

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL
AÑO 2010

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

MAC IVER 541, FONO: 5744000
www.minsal.cl

Índice

Presentación.....	3
2. Resultados de la Gestión año 2010.....	6
2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2010	6
2.2 Resultados Asociados a la Provisión de Bienes y Servicios.....	15
3. Desafíos para el año 2011.....	40
4. Anexos.....	43
Anexo 1: Identificación de la Institución.....	44
Anexo 2: Recursos Humanos.....	50
Anexo 3: Recursos Financieros.....	54
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2010.....	66
Anexo 5: Programación Gubernamental.....	71
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.....	72
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2010.....	78
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	80
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	81
Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública.....	82
Anexo 11: Producción Estadística 2009 - 2010.....	83

Presentación



Dr. Luis Castillo Fuenzalida

Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

El Balance de Gestión Integral presentado para el año 2010 se encuentra enmarcado en el escenario determinado por el terremoto que afectó nuestro país a inicios de año, constituyendo para todos los ciudadanos de esta nación en mayor o menor grado una terrible catástrofe, que significó revisar los objetivos propuestos inicialmente y direccionarlos hacia el proceso de reconstrucción y recuperación de nuestra patria.

Tal como se señala más adelante extensamente, nuestros equipos de salud debieron reaccionar con todos los recursos disponibles y ponerse a disposición de las necesidades de la población, esto inclusive sobre su propia preocupación familiar y personal.

Es así como, se plantea un Plan de Acción que permitiera enfrentar *la emergencia inmediata, planificar el escenario del invierno próximo e iniciar el proceso de reconstrucción*, esto último incluso utilizando estrategias transitorias como los hospitales de campaña, recuperación de camas dentro de la reutilización de otras dependencias y la licitación de hospitales modulares o de construcción acelerada.

El gran esfuerzo de este proceso fue realizado directamente por los Servicios de Salud, los que en conjunto con la colaboración del gobierno central y Organismos Nacionales e Internacionales estuvieron a disposición de esta inmensa tarea. A todos ellos, aprovechando el contexto de nuestra cuenta pública institucional aprovecho para agradecer el enorme y eficiente trabajo realizado.

Se instalaron dieciocho Hospitales de Campaña emplazados en diversas localidades la Región Metropolitana hasta la VIII Región. De las 4000 camas perdidas a raíz del terremoto se recuperan 3000 camas al mes de Junio y las siguientes 1000 a diciembre del mismo año, con respecto a los Hospitales Modulares 06 de los once definidos iniciaron proceso de ejecución dentro del mes diciembre.

A pesar de las dificultades descritas anteriormente, la Subsecretaria de Redes Asistenciales veló por cumplir los compromisos adquiridos en torno a la Ley de Presupuesto año 2010 sobretodo en los ítem priorizados como Gestión de camas, macro redes, per cápita, formación de especialistas, cierre de brechas, cartera de inversiones entre otros.

En lo relativo a Gestión de camas se logra optimizar el proceso de gestión de camas hospitalarias durante el año 2010 mediante la consolidación de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) en la Subsecretaria de Redes Asistenciales, además de la implementación de la UGCC a lo largo de todo el país. Dentro de los logros a este respecto se destacan los traslados de pacientes efectuados en el periodo enero-diciembre que permitieron a pesar del escenario adverso ocasionado por el terremoto mantener porcentajes de no superiores al 50% de pacientes requirientes de cama críticas derivados hacia el sector privado. El desafío propuesto para el año 2011 es lograr que dichos porcentajes disminuyan a no mas de un 48%.

Durante el año 2010, también se trabajó en el diseño de Modelo de Atención de Urgencia para establecimientos de alta complejidad estableciendo como metodología de abordaje de la urgencia la gestión por procesos de los Hospitales de alta complejidad.

