
**BALANCE
DE GESTIÓN INTEGRAL
AÑO 2005**

SERVICIOS DE SALUD

SANTIAGO DE CHILE

Mac Iver N° 541, Santiago. Teléfono 6394001

Página web: www.minsal.cl

Índice

1. Carta del Jefe de Servicio	4
2. Identificación de la Institución	6
• Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución	7
• Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio	8
• Principales Autoridades	9
• Definiciones Estratégicas	10
- Misión Institucional	10
- Objetivos Estratégicos	10
- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos	11
- Clientes / Beneficiarios / Usuarios	12
- Productos Estratégicos vinculado a Clientes / Beneficiarios / Usuarios	12
• Recursos Humanos	13
- Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por tipo de Contrato y Sexo	13
- Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Estamento y Sexo	14
- Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Grupos de Edad y Sexo	15
• Recursos Financieros	16
- Recursos Presupuestarios año 2005	16
3. Resultados de la Gestión	17
• Cuenta Pública de los Resultados	18
- Balance Global	18
- Resultados de la Gestión Financiera	23
- Resultados de la Gestión por Productos Estratégicos	40
• Cumplimiento de Compromisos Institucionales	46
- Informe de Programación Gubernamental	46
- Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas	46
• Avances en Materias de Gestión	51
- Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión	51
- Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo	51
- Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales	51
- Avances en otras Materias de Gestión	51
• Proyectos de Ley	53
4. Desafíos 2006	54

5. Anexos	55
• Anexo 1: Indicadores de Desempeño Presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2005	56
• Anexo 2: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas (01 de Julio de 2005 – 31 de Diciembre de 2005)	64
• Anexo 3: Transferencias Corrientes	67
• Anexo 4: Iniciativas de Inversión	68
• Anexo 5: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos	78

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Dotación Servicios de Salud Efectiva año 2005 por tipo de Contrato y Sexo	13
Cuadro 2: Dotación Servicios de Salud Efectiva año 2005 por Estamento y Sexo	14
Cuadro 3: Dotación Servicios de Salud Efectiva año 2005 por Grupos de Edad y Sexo	15
Cuadro 4: Ingresos Presupuestarios Devengados año 2005	16
Cuadro 5: Gastos Presupuestarios Devengados año 2005	16
Cuadro 6: Ingresos y Gastos años 2004 – 2005	23
Cuadro 7: Transferencias 2004 – 2005	25
Cuadro 8: Transferencias Programa APS.....	25
Cuadro 9: Transferencias Programa Prestaciones Valoradas.....	29
Cuadro 10: Transferencias Programa Prestaciones Institucionales.....	32
Cuadro 11: Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2005.....	34
Cuadro 12: Indicadores de Gestión Financiera.....	38
Cuadro 13: Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005	56
Cuadro 14: Transferencias Corrientes	67
Cuadro 15: Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005	70
Cuadro 16: Avance indicadores de gestión de recursos humanos.....	78

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por tipo de Contrato	13
Gráfico 2: Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Estamento	14
Gráfico 3: Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Grupos de Edad y Sexo	15

1. Carta del Jefe de Servicio

La salud es un derecho social que el Estado debe garantizar. El derecho a la protección de la salud es una cuestión ética, pues constituye una garantía social. El tener acceso a una atención de salud eficiente y oportuna, que haga sentir a cada ciudadano que su dignidad como paciente ha sido debidamente resguardada, debe ser considerado como un derecho, relevando los intereses y participación de los mismos.



Por ello, el año 2005 fue uno de los más importantes en la historia de este Ministerio, con la entrada en vigencia del nuevo marco legal se dio inicio a una de las más profundas Reformas en el Sector Salud. El proceso de Reforma contempló una serie de cambios que abarcaron las áreas de atención sanitaria, gestión y financiamiento. En el ámbito de la gestión, el énfasis estuvo dado en reforzar la articulación de las Redes Asistenciales en torno a los problemas de salud con Garantías Explicitas y su cumplimiento, se apoyaron los procesos de asignación de recursos humanos y de equipamiento para el cumplimiento del AUGE.

Para la puesta en marcha del AUGE 2005, una de las principales estrategias utilizadas fue la realización de talleres en todos los Servicios de Salud del país, la metodología uniforme aplicada permitió la revisión sistemática de las capacidades de las Redes para cumplir con las Garantías definidas por cada uno de los problemas AUGE que comenzaban a operar, el levantamiento de las brechas tanto en tecnologías, equipamiento, como en recursos humanos y la instalación de una estructura de gestión para el monitoreo de estas garantías a nivel de cada una de las redes.

La Reforma del Sector Salud busca consolidar un sistema de salud que de una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población mediante la oferta de acciones de calidad, que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios. En este sentido, durante el 2005 la Atención Primaria continuó avanzando en el desarrollo del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, destacando entre otros el rediseño del modelo arquitectónico de los Centros de Salud, iniciando la ejecución física de 31 proyectos de inversión de reposición y construcción de nuevos Centros de Salud Familiar, localizados en 25 comunas del país.

La Inversión en Infraestructura y Equipamiento realizada por los Servicios de Salud, en el año 2005 fue de MM\$ 43.147, destinada a construir, reponer, habilitar y equipar los establecimientos de salud de la red hospitalaria y atención primaria. Adicionalmente, el Fondo Nacional de Desarrollo Regional ejecutó una inversión de MM\$ 6.532, orientada a la construcción de Centros de Salud Familiar en la Atención Primaria.

Con el objeto de mejorar la gestión sanitaria y la entrega de atenciones de salud a la población beneficiaria, es que en el año 2005 se incrementó el número de cargos en 734, de los cuales, 138 cargos corresponden a la Ley Médica (Ley 15.076 y Ley 19.664) equivalente a 3.525 horas, y 596 cargos de la Ley N° 18.834.

Durante el año 2005, se incrementaron en 94.394 las atenciones de especialistas en el nivel secundario en relación al año anterior. Este incremento en las atenciones se debió a la implementación del modelo de

atención en redes asistenciales que entre sus estrategias busca mejorar la coordinación entre niveles.

Respecto de las consultas de urgencia hacia niveles de menor complejidad según pertinencia, existe un incremento de un 18,9% de la consulta en SAPU respecto al año 2004 y una reducción del 34% de la consulta de urgencia en Hospital. De esta manera, la relación de 2,3 consultas en hospital por cada consulta en SAPU se redujo a 1,3 este último año.

En este documento se analizan en extenso éstos y otros resultados de la gestión realizada por los Servicios de Salud del país.

Algunos de los desafíos para el año 2006 están en una línea de avance respecto al año anterior en cada uno de los aspectos prioritarios: fortalecer la atención primaria apoyando la puesta en marcha de 25 Centros de Salud Familiar; optimizar el acceso a los servicios de urgencia con 26 SAPU y 21 urgencia rurales; acompañar a los Servicios de Salud en el proceso de articulación de las Redes Locales para cada uno de los 15 nuevos problemas de salud, asegurar el cumplimiento de Garantías para el año 2006; analizar las brechas para la implementación del AUGE 2007 y perfeccionar el

funcionamiento de las redes asistenciales bajo estándares de calidad establecidos; consolidando el desarrollo informático del sector y garantizando la participación social y comunitaria en salud.

La firme decisión del ejecutivo de implementar la reforma de salud, permitirá que la sociedad chilena cuente con una salud de mejor calidad y con equidad que sólo tiene sentido en una sociedad democrática.



PEDRO GARCÍA ASPÍLLAGA
MINISTRO DE SALUD

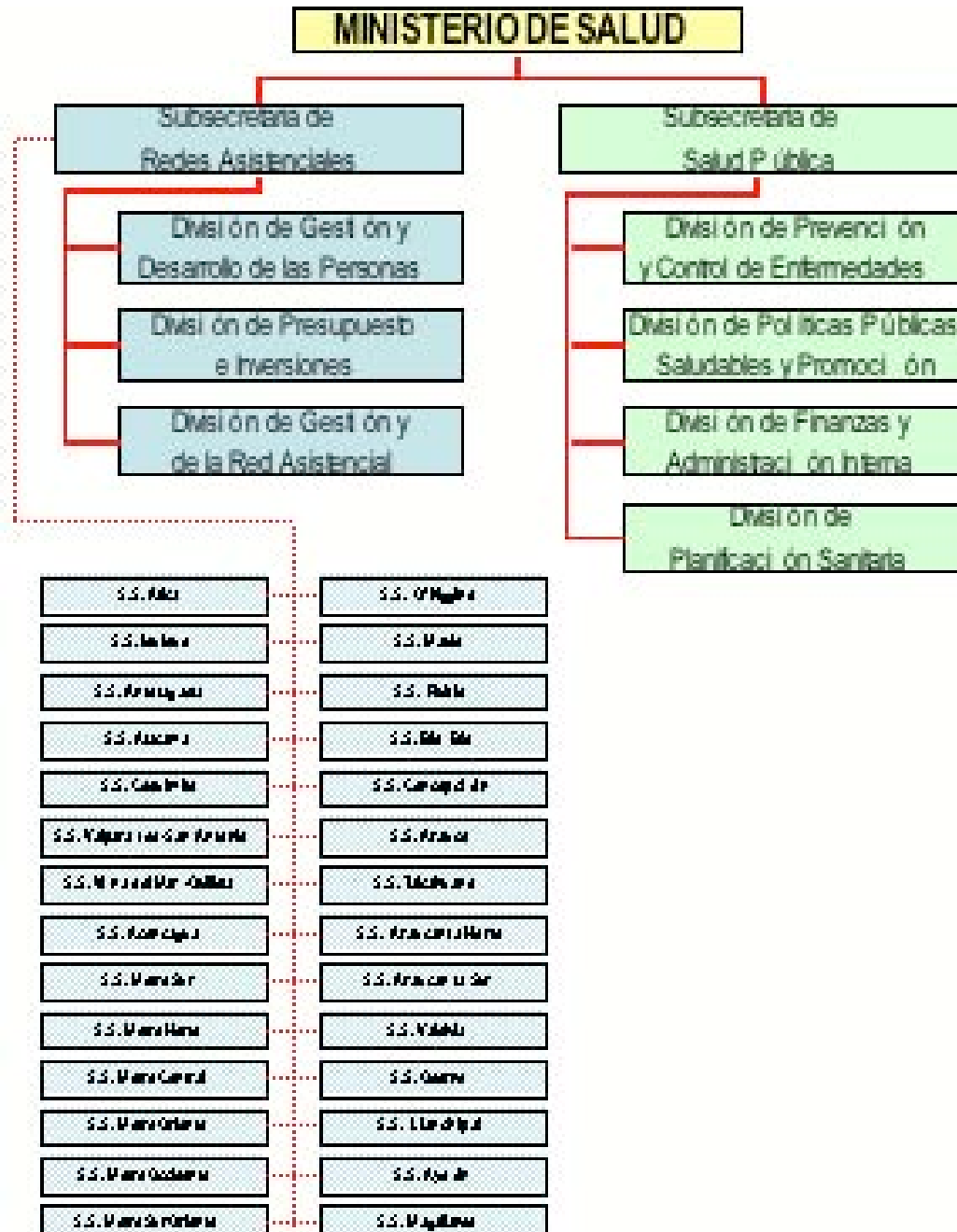
2. Identificación de la Institución

- Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución
- Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio
- Principales Autoridades
- Definiciones Estratégicas
 - Misión Institucional
 - Objetivos Estratégicos
 - Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos
 - Clientes / Beneficiarios / Usuarios
 - Productos Estratégicos vinculado a Clientes / Beneficiarios / Usuarios
- Recursos Humanos
 - Dotación Efectiva año 2005 por tipo de Contrato y Sexo
 - Dotación Efectiva año 2005 por Estamento y Sexo
 - Dotación Efectiva año 2005 por Grupos de Edad y Sexo
- Recursos Financieros
 - Recursos Presupuestarios año 2005

- **Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución**

- Constitución Política de la República de Chile, 1980.
- Ley N°18.834, Estatuto Administrativo.
- Ley N°19.490, Asignación de estímulo, Sector Salud
- Ley N° 19.937, Autoridad Sanitaria y Gestión .
- Ley N° 19.966, Régimen de Garantías en Salud.
- Ley N° 19.378, sobre Atención Primaria
- Ley N° 18.469, Régimen sobre prestaciones de salud.
- Ley de Presupuesto Anual.
- DFL N°1 19.653, Texto Refundido de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- DFL N°5 de 2002, Fija la Planta de Personal del Ministerio de Salud.
- DFL N° 725, de 1967, Código Sanitario.
- Decreto Ley N° 2763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos.
- Decreto Supremo N° 98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.
- DL. N° 18.933 de 1990 Ley de Isapres
- DS 42 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Hospitales.
- Ley N° 15.076 Estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bio-químicos y cirujanos dentistas.
- Ley N° 19.664 Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la ley N°15.076

- Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio



- **Principales Autoridades**

Cargo	Nombre
Ministro de Salud	Pedro García A.
Subsecretario de Redes Asistenciales	Osvaldo Salgado Z.
Jefe División de Gestión de la Red Asistencial	Ricardo Fábrega L.
Director Servicio de Salud Arica	Domingo Barrientos V.
Director Servicio de Salud Iquique	Jorge Fond C.
Director Servicio de Salud Antofagasta	Marcela Hernando P.
Director Servicio de Salud Atacama	Sonia Ibaceta L.
Director Servicio de Salud Coquimbo	Ernesto Jorquera F.
Director Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio	Nélida Velasquez G.
Director Servicio de Salud Aconcagua	Carmen Castillo T.
Director Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	Verónica Loyola A.
Director Servicio de Salud O'Higgins	Cecilia Piotrowski A.
Director Servicio de Salud Maule	Jorge Toro A.
Director Servicio de Salud Ñuble	Iván Paul E.
Director Servicio de Salud Concepción	Jaime Sepúlveda C.
Director Servicio de Salud Arauco	Manuel Monsalve B.
Director Servicio de Salud Talcahuano	Jorge Ramos V.
Director Servicio de Salud Biobío	Néstor Iribarra E.
Director Servicio de Salud Araucanía Sur	Mauricio Osorio U.
Director Servicio de Salud Araucanía Norte	Jaime Neira R.
Director Servicio de Salud Valdivia	Joel Arriagada G.
Director Servicio de Salud Osorno	Isabel Courard D.
Director Servicio de Salud Llanquihue	Yuri Carvajal B.
Director Servicio de Salud Aysen	Jorge Montecinos S.
Director Servicio de Salud Magallanes	Jorge Flies A.
Director Servicio de Salud Metropolitano Central	Jorge Lastra T.
Director Servicio de Salud Metropolitano Sur	Rodrigo Contreras S.
Director Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Enrique Ayarza R.
Director Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Andrea Poblete S.
Director Servicio de Salud Metropolitano Suroriental	Pedro Yáñez A.
Director Servicio de Salud Metropolitano Norte	Marco Antonio Núñez L.

- **Definiciones Estratégicas**

- **Misión Institucional**

La Misión de los 28 Servicios de Salud es planificar, ejecutar y evaluar, coordinadamente el conjunto de acciones integradas de fomento, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la Salud de las personas para el cumplimiento de las políticas, normas, programas y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Esto se realiza a través de la conducción de la red de establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (administración directa, Municipal y Delegados) y de los tres establecimientos experimentales. Los Servicios de Salud asumen entonces el liderazgo en el cuidado de la Salud de sus poblaciones, enfrentando sus problemas en forma planificada en una búsqueda continua del logro de la satisfacción de sus necesidades y expectativas, con calidad y eficacia sanitaria, usando los recursos con eficiencia y equidad.

- **Objetivos Estratégicos**

Número	Descripción
1	Implementar el modelo de atención en red, favoreciendo la atención ambulatoria, el aumento de su cobertura y su capacidad resolutive.
2	Fortalecer la planificación y coordinación de los establecimientos de la Red asistencial para atender eficazmente las necesidades de Salud de la población de acuerdo con objetivos sanitarios priorizados y recursos disponibles.
3	Dar cumplimiento al régimen de garantías en salud, fortaleciendo el desarrollo de las capacidades directivas, el aumento de las habilidades y conocimientos de sus recursos humanos, considerando los sistemas de participación de los usuarios.
4	Avanzar en el proceso de transformación de los establecimientos asistenciales de mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, hacia establecimientos Autogestionados en red.

– **Productos estratégicos vinculados a objetivos estratégicos**

Número	Nombre – Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<p>Acciones de salud en el nivel primario -Municipalidad o de los Servicios</p> <p>Subproducto :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Detección precoz de patologías – Atenciones médicas y odontológicas electivas, incluyendo tratamiento farmacológico y procedimientos – Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos. – Procedimientos diagnósticos y terapéuticos – Atenciones médicas y odontológicas de urgencia – Acciones de fomento y protección – Acciones a través de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS – Educación en salud tanto individual, grupal como comunitaria. 	1
2	<p>Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS</p> <p>Subproducto :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Atenciones ambulatorias médicas de especialidad, odontológicas y de otros profesionales de la salud. – Atenciones médicas, odontológicas electivas ambulatorias. – Atención médica electiva cerrada – Atención médica de urgencia cerrada – Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: intervenciones quirúrgicas mayores – Hospitalización. – Control y tratamiento de enfermos crónicos. – Acciones de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS 	2
3	<p>Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.</p> <p>Subproducto :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coordinación de la red asistencial de salud – Control de gestión financiera – Desarrollo de modelos de autogestión hospitalaria – Desarrollo de modelos de salud familiar 	3 y 4

– Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre
16.349.976 ¹	Toda la población del país, en especial los beneficiarios del sector público.
11.120.094 ²	Los afiliados al régimen de la Ley N° 18.469, incluidas sus cargas familiares (trabajadores dependientes, independientes y jubilados)
2.854.183 ²	Las personas carentes de recursos, que han sido acreditadas como tales a través de su tarjeta de gratuidad o que reciben una pensión asistencial.
12.368 ²	Los cesantes que reciben subsidio de cesantía y sus cargas.
964.585 ²	Los causantes de subsidio único familiar.
28.503 ³	Todas aquellas personas naturales y/o jurídicas que otorgan prestaciones en salud.

– Productos Estratégicos vinculado a Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre – Descripción Producto Estratégico	Clientes/beneficiarios/usuarios a los cuales se vincula
1	Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Afiliados al Régimen de la Ley 18.469 incluidas sus cargas familiares Personas carentes de recursos acreditadas como tal Cesantes con subsidio de cesantía y sus cargas Causantes de subsidio único familiar Usuarios del Sistema Privado y Particulares, con modalidad de Copago.
2	Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Afiliados al Régimen de la Ley 18.469 incluidas sus cargas familiares Personas carentes de recursos acreditadas como tal Cesantes con subsidio de cesantía y sus cargas Causantes de subsidio único familiar Usuarios del Sistema Privado y Particulares, con modalidad de Copago.
3	Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Afiliados al Régimen de la Ley 18.469 incluidas sus cargas familiares Personas carentes de recursos acreditadas como tal Cesantes con subsidio de cesantía y sus cargas Causantes de subsidio único familiar

1 Población Nacional a Dic. 2005, basado en Proyección Censal INE 1950-2050

2 Fuente: Base de Beneficiarios FONASA – Dic. 2005; DGE - Estudios

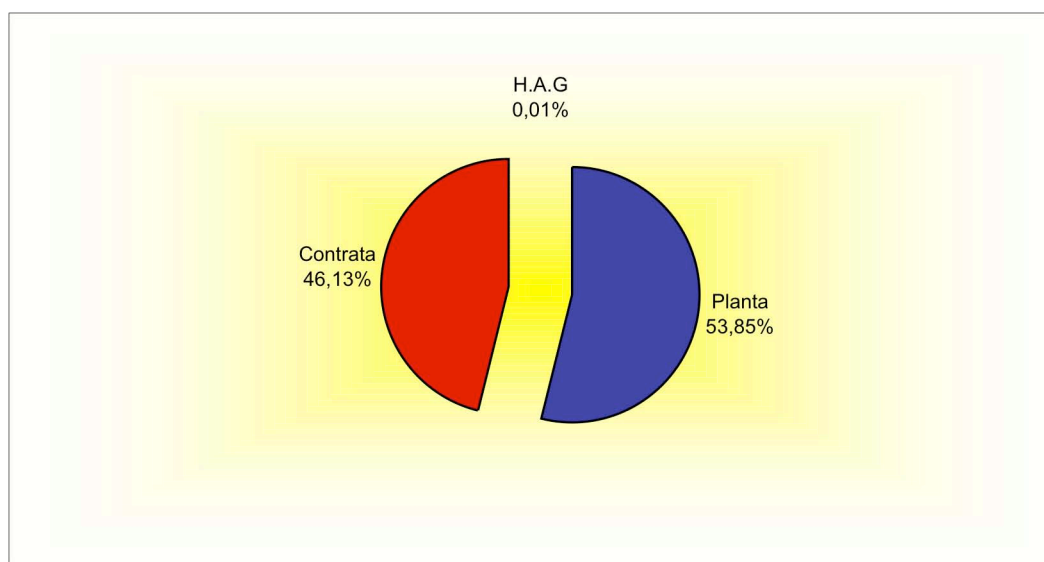
3 Fuente: Base prestadores FONASA (corte diciembre 2005); DECOM – Plan Beneficios

- **Recursos Humanos**⁴

- **Dotación Efectiva Servicios de Salud a Diciembre de 2005 por tipo de Contrato y Sexo**

Cuadro 1			
Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005			
Por tipo de Contrato y Sexo			
	Mujeres	Hombres	Total
Planta	28.164	11.678	39.842
Contrata	22.080	13.352	35.605
Honorarios Asimilados a Grado	8	2	10
Otro			
TOTAL	50.252	25.205	75.457

Gráfico 1: Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por tipo de Contrato

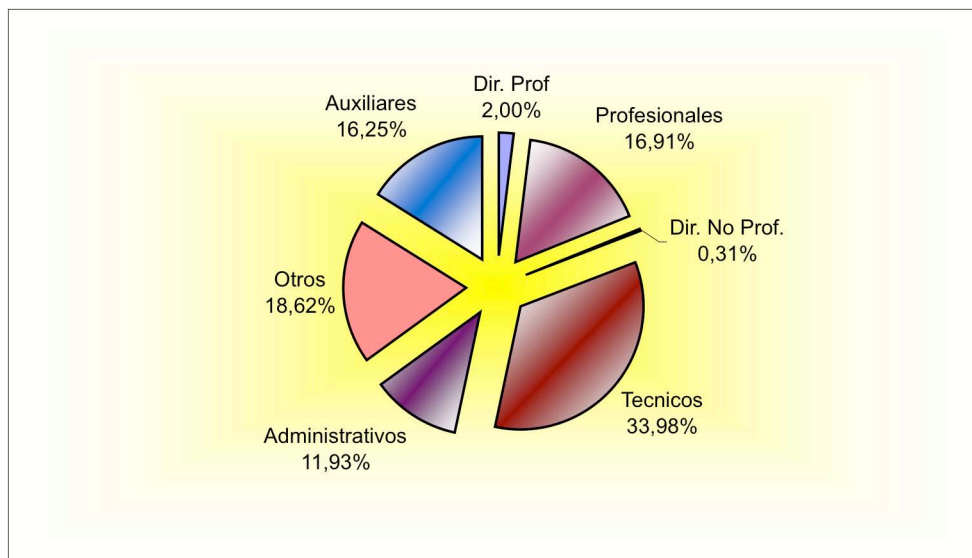


⁴ La dotación efectiva 2005, corresponde a los Servicios de Salud del País y excluye a 2.223 funcionarios que fueron traspasados a la Autoridad Sanitaria dicho año.

