstica.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>El convenio adjunto, contempla los recursos asociados al componente radiológico, determinando número de placas para la detección de patologías agudas(cláusula cuarta, letra b)), lo cual se ve complementado por las guías clínicas que determinan procedimientos para el diagnóstico y derivación cuando corresponda. Asimismo, en cláusula quinta, letra b, se determinan recursos y cuotas asociados. El año 2005 se ejecutó el 100% de lo programado y este componente es esencial para alcanzar las Garantías en Régimen de Neumonía Adulto mayor de 65 años, IRA Baja en menores. La incorporación de Asma en menores de 5 años y EPOC mayores de 45 años programadas para entrar en Régimen a contar del 1 de julio 2006.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO IRA - ERA Y APOYO RADIOLÓGICO AÑO 2006</p>

<p>aislada respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito . Asimismo, se debe actualizar el diagnóstico sobre el nivel de utilización de la capacidad instalada de imagenología en el sistema público de salud, con el propósito de identificar si realmente el componente aportaría a mejorar la oportunidad de la atención respecto a la modalidad "sin programa".</p>		
<p>2. Explicitar criterios de asignación de recursos y la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos.</p>	<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del Apoyo Radiológico y señalar posibles problemas asociados</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007</p> <p>La asignación de recursos del componente de Apoyo Radiológico cuya denominación oficial es "Programa de Apoyo Diagnóstico Nivel Primario para la Resolución Ambulatoria de los Problemas en Niños y Adultos", se asocia a los CRITERIOS GENERALES frecuencia de riesgo en la población, la demanda potencial de manejo y la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a cargo:</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO DE 2008</p> <p>Tales criterios generales se manifiestan en CRITERIOS OPERACIONALES a través de las siguientes variables, con su respectiva ponderación porcentual específica del componente de Apoyo Radiológico para la asignación de recursos:</p> <p>Riesgo sanitario (RS), 30%; Acceso a la atención(AA) 20%; Ubicación Geográfica(UG),20%; Población (P) 30%..</p>

		<p>No obstante lo anterior, siempre se contempla la mayor incidencia de patologías respiratorias con garantías explícitas (EPOC, Asma Bronquial, Síndrome Bronquial Obstructivo, Neumonía) y mayor registro de morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias DEIS MINSAL, para lo que es posible entregar mayores recursos.</p> <p>CORTE A 30 DE JUNIO 2009</p> <p>Se debe considerar que el componente de Apoyo Radiológico, es coayudante del Programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), que abarca a toda la población beneficiaria adulta, focalizándose en los mayores de 65 años, aportando con el requisito indispensable para el desarrollo de las confirmaciones o descartes de los diagnósticos de enfermedad respiratoria en este grupo etéreo. En el medio ambulatorio, la radiografía de tórax a los pacientes con cuadro clínico sugerente de neumonía se utiliza para certificar el diagnóstico y evaluar la gravedad del cuadro Sin embargo el diagnóstico es clínico.</p> <p>Este componente también es co-ayudante del Programa de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Niños (IRA) y, tal como lo recomienda la Guía Clínica "Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años" (páginas 13,14 y 15), aporta con la radiografía de Tórax como examen complementario.</p> <p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009</p> <p>Por lo tanto, la distribución de los criterios operacionales y sus pesos de los componentes/programas IRA y ERA, también tienen impacto en el componente /Programa de Apoyo Radiológico</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO DE 2010</p> <p>Los criterios descritos previamente son informados explícitamente a los Servicios de Salud para la distribución de la expansión presupuestaria y elaboración asignación de recursos de convenios, así como para la apertura de nuevas salas, en el componente que corresponda.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su</p>
--	--	---

		<p>cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA APOYO RADIOLÓGICO AÑO 2001</p> <p>Convenio radiológico 2004 - 2005.</p> <p>REM 23</p> <p>Guía Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio En personas de 65 años y más.</p> <p>Programa de control de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile.</p>
<p>2. Explicitar criterios de asignación de recursos y la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos.</p>	<p>2.2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007</p> <p>No ha sido necesario establecer nuevos criterios de asignación de recursos, sin embargo se evaluará su reformulación</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO 2008</p> <p>Cabe señalar que la asignación de los recursos a través de los criterios generales y operacionales responde adecuadamente a las necesidades de los componentes/programas del PRAPS.</p> <p>Sin embargo, la variación del peso porcentual permite asignar los recursos en forma más eficiente, razón por la cual se asignaron de manera diferenciada para la distribución de los recursos, como se indica a continuación:</p> <p>CORTE AL 30 DE JUNIO 2009</p> <p>La variación de los pesos porcentuales iguales a diferenciados en este componente es la siguiente:</p> <p>Riesgo sanitario (RS), 30%; Acceso a la atención(AA) 20%;</p>

		<p>Ubicación Geográfica(UG),20%; Población (P) 30%..</p> <p>CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009</p> <p>En consideración a los criterios y la revisión de los resultados en los indicadores de impacto observados, a la estabilidad en las características epidemiológicas de la población, a que los criterios existentes dan cuenta del desarrollo del proceso y a que los resultados perseguidos son los observados hasta el momento, se define que no es necesario establecer nuevos ámbitos como criterios de asignación de recursos y, por ende no modificarlos, ya que éstos satisfacen las necesidades de la gestión de la asignación de recursos para el programa.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p>
<p>3. Construir un sistemas de monitoreo y evaluación que permita recopilar información de un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos mayores, así como la eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías.</p>	<p>3.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente Radiológico, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Respuesta 2010 :</p> <p>El programa de apoyo radiológico es co - ayudante de los programas IRA y ERA, consistente con el diagnóstico de enfermedades respiratorias que es fundamentalmente clínico. Una de las intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica es la radiografía torácica, que es útil para descartar o confirmar el diagnóstico de Neumonía en niños y adultos. En el medio ambulatorio, se recomienda solicitar una radiografía de tórax a los pacientes que presenten mayor riesgo de morir por neumonía, fundamentalmente menores de 5 años y mayores de 65 según convenio, aun cuando las recomendaciones técnicas indican pesquisa a contar de los 60 años.</p> <p>Aún cuando el componente radiológico posee programa y convenio tipo, este programa y su convenio están vinculados a las acciones de las salas IRA y ERA, por tanto, se ha tenido en cuenta la necesidad de que los objetivos, metas e indicadores sean consistentes y permitan un mayor</p>