Debido a la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión y su Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red (EAR), aprobado mediante Decreto Supremo N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, los que establecen, entre otros, los requisitos a cumplir por los EAR, durante el año 2010 se definió como objetivo lograr el cumplimiento de lo en ellos descrito, para ello, se elaboró un nuevo modelo de gestión basado en la metodología Balanced Score Card, el cual cumple con la doble finalidad de:

- Evaluar anualmente a los establecimientos que ya obtuvieron la calidad de EAR, determinando si mantiene o mejora el nivel de cumplimiento.
- Determinar si los establecimientos que buscan obtener la calidad de EAR cumplen los requisitos establecidos.

Para el año 2011 el compromiso es implementar dicho modulo de gestión en cada uno de estos establecimientos autogestionados, lo que se traducirá en profundos cambios en la gestión hospitalaria.

Uno de los compromisos más afectados el año 2010 estuvo relacionado al procuramiento de órganos para Trasplante, dado que la cantidad de donantes efectivos fue de 5,3 donantes por millón de habitantes, lo anterior encuentra su origen en el impacto sanitario del terremoto en las zonas del sur de Chile, ya que significó una disminución en la cantidad de camas críticas y, por ende, en la oportunidad de manejo de potenciales donantes. Para el año 2011 el objetivo es subir esta tasa a valores cercanos a 7.2 por millón de habitantes, equivalentes a 118 donantes efectivos.

Otra línea de trabajo relevante para este año fue el lograr reducir las listas de espera GES, del corte realizado a marzo 2010 en el cual se establecen 380.000 personas con garantías retrasadas, a diciembre se logran disminuir a 113.000, para el año 2011 se espera terminar con estas listas de espera, para focalizarnos en la listas de espera prolongada tanto de intervención quirúrgica como de atención de especialista.

Para la Atención Primaria de Salud Municipal el año 2010 se establece un incremento del per capita basal en un 5%, lo que significó crecer de \$ 2.130 a \$ 2.237 en el aporte por beneficiario inscrito validado. Para el año 2011 se mantendrá la lógica del incremento incorporando mayor resolutivez en ese aporte y reconociendo las coberturas incrementadas del GES.

Durante el año 2010, por concepto de Pasantías Nacionales asistieron 457 funcionarios de todo Chile, lo que significó una inversión de M\$ 305.982, el principal enfoque estuvo dado al Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar.

En el Programa de Formación de Médicos Especialistas en la Atención Primaria del Sistema Público de Salud se trabajó en incrementar la oferta de cupos para médicos en formación en la 4 especialidades consideradas, a saber: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Psiquiatría de Adultos.

Los programas de formación para médicos y dentistas de la Etapa de Destinación y Formación totalizan 580 entre el 2009 y 2011 de los cuales 465 son médicos y 115 dentistas.

En lo referente a la Atención Primaria de Salud durante el período Enero - Diciembre 2010 se terminaron 30 obras, se iniciaron 9, en lo relativo a la cartera de establecimientos hospitalarios se logran terminar 04 e iniciar 05 proyectos. La meta es lograr los diez comprometidos por la presidencia al final del periodo.

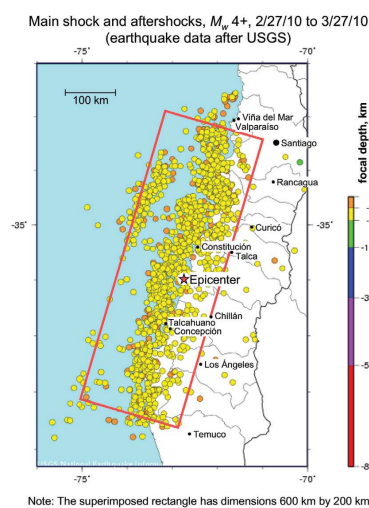
Hemos realizado durante este año también, un gran avance en la implementación de sistemas de información en nuestra red asistencial, orientado en una primera etapa al resguardo de la información para Listas de Espera con sistemas de información integrados que permiten obtener datos para la gestión global de la red pública de salud. En ese contexto se logró que más del 60% de los establecimientos de nuestra red cuenten con sistema de agendamiento electrónico y más de un 50% con sistema de referencia en línea hacia el nivel secundario. Lo anterior, permite optimizar la gestión de los recursos del establecimiento, y de la red, además de mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención. Para el año 2011 se espera consolidar este proceso de implementación con la instalación de un repositorio nacional de información, herramienta sobre la cual tributen el 100% de los establecimientos asociados de la red asegurando con ello la implementación del proceso de gestión de Listas de espera.