– **Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Estamento y Sexo**

Cuadro 2 Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 Por Estamento y Sexo			
	Mujeres	Hombres	Total
Directivos Profesionales	855	657	1.512
Directivos no Profesionales	148	86	234
Profesionales	10.190	2.567	12.757
Técnicos	22.066	3.576	25.642
Administrativos	6.970	2.034	9.004
Auxiliares	5.050	7.211	12.261
Otros	4.973	9.074	14.047
TOTAL	50.252	25.205	75.457

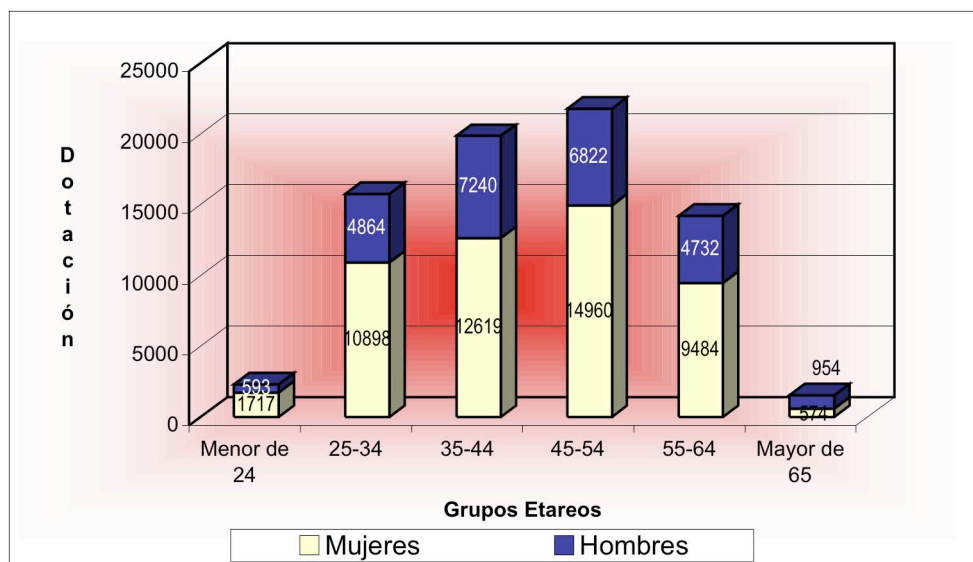
Gráfico 2: Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Estamento



– **Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Grupos de Edad y Sexo**

Cuadro 3			
Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005			
Por Grupos de Edad y Sexo			
Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
Menor de 24 años	1.717	593	2.310
25 – 34 años	10.898	4.864	15.762
35 – 44 años	12.619	7.240	19.859
45 – 54 años	14.960	6.822	21.782
55 – 64 años	9.484	4.732	14.216
Mayor de 65 años	574	954	1.528
TOTAL	50.252	25.205	75.457

Gráfico 3: Dotación Efectiva Servicios de Salud año 2005 por Grupos de Edad y Sexo



- **Recursos Financieros**

- **Recursos Presupuestarios año 2005**

Cuadro 4
Ingresos Presupuestarios
Devengados⁵ año 2005

Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal	0
Endeudamiento ⁶	0
Otros Ingresos ⁷	1.291.516.767
TOTAL	1.291.516.767

Cuadro 5
Gastos Presupuestarios
Devengados⁵ año 2005

Descripción	Monto M\$
Corriente ⁸	1.213.802.530
De Capital ⁹	49.182.247
Otros Gastos ¹⁰	27.301.490
TOTAL	1.290.286.267

5 Esta información corresponde a los informes mensuales de ejecución presupuestaria del año 2005. En el Cuadro 4 se presentan los Ingresos Totales Devengados y en el Cuadro 6 se presentan los Gastos Totales Devengados.

6 Corresponde a los recursos provenientes de créditos de organismos multilaterales.

7 Corresponde a los Ingresos Devengados, se incluye compras directas FONASA Auge.

8 Los gastos Corrientes corresponden a la suma de los subtítulos 21, 22, Compras directas FONASA Auge y No Auge, 23, 24 y 25.

9 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29, 30, 31 y 32.

10 Corresponde a los Gastos Devengados no considerados en alguna de las categorías anteriores.

3. Resultados de la Gestión

- Cuenta Pública de los Resultados
 - Balance Global
 - Resultados de la Gestión Financiera
 - Resultados de la Gestión por Productos Estratégicos
- Cumplimiento de Compromisos Institucionales
 - Informe de Programación Gubernamental
 - Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Avance en materias de Gestión
 - Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión
 - Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
 - Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales
 - Avances en otras Materias de Gestión
- Proyectos de Ley

- **Cuenta Pública de los Resultados**

- **Balance Global**

Este balance global se enmarca en el cumplimiento de la misión institucional y de sus objetivos estratégicos.

Mejoramiento del acceso a atención primaria

En el ámbito sanitario y de gestión se continuó incrementando la inversión gubernamental para mejorar la accesibilidad a prestaciones de Atención Primaria consideradas e incorporando las Garantías Explícitas en Salud, reflejando un avance sanitario y estableciendo un sistema de evaluación de la actividad: el Índice de Actividad Atención Primaria de Salud (IAAPS) que incorpora la evaluación y rebaja por no cumplimiento de actividad.

Se incorporaron nuevos recursos humanos, fármacos, instrumental e insumos; se continuó con la extensión vespertina y días sábado de la atención en los establecimientos de Atención Primaria, para facilitar el acceso de la población adulta y trabajadora; y la implementación de instrumentos de gestión como la agenda médica y odontológica en los establecimientos, la priorización de atención a grupos vulnerables, la mejoría en los registros de las acciones, el aumento de los rendimientos del recurso humano, entre otras. Los factores que favorecieron el logro de los objetivos fueron el compromiso local en la implementación de las estrategias, el monitoreo local permanente, la amplia difusión en la comunidad de las estrategias implementadas y el incremento de la transparencia de la información desde las instituciones a la comunidad reflejado en la realización de las Cuentas Públicas en todos los Servicios de Salud y Hospitales tipo 1 y 2 del país.

La atención médica y odontológica vespertina y de días sábado ha permitido seguir manteniendo el acceso a la atención a la población trabajadora. La tasa de consulta de morbilidad médica electiva por beneficiario es de 1.4. Esta disminución de 0,1 menos que el año anterior, se acompaña también de una leve disminución en los rechazos de atención de 2,4% a 2.1%. Existen múltiples variables que explican esta disminución en la tasa de consulta y las más relevantes son: estrategias nacionales para disminuir las atenciones de urgencia en las unidades de emergencia hospitalarias (disminuyó en un 13,4%) y derivarlas para su resolución en la atención primaria que al ser atendidas se registran como atenciones de urgencia de atención primaria y no como electiva, lo que se refleja en el gran aumento en el registro de urgencias en atención primaria que subió en un 463% con relación al año anterior; aumento de los controles por médicos (no se registran como consulta médica electiva) debido al ingreso al sistema de garantías de problemas de salud como HTA esencial, que logró la meta de un 40% de pacientes compensados el año 2005, Diabetes Mellitus tipo 2 con el 50% de los pacientes bajo control, por debajo de la meta de 55% debido al cambio de parámetro más exigente de medición e IRA con su incorporación al precio per cápita, lo que implicó abarcar a todas las comunas del sistema; el análisis de la tasa de consulta, no incorpora todas las atenciones médicas en atención primaria, ya que, deja fuera los controles de salud y de crónicos, los cuales adquieren más relevancia en el modelo de salud familiar.

Cabe destacar, 31 proyectos de inversión de reposición y construcción de nuevos centros de salud familiar realizados durante el año 2005. Estos nuevos centros se localizan en las regiones 5, 6, 7, 8, 9, 10 y Metropolitana, regiones éstas, dónde se concentra la mayor cantidad de población del país.¹¹

Estos centros poseen dos fuentes de financiamiento, por un lado sectorial que refleja 27 centros y 4 nuevos centros adicionales financiados con aportes vía FNDR, que son: Eneas Gonel, Conchalí, Juan Pablo II, San Bernardo, Laurita Vicuña, Puente Alto y la Florida N° 7, la Florida; con ello se totalizan los 31 centros antes señalados.

Respecto a atención de urgencia, durante el año 2005 se crearon 23 nuevos Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y, 17 soluciones de urgencia rural (SUR). Con esto se ha alcanzado a 139 SAPUs en el país y 40 comunas rurales con sistemas de urgencia rural, incrementando el acceso de la población a estas prestaciones. Los nuevos SAPU se han localizado en las regiones: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 13¹²; y, los distintos SUR en las regiones de 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10¹³.

Mejoramiento de la capacidad resolutive en atención primaria

En relación a las atenciones de especialidades ambulatorias en el nivel primario, éstas alcanzaron un total de 266.794 atenciones. Con respecto a 2004 existe una variación de 21.765 nuevas prestaciones, es decir un crecimiento de 8, 2%.

En relación a las patologías cardiovasculares, se logró la compensación del 50% de los pacientes hipertensos entre 20 y 64 años, porcentaje menor al alcanzado en el año 2004 debido a la modificación del parámetro óptimo de compensación de 140/90 mm Hg. a 130/85 mm Hg.; esta norma es de mayor exigencia, por lo que el año 2005 se considera de transición y no es estrictamente comparable con el año anterior; cabe resaltar que la mayor exigencia al disminuir el rango se efectúa conforme las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud. En relación a la compensación de los pacientes diabéticos entre 20 y 64 años, se cumplió la meta de un 40% de compensación estimada para el año 2005.

Coordinación de la Red

Durante 2005 con la aplicación de las leyes N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión; y la N° 19.966 del Régimen de Garantías en Salud, los esfuerzos de todos los Servicios de Salud estuvieron puestos en la reestructuración administrativa derivada de este nuevo marco legal y en la puesta en marcha del AUGE. Desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales se apoyó la constitución normativa de los Gestores de Red.

En el ámbito de la gestión, el énfasis estuvo en reforzar la articulación de las redes asistenciales en torno a los problemas de salud con garantía explícita, y su cumplimiento. La estrategia utilizada fue la realización de talleres AUGE en todos los Servicios de Salud del país, donde se capacitaron 3.594 funcionarios de establecimientos de todas las complejidades.

11 Servicios de Salud de: Viña del Mar – Quillota, Libertador B. O'Higgins, Maule, Concepción, Talcahuano, Araucanía Sur, Llanchipal, Osorno, Metropolitano Norte, Sur, Sur Oriente, Oriente, Occidente y Central.

12 Servicios de Salud de: Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Viña del Mar – Quillota, Libertador B. O'Higgins, Maule, Concepción, Ñuble, Talcahuano, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Llanchipal, Valdivia, y Metropolitano Sur.

13 Servicios de Salud de: Arica, Coquimbo, Viña del Mar – Quillota, Libertador B. O'Higgins, Maule, Arauco, Bío Bío, Ñuble, Valdivia y Llanchipal.

Se realizó en toda la red asistencial un levantamiento de brechas respecto del recurso humano, equipamiento y tecnologías de información existentes a nivel local.

Se instaló una estructura de gestión para el monitoreo de garantías a nivel de cada una de las redes.

Se diseñó y editó el libro "Red Pública de Salud. Fundamentos, conceptos y experiencias".

Se diseñó y editó la Serie de Cuadernos de Redes, los que incluyen la sistematización de las Jornadas Nacionales de la Red Pública de Salud en Chile.

Red de urgencia

Durante el año 2005 se pusieron en práctica medidas de organización de la atención de urgencias en las Unidades de Emergencia Hospitalaria más grandes del país, con el fin de desincentivar el uso de estos servicios como lugar donde consultar espontáneamente por enfermedades no urgentes ni complejas, y racionalizar las acciones de urgencia por complejidad clínica, recogiendo modelos exitosos de nuestros propios hospitales.

Se continuó con la definición y desarrollo de la Red de Urgencia, programa que año a año ha ido cumpliendo un plan de cierre de brechas en el eje temático: Atención Prehospitalaria, Unidad de Emergencia Hospitalaria y Camas Críticas, las que se expandieron en un 4,6% correspondientes a 17 camas UCI y 22 camas Intermedio adulto.

El índice ocupacional de adultos en la unidad de pacientes críticos, alcanzó un 84% durante el 2005 lo que significó un 101% de cumplimiento de la meta estimada para el mismo año.

El porcentaje de consulta en SAPU alcanzó un 59,9% quedando con 6,5 puntos porcentuales sobre la meta estimada para el año 2005 de 53,4%.

El porcentaje de establecimientos con selector de demanda implementado alcanzó el 92% quedando en 3 puntos porcentuales por sobre la meta estimada.

La atención de urgencia odontológica mantiene un porcentaje de rechazo igual al año 2004, siendo éste de un 2%.

Atención odontológica

En la Atención Primaria, el porcentaje de la población de 20 años con altas odontológicas totales, alcanzó un 19% superando en 2 puntos porcentuales la meta estimada para el año 2005.

En el nivel secundario, el número de altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años fue de 49.383 para el año 2005

Gestión financiera

Fiel al compromiso de entregar mayor calidad de salud a todos los chilenos, el año 2005 se priorizó el reforzamiento de la atención de salud, con énfasis en la oportunidad de la atención, para las patologías de mayor riesgo y costo, que afectan a nuestra población. Con este fin, el presupuesto del Sector Salud que se aprobó para el año 2005, contempló un crecimiento de un **8,4%** real, encontrándose 2,5 puntos por sobre el crecimiento del gasto público de ese año.

Estos recursos permitieron avanzar con la reforma de la salud, que garantiza el acceso igualitario de todos los chilenos a la atención médica y hospitalaria, con mayor equidad y eficiencia en el uso de los recursos. De esta manera, se continuó en el año 2005 con la Reforma de la Salud, contando en dicho presupuesto, con más de \$15.732 millones adicionales para incorporar 8 nuevas patologías al régimen de garantías AUGE, con lo que se aumentó a 25 el número de condiciones de salud incluidas en dicho plan.

Las nuevas patologías incorporadas fueron: Infecciones respiratorias aguda infantiles (IRA) altas y bajas en menores de 5 años; Neumonía comunitaria de manejo ambulatorio en el adulto mayor; Hipertensión arterial primaria o esencial; Epilepsia no refractaria (tratamiento en atención primaria de niños menores de 15 años); Salud oral integral para niños de 6 años; Retinopatía del niño prematuro; Prematurez (prevención, detección precoz y manejo adecuado y oportuno del parto prematuro; Hipoacusia del Prematuro y Displasia Broncopulmonar) y; Trastornos de generación del impulso y conducción en el adulto que requieren marcapaso.

En concordancia con lo anterior, el Sistema Nacional de los Servicios de Salud fue la institución que presentó el mayor incremento presupuestario del Sector Salud, llegando a un 10,2% real (excluye la deuda pública y el saldo final de caja.)

Inversión en Salud

La Inversión en Infraestructura y Equipamiento realizada por los Servicios de Salud, en el año 2005 fue de **MM\$ 43.147** (incluye; gasto devengado de los proyectos de inversión, cuota leasing, y el Gobierno Regional) destinada a construir, reponer, habilitar y equipar los establecimientos de salud de la red hospitalaria y atención primaria. Adicionalmente, el Fondo Nacional de Desarrollo Regional ejecutó una inversión de **MM\$ 6.532**, orientada a la construcción de Centros de Salud Familiar.

Atención Primaria

El sistema AUGE supuso un énfasis especial en la atención primaria de salud, alcanzando un gasto devengado en el año 2005 de **MM\$ 298.687** (Incluye \$ 15.000 millones para la construcción de nuevos consultorios), lo que implicó un crecimiento de **29%**, respecto del año 2004.

Para solucionar los problemas de lista de espera en los consultorios desde el año 2000 se implementó el Programa de Mejoramiento de la Atención Primaria, que en 2005 contó con recursos por \$ 22.500 millones. La estrategia fundamental para resolver este problema fue la extensión horaria en la atención médica y odontológica durante los días lunes a viernes y sábados. Es así como en 2005 se prolongó la atención vespertina médica en 528 establecimientos y la odontológica en 520 establecimientos y la atención sabatina alcanzó a 318 consultorios. Con estas extensiones se cubrió al 100% de los consultorios con población inscrita mayor de 10.000 personas.

Este programa mostró importantes resultados. Así, se pudo garantizar la atención antes de 48 horas para menores de un año y mayores de 65 años, y el 97,1% de los establecimientos de atención primaria sin filas a primera hora de la mañana.

Deuda Total Sistema Nacional Servicios de Salud

En cuanto a la deuda total, ésta disminuyó en **MM\$ 7.969**, lo que significa una baja de **28%**, respecto del año 2004. Al 31 de Diciembre del año 2005 la deuda fue de **MM\$ 20.433**, esta cifra representa 0,8 meses del Gasto Promedio mensual en Bienes y Servicios de Consumo.

AUGE

Durante el primer semestre del año 2005 se continuó ejecutando el Piloto AUGE con las 17 patologías, además se desarrollaron los talleres AUGE con el fin de preparar la puesta en marcha de las Garantías a

partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 19.966 en el segundo semestre del año, período a partir del cual se incrementó a un total de 25 patologías.

Entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2005 se atendieron un total de 1.322.711 personas de las cuales 5.941 personas están en etapa de sospecha, 25.144 personas se encuentran en etapa de diagnóstico, 67.158 personas están en etapa de caso confirmado, 981.800 personas se encuentran en etapa de tratamiento, 4.965 personas están en etapa de seguimiento, y los casos cerrados por término de tratamiento y otras causas corresponden a 237.703 personas. Lo anterior, significó que el año 2005 se cumplen en un 100% las garantías explícitas de oportunidad en 1.329.559 casos.

Se formularon las normas técnicas y el decreto GES N° 170 publicado el 28 de Enero de 2005.

En Atención Primaria se realizó la gestión de compra centralizada de medicamentos para algunas patologías GES con actividades en APS, tales como, insulina cristalina y NPH con jeringas asociadas, carbamazepina, anticonvulsivantes, broncodilatadores y antibióticos para el control de enfermedades respiratorias en niños y niñas y adultos mayores.

Gestión de recursos humanos

Se puso en marcha los nuevos marcos laborales contemplados en la Ley 19.937, en éste las más importantes iniciativas son: asignación de turnos, asignación de responsabilidad, concursabilidad de la carrera funcionaria profesional, promoción de la carrera funcionaria no profesional, en lo relacionado a la Ley médica (19.664) se implementaron los procesos de acreditación, los cuales concluyeron en Diciembre de 2005.

Se puso en marcha del sistema de alta dirección pública, que considera los cargos de 1° y 2° nivel jerárquico, que incluye a Directores de Servicio de Salud y Hospitales, se concursaron entre 2004 y 2005 ocho cargos de Directores en los Servicios de Salud de: Iquique, Antofagasta; Viña del Mar Quillota; Valparaíso San Antonio; Concepción; Arauco; Metropolitano Norte; Metropolitano Sur; se encontraban en proceso 38 concursos directores de Servicio de Salud y de Hospitales.

Se elaboró el documento que establece requisitos para el uso y la asignación de los campos de formación profesional y técnica de los Servicios de Salud y normas de protección a los usuarios y la Guía para la intervención y diagnóstico de los climas laborales del sector público de salud.

A Diciembre de 2005 se disponía con 247 establecimientos de la Red Asistencial que contaban con el programa de Educación Permanente en Salud, enfatizando el diagnóstico y solución de problemas de funcionamiento de la red asistencial para el cumplimiento de las garantías AUGE.

Fortalecimiento de la participación de la comunidad

Se realizó el diseño y aplicación del modelo gestión de solicitudes ciudadanas y Sistema de Gestión de Reclamos de Garantías Explícitas en Salud en el sistema OIRS de la red asistencial. Se instaló un soporte informático para la gestión de los reclamos GES a través del call center de FONASA.