	<p>análisis y proyección de resultados.</p> <p>Los Servicios de Salud a través de los convenios realizados, incorporan los criterios de oportunidad (ejecución e informe en plazo no superior a 48 hrs.) y calidad (criterio técnico radiológico).</p> <p>Los convenios consideran: la norma técnica de manejo de las enfermedades respiratorias del niño y del adulto, acceso a tratamiento de IRA baja en menores de 5 años, acceso a diagnóstico y tratamiento en Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 y más años y formulario de registro de radiografías realizadas en el establecimiento.</p> <p>En ese contexto, las comunas debieran llevar un registro estadístico con identificación de cada paciente por Servicio de Salud, Fecha, Nombre, Rut y edad del paciente, Fecha de Solicitud y entrega, Nombre del médico, Diagnóstico final, Centro de salud que solicita RX, centro que realiza RX.</p> <p>Los indicadores asociados a esto son:</p> <p>Radiografías de Tórax Indicador: Porcentaje de Radiografías de Tórax realizadas Fórmula de Cálculo: $(\text{Número de Radiografías de Tórax realizadas año t} / \text{Número Total Radiografías de Tórax programadas año t}) * 100$ Meta: 100% Patologías Respiratorias con Garantía GES con Radiografías Tórax Indicador: Porcentaje de Patologías Respiratorias con Garantía GES con Radiografías de Tórax realizadas. Fórmula de Cálculo: $(\text{Número de Patologías Respiratorias con Garantía GES con Radiografías de Tórax realizadas año t} / \text{Número Total Patologías Respiratorias con Garantía GES año t}) * 100$ Meta: 100%.</p> <p>Durante el 2010, se realiza el levantamiento de información para establecer el comportamiento real de la indicación de placas de examen radiológico específico para la sospecha de la neumonía en niños y adultos. Esta información es generada por cada Servicio de salud y queda plasmado en el convenio el cual incluye los aspectos técnicos que se requieren para el monitoreo de la información.</p> <p>Al mismo tiempo el Ministerio de Salud, a través de Ord. Nº C551 Nº 1521</p>
--	---

		<p>de fecha 27.05.2010, ha realizado observaciones técnicas para optimizar registros ya citados.</p> <p>Se espera obtener a final de 2010:</p> <p>a) Base sistematizada de registros por Servicio de Salud y País.</p> <p>b) Evaluar con base a las estadísticas anuales generadas los resultados de los indicadores mencionados, por Servicio de salud y nivel país, generando un Informe.</p> <p>c) Con base al Informe, se procederá a reformular el programa incorporando mecanismo de reliquidación y de reasignación de los recursos.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO IRA Y ERA APOYO RADIOLÓGICO AÑO 2006 -2007</p> <p>REM 23</p> <p>Guía Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio En personas de 65 años y más.</p>
<p>3. Construir un sistemas de monitoreo y evaluación que permita recopilar información de un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos mayores, así como la</p>	<p>3.2. Evaluar el cumplimiento de las metas para los indicadores incorporados en el convenio</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Respuesta BGI 2008: Se tienen información parcial del cumplimiento de metas para el año 2008. El grupo de trabajo evaluara indicadores y cumplimiento de metas para el año 2008.</p> <p>REM modificado desde enero 2007 que incorpora el número de Consultas totales de morbilidad pediátricas; consultas por IRA baja pediátricas por grupo etareo.</p>

<p>eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías.</p>	<p>Metas: -100% de Radiografías de Tórax realizadas. -100% Patologías Respiratorias con Garantía GES con Radiografías Tórax realizadas.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>Las Radiografías de tórax son parte de la actividad diagnóstica de Neumonía, EPOC y Asma Bronquial; por lo que se realiza el seguimiento del programa a través del registro del diagnóstico de estas patologías en REM 23, para no duplicar los registros.</p> <p>RESPUESTA DISCUSIÓN PRESUPUESTARIA 2010</p> <p>Grafico 1 INDICADORES BÁSICOS EN SALUD 2007, Fuente DEIS 1</p> <p>Se observa en gráfico 1 una tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio de 70 por 100.000 para mujeres y de 90 por 100.000 para hombres en el año 90, la tendencia es la disminución de esta tasa. En el año 2005 se observan valores cercanos a 40 por 100.000 para hombres y mujeres.</p> <p>Tabla 1 MORTALIDAD POR NEUMONÍAS¹, SEGÚN SEXO, CHILE 1990 - 2006</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AÑO</th> <th colspan="2">AMBOS SEXOS</th> <th colspan="2">HOMBRES</th> <th colspan="2">MUJERES</th> </tr> <tr> <th></th> <th>DEFUNCIONES</th> <th>TASA*</th> <th>DEFUNCIONES</th> <th>TASA*</th> <th>DEFUNCIONES</th> <th>TASA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1990</td><td>6.360</td><td>48,3</td><td>3.402</td><td>52,2</td><td>2.958</td><td>44,4</td></tr> <tr><td>1991</td><td>5.242</td><td>39,1</td><td>2.817</td><td>42,5</td><td>2.425</td><td>35,7</td></tr> <tr><td>1992</td><td>5.342</td><td>39,1</td><td>2.789</td><td>41,3</td><td>2.553</td><td>36,9</td></tr> <tr><td>1993</td><td>5.846</td><td>42</td><td>3.000</td><td>43,6</td><td>2.846</td><td>40,5</td></tr> <tr><td>1994</td><td>5.666</td><td>40</td><td>2.899</td><td>41,4</td><td>2.767</td><td>38,7</td></tr> <tr><td>1995</td><td>6.931</td><td>48,1</td><td>3.566</td><td>50,1</td><td>3.365</td><td>46,3</td></tr> <tr><td>1996</td><td>6.949</td><td>47,6</td><td>3.593</td><td>49,8</td><td>3.356</td><td>45,5</td></tr> <tr><td>1997</td><td>6.568</td><td>45</td><td>3.455</td><td>47,8</td><td>3.113</td><td>42,2</td></tr> <tr><td>1998</td><td>6.121</td><td>40,8</td><td>3.116</td><td>42</td><td>3.005</td><td>39,7</td></tr> <tr><td>1999</td><td>6.971</td><td>45,9</td><td>3.485</td><td>46,3</td><td>3.486</td><td>45,4</td></tr> <tr><td>2000</td><td>4.283</td><td>27,8</td><td>2.122</td><td>27,8</td><td>2.161</td><td>27,8</td></tr> <tr><td>2001</td><td>3.948</td><td>25,4</td><td>2.017</td><td>26,2</td><td>1.931</td><td>24,6</td></tr> <tr><td>2002</td><td>3.395</td><td>21,6</td><td>1.723</td><td>22,1</td><td>1.672</td><td>21</td></tr> </tbody> </table>	AÑO	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES			DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*	1990	6.360	48,3	3.402	52,2	2.958	44,4	1991	5.242	39,1	2.817	42,5	2.425	35,7	1992	5.342	39,1	2.789	41,3	2.553	36,9	1993	5.846	42	3.000	43,6	2.846	40,5	1994	5.666	40	2.899	41,4	2.767	38,7	1995	6.931	48,1	3.566	50,1	3.365	46,3	1996	6.949	47,6	3.593	49,8	3.356	45,5	1997	6.568	45	3.455	47,8	3.113	42,2	1998	6.121	40,8	3.116	42	3.005	39,7	1999	6.971	45,9	3.485	46,3	3.486	45,4	2000	4.283	27,8	2.122	27,8	2.161	27,8	2001	3.948	25,4	2.017	26,2	1.931	24,6	2002	3.395	21,6	1.723	22,1	1.672	21
AÑO	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES																																																																																																					
	DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*																																																																																																				
1990	6.360	48,3	3.402	52,2	2.958	44,4																																																																																																				
1991	5.242	39,1	2.817	42,5	2.425	35,7																																																																																																				
1992	5.342	39,1	2.789	41,3	2.553	36,9																																																																																																				
1993	5.846	42	3.000	43,6	2.846	40,5																																																																																																				
1994	5.666	40	2.899	41,4	2.767	38,7																																																																																																				
1995	6.931	48,1	3.566	50,1	3.365	46,3																																																																																																				
1996	6.949	47,6	3.593	49,8	3.356	45,5																																																																																																				
1997	6.568	45	3.455	47,8	3.113	42,2																																																																																																				
1998	6.121	40,8	3.116	42	3.005	39,7																																																																																																				
1999	6.971	45,9	3.485	46,3	3.486	45,4																																																																																																				
2000	4.283	27,8	2.122	27,8	2.161	27,8																																																																																																				
2001	3.948	25,4	2.017	26,2	1.931	24,6																																																																																																				
2002	3.395	21,6	1.723	22,1	1.672	21																																																																																																				