Finalmente, toda la labor desarrollada por nuestra Subsecretaria Redes Asistenciales para el año 2010 estuvo orientada tal como se describe al proceso de reconstrucción por el terremoto, pero también a cumplir con aquellos compromisos adquiridos previamente que nos permitan avanzar en nuestro quehacer, siendo el fin último lograr el mayor porcentaje de beneficio para nuestros usuarios tanto en lo referido al manejo clínico de sus requerimientos de salud como en su percepción de nuestro nivel de servicio, su nivel de satisfacción es nuestro principal punto de control de calidad de lo realizado. Y en torno a ello seguiremos trabajando.

2. Resultados de la Gestión año 2010

2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2010

Para referirnos a los resultados de la gestión obtenidos por nuestra Subsecretaría y las respectivas Redes Asistenciales que dependen de ella para el año 2010, es necesario contextualizar el escenario bajo el cual se desarrolló este período de trabajo.



El sábado 27 de febrero de 2010, siendo las 3:34 horas de la mañana, un terremoto magnitud 8,8° Mw en la escala de Richter (IX Mercali), y posterior maremoto, golpearon a nuestro país desde la Araucanía hasta la Región de Valparaíso

El tsunami que sucedió al movimiento, produjo una brutal devastación en las ciudades y localidades costeras de las regiones del Biobío y Maule, resultando entre las más afectadas Talcahuano, Dichato, Constitución, Iloca y Pelluhue, afectando una extensión de territorio en la cual habitan aproximadamente 12.800.000 personas, lo que equivale a 3/4 de la población nacional.



Bahía Cumberland, Archipiélago de Juan Fernández, antes y después del tsunami.

1 Imagen tomada de "Learning from Earthquakes: The Mw 8.8 Chile Earthquake of February 27, 2010"; EERI Special Earthquake Report, Junio 2010.

Mediante el Decreto Supremo N° 150 del 27 de febrero, se declaró como Zona Afectada por la Catástrofe a las regiones de Valparaíso, Libertador General Bernardo O'Higgins, Maule, Biobío, y de la Araucanía. Posteriormente, el día 28 de febrero, mediante los decretos N° 152 – 153, se declaró Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe por Calamidad Pública en las regiones del Maule y Biobío.

Diagnóstico Post Terremoto

Detalle del daño en las redes de atención en salud:

- Camas Críticas Perdidas: **297**.
- Camas Básicas Perdidas: **3.952**.
- En total se perdieron **4.249** camas correspondientes al **22%** de **19.179** existentes en la zona afectada.
- **66** Centros de Salud Familiar equivalentes al **17%** del total existente, sufrieron daños.
- **141** Postas de Salud Rural equivalentes al **20%** del total existente, sufrieron daños.
- De **135** Hospitales que operaban en la zona afectada, **56** sufrieron algún nivel de daño equivalentes al **41%** del total.
- **5** Hospitales sufrieron daño estructural de gran magnitud.
- **17** Hospitales sufrieron daño estructural de mediana magnitud.
- **34** Hospitales sufrieron daño no estructural solamente en sus instalaciones interiores