El 100% de Servicios de Salud y Hospitales 1 y 2 del país realizó una cuenta pública a la ciudadanía.

3.760 Organizaciones Comunitarias realizaron compromisos de trabajo colaborativos.

El 90% de los establecimientos de la Red Pública contaban con instancias formales de participación de usuarios como Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo, Comités locales de salud.

– Resultados de la Gestión Financiera

Cuadro 6			
Ingresos y Gastos¹⁴ años 2004 - 2005			
Denominación	Monto Año 2004 M\$ ¹⁵	Monto Año 2005 M\$	Notas
INGRESOS	1.147.403.380	1.291.516.767	
Transferencias Corrientes	1.037.452.760	1.157.697.060	(1)
Del Sector Privado		6.000	
Subsecretaria de Salud Pública	4.793.181	2.054.031	
Fondo Nacional de Salud Atención Primaria	230.210.454	283.686.526	(a)
Fondo Nacional de Salud Prestaciones Valoradas	322.276.369	358.798.333	(b)
Compras Directas FONASA AUGE	3.698.838	30.196.884	
Compras Directas FONASA NO AUGE	634.223	1.167.601	
Fondo Nacional de Salud prestaciones Institucionales	463.682.206	468.965.435	(c)
FÚPF	12.157.489	12.815.975	
De Gobierno extranjero		6.275	
Rentas a la Propiedad	552.267	552.269	
Ingresos de Operación	62.211.087	62.113.728	
Otros Ingresos Corrientes	17.149.132	19.006.668	
Ventas de Activos No Financieros	406.061	397.818	
Recuperación de Préstamos	9.523.993	10.856.455	
Transferencias Gastos de Capital	20.108.080	40.892.769	
Gastos de Capital	20.108.080	40.892.769	

14 El Cuadro N° 6, consigna los Ingresos y Gastos Devengados para los Años 2004 y 2005. Cabe destacar, que en el año 2004 el monto devengado se corrigió por Autoridad Sanitaria, Nuevo Clasificador Presupuestario y compras directas efectuadas por FONASA con la finalidad de dejar comparable las bases devengadas de los años 2004 y 2005.

Por otra parte, el monto devengado del año 2005, incorpora compras directas efectuadas por FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE y No AUGE del Programa de Prestaciones Valoradas, las cuales estaban contempladas en el año 2004.

15 Las cifras están indicadas en M\$ del año 2005. Factor de actualización es de 1,030594 para expresar pesos del año 2004 a pesos del año 2005.

Cuadro 6
Ingresos y Gastos años 2004 - 2005

Denominación	Monto Año 2004 M\$ ¹⁶	Monto Año 2005 M\$ ¹⁷	Notas
GASTOS	1.164.426.366	1.290.286.267	
Gastos en personal	572.760.408	595.823.082	(2)
Bienes y servicios de consumo	274.202.547	288.999.606	(3)
Compras Directas FONASA AUGE	3.698.838	30.196.884	
Compras Directas FONASA NO AUGE	634.223	1.167.601	
Prestaciones Previsionales	47.173.829	52.768.724	
Transferencias corrientes	203.598.833	244.842.280	
Impuestos	1.049	4.353	
Sentencias Ejecutoriadas	289.307	161.659	
Adquisición de Activos no Financieros	10.023.501	10.034.049	
Proyectos de Inversión	18.586.188	39.148.198	
Inversión financiera	-309.217	0	
Servicio a la Deuda	33.766.860	27.139.831	

Notas a Ingresos Devengados 2004 - 2005

(1) Transferencias Corrientes:

Las Transferencias Corrientes se incrementaron en **MM\$ 120.244** en el año 2005, lo que representó un aumento del **11,6%** con relación al año 2004. Las principales variaciones se produjeron en los siguientes conceptos;

¹⁶ Las cifras están indicadas en M\$ del año 2005. Factor de actualización es de 1,030594 para expresar pesos del año 2004 a pesos del año 2005.

¹⁷ Cabe destacar, que en el año 2004 el monto devengado se corrigió por Autoridad Sanitaria y Nuevo Clasificador Presupuestario, con la finalidad de dejar comparable las bases devengadas de los años 2004 y 2005.

Por otra parte, el monto devengado del año 2005, incorpora compras directas efectuadas por el FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE, corresponden a: Hemodiálisis, Oncológicas y patologías Renales, los que si están consignados en el gasto devengado del año 2004.

Cuadro 7 Transferencias			
INGRESOS	Variación 2005 – 2004 (en M\$)		
	Devengado 2004 Inflactado	Devengado 2005	Variación 2005 -2004
Transferencias Corrientes	1.037.452.760	1.157.697.060	120.244.300
Del Sector Privado		6.000	6.000
Subsecretaría de Salud Pública	4.793.181	2.054.031	-2.739.150
Fondo Nacional de Salud Atención Primaria	230.210.454	283.686.526	53.476.072
Fondo Nacional de Salud Prestaciones Valoradas	322.276.369	358.798.333	36.521.964
Compras Directas FONASA AUGE	3.698.838	30.196.884	26.498.046
Compras Directas FONASA NO AUGE	634.223	1.167.601	533.378
Fondo Nacional de Salud prestaciones Institucionales	463.682.206	468.965.435	5.283.229
FÚPF	12.157.489	12.815.975	658.486
De Gobierno extranjero		6.275	6.275

A continuación se presenta en detalle las principales variaciones de los Programas de: Atención Primaria de Salud, Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales, por constituir las partidas que consignaron los incrementos más relevantes.

a) Transferencias del Programa de Atención Primaria de Salud: Se incrementaron los ingresos por este concepto, en la suma de **MM\$ 53.476**, principalmente por el aumento del precio Per Cápita, asociado al Plan de Salud Familiar con Garantías Explícitas en Salud (GES), según consta en el siguiente cuadro:

Cuadro 8			
Transferencias Programa de Atención Primaria de Salud			
INGRESOS	Variación 2005 – 2004 (en M\$)		
	Devengado 2004 Inflactado	Devengado 2005	Variación
APS MUNICIPAL	202.061.719	244.045.706	41.983.987
APS NO MUNICIPAL	28.148.735	39.640.820	11.492.085
TOTAL	230.210.454	283.686.526	53.476.072

A partir del año 2005 los recursos transferidos para la Atención Primaria Municipal, están sujetos a una evaluación de cumplimientos de metas contenido en el Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS) como parte del Decreto que determina el Aporte Estatal entregado a los municipios.

El incremento que presentó la Atención Primaria, está directamente relacionado con la expansión otorgada para el año 2005, la cual estuvo constituida de la siguiente manera:

a. Expansión de 5 nuevas patologías AUGE en APS y una vigente, por la suma de MM\$ 28.787¹⁸.

- ✓ Diabetes Mellitus tipo II en pacientes diabéticos entre 20 y 64 años, atendió un total de 230.042 casos AUGE durante el año 2005.
- ✓ IRA Infantil en menores de 5 años atendidos antes de 48 horas, se lograron 232.825 casos AUGE el año 2005.
- ✓ Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio en mayores de 65 años atendió 18.292 casos AUGE el año 2005.
- ✓ Hipertensión Primaria o Escencial en pacientes hipertensos entre 20 y 64 años, atendió 731.352 casos AUGE el año 2005.
- ✓ Epilepsia No Refractaria atendió 639 casos AUGE el año 2005.
- ✓ Salud Oral Integral para Niños de 6 años atendió 44.641 casos AUGE el año 2005.

Dado lo anterior, el año 2005 se cumplieron las garantías explícitas de oportunidad en un total de 1.329.559 casos, lo que implica el 100% de cumplimiento, con un total de 1.322.711 personas beneficiarias, de entre los cuales se extrajeron los datos anteriormente expuestos por patología AUGE en APS.¹⁹

Programa Atención Primaria	Total Año 2005 (M\$2005)
Diabetes Mellitus tipo II	16.763.684
IRA Infantil	1.033.210
Neumonía comunitaria de manejo ambulatorio	659.857
Hipertensión primaria o escencial	8.668.339
Epilepsia no refractaria	786.915
Salud Oral Integral para Niños de 6 años	875.184
Total	28.787.189

18 El monto corresponde a la incorporación de las nuevas patologías AUGE en APS, más la Diabetes Mellitus, que es una garantía del piloto 2004.

19 Nótese la diferencia entre casos y personas; una persona puede ser más de un caso.

b. Expansión en Avances del Plan de Salud Familiar, por la suma de MM\$ 9.647.

- ✓ Tratamiento Integral de la Depresión en personas de 15 y más años con síntomas presuntivos de depresión, que incorporó en el año 2005 recursos de expansión para la estrategia de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar (VIF) para mujeres de 15 y más años, en establecimientos dependientes de Servicio de Salud, con una población estimada de cobertura de 171.968 beneficiarios en Depresión y 18.480 en VIF.
- ✓ Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en mayores de 20 años. Durante el año 2005 se implementaron 65 nuevas salas, con lo que se alcanzó a 230 en el País. Estas nuevas salas, se localizaron a través de todo el país, en acuerdo al riesgo sanitario evaluado en los territorios.
- ✓ Infecciones Respiratorias Agudas en el Niño (IRA) en menores de 19 años, se contaba al año 2005 con 523 salas implementadas. Adicionalmente, se contempló el reforzamiento con 1 kinesiólogo para los meses de invierno (junio, julio y agosto) en todos los 139 SAPU en funcionamiento el año 2005.
- ✓ Plan de Mejoramiento APS VI Etapa, que contempló recursos para la adquisición de fármacos, insumos y recursos humanos para postas de salud rural, extensiones horarias vespertinas y sábados, además del selector de demanda y operadora de la línea 800.
- ✓ Aumento de Resolutividad en el Nivel Primario de Salud. Durante el año 2005 se alcanzó 54.288 nuevas prestaciones oftalmológicas, ecografías abdominal-biliar, prótesis dentales y de otorrino en Especialidades Ambulatorias.
- ✓ Presbicie en mayores de 65 años, que contempló la compra de 113.908 lentes y equipamiento, estimado sobre el 30% de la población adulto mayor que padecería este problema.
- ✓ Prevención y Tratamiento de Consumo Alcohol y Uso de Drogas sobre la población general mayor de 15 años que presentó consumo problema, estimada en 16%, de la cual se atendió al 3%, es decir, 13.540 personas.
- ✓ Expansión Capacitación, recursos de expansión año 2005 que se destinaron a Educación a Distancia y Formación de Médicos de Familia, cuya definición estuvo a cargo del consorcio de universidades, quien, previa negociación con ACHM y MINSAL, distribuyó los cupos por Servicios de Salud, ambas estrategias se implementaron el segundo semestre del año 2005. Durante el año 2005 se entregaron 253 Diplomas Salud Familiar (Profesionales de la salud), 194 Diplomas de Fortalecimiento de Resolutividad (médicos), 345 Pasantías nacionales (Profesionales y técnicos de la salud) : 345 Becas de Medicina Familiar (médicos)
- ✓ SAPU APS, el año 2005 se implementaron 23 nuevos establecimientos que contaron con SAPU, alcanzando un total de 139 en todo el País, lo que redundó en un aumento significativo de las consultas de urgencia, llegando a 4.699.532.

Programa Atención Primaria	Total Año 2005 (M\$2005)
Salud Mental Tratamiento Integral de la Depresión	804,930
Enfermedades respiratorias Adulto	1,182,604
Infecciones Respiratorias Agudas en el Niño	696,280
Plan de mejoramiento APS VI Etapa	536,833
Aumento Resolutividad en Nivel Primario de Salud	2,775,071
Presbicie	708,907
Prevención y Tratamiento de Consumo Alcohol y uso de Drogas	285,362
Expansión Capacitación	331,854
SAPU APS	2,325,031
Total	9,646,872

Cabe destacar que en el año 2005, se incorporaron al precio del plan de salud, vía mecanismo de per capita, recursos del sub título 24, “ Transferencias Corrientes a Municipios”, de los programas de: Tratamiento y Diagnóstico de la Depresión en APS, Mejoramiento en APS, Salud Cardiovascular, Salud Familiar, Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años e IRA, cuyas prestaciones formaron parte de las acciones de salud contempladas en el Decreto N° 181 del Ministerio de Salud, de 2004.

c. Incrementos de la Base Inercial, por la suma de MM\$ 15.042

Programa Atención Primaria	Total Año 2005 (M\$2005)
Crecimiento de Población 3,1%	7.559.732
Plan de Salud Familiar	5.731.833
Plan Local Pontificia Universidad Católica (PUC)	130.901
Efecto Ley APS N° 19,813	1.298.736
Efectos año de los cargos 2004 APS-PPV-PPI	320.720
Total	15.041.923

Durante el año 2005, se incorporaron recursos dirigidos a; Incremento de Población, Programa de Salud Familiar, reajustes y otros programas. En este ámbito, la principal innovación se efectuó respecto de la ampliación del plan de salud familiar y el conjunto de prestaciones y programas de salud relativos a la atención primaria de salud municipal, cuyos recursos se transfieren vía mecanismo de per capita y se plasma en decreto anuales suscritos por los Ministerios de Salud, Hacienda e Interior; para el 2005 el decreto que sustentó dicha transferencia fue el N° 181. La innovación en el plan de salud, considera aumentos de coberturas, nuevas prestaciones, identificación explícita del programa del adolescente, la incorporación de patologías AUGE en el nivel primario de atención y, la implementación de mecanismo de evaluación a través de la medición del cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria, en dos párrafos, que presentan áreas relacionadas con el Régimen General de Garantías y de

Garantías Explícitas en Salud, en esta última se destacan: infecciones respiratorias agudas para niños y niñas menores de 5 años, salud oral integral para niños y niñas de 6 años, epilepsia no refractaria, neumonía comunitaria de manejo ambulatorio, diabetes mellitus tipo 2, y, control de la hipertensión arterial.

Al mismo tiempo, los problemas de salud con garantías explícitas antes señalados, relativos a la atención primaria, fueron complementados con el crecimiento de programa de apoyo de fármacos, en especial, insulina NPH (Protamina Neutra Hagedorn) y cristalina y jeringas asociadas, carbamazepina, ácido valproico y los fármacos e insumos propios del control de enfermedades respiratorias en niños y adultos, esto es, medicamentos inhalatorios, antibióticos y aerocámaras, llegando con estos medicamentos e insumos a todos los Servicios de salud y establecimientos de APS del país.

b)Transferencias Programa de Prestaciones Valoradas: Las Prestaciones Valoradas se incrementaron en **MM\$ 63.553**, según consta en el siguiente cuadro;

Cuadro 9			
Transferencias Programa de Prestaciones Valoradas			
INGRESOS	Variación 2005 – 2004 (en M\$)		
	Devengado 2004 Inflactado	Devengado 2005	Variación
AUGE	52.214.829	58.770.136	33.053.353
Compras Directas FONASA AUGE	3.698.838	30.196.884	
Compras Directas FONASA NO AUGE	634.223	1.167.601	533.378
COMPLEJAS	20.428.560	25.363.790	4.935.230
PAM	7.824.334	6.418.194	-1.406.140
POA	17.871.317	25.687.131	7.815.814
URGENCIA	133.957.649	150.129.144	16.171.495
OTRAS VALORADAS	50.312.325	50.536.099	223.774
SALUD MENTAL	19.863.200	20.774.638	911.438
REBALSES	2.952.127	3.690.708	738.581
SIDA	1.260.735	1.060.649	-200.086
DFL	15.591.293	16.367.844	776.551
TOTAL	326.609.430	390.162.818	63.553.388

El Programa de Prestaciones Valoradas, contiene una serie de programas de salud, siendo el más relevante el **Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE)**, el cual comenzó a implementarse en el año 2002 con 3 patologías pilotos, sin embargo, fue en el segundo semestre del año 2005, cuando éste entro en vigencia, con 25 patologías AUGE, que registraron **1.329.559 casos atendidos**, con un nivel de cumplimiento de **100%**. En este contexto, el aumento que presentó este Programa, respecto del año anterior, donde sólo estaban operando 17 patologías piloto²⁰, ascendió a **MM\$ 33.053**, lo que constituyó el mayor incremento del Programa de

20 Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Cardiopatías Congénitas Operables, Cáncer Cervicouterino, Cuidados Paliativos y

Prestaciones Valoradas, y se explica principalmente, por la expansión otorgada el año 2005²¹ a las 3 patologías del nivel secundario, además del incremento asociado a la mantención de los 17 problemas de salud ya existentes. A su vez, el aumento que presentaron en el año 2005, las **Compras Directas FONASA AUGE**, se debió al incremento de prestaciones de Hemodiálisis otorgadas a los beneficiarios.

Por otra parte, cabe señalar que en el año 2005, los incrementos de las **Compras Directas FONASA No AUGE**, se debieron principalmente al aumento de prestaciones otorgadas a través de convenios con terceros, a saber: Hogar de Cristo, Clínica Alemana, Clínica Antofagasta, Fundación Dignidad Hombre, entre otros, por la suma de **MM\$ 533**.

Otros incrementos a considerar en el **Programa de Prestaciones Valoradas**, están asociados a las siguientes líneas programáticas:

- ➔ **Prestaciones Complejas**, el incremento asociado a estas prestaciones fue de **MM\$4.935**, y se originó principalmente en;
 - ✓ Tratamiento de Fibrosis Quística, es una patología congénita de por vida, la cual contempla un tratamiento integral en donde y de acuerdo a la opinión de expertos, los pacientes que la padecen, van cambiando su clasificación, año tras año, pasando de leve a moderada y de moderada a severa, y se estima que cerca del 30% de los pacientes pasa a la clasificación siguiente, por evolución natural de la enfermedad, lo que redundará en un incremento de **MM\$ 131**.
 - ✓ Cardiocirugía Adulto, es una patología del aparato circulatorio que representa la principal causa de muerte en Chile. En el área quirúrgica se debe señalar que, en el año 2005 se adquirieron 4 Cineangiografos para los establecimientos hospitalarios del sector, los cuales generaron un incremento en los procedimientos terapéuticos de; 390 Angioplastias y 1.250 Cineangiografías, lo que generó un mayor costo de **MM\$ 2.223**. Por otra parte, los Estudios Electrofisiológicos aumentaron en el año 2005 en 300 exámenes, lo que significó un incremento de costos de **MM\$ 240**. Respecto a los Trasplantes de Corazón, cabe destacar que el año 2004 se efectuaron 4 trasplantes en el Hospital Gustavo Fricke, y el 2005 éstos se incrementaron en 5, generando un mayor costo de **MM\$ 11**.
 - ✓ Tratamiento Integral del Cáncer, esta patología es la segunda causa de muerte en el País, y contempla los tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia. Respecto a la Quimioterapia, cabe señalar que durante el año 2005 se incorporó este tratamiento para los cánceres de; Cólon, Recto y Ano, debido a su alta efectividad en la etapa inicial de éstos, aumentando la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes, lo que implicó realizar 620 tratamientos adicionales, con un costo total de **MM\$ 971**. Por otra parte, y con relación a la Radioterapia se

Alivio del dolor en Cáncer terminal, Infarto agudo al Miocárdio, Diabetes Mellitus tipo I y II, Cáncer de mamas, Disrrafias abiertas, Escoliosis, Cataratas, Problemas de cadera que requieren prótesis, Labio leporino y fisura palatina, Cáncer en Menores de 15 años, Esquizofrenia, Cáncer de testículo, Linfoma Adultos y VIH/SIDA.

21 IRA Infantil, Neumonía comunitaria de manejo ambulatorio, Hipertensión primaria o esencial, Epilepsia no refractaria, Salud oral integral para niños de 6 años, Trastornos de Conducción que requieren Marcapasos, Retinopatía del Prematuro, Prematurez: a) Prevención Parto Prematuro, b) Hipoacusia neurosensorial bilateral, c) Displasia Broncopulmonar

debe destacar que en el año 2005, se adquirió un Acelerador Lineal para el Hospital Regional de Valdivia, que implicó realizar 337 nuevos tratamientos para distintos tipos de cánceres, con un costo de **MM\$ 280**.

- ✓ Neurocirugía, durante el año 2005 se adquirieron 3 Angiógrafos, lo cual permitió incrementar los siguientes tratamientos; 40 Aneurismas, 30 Tumores y/o Quistes, 50 Estenorraquis, 12 Microembolizaciones, 40Coil, 500 Angiografías cerebrales y 2.000 Resonancias Nucleares Magnéticas, con un costo de **MM\$ 715**.
- ✓ Vitrectomía, durante el año 2005 se realizaron tratamientos para 400 pacientes, con un costo de **MM\$ 364**.

→ **Programa del Adulto Mayor**, dentro de las prestaciones consignadas en este programa, se encuentran las Enfermedades Respiratorias del Adulto (Neumonía), la que en el año 2005 pasó a formar parte del AUGE, por ende, este programa se redujo en **MM\$ 1.406**, con relación al año anterior.

→ **Programa de Oportunidad en la Atención**, el incremento asociado a este programa fue de **MM\$ 7.816**, y se originó principalmente en:

- ✓ Colelitiasis, éstas se incrementaron en 6.000 prestaciones, con un costo de **MM\$2.291**
- ✓ Hernia Abdominal, éstas se incrementaron en 6.000 prestaciones, con un costo de **MM\$1.421**
- ✓ Hiperplasia de la Próstata, éstas se incrementaron en 650 prestaciones, con un costo de **MM\$311**

Por otra parte, y dada la gran demanda existente, se incorporó en el año 2005, 2 nuevas prestaciones, a saber;

- ✓ Várices, se otorgaron 6.630 prestaciones, con un costo de **MM\$ 1.239**
- ✓ Amígdalas y Vegetaciones Adenóides, se otorgaron 8.000 prestaciones, con un costo de **MM\$ 2.529**.