2003	3.041	19,1	1.411	17,9	1.630	20,3
2004	3.415	21,2	1.617	20,3	1.798	22,1
2005	3.097	19	1.470	18,3	1.627	19,8
2006	2.973	18,1	1.416	17,4	1.557	18,8

* Tasa por cien mil habitantes

Además, se observa una disminución importante de la tasa de mortalidad por neumonía desde el 2000 en adelante.

Figura 4: Mortalidad infantil por neumonía. Chile 1985-1998. 3

¿En resumen, podemos decir que los resultados del programa IRA aplicado entre 1990 y 2000 se han traducido en cambios en el perfil de egresos hospitalarios, reducción de hospitalizaciones por SBO (síndrome bronquial obstructivo) en beneficio de pacientes con neumonía, dentro de las principales causas de muerte y especialmente disminución de la mortalidad infantil por neumonía (figura 4)? 3

Gráfico N°3 Evaluación de Tasas de Mortalidad por enfermedades Respiratorias por grupos etarios-Chile 1982-1998. 4

*tasas(por 100 mil)

TABLA N°2
PORCENTAJES DE MUERTES POR GRUPOS DE EDADES 4

EDADES	1982	1998
<1 año	14	3
1 a 14	-1 a 14	1
15 a 44	5	3
45 a 64	15	10
65 años y +	62	83

RESPUESTA SEPTIEMBRE 2009

Gráfico 1 INDICADORES BÁSICOS EN SALUD 2007, Fuente DEIS 1 Se observa en gráfico 1 una tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio de 70 por 100000 para mujeres y de 90 por 100000 para hombres en el año 90, la tendencia es la disminución de esta tasa. En el año 2005 se observan valores cercanos a 40 por 100000 para hombres y mujeres.

Tabla 1 MORTALIDAD POR NEUMONÍAS1, SEGÚN SEXO, CHILE 1990 - 2006 AÑO

	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES		DEFUNCIONES		TASA*	
	DEFUNCIONES	TASA*								
1990	6.360	48,3	3.402	52,2	2.958	44,4				
1991	5.242	39,1	2.817	42,5	2.425	35,7				
1992	5.342	39,1	2.789	41,3	2.553	36,9				
1993	5.846	42	3.000	43,6	2.846	40,5				
1994	5.666	40	2.899	41,4	2.767	38,7				
1995	6.931	48,1	3.566	50,1	3.365	46,3				
1996	6.949	47,6	3.593	49,8	3.356	45,5				
1997	6.568	45	3.455	47,8	3.113	42,2				
1998	6.121	40,8	3.116	42	3.005	39,7				
1999	6.971	45,9	3.485	46,3	3.486	45,4				
2000	4.283	27,8	2.122	27,8	2.161	27,8				
2001	3.948	25,4	2.017	26,2	1.931	24,6				
2002	3.395	21,6	1.723	22,1	1.672	21				
2003	3.041	19,1	1.411	17,9	1.630	20,3				
2004	3.415	21,2	1.617	20,3	1.798	22,1				
2005	3.097	19	1.470	18,3	1.627	19,8				
2006	2.973	18,1	1.416	17,4	1.557	18,8				

* Tasa por cien mil habitantes. Se observa en la tabla 1 una disminución importante de la tasa de mortalidad por neumonía desde el 2000 en adelante. 2

Figura 4: Mortalidad infantil por neumonía. Chile 1985-1998. 3

En resumen, podemos decir que los resultados del programa IRA aplicado entre 1990 y 2000 se han traducido en cambios en el perfil de egresos hospitalarios, reducción de hospitalizaciones por SBO (síndrome bronquial obstructivo) en beneficio de pacientes con neumonía, dentro de las principales causas de muerte y especialmente disminución de la mortalidad infantil por neumonía (figura 4)" 3

Gráfico N°3 Evaluación de Tasas de Mortalidad por enfermedades Respiratorias por grupos etarios-Chile 1982-1998. 4 *tasas(por 100 mil)

TABLA N°2	PORCENTAJES DE MUERTES POR GRUPOS DE EDADES 4	
EDADES	1982	1998
EDADES 4 EDADES	1982	1998
<1 año	14	3
1 a 14	-1 a 14	1