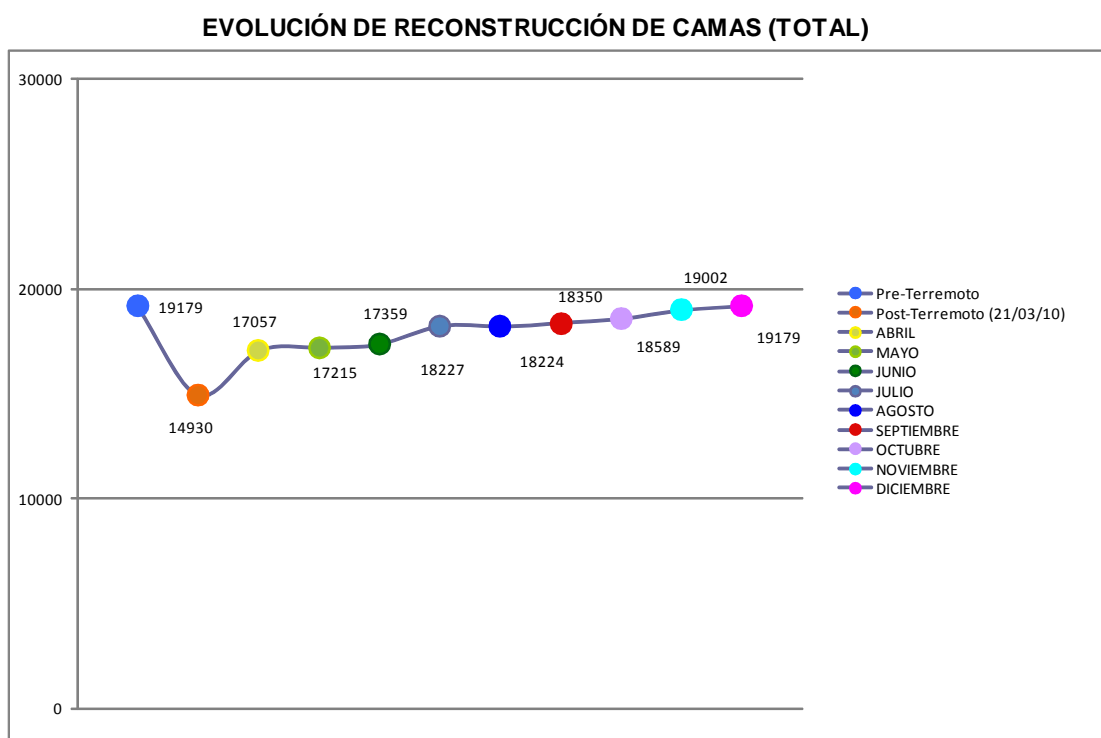


La infraestructura de salud pública se vio gravemente afectada por el terremoto acontecido el 27 de febrero, disminuyendo en forma sustancial la capacidad de respuesta de las Redes Asistenciales a las demandas de atención y cuidado de pacientes.

En base al diagnóstico de daño descrito anteriormente la subsecretaría de Redes asistenciales por mandato del Ministerio de Salud organiza un equipo para reconstrucción que establece a lo menos tres líneas de trabajo:

- Primera Etapa de Emergencia Inmediata: a través de la instalación de dieciocho Hospitales de Campaña. emplazados en diversas localidades desde la Región Metropolitana hasta la VIII Región.
- Segunda Etapa de Emergencia Invernal: implementado acciones tendientes a recuperar aquellas instalaciones y equipamiento susceptible de habilitar en el corto plazo, con el fin de enfrentar de mejor forma el período invernal, priorizando la oferta de camas de hospitalización.
- Tercera Etapa de Reconstrucción Hospitalaria: paralelamente, se trabajo en la instalación, equipamiento y habilitación de Hospitales de Construcción Acelerada.

GRAFICO Nº 1 EVOLUCION DE RECUPERACION DE CAMAS PERDIDAS POR TERREMOTO, DIC 2010



Considerando el grado de daño que provocó el terremoto y posterior tsunami, se determina entonces el marco de acción para el año 2010 y cómo estos dos eventos transforman en gran medida el trabajo de las redes asistenciales en torno a la recuperación del país y al retorno a la normalidad de su funcionamiento, asumiendo la transición de la recuperación.