→ **Programa de Mejoramiento de la Capacidad de Respuesta de la Red de Urgencia al Usuario**, tiene por objetivo ampliar la oferta y calidad de las prestaciones de urgencia, con énfasis en las Unidades de Emergencia, Unidades de Paciente Crítico y Atención Prehospitalaria. El incremento asociado a este programa fue de **MM\$ 16.910**, compuesto principalmente por;

- ✓ Unidad de Paciente Crítico, en el año 2005 se incorporó 17 camas UCI y 22 camas Intermedio adulto, incluyendo para su habilitación, 300 cargos con 801 horas médicas, y cuya implementación generó un costo de **MM\$ 4.623**
- ✓ Atención Prehospitalaria, durante el año 2005 se adquirieron 16 ambulancias para este programa, además de la implementación operativa, que implicó incorporar 71 cargos con 198 horas médicas, para el Servicio de Atención Médica de Urgencia, por un monto total de **MM\$ 1.123**.

- ✓ Unidades de Emergencia, con el objeto de mejorar la calidad y oportunidad de la atención de los cuadros clínicos que impliquen riesgo y/o secuela funcional para el paciente y con la finalidad de disminuir el gasto asociado a la Ley de Urgencia N° 19.650, que implicó un gasto incremental durante el 2005 de **MM\$ 739**, se reforzó el recurso humano con la incorporación de 71 cargos con 336 horas médicas, además de la adquisición de equipamiento para la habilitación de 21 unidades de emergencia, lo anterior implicó un costo total de **MM\$ 1.151**.

Cabe señalar, que el crecimiento restante de este programa, está asociado al reconocimiento de las actividades de las Unidades de Emergencia, contenidas inicialmente en el Programa de Puestas en Marcha, consignados en las Prestaciones Institucionales.

c) Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales: Este programa contiene todas aquellas actividades, que no corresponden a las nominadas en los programas de atención primaria y de prestaciones valoradas, es así que durante el año 2005 presentó en devengo mayor de **MM\$ 5.283**, respecto al año anterior, cuyo desglose es el siguiente;

Cuadro 10	
Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales	
INGRESOS	Variación Devengados 2005 – 2004 (en M\$)
Rentas Experimentales	1.450.875
Capacitación	1.437.205
Leasing Equipos AUGE Alta Complejidad	1.876.507
Puesta en Marcha	518.642
TOTAL	5.283.229

Notas a Gastos Devengados 2004 - 2005

(2) Gastos en Personal

En el año 2005 el Gasto en Personal aumentó en **MM\$ 23.063**, lo que significó un incremento del 4%, con relación al año 2004. Este aumento se originó por los siguientes conceptos:

- ✓ Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas, el incremento real que presentó el año 2005 respecto al 2004, fue de **MM\$ 11.434**.
- ✓ La expansión correspondiente a 734 cargos, Honorarios a Suma Alzada y Horas Extras, presentó un incremento en el año 2005 equivalente a **MM\$ 6.078**, el cual se reflejó íntegramente en el aumento del gasto en personal, de ese año.
- ✓ La anualización de los cargos AUGE, que en el 2004 consignaron un gasto por nueve meses, implicó aumentar en **MM\$ 3.867** el gasto del año 2005.
- ✓ La implementación del Reglamento de remuneraciones de los Establecimientos Experimentales, provocó un incremento del gasto en el año 2005, de **MM\$ 1.451**, producto de los incrementos de las siguientes asignaciones; Establecimiento Experimental, Turno, Responsabilidad, Estímulo y Cumplimiento de Metas.

-
- ✓ El Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas, durante el año 2004 generó todo el gasto en personal, en el subtítulo de transferencias corrientes, como lo establecía la Glosa 05 acápite b) del Capítulo, empero, al homologar el clasificador del año 2004 al 2005, este gasto fue traspasado al subtítulo de bienes y servicios de consumo, por cuanto así lo establece la clasificación presupuestaria del año 2005, no obstante lo anterior, en el año 2005, la glosa 06 del Capítulo, establece determinar por Resolución los gastos de este Programa, según su naturaleza del gasto. En resumen, el gasto en personal asociado a este programa en el año 2005, generó un incremento de **MM\$ 233**.

(3) Gastos en Bienes y Servicios de Consumo

En el año 2005 el Gasto en Bienes y Servicios de Consumo aumentó en **MM\$ 41.828**, lo que significó un incremento del **15%**, con relación al año 2004. Cabe señalar que este incremento incorpora MM\$ 27.031, por efecto del gasto efectuado por el FONASA para la compra de prestaciones asociadas al AUGE²² y otras patologías No AUGE asociadas a convenios con terceros. En este contexto, los incrementos se originaron principalmente por lo siguiente;

- ✓ Las compras directas realizadas por FONASA en las patologías AUGE, corresponden fundamentalmente a las prestaciones de: Hemodiálisis, Oncológicas y Patologías Renales, las cuales se incrementaron en **MM\$ 26.498** con relación al año 2004, este incremento se explica principalmente por el aumento significativo de los Convenios de Hemodiálisis.
Por otra parte, las compras directas realizadas por FONASA en las patologías No AUGE, corresponden a convenio de prestaciones otorgadas por terceros, a saber; Hogar de Cristo, Clínica Antofagasta, Clínica Alemana, Fundación Dignidad Hombre, entre otras, las cuales se incrementaron en **MM\$ 533** con relación al año 2004
- ✓ Durante el año 2005 la población beneficiaria del FONASA, se incrementó en un 3,2% respecto al año 2004, lo que significó la incorporación de 344.809 beneficiarios a la red asistencial pública de salud. Lo anterior, implicó en un incremento de las prestaciones otorgadas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que redundó en un aumento del gasto en bienes y servicios de consumo por la suma de **MM\$ 11.212**, en relación al año 2004, que se visualiza en las siguientes partidas;
- ✓ Otro factor que incidió en el incremento de los consumos básicos durante el año 2005, se debió a la entrada en operación de los Hospitales de; San Carlos de Chillán y Los Ángeles que incorporaron **16.618 m²** de nueva infraestructura, además, del aumento tarifario del gas y la electricidad, lo que redundó en un aumento de **MM\$ 2.728**.
- ✓ Finalmente, en el año 2005 el parque automotriz de los Servicios de Salud se incrementó en 23 ambulancias y 3 vehículos de transporte, los cuales no aumentaron la dotación efectiva de vehículos de los Establecimientos, pero reemplazaron otros que ya no estaban en funcionamiento, por ende, se generó un mayor gasto en combustibles y lubricantes de **MM\$857**, además, se debe considerar el significativo aumento del precio del barril de petróleo, experimentado entre los años en estudios, es así que en el año 2004, el precio promedio por barril era de US\$/bb 40, 4 y el 2005 fue de US\$/bb 54.

22 Las compras directas efectuadas por el FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE, corresponden a: Hemodiálisis, Oncológicas y patologías Renales.

Cuadro 11
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2005

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²³ (M\$)	Presupuesto Final ²⁴ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados ²⁵ (M\$)	Diferencia ²⁶ (M\$)	Notas
			TOTAL INGRESOS	1.203.334.983	1.252.241.813	1.291.516.767	-39.274.954	
5			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.121.674.628	1.128.232.765	1.157.697.060	-29.464.295	
	1		DEL SECTOR PRIVADO		46.000	6.000	40.000	
	2		Del Gobierno Central	1.121.674.628	1.128.170.490	1.157.684.785	-29.514.295	
		7	Fondo Nacional de Salud Atención Primaria	280.238.240	283.501.719	283.686.526	-184.807	
		8	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Valoradas	379.956.629	361.755.906	358.798.333	2.957.573	
		9	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	432.621.575	467.274.855	468.965.435	-1.690.580	
		9	Compras Directas FONASA AUGE			30.196.884	-30.196.884	
		9	Compras Directas FONASA No AUGE			1.167.601	-1.167.601	
		10	Subsecretaria de Salud Pública	15.837.888	2.528.408	2.054.031	474.377	
		13	Subsecretaria de Redes Asistenciales		5.350		5.350	
		22	Fondo Único Prestaciones Familiares y Subsidios Cesantía	13.020.296	13.104.252	12.815.975	288.277	
	6		Gobierno Extranjero		16.275	6.275	10.000	
		1	De Gobiernos Extranjeros		16.275	6.275	10.000	
6			RENTA DE LA PROPIEDAD		576.883	552.269	24.614	
7			INGRESOS DE OPERACIÓN	73.711.967	55.053.012	62.113.728	-7.060.716	
8			OTROS INGRESOS CORRIENTES	2.115.181	18.003.736	19.006.668	-1.002.932	
		1	Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas		15.341.816	16.372.048	-1.030.232	
		99	Otros		2.661.920	2.634.620	27.300	
10			VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		392.492	397.818	-5.326	
12			RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	5.331.207	5.879.391	10.856.455	-4.977.064	
		10	Ingresos por Percibir		5.879.391	10.856.455	-4.977.064	
13			TRANSF PARA GASTO DE CAPITAL		43.605.154	40.892.769	2.712.385	
		1	Del Sector Privado		17.651		17.651	
		2	3 Inversión Sectorial de Salud		42.985.062	40.892.769	2.092.293	
		2	10 Subsecretaria de Salud Pública		473.407	0	473.407	
		6	0 Del Gobierno Extranjero		129.034	0	129.034	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	502.000	498.380	0	498.380	

23 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

24 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2005

25 Ingresos y Gastos Devengados: incluye los gastos no pagados el 2005.

26 Corresponde a la diferencia entre el Presupuesto Final y los Ingresos y Gastos Devengados.

Cuadro 11
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2005

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁷ (M\$)	Presupuesto Final ²⁸ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados ²⁹ (M\$)	Diferencia ³⁰ (M\$)	Notas
			TOTAL GASTOS	1.203.334.983	1.252.241.813	1.290.286.267	-38.044.454	
21			GASTOS EN PERSONAL	570.686.026	595.852.618	595.823.082	29.536	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	310.822.244	272.844.840	288.999.606	-16.154.766	
22			Compras Directas FONASA AUGE			30.196.884	-30.196.884	
22			Compras Directas FONASA No AUGE			1.167.601	-1.167.601	
23			PRESTACIONES PREVISIONALES	46.945.295	53.313.059	52.768.724	544.335	
	1		Prestaciones de Seguridad Social	33.543.535	40.014.443	39.680.765	333.678	
		10	Subsidios de Reposo Preventivo	54.413	40.081	37.918	2.163	
		11	Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa	29.430.895	35.293.370	35.078.323	215.047	
		12	Subsidios por Accidentes del trabajo	2.289.141	2.308.767	2.442.147	-133.380	
		13	SubsMaternal, A° 196 Código del Trabajo	1.769.086	2.372.225	2.122.377	249.848	
	2		Prestaciones de Seguridad Social	13.401.760	13.298.616	13.087.959	210.657	
		4	Ayudas Económicas y Otros Pagos de Preventiva	381.464	194.364	181.641	12.723	
		5	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	13.020.296	13.104.252	12.906.318	197.934	
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	242.300.650	250.454.827	244.842.280	5.612.547	
	1		Transferencias al Sector Privado	116.906	1.094.975	674.842	420.133	
		31	Prog Naciones Unidas para Desarrollo		300.000	222.362	77.638	
		395	Prog. Especial de Salud de los Pueblos Indígenas		628.069	302.694	325.375	
		461	Centros de Prev Alcoholismo y Salud Mental	116.906	116.906	149.786	-32.880	
		470	Medicina Familiar		50.000		50.000	
	2		Al Gobierno Central	2.806.877	0	0	0	
		001	Fondo Nacional de Salud	2.806.877			0	
	3		Transf. a Otras Entidades Públicas	239.376.867	249.359.852	244.167.438	5.192.414	
		298	Atención Primaria, Ley N°19.378	239.376.867	249.253.370	244.045.706	5.207.664	
		299	Convenios D.F.L. 36 (S)/80		106.482	77.500	28.982	
		396	Campaña Invierno			44.232	-44.232	

27 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

28 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2005

29 Ingresos y Gastos Devengados: incluye los gastos no pagados el 2005.

30 Corresponde a la diferencia entre el Presupuesto Final y los Ingresos y Gastos Devengados.

Cuadro 11
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2005

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ³¹ (M\$)	Presupuesto Final ³² (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados ³³ (M\$)	Diferencia ³⁴ (M\$)	Notas
25			INTEGROS AL FISCO	1.840	5.150	4.353	797	
26			OTROS GASTOS CORRIENTES		213.619	161.659	51.960	
29			ADQ DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	8.076.928	9.219.769	10.034.049	-814.280	
	1		Terrenos		0	20.000	-20.000	
	3		Vehículos		521.235	617.015	-95.780	
	4		Mobiliarios y Otros	8.076.928	2.517.774	2.097.971	419.803	
	5		Maquinas y Equipos		5.250.173	6.304.478	-1.054.305	
	6		Equipos Informáticos		719.362	783.908	-64.546	
	7		Programas Informáticos		139.815	41.561	98.254	
	99		Otros		71.410	169.116	-97.706	
31			PROYECTOS DE INVERSIÓN		42.205.985	39.148.198	3.057.787	
34			SERVICIO DE LA DEUDA	24.000.000	6.475.839	27.139.831	-20.663.992	
35			SALDO FINAL DE CAJA	502.000	21.656.107	0	21.656.107	

Análisis de Variaciones del Presupuesto Inicial y Final del año 2005

Análisis de los Efectos más Relevantes:

El presupuesto inicial del Sistema Nacional de los Servicios de Salud para el período 2005 fue de **MM\$ 1.203.335**, que comparado con el presupuesto final al 31 de diciembre del mencionado período, fue de **MM\$ 1.252.242**, experimentando un incremento de **MM\$ 48.907**, que redunda en un crecimiento del **4,1%**. Las principales modificaciones presupuestarias dan cuenta de:

- ✓ Con la entrada en vigencia de la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, los Servicios de Salud debieron excluir de sus funciones, todas aquellas actividades que guardan relación con rectoría y regulación, las cuales pasaron a ser parte integrante de los Gobiernos Regionales, razón por la cual, del presupuesto de los Servicios de Salud se redujo en **(MM\$ 29.250)**.
- ✓ La incorporación en el presupuesto 2005, de la modalidad de que las compras fueran efectuadas por FONASA, en mandato de los Servicios de Salud, implicó reducir el presupuesto de éstos, en **(MM\$ 27.943)**.
- ✓ Durante el año 2005, se incorporaron proyectos de inversión en obras civiles y equipamiento, por la suma de **MM\$ 43.605**

31 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

32 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2005

33 Ingresos y Gastos Devengados: incluye los gastos no pagados el 2005.

34 Corresponde a la diferencia entre el Presupuesto Final y los Ingresos y Gastos Devengados.

-
- ✓ En el año 2005, se incorporaron las Leyes de Reajuste del Sector Público, e incrementos a las bases inerciales de la Población y los Bonos de Autoridad Sanitaria, por la suma total de **MM\$29.627**.
 - ✓ En el año 2005, se incorporaron por efecto de Recuperación y Reembolsos por Licencias médicas, la suma de **MM\$ 15.342**.
 - ✓ En el año 2005, se incorporaron al presupuesto por efecto de la adquisición de Aceleradores Lineales, por un monto de **MM\$ 2.100**.
 - ✓ El año 2005 y por efecto del mayor gasto en subsidios de incapacidad laboral de los afiliados, fenómeno determinado por el aumento del número de cotizantes, rentas promedio y número de días de licencias médicas, implicó incrementar los Subsidios en **MM\$ 7.300**.
 - ✓ Durante el año 2005, se incorporaron proyectos de salud pública, a saber; Campaña Invierno, Enfermedades Emergentes, Centros de Alcoholismo, entre otros, por la suma de **MM\$ 2.890**.
 - ✓ Por efecto de un aumento en Otros Ingresos Propios, el presupuesto final del año 2005, se incremento en **MM\$ 2.127**.
 - ✓ En el año 2005 el número de cotizantes se incremento en un 1%, respecto al año 2004, alcanzando la cifra de 4.138.059 personas, que redundo en un incremento de cotizaciones, que implicó un aumento de **MM\$ 3.109**, en el presupuesto final del año 2005.

Análisis de Variaciones del Presupuesto Final y Devengos del año 2005

El presupuesto final del Sistema Nacional de los Servicios de Salud para el período 2005 fue de **MM\$ 1.252.242**, y el devengo en el mismo período, alcanzó la suma de **MM\$ 1.258.922**, experimentando un sobregasto de (**MM\$ 6.680**). Cabe destacar, que para efectos de análisis y con el objeto de homologar las bases en estudio, se excluyeron las compras directas realizadas por el FONASA para las prestaciones asociadas al AUGE³⁵ y No AUGE en la base devengada, por la suma de **MM\$ 31.364**.

- ✓ En bienes y servicios de consumo se experimento un sobregasto de (**MM\$ 16.155**), por efecto del aumento de la población beneficiaria del FONASA, la cual se incremento en 344.809 beneficiarios, aumentando la actividad asistencial en los establecimientos hospitalarios. A lo anterior, se debe adicionar que las estimaciones presupuestarias realizadas respecto a algunos programas sanitarios fueron subestimadas, en relación al impacto epidemiológico real que éstas tuvieron; a su vez y con el fin de mejorar la resolutiveidad a nivel local, los establecimientos desarrollaron actividades que no contaban con respaldo presupuestario.
- ✓ Durante el año 2005, las transferencias corrientes devengaron un monto menor al presupuesto por la suma de **MM\$ 5.613**, debido en gran medida a que no se alcanzaron a transferir los recursos destinados a la atención primaria municipal, lo cual fue realizado a comienzos del año 2006.
- ✓ Finalmente, los proyectos de inversión devengaron un monto menor al presupuesto por la suma de **MM\$ 3.058**, debido a que parte del equipamiento fue recepcionado a fines del mes de diciembre del año 2005, no pudiendo incorporarlos a la base devengada de ese año, por cuanto el proceso administrativo de recepción provisoria y definitiva no estaba realizado. Por otra parte, los estados de pago que presentaron los contratistas durante el año 2005, fueron por un valor levemente inferior al presupuestado.

35 Las compras directas efectuadas por el FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE, corresponden a: Hemodiálisis, Oncológicas y patologías Renales.

Cuadro 12
Indicadores de Gestión Financiera

Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ³⁶			Avance ³⁷ 2005/ 2004	Notas
			2003	2004	2005		
Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes	$\frac{[\text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios} - \text{N}^\circ \text{ de decretos originados en leyes}]}{[\text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios}]} * 100$	Porcentaje	89,9	93,62	83,33	89,01%	
Promedio del gasto de operación por funcionario	$\frac{[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}]}{[\text{Dotación efectiva}]}$	M\$/ Funcionario	10.592,02	11.015,76	11.726,18	103,29%	
Porcentaje del gasto en programas del subtítulo 24 sobre el gasto de operación	$\frac{[\text{Gasto en Programas del subt. 24}]}{[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}]} * 100$	Porcentaje	26,4	0,12	No se mide	No se mide	
Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación	$\frac{[\text{Gasto en estudios y proyectos de inversión (subt 31)}]}{[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}]} * 100$	Porcentaje	2,77	2,16	4,42	204,63%	

36 Los factores de actualización de los montos en pesos es de 1,041394 para 2003 a 2005 y de 1,030594 para 2004 a 2005.

37 El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene.

PORCENTAJE DE DECRETOS MODIFICATORIOS QUE NO SON ORIGINADOS POR LEYES

Durante el año 2005 el porcentaje de decretos que no son originados por leyes disminuyó en 10,29 puntos porcentuales con relación al año 2004.

PROMEDIO DEL GASTO DE OPERACIÓN POR FUNCIONARIO

El Promedio de Gasto de Operación (Gasto en Personal y Bienes y Servicios de Consumo) por Funcionario para el año 2005 fue de M\$11.726, constatándose un aumento real de M\$ 710 con relación al año 2004, lo que significa un incremento del 6,4%.

El incremento que se observa en el gasto promedio por funcionario en relación al año 2004, está dado principalmente por el aumento en el gasto en bienes y servicios de consumo producto del incremento de un 3,2% de la población beneficiaria del FONASA, lo que significó la incorporación de 344.809 beneficiarios a la red asistencial pública de salud, que redundó en un aumento de este gasto, producto de un incremento en las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos hospitalarios.

Por otra parte, si bien la dotación efectiva para el año 2005 fue de 75.457 funcionarios, disminuyendo en 1.897 funcionarios con relación al año 2004, lo que significa una baja del 2,45%, no influye significativamente en el resultado del indicador, debido a que el impacto del aumento en bienes y servicios de consumo fue sustancialmente mayor al producido por la baja de la dotación efectiva, producto de la Ley N° 19.937, que implicó traspasar funcionarios desde los Servicios de Salud a la Autoridad sanitaria Regional y a la Superintendencia de Salud.

PORCENTAJE DEL GASTO EN PROGRAMAS DEL SUBTÍTULO 25 SOBRE EL GASTO DE OPERACIÓN

A partir del año 2004 sólo se considera el monto por Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas. Sin embargo, el año 2005 el gasto de Pueblos Indígenas fue traspasado a los subtítulos correspondientes, por lo cual no es pertinente la medición de este indicador para los Servicios de Salud para el año 2005.