	<table border="0"> <tr> <td>15 a 44</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>45 a 64</td> <td>15</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>65 años y +</td> <td>62</td> <td>83</td> </tr> </table> <p>Respuesta 2010:</p> <p>Como ya se ha mencionado, el componente de apoyo radiológico es co - ayudante de los programas IRA y ERA, consistente con el diagnóstico de enfermedades respiratorias que es fundamentalmente clínico. Una de las intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica es la radiografía torácica, que es útil para descartar o confirmar el diagnóstico de Neumonía en niños y adultos. En el medio ambulatorio, se recomienda solicitar una radiografía de tórax a los pacientes que presenten mayor riesgo de morir por neumonía, fundamentalmente menores de 5 años y mayores de 65 según convenio, aun cuando las recomendaciones técnicas indican pesquisa a contar de los 60 años.</p> <p>El Convenio considera, reducir la morbi mortalidad por obstrucción de las vías respiratorias y por neumonía en la población infantil y adulta, mediante la prevención y manejo de las enfermedades respiratorias en el nivel primario.</p> <p>Al mismo tiempo contempla el N° de Radiografías de Tórax comprometidas como meta, priorizando en las Patologías Respiratorias con Garantía GES, IRA baja en menor de 5 años y Neumonía Adquirida en la comunidad para 65 y más años.</p> <p>Adicionalmente, las radiografías de tórax son parte de la actividad diagnóstica de Neumonía, EPOC y Asma Bronquial; por lo que se realiza el seguimiento del programa a través del registro del diagnóstico de estas patologías en REM 23.</p> <p>Conforme los datos de DEIS, información oficial disponible, en el año 1990, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio de 70 por 100.000 para mujeres y de 90 por 100.000 para hombres, la tendencia es la disminución de esta tasa. En el año 2006 se observaban valores en 36.2 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres en Neumonía. Por tanto, es posible afirmar que tanto la introducción del Programa IRA, el ERA y su coadyudante, el componente radiológico en conjunto, han incidido en la disminución de la morbi mortalidad. Además, se observa una disminución importante de la tasa de mortalidad por neumonía desde el 2000 en adelante.</p>	15 a 44	5	3	45 a 64	15	10	65 años y +	62	83
15 a 44	5	3								
45 a 64	15	10								
65 años y +	62	83								

		<p>No existe en el DEIS nueva información oficial disponible.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 23</p> <p>Programa control de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile. Página 18.</p> <p>http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/mortalidad.asp?temp=RESPI_9004.htm</p> <p>http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/indi2007.pdf</p> <p>http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000400003&lng=es.</p>
<p>3. Construir un sistemas de monitoreo y evaluación que permita recopilar información de un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos mayores, así como la eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías.</p>	<p>3.3. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Respuesta BGI 2008: El grupo de trabajo evaluara la incorporación de indicadores de los convenios al REM. Actualmente el componente apoyo radiológico no está incorporado al REM.</p> <p>Se presentó informe. La radiografía es un exámen complementario que confirma o rechaza estado de condensación y su magnitud, corroborando el diagnóstico y ayudando a establecer niveles de gravedad, por lo que no corresponde incorporar este exámen al REM, pero si la calificación de las patologías resultantes de su aplicación. Toda la estrategia radiológica se expresa como complemento del diagnóstico clínico, por lo que está contenido en el REM. Toda neumonía tiene Rx, toda EPOC tiene Rx y toda Asma tiene Rx.</p> <p>RESPUESTA DISCUSIÓN PRESUPUESTARIA 2010</p>

		<p>Actualmente el componente apoyo radiológico no está incorporado al REM. Se evalúan indicadores de impacto, como es la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias.</p> <p>RESPUESTA SEPTIEMBRE 2009</p> <p>Dentro del proceso de revisión y actualización de sus indicadores y registros verificables a través del REM que ocurre dentro del mes de Octubre se realizará la revisión de los datos y su fuente, en virtud de considerar la incorporación de nuevos indicadores a este programa.</p> <p>De definir nuevos indicadores se deberá señalar cuál de ellos estará incluido en los convenios respectivos.</p> <p>Tal como se describió este proceso se encuentra en desarrollo transcurrido el plazo para éste se informará a la Dipres de los resultados obtenidos y su contexto de análisis y definición</p> <p>Corte a Junio 2010:</p> <p>Toda la estrategia radiológica se expresa como complemento del diagnóstico clínico, por lo que está contenido en el REM. Actualmente el componente apoyo radiológico tiene incorporada la derivación de pacientes con sospecha de neumonía desde las salas IRA y ERA. Se evalúan indicadores de impacto, como es la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias.</p> <p>REM modificado desde enero 2007 que incorpora el número de Consultas totales de morbilidad pediátricas; consultas por IRA baja pediátricas por grupo etareo.</p> <p>Metas:</p> <p>-100% de Radiografías de Tórax realizadas (en virtud de las comprometidas mediante convenio). -100% Patologías Respiratorias con Garantía GES con Radiografías Tórax realizadas.</p> <p>Las Radiografías de tórax son parte de la actividad diagnóstica de Neumonía, EPOC y Asma Bronquial; por lo que se realiza el seguimiento del</p>
--	--	---

		<p>programa a través del registro del diagnóstico de estas patologías en REM 23, para no duplicar los registros.</p> <p>Dentro del proceso de revisión y actualización de sus indicadores y registros verificables a través del REM que ocurre dentro del mes de Octubre se realizará la revisión de los datos y su fuente, en virtud de considerar la incorporación de nuevos indicadores a este programa.</p> <p>De definir nuevos indicadores se deberá señalar cuál de ellos estará incluido en los convenios respectivos.</p> <p>Se espera obtener a final de 2010:</p> <p>a) Base sistematizada de registros por Servicio de Salud y País.</p> <p>b) Evaluar con base a las estadísticas anuales generadas los resultados de los indicadores mencionados, por Servicio de salud y nivel país, generando un Informe.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> rem 23</p>
<p>3. Construir un sistemas de monitoreo y evaluación que permita recopilar información de un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos</p>	<p>3.4. Incorporar en el REM aquellos indicadores de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Respuesta BGI 2008: Actualmente el componente de apoyo radiológico no esta incorporado al REM. El grupo de trabajo evaluara la incorporación al REM de este indicador.</p> <p>Las modificaciones incorporadas en el REM a partir de enero 2007, son las</p>

<p>mayores, así como la eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías.</p>		<p>que dan cuenta del impacto del programa.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008 Medio de Verificación REM 23 RESPUESTA SEPTIEMBRE 2009</p> <p>Tal como se describió este proceso se encuentra en desarrollo transcurrido el plazo para éste se informará a la Dipres de los resultados obtenidos y su contexto de análisis y definición. Además de la identificación del indicador a incorporara a los convenios.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 23</p>
<p>SAPU:</p> <p>1. Hacer compatible su carácter dual de puerta de entrada a la red de urgencia y de establecimiento que mayoritariamente atiende morbilidad general. El balance actual desfavorece el segundo objetivo, y requiere considerar ajustes en la regulación y en el modelo de atención para que el SAPU asegure un ingreso adecuado a la red electiva. La evidencia de la encuesta revela que</p>	<p>1.1. Actualizar manual administrativo de la atención del SAPU</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>La necesidad de actualización del Manual Administrativo SAPU se debió a las modificaciones de actividades de urgencia primaria determinadas por la aplicación de la ley de garantías en salud (GES), por ejemplo Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y junto a ello las modificaciones de arsenales farmacológicos necesarios. Adicionalmente se introducen en él indicaciones de los flujos de derivaciones en el marco de las redes de urgencia locales e indicaciones de derivaciones de casos con implicaciones delictivas hacia la nueva justicia.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Manual Administrativo de la Atención SAPU. Manual Clínico SAPU</p>