Salud Mental

Dado que el impacto del terremoto en la salud mental de las personas significa una carga adicional para los equipos de salud, por la gran aparición de síntomas ansiosos y descompensaciones de cuadros

previos, se desarrollo una estrategia de refuerzo de la capacidad de atención ambulatoria representada por:

- Estrategias de continuidad:
 - Reforzamiento de especialidad ambulatoria con equipos móviles de salud mental
 - Reforzamiento del programa de salud mental de APS, con duplas psicosociales de refuerzo
- Estrategias transitorias:
 - Refuerzo de equipos de salud mental y de apoyo a la gestión con personal de Servicios de Salud no afectados por el terremoto.

Estadísticas de producción

A continuación se presentan los resultados obtenidos desde el punto de vista de la producción de las Redes Asistenciales diferenciadas según se originen desde la Zona de catástrofe o de la Zona de no catástrofe. Se realiza en base a una comparación años 2009-2010.

Claramente se observa el efecto del terremoto en lo relativo a la actividad programable provocando en esta zona una disminución en la productividad. Por el contrario, la actividad de urgencia incrementa sus porcentajes.

TABLA N°1 Producción estadística de los Servicios de salud de la Zona de Catástrofe y No Catástrofe.

ACTIVIDAD		PRODUCCIÓN EN SALUD ZONA DE CATÁSTROFE			PRODUCCIÓN EN SALUD ZONA DE NO CATÁSTROFE		
		2009	2010	Variación Porcentual	2009	2010	Variación Porcentual
NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS		913.142	836.482	-8,4%	264.603	265.185	0,2%
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES SEGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN	Total	889.775	862.720	-3,0%	243.126	239.014	-1,7%
	Mayores	426.963	395.766	-7,3%	115.919	118.370	2,1%
	Menores	462.812	466.954	0,9%	127.207	120.644	-5,2%
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES SEGÚN OCASIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Intervenciones Quirúrgicas Electivas	315.148	282.007	-10,5%	81.028	80.432	-0,7%
	Intervenciones Quirúrgicas de Urgencia	111.815	113.759	1,7%	35.104	37.938	8,1%
NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA	E. Laboratorio	59.567.908	60.114.874	0,9%	14.527.325	15.160.637	4,4%
	E. Imagenología	4.837.131	4.690.270	-3,0%	1.265.691	1.337.120	5,6%
ATENCIÓNES MÉDICAS TOTALES, SEGÚN NIVEL U OCASIÓN DE LA ATENCIÓN	Total SNSS	33.138.077	32.333.681	-2,4%	8.242.854	8.418.989	2,1%
	Atención Primaria	13.085.291	12.356.254	-5,6%	3.093.407	3.026.155	-2,2%
	Atención de Especialidades	5.544.688	5.223.675	-5,8%	1.347.095	1.407.868	4,5%
	Atención de Urgencia	14.508.098	14.753.752	1,7%	3.802.352	3.984.966	4,8%

En la tabla N°1 se observa un incremento en la producción con respecto al año 2009 de la zona no afectada por el terremoto directamente, tanto en egresos hospitalarios, como intervenciones quirúrgicas

mayores, exámenes de laboratorio e imagenología, y en las atenciones medicas totales. Por el contrario existió baja en lo referido a intervenciones quirúrgicas menores, electivas y atención medica en APS.

Inversiones de reconstruccion

El terremoto del 27 de febrero del año 2010 cambió el eje de las prioridades del período en cuestión, las inversiones se centraron en la reconstrucción y en la vuelta a la normalidad de las obras en ejecución. Todas las obras se vieron afectadas por el terremoto, sea directamente, por daños, o indirectamente, por interrupción en la cadena de suministros y/o mano de obra. Además, la reasignación inicial de recursos en favor de las necesidades más inmediatas del sector también generó incertidumbre en el normal desarrollo de las obras en ejecución. Tal situación explica que el presupuesto del año 2010 se haya ejecutado solamente en un 90%.