PORCENTAJE DEL GASTO EN ESTUDIOS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN SOBRE EL GASTO DE OPERACIÓN

Este indicador para el año 2005 aumentó en 2.26 puntos porcentuales con relación al año 2004. Esto se debe a que el Gobierno incrementó fuertemente la inversión en infraestructura y equipamiento, que se inserta dentro de un Programa Global de Inversiones en Salud, que comenzó en el año 2005, y se estima hasta el año 2008, con el fin de darle una plataforma a la entrada en vigencia del Régimen de Garantías Explicitas en Salud, y que este acorde con sus exigencias.

- Resultado de la Gestión por Productos Estratégicos

Producto Estratégico 1: Acciones de Salud en el nivel primario

Atenciones médicas y odontológicas electivas

En las garantías de atenciones a menores de un año y mayores de 65 antes de las 48 horas se ha mantenido la tasa de atención en un 100% durante los últimos 4 años, logrando en el año 2005 la atención de 2.563.946 pacientes que así lo solicitaron en establecimientos de la Atención Primaria. Igualmente se mantuvo la atención médica y odontológica tanto vespertina como los días Sábado permitiendo el acceso a la población trabajadora.

Tasa de consulta médica electiva en APS:

La tasa de consulta de morbilidad médica electiva por beneficiario es de 1.4, menor en 0,1 al año anterior, alcanzando un 95% de cumplimiento con un total de 15.063.945 consultas médicas anuales a beneficiarios de la atención primaria del país. Existen múltiples variables que explican esta disminución en la tasa de consulta y las más relevantes son: estrategias nacionales para disminuir las atenciones de urgencia en las unidades de emergencia hospitalarias (disminuyó en un 13,4%) y derivarlas para su resolución a la atención primaria que al ser atendidas se registran como atenciones de urgencia de atención primaria y no como electiva, lo que se refleja en el gran aumento en el registro de urgencias en atención primaria que subió en un 463% con relación al año anterior; aumento de los controles por médicos (no se registran como consulta médica electiva) debido al ingreso al Sistema de Garantías de problemas de salud como HTA esencial, Diabetes Mellitus tipo 2 e IRA; el análisis de la tasa de consulta, no incorpora todas las atenciones médicas en atención primaria dejando fuera los controles de salud y de crónicos, los cuales adquieren relevancia en el modelo de salud familiar.

Pacientes rechazados en atención médica electiva:

El rechazo de atención médica electiva tiene una tasa de 2,15% lo que significó casi 0,3 puntos porcentuales menos que la meta para el 2005, ello implica una mejora en la gestión en el control de pacientes que se encuentran en programa HTA, DM, IRA, ERA, ante un menor número de personas que pidieron hora de atención médica electiva el año 2005.

Altas odontológicas totales realizadas en población menor de 20 años en APS

Se realizaron 615.674 altas odontológicas totales en la población menor de 20 años en APS, lo que da un 110% de cumplimiento de la meta estimada, debido al aumento de las coberturas de niños menores de 6 años por ser garantía GES, produciendo un aumento en la pesquisa y derivación de ésta patología al nivel secundario.

Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos:

a) *Compensación de personas con hipertensión arterial bajo control en establecimientos de APS:* El 2005, se logró la compensación del 50% de los pacientes hipertensos entre 20 y 64 años, porcentaje menor al alcanzado el año 2004 debido a la modificación del parámetro óptimo de compensación desde 140/90 mm Hg. a 130/85 mm Hg. En este caso se ha acatado las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), introduciendo mayor exigencia al parámetro, por ello el año 2005 se considera de transición y se alerta a que en rigor no es posible la comparación 2005 versus 2004. Ello

implicó una compensación de 91%; lo que significa 258.798 pacientes hipertensos compensados en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario.

- b) *Compensación de personas con Diabetes Mellitus bajo control en establecimientos de APS:* En cuanto a los pacientes diabéticos entre 20 y 64 años se logró la meta establecida del 40% de compensación estimada para el 2005, lo que implica un cumplimiento del 99% con 69.629 pacientes diabéticos compensados en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario.
- c) *Establecimientos de atención primaria sin filas a hora temprana:* Durante el 2005 se alcanzó un 98% del total de establecimientos de atención primaria sin filas a hora temprana, esto es, 520 centros sobre un total de 544 establecimientos de atención primaria. Al respecto cabe resaltar que, mientras existan establecimientos situados en grandes centros urbanos y densamente poblados, la factibilidad de ir aumentando este porcentaje es escasa, y significa implementar otras estrategias. Por otra parte, la metodología con que se mide este indicador considera el registro sólo de un día al mes en dónde se registra el número de personas que están en la fila a las 8 de la mañana, sin considerar otras variables, tales como, las estacionales, ubicación geográfica, y otras.

Atenciones médicas y odontológicas de urgencia:

a) *Tasa de consulta al servicio de atención primaria de urgencia (SAPU):*

En el 2005 se alcanzó una tasa de consulta en SAPU de 59,9%, ésta es mayor en 6.5 puntos porcentuales a la meta fijada para el año, logrando un cumplimiento del 112%. Este incremento se debe a la instalación de 23 nuevos servicios de atención primaria de urgencia, con lo cual el número de consultas al servicio de atención primaria de urgencia aumentó a 4.699.532.

b) *Porcentaje de pacientes rechazados en atención dental de urgencia:*

Se alcanzó un 100% de cumplimiento de la meta con un porcentaje de un 2,0% manteniéndose la tendencia de los dos últimos años, de que implica que de un total de 2.609.158 personas que pidiendo hora para atención dental de urgencia, sólo 51.160 no fueron atendidas. Cabe señalar que no se ha incrementado la contratación de profesionales odontólogos en el último período.

Acciones a través de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS

Durante el 2005, la OIRS se preocuparon de aplicar el modelo Gestión de Solicitudes Ciudadanas y Sistema de Gestión de Reclamos de Garantías Explícitas en Salud en la Red Asistencial, instalando un soporte piloto informático para la gestión de los reclamos GES a través del *call center* de FONASA, cuyos resultados se esperan estén depurados en el año 2006. Cabe destacar que esta iniciativa no contemplaba compromiso de meta, debido a la innovación de soporte de plataforma tecnológica, que requiere más de un período para su consolidación.

Educación en salud: individual, grupal y comunitaria:

Durante el 2005 se realizaron diferentes actividades de promoción de la salud en el intersector, como: actividades físicas, de alimentación, de antitabaco, medio ambiente y otras condicionantes. En educación grupal, se efectuaron 30.465 actividades de promoción, distribuidas en 3 áreas: 12.873 Actividades de promoción en establecimientos educacionales; 6.654 Actividades de promoción en lugares de trabajo; 10.938 Actividades de promoción en comunidades y entornos

Derivación de Mujeres con PAP (+) desde el nivel primario a la Unidad de Patología Cervical (UPC):

De un total de 9.165 mujeres con PAP (+) derivadas a la UPC desde el nivel primario de atención, son atendidas 8.233, lo que implica un 95% de cumplimiento respecto de la meta 2005. Este indicador es monitoreado sólo hasta éste año. Por formar parte de las garantías explícitas en salud de la Ley AUGE forma parte del monitoreo de las mismas, y su registro está incorporado al Sistema de Información AUGE (SIGGES).

Producto Estratégico 2: Acciones de salud en establecimientos de segundo y tercer nivel

Atenciones ambulatorias médicas de especialidad, odontológicas y de otros profesionales de la salud:

- a) Las consultas médicas de especialidades en el nivel secundario durante el 2005 fueron 6.539.312, lo que representa un 1,4 % más que el año anterior.
- b) *La tasa de variación anual de altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años en atención de segundo nivel* . Para el año 2005, la tasa de variación de este indicador alcanzó un 28%, alcanzando un 125% de cumplimiento, lo que se explica por la entrada en vigencia de la ley de Garantías Explícitas en Salud, que garantiza la salud oral integral de los niños de 6 años, lo que sumado a la orientación de las metas de desempeño de la Ley 19.813 tendientes a aumentar las coberturas a los menores de 6 años, producen un aumento de la pesquisa y derivación desde el nivel primario al secundario. Al estimar esta meta el año 2004 para el 2005, no se tenía conocimiento de que la salud oral integral de los niños de 6 años se incluiría en el AUGE, no pudiéndose prever el impacto que tendría en el nivel secundario.

Casos AUGE en que se cumplen las garantías explícitas de oportunidad:

El año 2005 se cumplen las garantías explícitas de oportunidad en 1.329.559 casos, lo que implica el 100% de cumplimiento, con un total de 1.322.711 personas beneficiarias.

Atención médica de urgencia:

- a) *Selector de demanda en las Unidades de Emergencia de los hospitales tipo 1 y 2:*

A Diciembre del 2005, existían 47 hospitales tipo 1 y 2 con selector de demanda instalado, lo que corresponde al 92% del cumplimiento de la meta estimada. En la formulación de este indicador se incluyó en el denominador seis establecimientos que no cuentan con servicios de urgencia llegando a 57 establecimientos, que por lo tanto, no requieren de selector de demanda. Al excluir estos establecimientos de la muestra, con un total de 51 se obtiene un cumplimiento de la meta superior al 100%.

- b) *Índice ocupacional de camas críticas de adultos en la unidad de pacientes críticos:*

Este índice, alcanzó un 84% en el año 2005, lo cual representa un 101% de cumplimiento sobre la meta estimada. Lo anterior se debe principalmente a la incorporación de camas UCI y camas Intermedio adulto las que representan una expansión de un 4,6% respecto del año anterior, lo que implica un 90.857 días de camas críticas adultos ocupados del total de 108.638 disponibles.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: intervenciones quirúrgicas mayores:

Entre el 2004 y el 2005, las intervenciones quirúrgicas se incrementaron en un 0,4%, alcanzando un total de 510.288 cirugías. A su vez las cirugías quirúrgicas mayores ambulatorias se incrementaron en un 6,1% respecto del año 2004.

Infecciones de Herida Operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía y en cesáreas:

Cabe señalar, que en el caso de las infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía la meta de 1.3 se cumple en 95%, con un total de 110 infecciones sobre un total de 8.780 intervenciones de colecistectomía por laparotomía. Por otro lado, en cuánto a las infecciones de herida operatoria por cesáreas se cumple un 94% de la meta con 465 infecciones³⁸.

Hospitalización:

Los egresos hospitalarios fueron 1.160.539 , lo que representa un 2,3% menos que el año anterior, sin embargo las cifras no han variado desde al año 2000, lo que se explica por la disminución progresiva de los partos.

Producto Estratégico 3: Acciones de las direcciones de los Servicios de Salud

Coordinación de la red asistencial de salud:

a) Entrada en vigencia Ley 19.966:

El primero de julio del 2005 entró en vigencia legal las Garantías Explicitas en Salud y el trabajo de las Redes Asistenciales se centró en enfrentar ya no un piloto, sino la aplicación de toda la ley. Ello significó hacer el levantamiento de la capacidad de oferta del sistema público, la incorporación de tecnologías, el fortalecimiento del sistema informático de monitoreo y seguimiento de las garantías y realizar las inversiones en estructura que el sector requería.

b) Gestión:

La implementación del modelo de atención de las redes asistenciales se refleja en un incremento de 94.304 atenciones por especialistas en el nivel secundario respecto al año 2004, producto del fortalecimiento de la coordinación entre los niveles de atención.

Se redireccionaron las consultas de urgencia hacia los niveles de menor complejidad según pertinencia, ello significó un incremento de un 18,9% de la consulta en SAPU respecto al 2004

La relación de consulta en hospital por cada consulta en SAPU, se redujo en 1,3 respecto del año 2004.

Se reforzó la articulación de las redes asistenciales en torno a los problemas de salud con Garantía Explícita, y su cumplimiento. La estrategia utilizada fue la realización de talleres AUGE en todos los Servicios de Salud del país , donde se capacitaron 3.594 funcionarios de establecimientos de todas las complejidades en gestión y monitoreo de las garantías.

c) AUGE:

Entre el 01 de Julio y el 31 de Diciembre del 2005 se atendieron 1.322.711 personas, de las cuales: 5.941 personas en etapa de sospecha; 25.144 en etapa de diagnóstico; 67.158 en etapa de caso confirmado; 981.800 en etapa de tratamiento; 4.965 en etapa de seguimiento y los casos cerrado por término de tratamiento u otras causas 237.703 personas.

Se formularon las normas técnicas y el Decreto GES, se realizó la gestión de compra centralizada de medicamentos para algunas patologías GES en la APS.

38 Cabe tenerse en cuenta que los datos 2005 tienen carácter de provisorio, ya que, las estadísticas relativas a cesáreas arrojan resultados a nivel nacional e internacional, más de 1 año después de ocurrido el evento.

El porcentaje de casos AUGE en que se cumplieron las Garantías Explícitas de oportunidad fue de un 100% en el período.

En materia de equipamiento AUGE, se ejecutó el 100% de los proyectos programados para el 2005 por un monto total de M\$ 4.124.902.- destinados a la adquisición de equipamiento asociado a las patologías que entraron en vigencia durante el 2005.

Control de gestión financiera:

b) *El presupuesto inicial:*

El presupuesto final del Sistema Nacional de los Servicios de Salud para el período 2005 fue de MM\$ 1.252.242, y el devengo en el mismo período, alcanzó la suma de MM\$ 1.258.922, experimentando un sobregasto de (MM\$ 6.680). Cabe destacar, que para efectos de análisis y con el objeto de homologar las bases en estudio, se excluyeron las compras directas realizadas por el FONASA para las prestaciones asociadas al AUGE y No AUGE en la base devengada, por la suma de MM\$ 31.364.

- En bienes y servicios de consumo se experimentó un sobregasto de (MM\$ 16.155), por efecto del aumento de la población beneficiaria del FONASA, la cual se incrementó en 344.809 beneficiarios, aumentando la actividad asistencial en los establecimientos hospitalarios. A lo anterior, se debe adicionar que las estimaciones presupuestarias realizadas respecto a algunos programas sanitarios fueron subestimadas, en relación al impacto epidemiológico real que éstas tuvieron; a su vez y con el fin de mejorar la resolutivez a nivel local, los establecimientos desarrollaron actividades que no contaban con respaldo presupuestario.
- Durante el año 2005, las transferencias corrientes devengaron un monto menor al presupuesto por la suma de MM\$ 5.613, debido en gran medida a que no se alcanzaron a transferir los recursos destinados a la atención primaria municipal, lo cual fue realizado a comienzos del año 2006.
- Finalmente, los proyectos de inversión devengaron un monto menor al presupuesto por la suma de MM\$ 3.058, debido a que parte del equipamiento fue recepcionado a fines del mes de diciembre del año 2005, no pudiendo incorporarlos a la base devengada de ese año, por cuanto el proceso administrativo de recepción provisoria y definitiva no estaba realizado. Por otra parte, los estados de pago que presentaron los contratistas durante el año 2005, fueron por un valor levemente inferior al presupuestado.

A continuación se presentan los Indicadores de Gestión Financiera, cuyos cálculos fueron realizados excluyendo las compras directas efectuadas por FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE.

b) Ingresos de operación sobre el total de ingresos:

Para el año 2005, los ingresos de operación lograron un 85% de cumplimiento de la meta estimada para ese año, la cual fue de 5.3%, sin embargo el año 2005, este indicador sólo alcanzó un 4.52%. Las razones que dan origen a esta situación, tienen directa relación con la entrada en vigencia de la Ley de Autoridad Sanitaria, que establece que la recaudación de los ingresos provenientes de la Infracción al Código Sanitario y los Aranceles de Prestaciones de Salud Ambiental, serán recaudados por la Autoridad Sanitaria Regional y no por los Servicios de Salud.

c) Gastos Totales presupuestarios:

Los Gastos Totales Presupuestarios para el año 2005, fueron MM\$ 1.252.242, de los cuales al 31 de Diciembre se devengaron MM\$ 1.258.922. Del total devengado, el gasto en personal representó el 47,3% del total, mientras que los bienes y servicios representaron un 23% del total de gastos devengados para el período.

d) Porcentaje del resultado presupuestario con respecto de los ingresos totales de los Servicios de Salud:

En cuánto al resultado presupuestario con respecto a los ingresos totales de los Servicios de Salud, éste si bien presenta un 81% de cumplimiento, alcanzando un resultado de -0,8%, cumple con la meta estipulada de -1% para el año 2005, logrando una situación mejor que la esperada, por cuánto el indicador debe tender a cero, es decir, se espera que los ingresos totales percibidos se igualen a los gastos totales devengados.

e) Deuda total de los Servicios de Salud:

Durante el año 2005, se logró cumplir un 96% el indicador de concentración de la deuda con vencimiento menor y/o igual a 60 días, alcanzando un 49,9% de concentración de la deuda en bienes y servicios de consumo entre o - 60 días. Por otra parte, la razón de endeudamiento operacional en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud presentó un indicador de 0,8, que esta muy por sobre la meta estimada de 0.11, lo que implica un mejoramiento continuo en la gestión financiera de los Servicios de Salud, que afecta positivamente el indicador.

Cabe destacar, que el cumplimiento de un 117% de la tasa de variación de la deuda total de los Servicios de Salud, implica una disminución importante en comparación al monto de deuda total del año 2004 que alcanzaba a M\$ 27.558.669, y que en el año 2005 llegó a M\$ 20.432.835.

Desarrollo Modelo de Salud Familiar:

Durante el 2005, se iniciaron 31 proyectos de inversión de reposición y construcción de nuevos Centros de Salud Familiar, localizados en 25 comunas del país, en 14 Servicios de Salud y 7 regiones del país. Se rediseñó el modelo arquitectónico de los Centros de Salud Familiar; éste es un avance fundamental, pues este nuevo modelo arquitectónico es armónico con el modelo, propiciando la acogida de la familia. Cabe resaltar que de los 31 proyectos, 3 se encuentran financiados con aportes vía FNDR.

En APS se innovó tecnológicamente el Plan de Salud Familiar; tal innovación consistió en la ampliación de prestaciones y los parámetros sanitarios, tanto de las prestaciones asociadas al régimen general de garantías como la inclusión de aquellos con Garantías Explícitas en Salud en APS, al mismo tiempo, se implementó el Índice de Actividad de Atención Primaria en Salud (IAAPS) que incorpora la evaluación de trece áreas o problemas de salud incluyendo las GES y que rebaja del presupuesto asignado ante incumplimiento de la actividad determinada por el Ministerio de Salud.

Se diseñó y publicó documento base Modelo de Atención Integral en Salud.

Establecimientos de mayor complejidad técnica que cumplen con los requisitos para obtener calidad de establecimientos de autogestión en red

Cabe destacar, que el año 2005 se logró un cumplimiento del 100% en cuánto a la meta de contar con 3 establecimientos de mayor complejidad técnica que cumplen con los requisitos para obtener calidad de establecimientos de autogestión en red de un total de 58 existentes en el País.

- **Cumplimiento de Compromisos Institucionales**

- **Informe de Programación Gubernamental**

El Servicio no registra compromisos de Programación Gubernamental 2005.

- **Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas**

La evaluación del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), contempla líneas programáticas del Programa de Atención Primaria, asociadas a acciones de salud en el nivel primario con establecimientos dependientes de municipios y de Servicios de Salud, cuyos componentes son: SAPU, IRA (Infecciones Respiratorias Agudas del Niño), ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto), Apoyo Radiológico en la detección de patologías respiratorias, Fondo de Incentivo y Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos.

Cabe destacar, que el período de evaluación de este Programa correspondió a los años 1999-2004, tras lo cual el año 2005 se analizaron los resultados y se trabajó conjuntamente con DIPRES en los Compromisos Institucionales a realizar en torno a las observaciones resultantes de dicha Evaluación.

Los componentes antes mencionados, fueron creados a partir del año 1990 para resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial, probando nuevas tecnologías en aquellas áreas que se detectó era indispensable reforzar las acciones de salud existentes.

De esta manera, los componentes PRAPS se orientan a dar atenciones en los siguientes ámbitos:

- SAPU: Facilitar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios del nivel primario de salud a la atención que otorga la red de urgencia del sistema público de salud. Al año 2004 se encontraban implementados 116 SAPU en todo el País.
- IRA. Entregar resolución integral de las enfermedades respiratorias del niño en los establecimientos de Atención Primaria y su oportuna derivación a los especialistas si así se requiere, lo anterior conforme norma técnica. Al año 2004 se habían implementado 502 salas IRA en todo el País.
- ERA: Reducir la mortalidad y letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile, para mejorar su calidad de vida. Al año 2004 se habían implementado 165 salas ERA en todo el País.
- Apoyo Radiológico: A partir del año 2001 se incorpora la radiografía simple de tórax, como estrategia complementaria e inherente a los componentes IRA y ERA, con la finalidad de contribuir al aumento de resolutive en el nivel primario de atención, en la detección de casos de neumonía.
- Fondo de Incentivo: Fortalecer el logro de metas asociadas a mejoramiento de la gestión, por medio de líneas de acción tales como: Sectorización, Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), Sistema de Registro y gestión de listas de espera, Alta Odontológica Total en niños de 6 y 12 años.

-
- Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos: Recuperar integralmente la salud bucal de las mujeres y hombres de escasos recursos, enfatizando acciones educativas de promoción y prevención en salud bucal, para contribuir a mejorar su situación en salud y contribuir en forma conjunta con otras iniciativas intersectoriales a calidad de vida individual y familiar.

Los componentes PRAPS antes mencionados, se asocian al Producto Estratégico 1 de Acciones de Salud en el Nivel Primario, conforme a lo siguiente:

Tasa de consulta médica electiva en APS:

Las atenciones realizadas el año 2005, a pacientes con enfermedades respiratorias en las salas IRA y ERA del país, permitieron una disminución en la tasa de consulta de morbilidad médica electiva y menor derivación al nivel secundario para la detección de neumonía, producto de una mayor resolutivez en la atención primaria, gracias al componente de Apoyo Radiológico. El aumento de los controles por médicos de salud y de crónicos, por el inicio del Sistema de Garantías de problemas de salud como el componente IRA, no se incorporan en el análisis de la tasa de consulta, los cuales adquieren relevancia en el modelo de salud familiar.