<p>los SAPU tienen "clientes frecuentes" que podrían resolver sus problemas recurrentes en el consultorio.</p>		
<p>SAPU:</p> <p>1. Hacer compatible su carácter dual de puerta de entrada a la red de urgencia y de establecimiento que mayoritariamente atiende morbilidad general. El balance actual desfavorece el segundo objetivo, y requiere considerar ajustes en la regulación y en el modelo de atención para que el SAPU asegure un ingreso adecuado a la red electiva. La evidencia de la encuesta revela que los SAPU tienen "clientes frecuentes" que podrían resolver sus problemas recurrentes en el consultorio.</p>	<p>1.2. Actualizar manual clínico de la atención del SAPU</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2007</p>	<p>El Manual Clínico para SAPU ya ha sido aprobado para su publicación por la Subsecretaría de Salud Pública y está en trámite su impresión para distribuir al país. Como se señalara anteriormente este documento tiene como objetivos orientar las decisiones diagnósticas y terapéuticas de los médicos tratantes en SAPU, tendientes a estandarizar esos procesos de atención. Adicionalmente se tomó la decisión de renovarlos para incluir en ellos los protocolos de enfrentamiento a las patologías GES, en su componente APS.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Manual SAPU</p> <p>Manual Clínico SAPU</p>
<p>2. Fortalecer el papel normativo de los niveles central y regional, promoviendo una mayor vinculación con el consultorio y los programas de la APS que se realizan en él. Esto permitiría un mejor seguimiento de los "poli consultantes", muchos de los cuales podrían ser</p>	<p>2.1. Actualizar manual administrativo de la atención del SAPU.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>La necesidad de actualización del Manual Administrativo SAPU se debió a las modificaciones de actividades de urgencia primaria determinadas por la aplicación de la ley de garantías en salud (GES), por ejemplo Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y junto a ello las modificaciones de arsenales farmacológicos necesarios. Adicionalmente se introducen en él indicaciones de los flujos de derivaciones en el marco de las redes de urgencia locales e indicaciones de derivaciones de casos con implicaciones delictivas hacia la nueva justicia.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p>

<p>enfermos crónicos, que actualmente cuestionan la calidad y costo efectividad del SAPU y requieren un cuidado integral como el que entrega el consultorio. Adicional al tema de posibles enfermos crónicos se encuentra el de un segmento no menor de personas que prefiere una atención de choque - aunque no sea integral - por restricciones de su jornada laboral o por la comodidad de acceso relativa al horario del consultorio.</p>		<p>Manual Administrativo de la Atención SAPU.</p> <p>Manual Clínico SAPU.</p>
<p>2. Fortalecer el papel normativo de los niveles central y regional, promoviendo una mayor vinculación con el consultorio y los programas de la APS que se realizan en él. Esto permitiría un mejor seguimiento de los "poli consultantes", muchos de los cuales podrían ser enfermos crónicos, que actualmente cuestionan la calidad y costo efectividad del SAPU y requieren un cuidado integral como el que entrega el consultorio. Adicional al tema de posibles enfermos crónicos se encuentra el de un segmento no menor de personas que prefiere una</p>	<p>2.2. Actualizar manual clínico de la atención del SAPU para una mayor vinculación entre el SAPU y los programas APS.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2007</p>	<p>Respuesta BGI 2008: El Manual administrativo del SAPU que esta difundido a toda la red, es el documento que da cuenta de una mayor vinculación entre el SAPU y los programas APS, como los acápite que a continuación se mencionan</p> <p>" Estos nuevos escenarios obligan a reformular los objetivos iniciales de los SAPU, tanto en lo concerniente a sus funciones como a su capacidad resolutive, de manera de adecuarlos a las necesidades que presenta la comunidad, al actual Modelo de Atención de Salud y a su inserción como Servicio de Atención Primaria en la Red de Servicios de Urgencia. Así, los SAPU deberán ser capaces de resolver las necesidades de salud de urgencia/ emergencia de acuerdo a su capacidad técnica, de orientar y referir a los pacientes que deban continuar con su atención regular en el Centro de Salud, y de derivar en forma oportuna los casos de mayor complejidad que requieran ser resueltos en otros establecimientos de la Red de Urgencia". (Pág 6).</p> <p>"De acuerdo al Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, el SAPU es una instancia "complementaria" de la atención de morbilidad que no debe suplir las funciones reguladas del CES y deberán establecerse todos los mecanismos necesarios para redireccionar a los usuarios hacia su</p>

<p>atención de choque - aunque no sea integral - por restricciones de su jornada laboral o por la comodidad de acceso relativa al horario del consultorio.</p>		<p>forma habitual, de atención, según el diseño previsto para el CES".(pág 9).</p> <p>Jefe de SAPU: Sus funciones son: - Ejercer, por delegación del Jefe Comunal de Salud o del Director del Centro de Salud, la gestión técnico administrativa del SAPU. - Asistir a las reuniones de Consejo Técnico del Centro de Salud y/o Municipio y realizar reuniones técnico administrativas ampliadas y en forma programada con el personal bajo su dependencia. (Pág. 15)</p> <p>Además el Manual Administrativo SAPU, insiste en esto en los acápites que se señalan: a)Pág. 7: Definición del SAPU: párrafo 2º y diagrama. b)Pág. 8 : Propósito, en el párrafo 2º c)Pág. 9: Organización y Funciones del SAPU, párrafo 4º. d)Pág. 14: Funcionamiento, párrafo 1º</p> <p>Como ya fuera señalado en otras oportunidades el tema de los poli consultantes y otros usuarios que utilizan a los SAPU como centros para resolver su problemática de salud, sin concurrir a sus CES o CESFAM distorsionan el modelo y mal resuelven sus patologías y mal utilizan las instancias de atención ya que atienden los síntomas y posiblemente no las patologías de base.Para revertir esta tendencia se han elaborado y evaluado como Compromisos de Gestión estas atenciones tendiendo al redireccionamiento de los usuarios, mediante contrarreferencias a los CES. Al mismo tiempo en el Manual Administrativo SAPU, de reciente publicación se insiste en esto en los acápites que se señalan: a)Pág. 7: Definición del SAPU: párrafo 2º y diagrama. b)Pág. 8 : Propósito, en el párrafo 2º c)Pág. 9: Organización y Funciones del SAPU, párrafo 4º. d)Pág. 14: Funcionamiento, párrafo 1º</p> <p>CORTE A JUNIO 2008 El Manual Administrativo SAPU, de reciente publicación se insiste en la derivación desde SAPU a los programas dentro del Centro de Salud, en los acápites que se señalan: a)Pág. 7: Definición del SAPU: párrafo 2º y</p>
--	--	--