Pacientes rechazados en atención médica electiva:

La disminución del rechazo de atención médica electiva para el 2005, implicó una mejora en la gestión del control de pacientes de los componentes IRA y ERA.

Atenciones médicas y odontológicas de urgencia:

Tasa de consulta al servicio de atención primaria de urgencia (SAPU):

El registro de atenciones de urgencia en atención primaria y no como electiva, se reflejó en el gran aumento en el número de urgencias en atención en el año 2005, alcanzando una tasa de consulta en SAPU de 59,9%, mayor en 6.5 puntos porcentuales a la meta fijada para el año. Este incremento se debe a la instalación de 23 nuevos servicios de atención primaria de urgencia, con lo cual el número de consultas al servicio de atención primaria de urgencia aumentó a 4.699.532.

Acciones a través de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias -OIRS

El componente Fondo de Incentivo apoyó el desarrollo de las OIRS, que durante el 2005 aplicaron el modelo Gestión de Solicitudes Ciudadanas y Sistema de Gestión de Reclamos de Garantías Explícitas en Salud en la Red Asistencial, instalando un soporte piloto informático para la gestión de los reclamos GES a través del call center de FONASA. Los recursos de este componente para el año 2006 se enfocarán al mejoramiento de la gestión de información en salud y estimulando financieramente a los equipos de salud del nivel primario de atención para el logro de las metas propuestas.

Programa/Institución: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)

Año Evaluación: 2004

Fecha del Informe: Lunes, 27 de Febrero de 2006 17:21:39

Compromiso	Cumplimiento
1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actualmente utilizados por los componentes del PRAPS y señalar posibles problemas asociados.	En cada uno de los componentes Praps se han analizado criterios de asignación de recursos e indicadores asociados, informando a los Servicios de Salud la distribución de recursos de continuidad y expansión 2006, componente Incentivo que se encuentra pendiente de revisión de convenio tipo y programa, por parte del Dpto. de Asesoría Jurídica MINSAL. El cumplimiento de este compromiso se verificó en un 100% a Diciembre 2005, en base a lo informado por los Servicios de Salud, y posteriormente formalizado a través de Ordinarios desde MINSAL, informando la distribución de recursos para el año 2006 respectiva.
1.1. Rediseñar el componente Fondo de Incentivos, orientándolo hacia el mejoramiento de la gestión de la información en los establecimientos APS, permitiendo recoger información para la medición, entre otros aspectos, de los indicadores en los convenios de transferencia de recursos.	El programa 2006 del componente 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, que mediante el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades relacionadas con la eficiencia, eficacia, calidad técnica y gestión, alcancen las metas propuestas. Con ello, se entiende cumplido el compromiso de rediseño del componente, aún cuando está pendiente su socialización formal a los Servicios de Salud.
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).	El convenio tipo, que se encuentra en revisión en el Dpto. de Asesoría Jurídica, considera modificación de la cláusula de destino de los recursos, asociándola a disponibilidad de información válida y confiable, incorporando objetivos e indicadores consistentes. Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, quedando sólo pendiente su sanción y su comunicación a los Servicios de Salud.
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.	El convenio estipula que la 2ª cuota, podrá corresponder al 70% del total de los recursos, estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas y se transferirá proporcionalmente al grado de cumplimiento del Programa, sus componentes e indicadores. 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. El convenio cumple con el compromiso de incorporar cláusula que determina segunda cuota del componente.
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.	El componente odontológico contempla la población beneficiaria proveniente de Chile Solidario, la cual corresponde a uno de los criterios de asignación de recursos, lo cual se determina en conjunto con los Servicios de Salud, en base a los proyectos postulados por los establecimientos municipales y dependientes de Servicio. El cumplimiento de este compromiso se verifica en que para la distribución de recursos del componente se toma como uno de los criterios de asignación de recursos, los beneficiarios de Chile Solidario, así como los antecedentes respecto a hombres y mujeres de escasos recursos que requieren de atención odontológica, que maneja cada Servicio de Salud.

<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>El convenio que incorpora recursos del componente odontológico estipula 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. Se incorporó al programa y convenio una nueva canasta de prestaciones para seguimiento (control posterior). Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, así como con su incorporación al respectivo convenio para la transferencia de recursos para el año 2006.</p>
<p>1.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales y señalar posibles problemas asociados, debiendo incorporar nuevos criterios para lograr mayor cobertura comunal, dado que se encuentra en AUGE.</p>	<p>El criterio implementado fue incorporar los recursos del componente IRA municipal al precio per cápita, lo que implica asimilarse al criterio per cápita de reconocimiento de la situación de pobreza, de ruralidad y demográfica, además de mayor cobertura a nivel nacional, reorientando además el resto de los recursos a las comunas de costo fijo y establecimientos dependientes de servicios de salud, para poder garantizar la atención. Se incorpora el comportamiento epidemiológico en la asignación de fármacos. El cumplimiento de este compromiso se verificó en un 100% con la incorporación el año 2005 del componente IRA precio per cápita.</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>El convenio que se establece para la transferencia de recursos y que determina las actividades asociadas al componente y se inició el trabajo con el Dpto. de Estadísticas e Información en Salud, para incorporar a información necesaria para evaluar metas en todo el país. Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, así como su congruencia con los indicadores y metas medidos a través del Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS), implementado el año 2005.</p>
<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del ERA y señalar posibles problemas asociados.</p>	<p>Basados en los antecedentes de mortalidad, epidemiológicos y demográficos se realizó la distribución de recursos de expansión 2006 del componente ERA, los que fueron ya informados a los Servicios de Salud, quienes se encuentran en proceso de elaboración de convenios y resoluciones. El cumplimiento de este compromiso se relacionó con la solicitud de requerimientos, debidamente priorizados, de nuevas salas a los Servicios de Salud, a partir de los criterios de asignación de recursos explicitados, la cual sirvió de base para la distribución de los recursos de expansión 2006.</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>Se incorporan en el convenio ERA los indicadores de evaluación y además la patología con garantía, se incorpora en sistema de información y gestión de garantías. El cumplimiento radica en la unificación de criterios de asignación de recursos y como ellos redundan en objetivos, indicadores y metas congruentes y susceptibles de medición.</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>El programa y convenio ERA contempla los recursos asociados a placas que apoyen la detección de patologías agudas, lo cual se ve complementado por las guías clínicas que determinan procedimientos para el diagnóstico y derivación cuando corresponda. El referido convenio se encontraba elaborado, así como el Programa respectivo a diciembre 2005, aún cuando se encuentra en estudio la incorporación de nuevos conceptos que complementen el cumplimiento de garantías en salud.</p>
<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del Apoyo Radiológico y señalar posibles problemas asociados</p>	<p>La asignación de recursos del componente radiológico se asocia al riesgo sanitario del establecimiento, así como al volumen de población del mismo, lo que aún se ve limitado en su desarrollo, por el rápido crecimiento de nuevas salas ERA en sectores ampliamente poblados y los costos que implica su implementación. El cumplimiento de este compromiso se relaciona con la solicitud de requerimientos a los Servicios de Salud relacionado con los componentes IRA y ERA, base para la distribución de los recursos de expansión 2006.</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>Al unificar en un sólo convenio los componentes ERA y apoyo radiológico, se ha tenido en cuenta la necesidad de que los objetivos, metas e indicadores sean consistentes y permitan un mayor análisis y proyección de resultados, asociado a la oportunidad y pertinencia del flujo de transferencias durante el año. Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, incorporándolo con sus objetivos e indicadores al convenio ERA.</p>

<p>3.1. Explicitar criterios de expansión de SAPU existente y que han sido aplicados el año 2005.</p>	<p>Se incorpora en el programa SAPU los criterios de asignación: Comunas con más de 30.000 inscritos, necesidades de la red de urgencia de cada Servicio de Salud (accesibilidad, demanda compleja como es el caso de comunas con carreteras de uso frecuente, sobre demanda en UEH, etc), Oportunidad en el acceso a urgencia, Comunas que teniendo ya un SAPU, sobrepasan la cantidad de 50.000 inscritos. A partir de la información priorizada que envían los Servicios de Salud, en relación a los requerimientos de nuevos SAPU que presentan sus comunas, se determinó la distribución de recursos de expansión. Se cumplió el compromiso determinando criterios de asignación de recursos y solicitando a los Servicios de Salud priorizar comunas que requirieran nuevos SAPU, cumpliendo con los criterios de población, ubicación y acceso necesarios.</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>En convenio SAPU se determinan los recursos y la dotación de personal mínima para su funcionamiento, así como sus horarios de atención, asociado a indicadores y metas, que se complementa con un manual de procedimientos. Se cumplió el compromiso incorporando al convenio tipos para el año 2006, los indicadores rediseñados.</p>

- **Avances en Materias de Gestión**

- **Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión**

El Servicio no formula Programas de Mejoramiento de gestión (PMG) ni está adscrito al programa Marco del PMG 2005.

- **Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo**

El Servicio no formula Convenio de Desempeño Colectivo.

- **Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales**

Sobre la base de evaluación de 235 establecimientos que suscribieron metas sanitarias y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud en 2005, en conformidad a lo dispuesto en los Arts. 61° al 67° del DL N° 2.763, de 1979 del Ministerio de Salud, se puede establecer que el porcentaje promedio de cumplimiento alcanza a un 95,42%.

- **Avances en otras Materias de Gestión**

- Campaña de Invierno

- La Campaña de Invierno tiene como objetivo prevenir y tratar las enfermedades respiratorias como la Neumonía, Influenza y el Virus Sincicial Respiratorio, para ello se inmunizó a 1.700.000 personas contra la Influenza con una cobertura del 95%, la que se realizó apoyada por una campaña masiva por radio y televisión.

- Durante el 2005 se habilitaron en Atención Primaria, 523 salas IRA para el tratamiento de los niños y 230 salas ERA para el tratamiento de los adultos. En el periodo crítico se ejecutó reconversión de camas pediátricas y de adultos.

- El 2005 el impacto alcanzado medido en mortalidad infantil menores de un año, fue la reducción de 17 casos, de 87 fallecidos en el año 2004 a 70 fallecidos el año 2005. En el mismo periodo las personas fallecidas mayores de 65 años, fueron 2.532, reduciéndose la mortalidad del adulto mayor en 552 casos, con respecto al año 2004.

El impacto progresivo de la Campaña de Invierno se evidencia en que las tasas de defunciones hayan variado desde 66,8 por 100.000 n/v en niños menores de un año en el 2000 a 29,2 para el 2005 y desde 332,8 a 196,3 por 100.000 hab. en los adultos mayores de 65 y más años ³⁹ en el mismo período de tiempo.

Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud:

Durante el 2005 se implementó un sistema de evaluación de la Atención Primaria de salud Municipal, dicho instrumento se basa en la evaluación por semestre móvil del cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (I.A.A.P.S.). Para el monitoreo de esta actividad, se diseñó una herramienta con apoyo de tecnología que incorpora los antecedentes que permiten evaluar cada indicador con relación a las metas del decreto N° 181. El índice está compuesto por 13 grandes áreas de salud agrupadas en Actividad General, que se mide a través de 15 índices y la Actividad con Garantías Explícitas (GES). Los resultados obtenidos en la última evaluación realizada el 2005 en 268 comunas en las que se aplicó, son los siguientes:

El cumplimiento promedio del IAAPS en el párrafo de Actividad General, fue de 92,83%. La rebaja promedio, alcanzó un 0,96%. Esta última evaluación tuvo un incremento de 5,54 puntos porcentuales respecto al primer semestre del año evaluado.

El cumplimiento promedio del IAAPS en el párrafo de Actividad General, alcanzó a nivel nacional un 92,83%, lo que significó un avance de 5,54 puntos porcentuales, respecto de la situación inicial (87,29%). De las 268 comunas en régimen de evaluación, 201 alcanzaron un desempeño conforme a las metas establecidas, esto significó que sólo 67 comunas presentan un rendimiento insatisfactorio respecto de lo requerido. En este proceso se evidencia una mejoría sustancial en el aprendizaje respecto de exigencias de evaluación, mecanismos que han sido incorporados en el 2005.

Proyectos de Intervención Educativa con metodología de Educación Permanente en Salud (EPS)

Todos los Servicios de Salud del país cuentan con un Equipo Gestor EPS (Jefe de Capacitación más profesionales dedicados al desarrollo de la estrategia a nivel local). El año 2004 la capacitación se realizó en 233 establecimientos, el año 2005 el número de establecimientos que implementaron la metodología de EPS fue de 247. La focalización de los Equipos EPS ha estado fuertemente dirigida a problemas "basales" (trato, información, registros, procesos de atención, privacidad, entre otros) en un 87,7%, que resultan ser claves para la resolución de desafíos "prioritarios" vinculados de manera directa a problemas de salud o patologías AUGE.

Apoyo a los gestores de Red

La entrada en vigencia de las leyes N° 19.937 (Autoridad Sanitaria y Gestión) y N° 19.966 (Régimen de Garantías en Salud), significaron apoyar y asesorar a los Servicios de Salud en la separación de funciones respecto de la autoridad sanitaria y la aplicación del modelo de gestión en red para resolver las patologías AUGE que entraban en vigencia. Lo anterior significó desarrollar 85 talleres de capacitación en el nuevo marco legal, que permitió que se capacitarán 6.500 profesionales y funcionarios del sector en el monitoreo y seguimiento de las Garantías.

39 Cifras estimadas DEIS MINSAL

- **Proyectos de Ley**

CÁMARA DE DIPUTADOS

BOLETÍN: 2727-11

Descripción: Sobre los derechos y deberes de las personas en materia de salud.

Fecha de ingreso: 2001, Cámara de Diputados

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional. Segundo informe de Comisión de Salud

Beneficiarios directos: Toda la población del país.

BOLETÍN: 2840-11

Descripción: Modifica causal de termino de funciones de trabajadores de la atención primaria de salud

Fecha de ingreso: 2001, Cámara de Diputados

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional. Primer informe de Comisión de Salud

Beneficiarios directos: Funcionarios y funcionarias de la Atención Primaria de Salud.

4. Desafíos 2006

En el ámbito de la Reforma de Salud y con el objeto de avanzar en su implementación en toda la red asistencial se han definido como desafíos para el año 2006 los siguientes:

a) Consolidar las Garantías Explícitas en Salud:

Trabajar con los Servicios de Salud en acompañar y asesorar el proceso de articulación de la red local de cada uno de los 15 problemas de salud, a fin de asegurar el cumplimiento de Garantías 2006. Esto significa planificar la realización de 28 talleres GES para los Servicios de Salud del país. El producto de los talleres será:

Revisar flujogramas personalizados por Servicio de Salud y por problema de salud.

Detectar brechas de recursos para el cumplimiento de Garantías.

Revisar sistemas de registro vinculados al sistema de información (SIGGES).

Revisar modelo de gestión de garantías en el Servicio de Salud.

b) Priorización de requerimientos para AUGE 2006:

Sé priorizarán los requerimientos de Recursos Humanos en capacitación y equipamiento para la implementación de los 15 nuevos problemas de salud 2006.

c) AUGE 2007

Se hará un levantamiento y análisis de brechas para la implementación de GES 2007 y se diseñará el Piloto GES 2007.

d) Hospitales Acreditados

Implementar y monitorizar la puesta en marcha de los tres Hospitales que obtuvieron la certificación de cumplimiento de requisitos para ser establecimientos autogestionados en red durante el 2005, además de acompañar el proceso de tránsito hacia la autogestión de los restantes establecimientos de alta complejidad del país.

e) Redes Asistenciales:

Consolidar el funcionamiento de las redes asistenciales bajo estándares de calidad establecidos y garantizar la participación social y comunitaria en salud.

Fortalecer la atención primaria apoyando la puesta en marcha de 25 Centros de Salud Familiar

Optimizar el acceso a los servicios de urgencia, con la puesta en marcha de 26 nuevos SAPU y 21 urgencias rurales.

Incorporar a través del programa de red de urgencia en hospitales de alta complejidad, un programa Piloto de implementación de Camas de Cuidados Especiales.

Implementar la centralización de Bancos de Sangre en seis zonas Macroregionales.

Consolidar el monitoreo y evaluación de la gestión en la red, reforzando el uso de tecnologías de información que han permitido incrementar la eficiencia y eficacia de los procesos asociados a los Compromisos de Gestión, Índice de Actividad en Atención Primaria y Glosa 04 de la ley de presupuestos.

Implementar el nuevo sistema de evaluación integral de los Servicios de Salud que incorpora los diversos ámbitos de la gestión local en red

Difundir al 100% de los establecimientos de la Red Asistencial documentos de modelos de atención y de gestión.

5. Anexos

- Anexo 1: Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2005
- Anexo 2: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Anexo 3: Transferencias Corrientes
- Anexo 4: Iniciativas de Inversión
- Anexo 5: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

• **Anexo 1: Indicadores de Desempeño Presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2005**

Cuadro 13 Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli- miento ⁴¹	No- tas
				2003	2004	2005				
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes menores de 1 año y mayores de 65 atendidos en establecimientos de Atención Primaria antes de las 48 horas	(Pacientes menores de 1 año y mayores de 65 atendidos antes de 48 horas/Pacientes menores de 1 año y mayores de 65 que solicitan atención en establecimientos de Atención Primaria)*100	%	100	0	100	100	Si	100	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Cobertura de horas médicas de atención pedidas por línea 800 atención primaria	(N° de horas médicas pedidas por línea 800/Total de horas médicas disponibles en centros de salud de atención primaria del país con línea 800)*100	%	37	0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de establecimientos de atención primaria sin filas a temprana hora	(Establecimientos de atención primaria sin filas a temprana hora/Total establecimientos atención primaria)*100	%	97	0	96	97	Si	98	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes rechazados en atención dental de urgencia	(N° de personas que pidieron hora de atención dental de urgencia en establecimientos de atención primaria menos total de personas atendidas en urgencia odontológica/N° de personas que pidieron hora de atención dental de urgencia)*100	%	2,0 0,0-0,0	2,3 0,0-0,0	2,0 0,0-0,0	2,0 0,0-0,0	Si	100	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes rechazados en atención médica electiva	(N° de personas que pidieron hora de atención médica electiva en establecimientos de atención primaria del país menos total de consultas médicas electivas realizadas/N° de personas que pidieron hora de atención médica electiva)*100	%	2,0	0,0	2,2	2,4	No	91	1
	Enfoque de Género: No									

40 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2005 es igual o superior a un 95% de la meta.

41 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2005 en relación a la meta 2005.

Cuadro 13
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli- miento ⁴¹	No- tas
				2003	2004	2005				
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Tasa de consulta médica por beneficiario en atención primaria, promedio del país	Total consultas médicas anuales a beneficiarios en atención primaria país/Total Población beneficiaria atención primaria país		1,5	0,0	1,4	1,5	Si	95	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tasa de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía	(N° de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía/N° de intervenciones de colecistectomía por laparotomía)*100	%	1,5	0,0	1,3	1,3	Si	95	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tasa de infecciones de herida operatoria en cesáreas	(N° de infecciones de herida operatoria en cesáreas/N° total de cesáreas)*100	%	1,3	0,0	1,2	1,3	No	94	2
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tiempo promedio de espera entre la indicación quirúrgica y la realización de la intervención para prestaciones del Programa de Oportunidad de la Atención que se deben resolver en 90 días	Tiempo total de espera entre la indicación quirúrgica y la realización de la intervención para prestaciones del Programa de Oportunidad de la Atención que se deben resolver en 90 días	días	37	0		NC	--	0	
	Enfoque de Género: Si			0	0	NM				
		Hombres:		0	0					
		Mujeres:								
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de la población con acceso oportuno y equitativo a atención de urgencia en SAPU	(Población con acceso a SAPU/Población Total Inscrita)*100	%	61	0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Porcentaje de licencias médicas fiscalizadas	(N° licencias médicas con peritaje/N° total de licencias tramitadas en COMPIN)*100	%	12,1	0,0					
	Enfoque de Género: Si			0,0	0,0	NM	NM	--	0	
		Hombres:		0,0	0,0					
		Mujeres:								

Cuadro 13
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli- miento ⁴¹	No- tas
				2003	2004	2005				
Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Porcentaje de la población con consumo de agua potable de mala calidad bacteriológica durante uno o más meses en el año	(Población con consumo de agua potable de mala calidad/Población total con consumo de agua potable)*100		0,5	0,0					
		Hombres: Mujeres:		0,0 0,0	0,0 0,0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: Si									
Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Nº actividades de fiscalización sanitaria por población jurisdiccional por 1.000 habitantes	(Nº total de actividades de inspección sanitaria/Total de la población jurisdiccional)*1000 habitantes		69	0					
		Hombres: Mujeres:		0 0	0 0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: Si									
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Índice ocupacional de camas críticas de adultos en la Unidad de pacientes críticos adultos UPC	(Nº días cama críticas adultos ocupados/Nº días cama críticas adultos disponibles)*100	%	83	0	84	83	Si	101	
Enfoque de Género: No										
Institucional	Porcentaje de los ingresos de operación sobre el total de ingresos de los Servicios de Salud	(Suma de los Ingresos de operación subtítulo 01 de los Servicios de Salud/Suma del Ingreso total de los Servicios de Salud)*100	%	6,4	0,0	4,5	5,3	No	85	3
	Enfoque de Género: No									
Institucional	Porcentaje promedio de deuda total de los Servicios de Salud con vencimiento menor o igual a 60 días, Mínimo y Máximo	(Suma deuda total de los servicios de salud con vencimiento menor o igual a 60 días/Suma total deuda de los servicios de salud)*100	%	45,3 0,0-0,0	0,0 0,0-0,0	49,9 0,0-0,0	52,1 0,0-0,0	Si	96	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Tasa de consulta al servicio de atención primaria de urgencia (SAPU)	(Nº de consultas al servicio de atención primaria de urgencia/Total de población beneficiaria inscrita en establecimientos de atención primaria)*100		64,6	0,0	59,9	53,4	Si	112	
Enfoque de Género: No										
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de consultas de pacientes con un tiempo promedio de espera menor a una hora (desde la hora de citación a la consulta médica efectiva)	(Nº consultas médicas con un tiempo promedio de espera menor a una hora/Nº total de consultas médicas que fueron atendidas)*100	%	74	0	NM	NM	--	0	
Enfoque de Género: No										

Cuadro 13
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli-miento ⁴¹	No-tas
				2003	2004	2005				
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de consultas odontológicas de pacientes con un tiempo promedio de espera menor a una hora (desde la hora de citación a la consulta odontológica efectiva)	(N° consultas odontológicas con un tiempo promedio de espera menor a una hora/N° total de consultas odontológicas que fueron atendidas)*100	%	74	0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tasa de variación anual de altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años en atención de segundo nivel	((N° altas odontológicas realizadas en menores de 20 años en Atención de segundo nivel año t/N° altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años en Atención de segundo nivel año t-1)-1)*100	%	30 43523	0 0	28 58622	3 47077	Si	125	4
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Tasa de variación de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en Atención Primaria	((N° de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en Atención Primaria año t/N° de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en Atención Primaria año t-1)-1)*100	%	109 587347	0 0	NM	NM	--	0	
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de comunas con más de 30.000 habitantes que tiene SAPU	(Número de comunas con más de 30.000 hab. que tienen SAPU/Total de comunas con más de 30.000 hab.)*100	%	84	0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 20 - 64 años en el nivel primario	(N° de pacientes hipertensos compensados en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario/Total de pacientes hipertensos de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario)*100	%	53	0	50	55	No	91	5
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados bajo control en el grupo de 20 - 64 años en el nivel primario	(N° de pacientes diabéticos compensados en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario/Total de pacientes diabéticos en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario)*100	%	35	0	40	40	Si	99	
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 13
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli- miento ⁴¹	No- tas
				2003	2004	2005				
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2 con sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria en relación al total de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2	(Número de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2 con sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria funcionando/Total de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2 con estadía promedio mayor o igual a 3 días por servicio clínico)*100	%	15	0	25	25	Si	100	
	Enfoque de Género: No									
Institucional	Porcentaje del resultado presupuestario con respecto a los ingresos totales de los Servicios de Salud	(1-(Gastos totales de los servicios de salud/Ingresos totales de los servicios de salud))*100	%	-2,4	0,0	-0,8	-1,0	No	81	6
	Enfoque de Género: No									
Institucional	Razón de endeudamiento operacional en bienes y servicios de consumo de los servicios de salud	Deuda total en bienes y servicios de consumo de los servicios de salud/Ingresos Operacionales menos Gasto en remuneraciones		0,05	0,00	0,83	0,11	Si	755	7
	Enfoque de Género: No									
Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Porcentaje de empresas con factores de alto riesgo ocupacional fiscalizadas	(N° de empresas con factores de alto riesgo ocupacional fiscalizadas/N° de empresas con factores de alto riesgo ocupacional registradas por los servicios de salud)*100	%	8,0	0,0					
	Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres:		0,0 0,0	0,0 0,0	NM	NM	--	0	
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de pacientes con tiempo promedio de espera de atención menor o igual a 1 hora desde la llegada a la Unidad de Emergencia Hospitalaria UEH a la atención médica efectiva	(N° de pacientes con tiempo promedio de espera de atención menor o igual a 1 hora desde la llegada a la UEH a la atención médica efectiva/N° de pacientes con atención médica efectiva en la UEH)*100	%	65	0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de la población conectada al sistema de atención pre hospitalaria a través del N°131	(Población conectada al sistema de atención pre hospitalaria a través del N°131/Población total del país)*100	%	90	0	NM	NM	--	0	
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 13
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli-miento ⁴¹	No-tas
				2003	2004	2005				
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de mujeres con PAP(+) derivadas del nivel primario de atención que son atendidas en la Unidad de Patología cervical (UPC) dentro de los 30 días desde su derivación Enfoque de Género: No	(N° de mujeres PAP(+) atendidas en UPC dentro de 30 días desde su derivación/N° de mujeres PAP(+) derivadas a la UPC desde el nivel primario de atención)*100	%	92	0	90	95	Si	95	
Institucional	Tasa de variación de la deuda total de los Servicios de Salud Enfoque de Género: No	((Monto deuda total de los Servicios de Salud año t/Monto deuda total de los Servicios de Salud año t-1)-1)*100	%	-14 33499	0 0	-26 20432835	-14 24000000	Si	117	
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de casos AUGE en que se cumplen las garantías explícitas de oportunidad Enfoque de Género: No	(N° casos AUGE en que se cumplen las garantías explícitas de oportunidad/N° total de casos AUGE en el período)*100	%	100	0	100	100	Si	100	
Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Selector de demanda en las Unidades de Emergencia de los hospitales tipo 1 y 2 Enfoque de Género: No	(numeros de establecimientos tipo 1 y 2 con selector de demanda implementado/numero total de establecimientos tipo 1 y 2 de la red asistencial)*100	%	NC	0	82	89	No	92	8
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Variación de la tasa de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en atención primaria Enfoque de Género: No	((N° de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en la atención primaria año t/N° de población menor de 20 años beneficiaria del sistema público)*100-1)*100		NC	0	NM	-182	--	0	
Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Porcentaje de establecimientos de mayor complejidad técnica que cumplen con los requisitos para obtener calidad de establecimientos de autogestión en red Enfoque de Género: No	(N° de establecimientos de mayor complejidad técnica que cumplen con los requisitos para obtener calidad de establecimientos de autogestión en red/N° total de establecimientos de mayor complejidad técnica)*100	%	NM	0	5	5	Si	100	

Cuadro 13
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2005

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2005	Cum-ple SI/NO ⁴⁰	% Cumpli-miento ⁴¹	No-tas
				2003	2004	2005				
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje población menor de 20 años beneficiaria del sistema público con altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria	$(n^{\circ} \text{ de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en la atención primaria} / N^{\circ} \text{ de población menor de 20 años beneficiaria del sistema público}) * 100$	%	NM	0	18	17	Si	110	
Enfoque de Género: No										

Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:	77 %
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:	0 %
Porcentaje de cumplimiento global del servicio:	77 %

Notas:

1.- El rechazo en atención médica electiva tiene una disminución de 2.4% a 2.1%, en tal sentido la meta estimada para el año 2005 se cumplió, por cuanto se mejoró la gestión en el control de pacientes que se encuentran en programa (HTA, DM, IRA, ERA).

2.- Los datos para el año 2005 tienen carácter de provisorios, dado que, las estadísticas relativas a cesáreas arrojan resultados, a nivel nacional e internacional, más de 1 año después de ocurrido el evento en cuestión.

3.- Los Servicios de Salud durante el periodo 2005, lograron un 85% de cumplimiento en este indicador, por cuanto, la meta propuesta era de 5,3% y ellos solo obtuvieron un 4,52%. Las razones que dan origen a esta situación, tienen directa relación con la entrada en vigencia de la Ley de Autoridad Sanitaria, que establece que la recaudación de los Ingresos provenientes de: la Infracción al Código Sanitario y los Aranceles de Prestaciones de Salud Ambiental, serán recaudados por la Autoridad Sanitaria Regional y no por los Servicios de Salud. Se consideraron los Ingresos de Operación e Ingresos Totales Percibidos a contar de enero de 2005, se modificó la fórmula del indicador debido a la modificación del Clasificador Presupuestario, quedando: Fórmula De Cálculo = (Suma de los ingresos de Operación subtítulo 06 y 07 de los Servicios de Salud/ Suma del ingreso total de los Servicios de Salud) *100

4.- La entrada en vigencia de la Ley de Garantías Explícitas en Salud, en la cual se garantiza la Salud Oral Integral de los niños de 6 años. Si bien la ley garantiza la resolución en el nivel primario, existe una mayor pesquisa de patologías que deben derivarse y tratarse en el nivel secundario, aumentando las altas de especialidad en esa edad. Por otra parte, las metas de desempeño de la Ley 19.813 han sido orientadas al aumento de las coberturas de 6 años, por ser garantía GES, y de los adolescentes de 12 años, que al igual que a los 6 años, producen un aumento de la pesquisa y derivación de estas patologías al nivel secundario, donde son tratadas y dados de alta.

5.- Hasta el año 2004 se usó como parámetro que determina compensación de Hipertensión Arterial (HTA) 140/90 mmHg, lo que fue modificado el año 2005 con un aumento de la exigencia del parámetro de evaluación de compensación al disminuir el rango a 130/85 mmHg. Dado lo anterior, el año 2005 se considera de transición; el corte de diciembre de ese año se hizo con el parámetro 130/85 mmHg, el que regirá en los años sucesivos por ser un parámetro óptimo de medición, conforme las orientaciones de la OMS.

6.- La meta para el año 2005, está cumplida, ya que, este indicador tiende a 0, es decir, mientras más cerca esté de 0, el resultado es mejor, los ingresos totales percibidos se igualan a los gastos totales devengados. En este sentido, vemos que el porcentaje de cumplimiento que calcula el sistema está erróneo, siendo el porcentaje de cumplimiento real de 119% (ya que la

fórmula es $\text{meta } 2005 / \text{resultado } 2005 = (-1 / -0,83) 100$. Se consideraron los Gastos Totales Devengados y los Ingresos Totales Percibidos.

7.- Si bien este indicador presenta cumplimiento muy por sobre la meta estimada para el año 2005, se debe señalar que establecimientos de esta envergadura, deberían estar a lo menos en 2 meses de endeudamiento, los Servicios de Salud presentan un indicador de 0,8 meses. La disminución de la Deuda Total 2005 es de MM\$ 7,126 en relación al año anterior, con una baja del 25,86% representa un mejoramiento continuo en la gestión financiera de los Servicios de Salud, que afecta positivamente el resultado del indicador. La Fórmula de este indicador es $= (\text{Deuda total en bienes y servicios de consumo de los servicios de salud a } x \text{ mes}) / (\text{Ingresos Operacionales a } x \text{ mes menos Gasto en remuneraciones a } x \text{ mes}) / n$; siendo n= el número del mes.

8.- El indicador tiene un error en su denominador, éste refleja el total de establecimientos tipo 1 y 2 existentes, sin embargo, 6 de ellos no tienen servicios de urgencia y por lo tanto, no requieren de selector de demanda. Si el denominador fuera 51 establecimientos, la meta habría tenido un cumplimiento superior al 100%.

• **Anexo 2: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas (01 de Julio de 2005 – 31 de Diciembre de 2005)**

Programa/Institución: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)

Año Evaluación: 2004

Fecha del Informe: Lunes, 27 de Febrero de 2006 17:21:39

Compromiso	Cumplimiento
1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actualmente utilizados por los componentes del PRAPS y señalar posibles problemas asociados.	En cada uno de los componentes Praps se han analizado criterios de asignación de recursos e indicadores asociados, informando a los Servicios de Salud la distribución de recursos de continuidad y expansión 2006, componente Incentivo que se encuentra pendiente de revisión de convenio tipo y programa, por parte del Dpto. de Asesoría Jurídica MINSAL. El cumplimiento de este compromiso se verificó en un 100% a Diciembre 2005, en base a lo informado por los Servicios de Salud, y posteriormente formalizado a través de Ordinarios desde MINSAL, informando la distribución de recursos para el año 2006 respectiva.
1.1. Rediseñar el componente Fondo de Incentivos, orientándolo hacia el mejoramiento de la gestión de la información en los establecimientos APS, permitiendo recoger información para la medición, entre otros aspectos, de los indicadores en los convenios de transferencia de recursos.	El programa 2006 del componente 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, que mediante el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades relacionadas con la eficiencia, eficacia, calidad técnica y gestión, alcancen las metas propuestas. Con ello, se entiende cumplido el compromiso de rediseño del componente, aún cuando está pendiente su socialización formal a los Servicios de Salud.
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).	El convenio tipo, que se encuentra en revisión en el Dpto. de Asesoría Jurídica, considera modificación de la cláusula de destino de los recursos, asociándola a disponibilidad de información válida y confiable, incorporando objetivos e indicadores consistentes. Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, quedando sólo pendiente su sanción y su comunicación a los Servicios de Salud.
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.	El convenio estipula que la 2° cuota, podrá corresponder al 70% del total de los recursos, estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas y se transferirá proporcionalmente al grado de cumplimiento del Programa, sus componentes e indicadores. 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. El convenio cumple con el compromiso de incorporar cláusula que determina segunda cuota del componente.
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.	El componente odontológico contempla la población beneficiaria proveniente de Chile Solidario, la cual corresponde a uno de los criterios de asignación de recursos, lo cual se determina en conjunto con los Servicios de Salud, en base a los proyectos postulados por los establecimientos municipales y dependientes de Servicio. El cumplimiento de este compromiso se verifica en que para la distribución de recursos del componente se toma como uno de los criterios de asignación de recursos, los beneficiarios de Chile Solidario, así como los antecedentes respecto a hombres y mujeres de escasos recursos que requieren de atención odontológica, que maneja cada Servicio de Salud.

<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>El convenio que incorpora recursos del componente odontológico estipula 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. Se incorporó al programa y convenio una nueva canasta de prestaciones para seguimiento (control posterior). Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, así como con su incorporación al respectivo convenio para la transferencia de recursos para el año 2006.</p>
<p>1.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales y señalar posibles problemas asociados, debiendo incorporar nuevos criterios para lograr mayor cobertura comunal, dado que se encuentra en AUGE.</p>	<p>El criterio implementado fue incorporar los recursos del componente IRA municipal al precio per cápita, lo que implica asimilarse al criterio per cápita de reconocimiento de la situación de pobreza, de ruralidad y demográfica, además de mayor cobertura a nivel nacional, reorientando además el resto de los recursos a las comunas de costo fijo y establecimientos dependientes de servicios de salud, para poder garantizar la atención. Se incorpora el comportamiento epidemiológico en la asignación de fármacos. El cumplimiento de este compromiso se verificó en un 100% con la incorporación el año 2005 del componente IRA precio per cápita.</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>El convenio que se establece para la transferencia de recursos y que determina las actividades asociadas al componente y se inició el trabajo con el Dpto. de Estadísticas e Información en Salud, para incorporar a información necesaria para evaluar metas en todo el país. Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, así como su congruencia con los indicadores y metas medidos a través del Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS), implementado el año 2005.</p>
<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del ERA y señalar posibles problemas asociados.</p>	<p>Basados en los antecedentes de mortalidad, epidemiológicos y demográficos se realizó la distribución de recursos de expansión 2006 del componente ERA, los que fueron ya informados a los Servicios de Salud, quienes se encuentran en proceso de elaboración de convenios y resoluciones. El cumplimiento de este compromiso se relacionó con la solicitud de requerimientos, debidamente priorizados, de nuevas salas a los Servicios de Salud, a partir de los criterios de asignación de recursos explicitados, la cual sirvió de base para la distribución de los recursos de expansión 2006.</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>Se incorporan en el convenio ERA los indicadores de evaluación y además la patología con garantía, se incorpora en sistema de información y gestión de garantías. El cumplimiento radica en la unificación de criterios de asignación de recursos y como ellos redundan en objetivos, indicadores y metas congruentes y susceptibles de medición.</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>El programa y convenio ERA contempla los recursos asociados a placas que apoyen la detección de patologías agudas, lo cual se ve complementado por las guías clínicas que determinan procedimientos para el diagnóstico y derivación cuando corresponda. El referido convenio se encontraba elaborado, así como el Programa respectivo a diciembre 2005, aún cuando se encuentra en estudio la incorporación de nuevos conceptos que complementen el cumplimiento de garantías en salud.</p>
<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del Apoyo Radiológico y señalar posibles problemas asociados</p>	<p>La asignación de recursos del componente radiológico se asocia al riesgo sanitario del establecimiento, así como al volumen de población del mismo, lo que aún se ve limitado en su desarrollo, por el rápido crecimiento de nuevas salas ERA en sectores ampliamente poblados y los costos que implica su implementación. El cumplimiento de este compromiso se relaciona con la solicitud de requerimientos a los Servicios de Salud relacionado con los componentes IRA y ERA, base para la distribución de los recursos de expansión 2006.</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>Al unificar en un sólo convenio los componentes ERA y apoyo radiológico, se ha tenido en cuenta la necesidad de que los objetivos, metas e indicadores sean consistentes y permitan un mayor análisis y proyección de resultados, asociado a la oportunidad y pertinencia del flujo de transferencias durante el año. Se cumplió con la revisión del diseño de indicadores del componente, incorporándolo con sus objetivos e indicadores al convenio ERA.</p>

<p>3.1. Explicitar criterios de expansión de SAPUs existente y que han sido aplicados el año 2005.</p>	<p>Se incorpora en el programa SAPU los criterios de asignación: Comunas con más de 30.000 inscritos, necesidades de la red de urgencia de cada Servicio de Salud (accesibilidad, demanda compleja como es el caso de comunas con carreteras de uso frecuente, sobre demanda en UEH, etc), Oportunidad en el acceso a urgencia, Comunas que teniendo ya un SAPU, sobrepasan la cantidad de 50.000 inscritos. A partir de la información priorizada que envían los Servicios de Salud, en relación a los requerimientos de nuevos SAPU que presentan sus comunas, se determinó la distribución de recursos de expansión. Se cumplió el compromiso determinando criterios de asignación de recursos y solicitando a los Servicios de Salud priorizar comunas que requirieran nuevos SAPU, cumpliendo con los criterios de población, ubicación y acceso necesarios.</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>En convenio SAPU se determinan los recursos y la dotación de personal mínima para su funcionamiento, así como sus horarios de atención, asociado a indicadores y metas, que se complementa con un manual de procedimientos. Se cumplió el compromiso incorporando al convenio tipos para el año 2006, los indicadores rediseñados.</p>

• **Anexo 3: Transferencias Corrientes⁴²**

Cuadro 14					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2005 ⁴³ (M\$)	Presupuesto Final 2005 ⁴⁴ (M\$)	Gasto Devengado ⁴⁵ (M\$)	Diferencia ⁴⁶	Notas
Del Sector Privado		46.000	6.000	40.000	
Del Gobierno Central	1.121.674.628	1.128.170.490	1.157.684.785	-29.514.295	
Gobierno Extranjero		16.275	6.275	10.000	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.121.674.628	1.128.232.765	1.157.697.060	-29.464.295	

42 Incluye solo las transferencias a las que se les aplica el artículo 7° de la Ley de Presupuestos.

43 Corresponde al aprobado en el Congreso.

44 Corresponde al vigente al 31.12.2005.

45 Incluye los gastos no pagados el año 2005.

46 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

• **Anexo 4: Iniciativas de Inversión**⁴⁷

1. Nombre: Reposición Hospital de Vallenar

Tipo de Iniciativa: Proyecto que consiste en la reposición del hospital de Vallenar con una superficie a edificar de 17.080 mt² y una dotación de 131 camas incluyendo neonatología y unidad de tratamiento intermedio.

Objetivo: La provincia contara con un centro asistencial de salud definido como un establecimiento de atención abierta y cerrada de mediana complejidad que incorpora como nuevas actividades la unidad de diálisis, cirugía ambulatoria y odontología de especialidad entre otro la administración del establecimiento será única cubriendo tanto atención abierta como atención cerrada.

Beneficiarios: 56.681 beneficiarios directos de ambos sexos

2. Nombre: Normalización Hospital de Curanilahue

Tipo de Iniciativa: Proyecto destinado a ejecutar las obras civiles del establecimiento hospitalario que totalizan 12.207 metros cuadrados, superficie determinada para reposición del hospital de Curanilahue según los resultados de la etapa de prefactibilidad y diseño

Objetivo: Dotar a los habitantes de la provincia de mejor calidad, acceso y oportunidad a las prestaciones de salud de la población.

Beneficiarios: 88.612 beneficiarios directos de ambos sexos

3. Nombre: Normalización Hospital Higuera

Tipo de Iniciativa: El presente proyecto contempla la construcción de la primera etapa de la normalización del hospital las higuera que consiste en un centro de atención ambulatoria de alta complejidad para el, el cual involucra la construcción de 13.138,78 m². en cuatro plantas y un piso zócalo. con la normalización del hospital las higuera, se pretende mejorar la resolutivez del establecimiento, optimizar la gestión del establecimiento así como también mejorar las condiciones en las cuales son atendidos los usuarios.

Objetivo: Con la normalización del hospital las higuera, se pretende mejorar la resolutivez y optimizar la gestión del establecimiento así como también mejorar las condiciones en las cuales son atendidos los usuarios.

Beneficiarios: 347.257 beneficiarios directos de ambos sexos

4. Nombre: Normalización Hospital de Victoria

Tipo de Iniciativa: El proyecto consiste en la ejecución de las obras civiles e infraestructura para el hospital de victoria que de respuesta a los requerimientos de espacio y resolución médica necesarias para atender en forma adecuada las necesidades de salud de la población del área de influencia, considerando la complementariedad ente los hospitales Victoria y Angol. además se debe considerar el desarrollo de las

⁴⁷ Se refiere a proyectos, estudios y/o programas imputados en los subtítulos 30 y 31 del presupuesto.

subespecialidades de: traumatología, cirugía infantil, ortopedia, urología, en las unidades de atención progresiva y en aquellas que el estudio defina como necesarias desarrollar.