		<p>diagrama. b)Pág. 8 : Propósito, en el párrafo 2º c)Pág. 9: Organización y Funciones del SAPU, párrafo 4º. d)Pág. 14: Funcionamiento, párrafo 1ºEste manual administrativo incorpora aspectos administrativos, de derivación y vinculación con los programas del centro de salud. Medio de Verificación: Manual Administrativo SAPU</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Manual Clínico SAPU</p> <p>Manual Adminstrativo SAPU</p>																															
<p>3. Explicitar la normativa existente en relación a la ponderación de los criterios actuales - demográficos, socioeconómicos, etc. - utilizados para la expansión del componente SAPU.</p>	<p>3.1. Explicitar criterios de expansión de SAPUs existente y que han sido aplicados el año 2005.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Para dirimir a cuales peticiones de SAPU se les dará prioridad para asignar financiamiento se puntúan los diversos aspectos ya explicitados y se elabora un ranking con los resultados. Los aspectos evaluables son:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>VARIABLES</th> <th>CRITERIOS</th> <th>PTS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Ubicación 40 Pts:</td> <td>-Red saturada</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>-Prob. Accesos</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>-Vecindad vías alto tránsito</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>-Sector de riesgo social o alta concurrencia estacional</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Población 30 Pts:</td> <td>- >30.000</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>- 29.000-20.000</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>- <20.000</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Complementariedad c/red urgencia local 20 Pts:</td> <td>-UEH lo requiere</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>-UEH lo apoya</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>-UEH no lo solicita</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Apoyo municipal 10 Pts:</td> <td>-Si lo apoya</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>-No lo apoya</td> <td>00</td> </tr> </tbody> </table> <p>En el caso del ítem " Ubicación" los puntajes son sumables, en los otros ítem ellos son valores absolutos y excluyentes entre sí. El puntaje final es el resultado de la sumatoria de los puntajes atribuidos por cada variable, cada variable tiene una ponderación igual. Los casos de empate de puntajes son dirimidos según la priorización que efectúa cada Gestor de Red.</p>	VARIABLES	CRITERIOS	PTS.	Ubicación 40 Pts:	-Red saturada	10	-Prob. Accesos	10	-Vecindad vías alto tránsito	10	-Sector de riesgo social o alta concurrencia estacional	10	Población 30 Pts:	- >30.000	30	- 29.000-20.000	20	- <20.000	10	Complementariedad c/red urgencia local 20 Pts:	-UEH lo requiere	20	-UEH lo apoya	15	-UEH no lo solicita	10	Apoyo municipal 10 Pts:	-Si lo apoya	10	-No lo apoya	00
VARIABLES	CRITERIOS	PTS.																															
Ubicación 40 Pts:	-Red saturada	10																															
	-Prob. Accesos	10																															
	-Vecindad vías alto tránsito	10																															
	-Sector de riesgo social o alta concurrencia estacional	10																															
Población 30 Pts:	- >30.000	30																															
	- 29.000-20.000	20																															
	- <20.000	10																															
Complementariedad c/red urgencia local 20 Pts:	-UEH lo requiere	20																															
	-UEH lo apoya	15																															
	-UEH no lo solicita	10																															
Apoyo municipal 10 Pts:	-Si lo apoya	10																															
	-No lo apoya	00																															

		<p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA SAPU AÑO 2006</p> <p>Expansión SAPU 2006</p> <p>Informe de los Servicios de Salud donde explicitan fecha de inicio del funcionamiento del SAPU</p> <p>Expansión SAPU 2008</p>
<p>4. Mejorar la supervisión del desempeño de los SAPUs. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL, Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.</p>	<p>4.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente SAPU, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2005</p>	<p>Los indicadores principales a monitorear se señalan en el Programa SAPU (Resolución exenta N° 343 del 1º de Febrero 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Nº de consultas de urgencia en SAPU anuales / Nº de población inscrita comunal ·Nº de consultas de urgencia en SAPU anuales / Nº de consulta de morbilidad en horario hábil de los centros de salud. <p>La redacción del Convenio, en su segunda cláusula se refiere al Programa SAPU, de señalando que en éste se "determinan las características del mismo"; es decir hace exigibles los indicadores señalados en el Programa no siendo necesario rescribirlos en el convenio para hacerlos exigibles.</p> <p>La cláusula 6ª del Convenio hace referencia a los indicadores del Programa descritos en el punto VIII de dicho Programa, los que abordan el cumplimiento de los objetivos propuestos. Se adjunta escaneada la Resolución y Convenio solicitados.</p> <p><u>Observación:</u> Verificar que el indicador de consultas de urgencia sea pertinente a los SAPU en el denominador (2º indicador)</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2007)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA SAPU AÑO 2006</p> <p>CONVENIO SAPU AÑO 2006</p>

		<p>Convenio SAPU 2007</p> <p>Programa SAPU 2007</p>
<p>4. Mejorar la supervisión del desempeño de los SAPUs. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL, Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.</p>	<p>4.2. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores del SAPU de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2006</p>	<p>Respuesta BGI 2008: Algunos los indicadores del SAPU se monitorean por medio del REM. Que se detallan a continuación: "En relación a los SAPU corresponde consignar en la sección C las consultas de urgencia realizadas exclusivamente en SAPU según la modalidad de funcionamiento determinadas por el Ministerio de Salud, señaladas en párrafos precedentes. Se registrará el número de atenciones de urgencia realizadas en SAPU por médico, enfermera, matrona y kinesiólogo, desagregados por grupos de edad (0 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 64 años y 65 años y más) y sexo. En la última columna se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios". (Pág. 66)</p> <p>A partir de esos datos se construye la información requerida, que indique el cumplimiento de lo comprometido localmente por cada establecimiento.</p> <p>Otros indicadores del SAPU como los mencionados en el manual de procedimientos página 35 "Se debe conformar un sistema de información completo, de gestión y de indicadores técnicos que permitan realizar el seguimiento y la evaluación permanente de la situación observable en la atención prestada en el SAPU, desagregando en detalle los componentes de la atención por período horario y el costo de funcionamiento del sistema. Esta información debe mantenerse actualizada cada mes". Además se evaluará la incorporación otros indicadores al REM</p> <p>Los REM consolidados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, consignan a nivel de establecimientos las consultas otorgadas, diferenciadas como electivas y/o de urgencia. La población es otro dato que también se cuenta a nivel de establecimientos por lo cual a partir de esos datos se construye la información requerida, que indique el cumplimiento de lo comprometido localmente por cada establecimiento.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>Se adjunta Rem 08</p>