Objetivo: El proyecto mejorará la atención de salud en el área de cobertura lo que aporta al desarrollo humano y cultural. Además se debe considerar el desarrollo de las subespecialidades de: traumatología, cirugía infantil, ortopedia, urología, en las unidades de atención progresiva y en aquellas que el estudio defina como necesarias desarrollar.

Beneficiarios: 151.898 beneficiarios directos de ambos sexos

5. Nombre: Normalización Hospital de Nueva Imperial

Tipo de Iniciativa: El proyecto consiste en la construcción del nuevo hospital intercultural de 12.526 m² de acuerdo al diseño de ingeniería y arquitectura, la construcción contempla 731 m² destinados a la medicina mapuche. El proyecto es complementario con el de equipamiento hospital de imperial. el área de influencia es intercomunal, abarcando las comunas aledañas y sector costero de la provincia. la normalización del hospital de nueva imperial impulsa el proyecto de normalización de la red asistencial de salud regional.

Objetivo: . El área de influencia es intercomunal, abarcando las comunas aledañas y sector costero de la provincia, la normalización del hospital de nueva imperial impulsa el proyecto de red asistencial de salud regional.

Beneficiarios: 104.808 beneficiarios directos de ambos sexos

6. Nombre: Normalización Hospital de Castro

Tipo de Iniciativa: El proyecto contempla la construcción de 7760,39 m² de edificio hospitalario en cirugía, pediatría, maternidad y salud mental, oficinas administrativas, upc, cirugía ambulatoria, sector de operaciones y servicios generales; ampliación del cae. Además, la remodelación de algunos edificios para adecuar la funcionalidad del establecimiento y, además, demoler 4084,48 m² de superficie existente. por último, contempla las obras exteriores. incluye coordinar traslados temporales y obras transitorias en diferentes etapas.

Objetivo:. Considera un proceso de difusión y capacitación para el usuario interno y externo del nuevo modelo de gestión y funcionamiento del hospital, lo anterior se enlaza con la mejora en el acceso a la salud para la población de la provincia, mejor resolutivez local, disminuyendo los traslados, lo que mejora la calidad y oportunidad en la atención de nuestros pacientes. incluye la aito. la construcción de hospital de castro vendrá a terminar su proceso de normalización y en conjunto con ello a ser el principal proveedor de salud para los beneficiarios del sistema de salud y en especial de la comunidad de la isla de Chiloé.

Beneficiarios: 154.766 beneficiarios directos de ambos sexos

Cuadro 15							
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁸	Ejecución Acumulada al año 2005 ⁴⁹	% Avance al Año 2005	Presupuesto Final Año 2005 ⁵⁰	Ejecución Año 2005 ⁵¹	% Ejecución Año 2005	Saldo por Ejecutar (7) = (4) - (5)
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	
NORMALIZACIONES PROGRAMA 02 - INVERSION SECTORIAL DE SALUD (MONTOS EN M\$)							
Normalización Hospital de Arica (Diseño)	467.405	149.747	32%	149.747	149.747	100%	0
Normalización Hospital Arica - Componente Equipamiento	4.191.943	59.012	1%	60.000	59.012	98%	988
HBU Alto Hospicio DISEÑO	45.481	39.905	88%	45.005	38.505	86%	6.500
HBU Alto Hospicio EJECUCIÓN	3.332.749	456.482	14%	456.482	456.482	100%	0
Normalización Hospital L. Guzman EPH	130.437	78.199	60%	60.930	7.440	12%	53.490
Normalización Hospital Carlos Cisternas, Calama EPH	113.420	72.081	64%	52.520	10.103	19%	42.417
Construcción Establecimiento Zona Norte	64.023	54.663	85%	44.164	33.897	77%	10.267
Normalización Hospital Vallenar	13.368.883	2.282.010	17%	2.287.175	2.277.419	100%	9.756
Normalización Hospital de Coquimbo Diseño	160.222	163.582	102%	163.582	163.582	100%	0
Normalización Hospital de Los Andes	101.072	96.971	96%	80.471	80.471	100%	0

48 Corresponde al valor actualizado de la recomendación de MIDEPLAN (último RS) o al valor contratado.

49 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2005.

50 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2005.

51 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria del año 2005.

Cuadro 15
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁸ (1)	Ejecución Acumulada al año 2005 ⁴⁹ (2)	% Avance al Año 2005 (3) = (2) / (1)	Presupuesto Final Año 2005 ⁵⁰ (4)	Ejecución Año 2005 ⁵¹ (5)	% Ejecución Año 2005 (6) = (5) / (4)	Saldo por Ejecutar (7) = (4) - (5)
Adquisición Equipamiento Normalización Los Andes	100.000	100.000	100%	100.000	100.000	100%	0
Normalización Hospital de Quillota, etapa prefactibilidad	84.591	40.237	48%	42.734	5.000	12%	37.734
Normalización Hospital de Santa Cruz	129.989	76.927	59%	68.341	66.927	98%	1.414
Normalización Hospital de Talca (EJECUCION)	8.855.946	964.489	11%	642.336	642.336	100%	0
Reposición Hospital Curepto (Diseño)	30.497	24.854	81%	24.854	24.854	100%	0
Normalización Hospital de Curanilahue	8.622.425	2.554.330	30%	2.554.330	2.554.330	100%	0
Normalización Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Angeles, II Etapa	9.448.876	8.482.339	90%	1.671.253	1.671.253	100%	0
Norma Complejo Hospitalario GGB Traumatológico Diseño	252.360	252.360	100%	96.849	96.849	100%	0
Mejoramiento e implementación Complejo Hospitalario Lota Coronel	37.403	38.105	102%	34.184	34.184	100%	0
Normalización Hospital Higuera Talcahuano	8.131.905	3.602.808	44%	3.490.167	3.478.167	100%	12.000

Cuadro 15							
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁸	Ejecución Acumulada al año 2005 ⁴⁹	% Avance al Año 2005	Presupuesto Final Año 2005 ⁵⁰	Ejecución Año 2005 ⁵¹	% Ejecución Año 2005	Saldo por Ejecutar (7) = (4) - (5)
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	
Equipamiento Primera etapa Normalización Hospital Las Higueras	1.462.551	188.716	13%	200.000	188.716	94%	11.284
Normalización Hospital Victoria (Ejecución Obras Civiles)	11.893.984	7.651.076	64%	6.041.187	6.041.187	100%	0
Normalización Hospital Victoria (Ejecución Equipamiento)	2.268.720	1.112.115	49%	450.000	250.000	56%	200.000
Normalización Hospital Temuco - UPC II (Equipamiento)	2.996.371	2.063.371	69%	300.000	300.000	100%	0
Normalización Hospital de Temuco DISEÑO	514.714	460.278	89%	47.610	45.876	96%	1.734
Normalización Hospital de Nueva Imperial	8.785.039	3.931.000	45%	2.475.000	2.475.000	100%	0
Normalización Hospital de Nueva Imperial – EQUIPAMIENTO	1.315.444	1.330.092	101%	808.121	808.121	100%	0
Normalización Hospital de Castro DISEÑO	104.112	105.140	101%	105.245	104.112	99%	1.133
Normalización Hospital de Castro EJECUCIÓN	8.025.876	1.592.165	20%	1.592.165	1.592.165	100%	0
Normalización de Osorno (Diseño)	478.927	252.500	53%	337.000	252.500	75%	84.500
Reposición Hospital J. Ibar Cisnes	2.345.448	480.000	20%	480.000	480.000	100%	0
Normalización H. Regional Pta. Arenas DISEÑO	2.160.046	934.318	43%	393.977	269.318	68%	124.659

Cuadro 15							
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁸	Ejecución Acumulada al año 2005 ⁴⁹	% Avance al Año 2005	Presupuesto Final Año 2005 ⁵⁰	Ejecución Año 2005 ⁵¹	% Ejecución Año 2005	Saldo por Ejecutar (7) = (4) - (5)
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	
Normalización Complejo Hospitalario Salvador – Infante	249.584	248.001	99%	106.363	102.595	96%	3.768
Normalización Complejo Asistencial Red Sur	151.182	37.442	25%	37.442	37.442	100%	0
ATENCIÓN PRIMARIA 2005 PROGRAMA 02 - INVERSIÓN SECTORIAL DE SALUD (MONTOS EN M\$)							
Construcción CGU Sector Sur poniente Villa Alemana	1.377.444	310.144	23%	367.617	310.144	84%	57.473
Construcción CGU Los Pinos de Quilpue	1.463.940	265.662	18%	315.397	265.662	84%	49.735
Construcción Consultorio General Urbano Reñaca Alto	1.341.483	234.251	17%	277.531	234.251	84%	43.280
Construcción Centro de Salud Familiar Rancagua	1.222.782	324.039	27%	324.039	324.039	100%	0
Construcción Consultorio Las Américas, Comuna de Talca	1.181.988	355.812	30%	355.812	355.812	100%	0
Construcción Consultorio Sector Norte (CGU) comuna Coronel	1.105.948	136.958	12%	243.343	136.958	56%	106.385
Construcción Centro de Salud Las Salinas, Talcahuano	1.376.978	372.502	27%	372.502	372.502	100%	0
Construcción Centro de Salud Tomé Alto	1.432.895	389.455	27%	389.455	389.455	100%	0

Cuadro 15							
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁸	Ejecución Acumulada al año 2005 ⁴⁹	% Avance al Año 2005	Presupuesto Final Año 2005 ⁵⁰	Ejecución Año 2005 ⁵¹	% Ejecución Año 2005	Saldo por Ejecutar (7) = (4) - (5)
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	
Cons.CGU Pulmahue-Padre Las Casas	516.912	539.411	104%	496.434	496.434	100%	0
Construcción Consultorio (Centro de Salud) de Quellón	1.230.502	280.019	23%	317.233	280.019	88%	37.214
Reposición Centro de Salud Pampa Alegre; Osorno	1.067.501	272.946	26%	272.946	272.946	100%	0
Construcción y Equipamiento Cefam 3er Consultorio, San Ramón	1.421.045	321.298	23%	321.298	321.298	100%	0
Construcción Cefam Carlos Godoy, Maipú, S.S. M.Central.	1.232.829	275.754	22%	321.298	275.754	86%	45.544
Construcción Consultorio General Urbano Juan Antonio Ríos	1.307.722	270.427	21%	270.427	270.427	100%	0
Reposición Consultorio Dr. Raúl Yazigi, Lo Prado	1.202.409	291.959	24%	347.995	291.959	84%	56.036
Construcción Consultorio Pablo Neruda, Lo Prado	1.443.689	322.132	22%	383.720	322.132	84%	61.588
Construcción segundo Consultorio Comuna Pudahuel S. Sur	1.367.439	289.074	21%	289.074	289.074	100%	0

Cuadro 15
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2005

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁸ (1)	Ejecución Acumulada al año 2005 ⁴⁹ (2)	% Avance al Año 2005 (3) = (2) / (1)	Presupuesto Final Año 2005 ⁵⁰ (4)	Ejecución Año 2005 ⁵¹ (5)	% Ejecución Año 2005 (6) = (5) / (4)	Saldo por Ejecutar (7) = (4) - (5)
Construcción Consultorio Sector Norponiente Comuna de Macul	1.351.902	306.246	23%	364.910	306.246	84%	58.664
Reposición y Equipamiento Consultorio La Faena; Peñalolén	978.149	236.631	24%	282.487	236.631	84%	45.856
Construcción y Equipamiento Consultorio Antupirén; Peñalolén	1.293.859	290.663	22%	346.460	290.663	84%	55.797
Reposición y Equipamiento Consultorio Córdoros de Chile, El Bosque.	1.359.775	318.001	23%	321.298	318.001	99%	3.297
Reposición Consultorio Cisterna Sur	1.358.446	321.298	24%	321.298	321.298	100%	0
Construcción Consultorio Lo Espejo	1.334.157	270.427	20%	270.427	270.427	100%	0
Construcción Consultorio San Antonio Comuna de San Bernardo	1.323.531	298.980	23%	321.298	298.980	93%	22.318
Construcción Consultorio Esperanza, Maipú	1.389.521	315.878	23%	321.298	315.878	98%	5.420
Construcción octavo Consultorio General Urbano La Florida	1.267.329	284.588	22%	321.298	284.588	89%	36.710

Nota: existen adicionalmente 4 nuevos centros financiados con aportes vía FNDR: Eneas Gonel, Conchalí, Juan Pablo II, San Bernardo, Laurita Vicuña, Puente Alto y la Florida N° 7, la Florida. Al mismo tiempo, el 2005 se suscribió el contrato por diseño y ejecución del Consultorio de Puerto Montt, Sector Padre Hurtado., sumando con ello en total los 31 centros antes señalados.

EQUIPAMIENTO AUGE 2005 PROGRAMA 02 - INVERSION SECTORIAL DE SALUD (MONTOS EN M\$)							
Equipamiento Auge para Cáncer S.S.V.Q.	47.999	47.999	100%	39.772	39.772	100%	0
Equipamiento Auge para Cáncer S.S. Llanquihue	46.500	45.983	99%	40.346	39.829	99%	517
Adq. Equipamiento Auge para Cáncer S.S. Araucanía Norte	42.854	41.877	98%	41.313	39.487	96%	977
Equipamiento Auge para Cáncer S.S. Concepción	40.245	39.829	99%	41.089	39.829	97%	416
Equipamiento Auge para Osteo Neuro S.S. Concepción	90.343	90.343	100%	13.400	13.129	98%	0
Equipamiento Auge para Cardiopatías S.S. Concepción	24.988	24.988	100%	16.059	15.729	98%	0
Equipamiento Auge para Cáncer S.S. Atacama	61.597	61.034	99%	40.000	39.437	99%	563
Adquisición Equipos para Red Atención de la Prematuridad	986.516	802.329	81%	802.329	802.329	100%	184.187
Adquisición de Equipos para Atención Odontológica	234.285	160.972	69%	160.975	160.972	100%	73.313
Adquisición de Equipos para la Red Cardiovascular	264.434	270.855	102%	270.855	270.855	100%	-6.421
Adquisición Equipos para la Atención de Cáncer Digestivo	543.798	539.504	99%	539.504	539.504	100%	4.294
Adquisición de Equipamiento para la Red de Anatomía Patológica	729.650	690.868	95%	690.869	690.868	100%	38.782
Adquisición Equipos para la Red de Epilepsia	180.029	171.401	95%	171.401	171.401	100%	8.628
Adquisición equipos red de retinopatía diabética y prematuro	411.814	136.447	33%	136.448	136.447	100%	275.367
Adquisición Equipos para la Red de Atención de Fisurados	77.543	72.427	93%	72.427	72.427	100%	5.116
Reposición ecotomógrafo para Hospitales tipo I y II del país	789.173	743.637	94%	743.637	743.637	100%	45.536
Adquisición de activos no financieros	1.104.796	304.477	28%	304.477	304.477	100%	800.319
OTROS PROYECTOS DE INVERSIÓN SECTORIAL PROGRAMA 02 - INVERSION SECTORIAL DE SALUD (MONTOS EN M\$)							
Normalización Consultorio San Pedro de Atacama	57.712	30.394	53%	30.394	30.394	100%	0
Normalización Hospital Copiapó Equipamiento Placa Noble y Crítico Subesp	1.866.357	1.867.328	100%	39.643	38.829	98%	814
Construcción Sala Hospitalización Diurna Hospital La Serena	125.528	123.804	99%	104.423	100.554	96%	3.869
Adquisición Equipamiento Neonatología Hospital de San Felipe	197.998	165.361	84%	148.618	115.974	78%	32.644
Reposición Servicio Oncología Hospital C. Van Buren	446.676	495.116	111%	446.296	446.296	100%	0
Reposición Servicio Oncología Hospital C. Van Buren	264.900	294.581	111%	294.581	294.581	100%	0
REPOS. EQUIPOS PABELLONES QUIRÚRGICOS H. CARLOS VAN BUREN	240.016	245.853	102%	245.853	245.853	100%	0
Mej. Ascensores H. Carlos Van Buren	340.948	334.819	98%	334.819	334.819	100%	0
Mej. Ascensores. Valparaíso	115.015	120.605	105%	99.348	95.565	96%	3.783
Mejoramiento Atención Ambulatoria Hospital Casablanca	101.218	104.183	103%	94.707	86.978	92%	7.729
Erradicación de Microbasurales y Difusión de una cultura de entornos	192.013	0	0%	45.670	0	0%	45.670
Construcción Unidad de Desintoxicación Hospital Peñablanca	337.484	295.707	88%	8.839	8.839	100%	0
Reposición Equipos Médicos e industriales y O. Civiles Prov. Petorca	283.270	288.989	102%	288.989	288.989	100%	0
Reposición y Equipos Médicos e Industriales y O. Civiles Prov. Quillota	477.597	487.613	102%	487.613	487.613	100%	0
Construcción Horno Incinerador Red SSVQ- Prov. Quillota	38.718	39.530	102%	39.530	39.530	100%	0

Normalización Sistema de evacuación de aguas servidas Hospital Quillota	34.119	9.047	27%	33.448	7.025	21%	26.423
Habilitación Central Aire Medicinal Hospital de Rancagua	91.014	81.161	89%	91.014	81.161	89%	9.853
Reposición Vehículo de Terreno Establecimientos de Salud VI Región	236.590	233.913	99%	101.435	95.309	94%	6.126
Equipamiento médico Industrial Hospital de Santa Cruz	100.468	96.221	96%	100.468	96.221	96%	4.247
Mejoramiento S.S. Clínicos Atención Cerrada Hospital de San Carlos	2.512.210	2.512.407	100%	52.000	52.000	100%	0
ADQUIS. EQUIP. AVANZADO URGENCIA 131 BASE TRAIQUEN	9.000	0	0%	9.000	0	0%	9.000
Reposición Central Térmica y Red de Calefacción Hospital Lonquimay	71.377	72.874	102%	72.874	72.874	100%	0
Reposición Consultorio de Mocopulli	65.000	32.989	51%	32.671	32.000	98%	671
Mejoramiento uso eficiente de la energía Hospitales S.S. Valdivia	71.400	38.000	53%	50.000	38.000	76%	12.000
Adquisición Equipamiento Hospital Regional de Punta Arenas	1.049.215	825.886	79%	150.086	150.086	100%	0
Programa de Mejoramiento de la Gestión	79.022	63.401	80%	14.219	7.387	52%	6.832
Ampliación Consultorio APS Dr. Mateo Bencur, Pta Arenas	568.653	118.505	21%	157.100	118.505	75%	38.595
Reposición Posta Rural puerto Edén	82.983	44.000	53%	50.000	44.000	88%	6.000
Reposición Sist. Calefacción agua caliente Sanitaria y Vapor HCSBA	215.230	215.230	100%	102.988	102.988	100%	0
Adquisición Equipamiento CDT Hospital San Juan de Dios	1.438.047	739.491	51%	300.000	300.000	100%	0
Reposición Ascensores del Edificio Antiguo Hosp. Félix Bulnes Cerda	79.270	80.515	102%	60.611	60.611	100%	0
Reposición de Incubadoras Serv. Clínico Neonatología del HFBC	98.094	28.425	29%	28.425	28.425	100%	0
Equipamiento Hospital Oriente Dr. Luis Tissne	2.859.227	5.564.994	195%	27.013	0	0%	27.013
Reparación Obras Civiles CDT Hospital Barros Luco	945.874	985.959	104%	171.428	155.075	90%	16.353
Normalización Sistema de Climatización CDT Hosp. Barros Luco	339.998	339.074	100%	91.453	88.650	97%	2.803
Reposición ambulancias Hospital Dr. Sótero del Río	84.950	43.876	52%	43.876	43.876	100%	0

• Anexo 5: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 16					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados		Avance	Notas
Días No Trabajados Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12) / \text{Dotación Efectiva año } t$	2.18	1.92	88.07%	
Rotación de Personal Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	4.31%	4.30%	99.77%	
Rotación de Personal Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios Jubilados año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.63%	0.46%	73.02%	
• Funcionarios fallecidos	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios fallecidos año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.14%	0.09%	64.29%	
• Retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	2.63%	3.06%	116.35%	
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de otros retiros año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	0.92%	0.68%	73.91%	
• Razón o Tasa de rotación	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año } t / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año } t) * 100$	119.08%	118.53%	99.54%	
Grado de Movilidad en el servicio Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	8.41%	7.31%	86.92%	
Grado de Movilidad en el servicio Porcentaje de funcionarios a contrata recontractados en grado superior respecto del N° de funcionarios a contrata Efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año } t) / (\text{Contrata Efectiva año } t) * 100$	5.61%	6.32%	112.66%	
Capacitación y Perfeccionamiento del Personal Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$		35%		
Porcentaje de becas otorgadas respecto a la Dotación Efectiva	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$				
Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año } t / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios capacitados año } t)$		1.9		
Grado de Extensión de la Jornada Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año } t/12) / \text{Dotación efectiva año } t$	42.66	28.83	67.58%	

Cuadro 16					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados		Avance	Notas
<i>Evaluación del Desempeño</i>	Lista 1 % de Funcionarios	97.29%	97.59%	100.31%	
Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Lista 2 % de Funcionarios	2.51%	2.27%	90.44%	
	Lista 3 % de Funcionarios	0.21%	0.12%	57.14%	
	Lista 4 % de Funcionarios	0 %	0.01%	0%	