		<p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM Atenciones de Urgencia (Medición de Pertinencia de Consultas de Urgencia, aparece el segundo indicador mencionado).</p> <p>Instructivo REM 08.</p> <p>REM 08</p> <p>Manual Administrativo SAPU</p>
<p>4. Mejorar la supervisión del desempeño de los SAPUs. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL, Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.</p>	<p>4.3. Incorporar en el REM aquellos indicadores del SAPU de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Respuesta BGI 2008: Los indicadores que están incluidos en REM son: - Nº total consultas dadas por médico - Nº total consultas dadas por no médico - Nº total consultas por género y edad Los indicadores que se pueden construir a partir del REM son: -Tasa de consulta SAPU - Relación consultas de urgencia /consultas programadas</p> <p>Los indicadores que está incluidos en REM son: - Nº total consultas dadas por médico - Nº total consultas dadas por no médico - Nº total consultas por genero y edad Resolutividad: Respecto de ella expresada en (casos resueltos/casos derivados a otros establecimientos) se considera irrelevante incluirlo en REM dado que según los registros históricos de los SAPU ellos resuelven sobre el 90% de las consultas sin necesidad de derivar y por ello se considera redundante hacerlo. Pertinencia: Esta es una condición de las consultas que es relevante para la UEH pero no para los SAPU ya que respecto de ella y de acuerdo con la definición de los SAPU, éstos son instancias destinadas a acoger la "urgencia" definida ésta como la percepción subjetiva de necesidad de atención, por algún síntoma que el usuario considera impostergable, por lo dicho toda consulta en SAPU es pertinente. En esas condiciones se decidió no incluir esta condición en REM. Por otra parte y como parte del Compromiso de Gestión Nº 6 sobre la relación de SAPU con las UEH, se ha medido la pertinencia de las</p>

		<p>derivaciones desde SAPU a esas instancias concluyéndose que las derivaciones son pertinentes en un 99% de los casos, esto reiterado en el tiempo. CORTE A JUNIO 2008 Medio de Verificación REM 08</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2008)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Formulario H 2007 Subsecretaría de Redes</p> <p>Rem 08</p> <p>Instructivo REM 08</p> <p>Rem 08</p>																												
<p>4. Mejorar la supervisión del desempeño de los SAPUs. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL, Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.</p>	<p>4.4. Evaluar el cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores del SAPU de los convenios y presentar sus resultados</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2006</p>	<p>Respuesta BGI 2008: Estos indicadores están dentro del comportamiento esperado para este tipo de atenciones, según la literatura internacional. Ellos se evalúan anualmente para conocer la relación entre consultas de urgencia y las programadas por comunas a fin de cautelar que el modelo de atención integral se respete. En él la atención de urgencia no debe reemplazar la atención programada, por lo que conociendo estos resultados sabemos que el modelo está resguardado. Por otra parte los recursos asociados al funcionamiento de los SAPU se distribuyen anualmente independientemente de sus resultados en términos de producción dado que los SAPU son dispositivos de atención de urgencia y apoyo al desarrollo social y seguridad de la ciudadanía, que deben financiarse y permanecer disponibles en forma continua al margen de su productividad.</p> <p>Tasa de consulta SAPU por años 2007 y 2008</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2007</th> <th>2008*</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Consultas urgencia</th> <th>Población beneficiaria</th> <th>Tasa de consulta</th> <th></th> </tr> <tr> <th>Consultas urgencia</th> <th>Población beneficiaria</th> <th>Tasa de consulta</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.278.006</td> <td>11479384</td> <td>0,54</td> <td>6.353.221 11.735.035 0,54</td> </tr> </tbody> </table> <p>*DATOS A FEBRERO 2009</p> <p>Relación consultas de urgencia /consultas programadas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2007</th> <th>2008*</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Consultas urgencia</th> <th>Consultas médicas programadas</th> <th>Relación</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2007	2008*			Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta		Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta		6.278.006	11479384	0,54	6.353.221 11.735.035 0,54	2007	2008*			Consultas urgencia	Consultas médicas programadas	Relación					
2007	2008*																													
Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta																												
Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta																												
6.278.006	11479384	0,54	6.353.221 11.735.035 0,54																											
2007	2008*																													
Consultas urgencia	Consultas médicas programadas	Relación																												

		<p>consulta urgencia/programadas Consultas urgencia Consultas médicas programadas Relación consulta urgencia/programadas 6.278.006 15.891.637 0,39 6.353.221 16.714.753 0,38 *DATOS A FEBRERO 2009</p> <p>Los Indicadores SAPU para año 2007 fueron:</p> <p>Atenciones medicas de urgencia realizadas en servicios de atención primaria de urgencia (sapu), según sexo de los atendidos. Total snss, 2007.</p> <table> <tr> <td>Total de consultas y sexo de los atendidos</td> <td>Acumulado*</td> </tr> <tr> <td>TOTAL CONSULTAS SAPU</td> <td>6.278.006</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>2.749.789</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>3.528.217</td> </tr> </table> <p>Atenciones de urgencia realizadas por otro profesional en servicios de atención primaria de urgencia (sapu), según sexo de los atendidos. Total snss, 2007.</p> <table> <tr> <td>Total de consultas y sexo de los atendidos</td> <td>Acumulado*</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DE CONSULTAS SAPU</td> <td>60.335</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>26.873</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>33.462</td> </tr> </table> <p>Atenciones médicas de urgencia según grupos de edad. SAPU</p> <table> <tr> <td>Total</td> <td>6.278.006</td> </tr> <tr> <td>Menores de 10 años</td> <td>1.790.526</td> </tr> <tr> <td>De 10 a 14 años</td> <td>509.412</td> </tr> <tr> <td>De 15 a 19 años</td> <td>536.013</td> </tr> <tr> <td>De 20 a 64 años</td> <td>2.989.599</td> </tr> <tr> <td>De 65 y más años</td> <td>452.456</td> </tr> </table> <p>Los Indicadores SAPU para año 2008 fueron:</p> <p>Atenciones de urgencia realizadas en servicios de atención primaria de urgencia (sapu), según sexo de los atendidos. Total snss, 2008. Profesional y sexo de los atendidos Acumulado*</p> <table> <tr> <td>Médico</td> <td>6.353.392</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>2.772.424</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>3.580.968</td> </tr> </table> <p>*Fuente: DEIS 14-01-2009</p>	Total de consultas y sexo de los atendidos	Acumulado*	TOTAL CONSULTAS SAPU	6.278.006	Hombres	2.749.789	Mujeres	3.528.217	Total de consultas y sexo de los atendidos	Acumulado*	TOTAL DE CONSULTAS SAPU	60.335	Hombres	26.873	Mujeres	33.462	Total	6.278.006	Menores de 10 años	1.790.526	De 10 a 14 años	509.412	De 15 a 19 años	536.013	De 20 a 64 años	2.989.599	De 65 y más años	452.456	Médico	6.353.392	Hombres	2.772.424	Mujeres	3.580.968
Total de consultas y sexo de los atendidos	Acumulado*																																			
TOTAL CONSULTAS SAPU	6.278.006																																			
Hombres	2.749.789																																			
Mujeres	3.528.217																																			
Total de consultas y sexo de los atendidos	Acumulado*																																			
TOTAL DE CONSULTAS SAPU	60.335																																			
Hombres	26.873																																			
Mujeres	33.462																																			
Total	6.278.006																																			
Menores de 10 años	1.790.526																																			
De 10 a 14 años	509.412																																			
De 15 a 19 años	536.013																																			
De 20 a 64 años	2.989.599																																			
De 65 y más años	452.456																																			
Médico	6.353.392																																			
Hombres	2.772.424																																			
Mujeres	3.580.968																																			

		<p>Atenciones de urgencia realizadas en servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), según profesional que la realiza y sexo de los atendidos. Total SNSS, 2008</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Profesional y sexo de los atendidos</th> <th>Acumulado*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera</td> <td>74.315</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>32.108</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>42.207</td> </tr> <tr> <td>Matrona</td> <td>2.590</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>186</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>2.404</td> </tr> <tr> <td>Kinesiólogo</td> <td>19.493</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>10.029</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>9.464</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Fuente: DEIS 14-01-2009</p> <p>·La tasa de consulta SAPU /POB INSC 2007 = 0.52. La relación cons SAPU= 6.256.772/ cons horario hábil 2007 = 15.891.637 =0.39. Estos indicadores están dentro del comportamiento esperado para este tipo de atenciones, según la literatura internacional. Ellos se evalúan anualmente para conocer la relación entre consultas de urgencia y las programadas por comunas a fin de cautelar que el modelo de atención integral se respete. En él la atención de urgencia no debe reemplazar la atención programada, por lo que conociendo estos resultados sabemos que el modelo está resguardado. Por otra parte los recursos asociados al funcionamiento de los SAPU se distribuyen anualmente independientemente de sus resultados en términos de producción dado que los SAPU son dispositivos de atención de urgencia y apoyo al desarrollo social y seguridad de la ciudadanía, que deben financiarse y permanecer disponibles en forma continua al margen de su productividad.</p> <p>CORTE A JUNIO 2008</p> <p>Los Indicadores SAPU para año 2007 fueron:Nº de consulta Médicas: 6.278.006Nº Consultas SAPU no médicos: 60.335Nº Consultas SAPU médicas por grupos de edad:Menores de 10 años: 179052610 a 14 años.</p>	Profesional y sexo de los atendidos	Acumulado*	Enfermera	74.315	Hombres	32.108	Mujeres	42.207	Matrona	2.590	Hombres	186	Mujeres	2.404	Kinesiólogo	19.493	Hombres	10.029	Mujeres	9.464
Profesional y sexo de los atendidos	Acumulado*																					
Enfermera	74.315																					
Hombres	32.108																					
Mujeres	42.207																					
Matrona	2.590																					
Hombres	186																					
Mujeres	2.404																					
Kinesiólogo	19.493																					
Hombres	10.029																					
Mujeres	9.464																					

	<p>50941215 a 19 años: 536.01320 a 64 años. 2.98959965 y más años: 452.456Nº ConsultasSAPU médicas por sexo:Hombres: 2.749.789Mujeres: 3.528.217Nº de Consultas SAPU no medicas sexo:Hombres: 26.873Mujeres. 33.462</p> <p>Medio Verificación REM 08</p> <p>RESPUESTA DISCUSIÓN PRESUPUESTARIA 2010</p> <p>Estos indicadores están dentro del comportamiento esperado para este tipo de atenciones, según la literatura internacional. Ellos se evalúan anualmente para conocer la relación entre consultas de urgencia y las programadas por comunas a fin de cautelar que el modelo de atención integral se respete. En él la atención de urgencia no debe reemplazar la atención programada, por lo que conociendo estos resultados sabemos que el modelo está resguardado. Por otra parte los recursos asociados al funcionamiento de los SAPU se distribuyen anualmente independientemente de sus resultados en términos de producción dado que los SAPU son dispositivos de atención de urgencia y apoyo al desarrollo social y seguridad de la ciudadanía, que deben financiarse y permanecer disponibles en forma continua al margen de su productividad.</p> <p>Tasa de consulta SAPU por años 2007 y 2008</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2007</th> <th>2008*</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Consultas urgencia</th> <th>Población beneficiaria</th> <th>Tasa de consulta</th> <th></th> </tr> <tr> <th>Consultas urgencia</th> <th>Población beneficiaria</th> <th>Tasa de consulta</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.278.006</td> <td>11479384</td> <td>0,54</td> <td>6.966.180</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>11.735.035</td> </tr> </tbody> </table> <p>*DATOS A JULIO 2009</p> <p>Relación consultas de urgencia /consultas programadas Relación consultas de urgencia /consultas programadas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2007</th> <th>2008*</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Consultas urgencia</th> <th>Consultas médicas programadas</th> <th>Relación</th> <th></th> </tr> <tr> <th>consulta urgencia/programadas</th> <th>Consultas urgencia</th> <th>Consultas médicas</th> <th></th> </tr> <tr> <th>programadas</th> <th>Relación consulta urgencia/programadas</th> <th>programadas</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.278.006</td> <td>16.750.359</td> <td>0,37</td> <td>6.966.180</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>16.330.700</td> </tr> </tbody> </table> <p>*DATOS A JULIO 2009</p> <p>Los Indicadores SAPU para año 2007 fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> Consultas SAPU Consultas médicas electivas APS 	2007	2008*			Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta		Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta		6.278.006	11479384	0,54	6.966.180				11.735.035	2007	2008*			Consultas urgencia	Consultas médicas programadas	Relación		consulta urgencia/programadas	Consultas urgencia	Consultas médicas		programadas	Relación consulta urgencia/programadas	programadas		6.278.006	16.750.359	0,37	6.966.180				16.330.700
2007	2008*																																												
Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta																																											
Consultas urgencia	Población beneficiaria	Tasa de consulta																																											
6.278.006	11479384	0,54	6.966.180																																										
			11.735.035																																										
2007	2008*																																												
Consultas urgencia	Consultas médicas programadas	Relación																																											
consulta urgencia/programadas	Consultas urgencia	Consultas médicas																																											
programadas	Relación consulta urgencia/programadas	programadas																																											
6.278.006	16.750.359	0,37	6.966.180																																										
			16.330.700																																										

		<p>Para las consultas SAPU el Medio Verificación es el REM 08 Para las consultas médicas electivas APS el Verificador es el REM 04</p> <p>Medios de Verificación: REM 08 2008 Atenciones médicas de urgencia, según nivel de atención y sexo 2007 Atenciones_SAPU_DEIS_Febrero_2008</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2009)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Resultado SAPU</p> <p>REM 08</p> <p>Página DEIS 09 febrero 2009</p> <p>REM 08 2008</p> <p>Atenciones médicas de urgencia, según nivel de atención y sexo 2007 Atenciones_SAPU_DEIS_Febrero_2008</p> <p>Para las consultas médicas electivas APS el Verificador es el REM 04</p>
--	--	---