Los mayores esfuerzos durante el periodo se encontraron enfocados en la tarea de la reconstrucción, tomándose dos líneas de acción para enfrentar los daños ocasionados por el terremoto a la Red Hospitalaria de nuestro país, estas líneas de acción corresponden a la construcción acelerada (modulares) y reparaciones mayores, esta última para aquellos recintos hospitalarios que podían ser recuperados por esta vía.

En la Región del Maule, especialmente afectada en su red hospitalaria por el terremoto del 27 de febrero de 2010, se enfocaron grandes esfuerzos a fin de completar los estudios y diseños necesarios para la instalación de 6 modulares, estos son; “Reposición Parcial Hospital de Talca (Interno)”, “Reposición Parcial Hospital de Talca (externo)”, “Reposición Parcial Hospital San José de Parral”, “Reposición Parcial Hospital de Curicó”, “Reposición Parcial Hospital de Cauquenes” y “Reposición Parcial Hospital de Hualañe”, dándose inicio durante el mes de diciembre a la ejecución de obras civiles correspondientes al Hospital de Curicó.

Así mismo, se efectuaron además los estudios y diseños necesarios para la instalación de modulares en las Regiones de Valparaíso, Bio Bio y Metropolitana, estos son; “Reposición Parcial del Hospital de San Antonio de Putaendo”, “Reposición Parcial del Hospital Herminda Martin de Chillan” y “Reposición Parcial Hospital Félix Bulnes”, respectivamente.

En relación a las reparaciones mayores, durante el 2010 se trabajó fuertemente en los diagnósticos de las infraestructuras dañadas de 7 recintos hospitalarios y la realización de los estudios y diseños para la ejecución física de los proyectos, pudiendo iniciar obras civiles para uno de ellos durante el periodo, este corresponde a la “Habilitación e Instalación de 10 Pabellones Quirúrgicos del Hospital de Temuco”

EQUIPO Y EQUIPAMIENTO

A raíz del terremoto ocurrido el 27 de febrero del 2010, la Unidad de Equipamiento de la División de Inversiones efectuó un catastro respecto de los requerimientos en equipo y equipamiento de los establecimientos de salud pertenecientes a las zonas afectadas por el terremoto, de la V a la IX Región, lo

cual permitió centrar esfuerzos primordialmente en la reposición de equipos y equipamiento dañados y de esta forma disminuir las brechas creadas por el evento.

Se efectuó conforme a las necesidades detectadas en la elaboración del catastro la ejecución de las donaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud OPS, donación del Gobierno Japonés Donación del Gobierno de Grecia y la donación efectuada por la empresa Philips

Se continuo además con el trabajo de revisión de los proyectos generando las certificaciones para el diagnóstico del Hospital de Cochrane y Hospital de Río Bueno, reevaluación proyecto Hospital de Arica, no objeción para la Habilitación Hospital de Maipú y validación listado reposición Hospital san Felipe.

Se efectuó además revisión y gestión Circular N°33 que consideraba inversión por reposición de equipamiento para 18 establecimientos esto por un monto de M\$4.371.595.

Estadísticas de cumplimiento en diferentes herramientas de evaluación

En lo referido al cumplimiento de las metas comprometidas para el año 2010 se debe tener presente el marco dado por el terremoto que determinó en un importante porcentaje los resultados obtenidos, los que se presentan evidenciando el efecto que esta catástrofe provocó en el re direccionamiento de estrategias y acciones de nuestros equipos de salud, administrativos y directivos de nuestras instituciones.

La Atención Primaria implementa el Plan de Salud que es el conjunto de acciones y prestaciones que los establecimientos de atención primaria del sector público ofrecen a las familias beneficiarias, que contribuyen a resolver las necesidades de salud de sus integrantes, abordando integralmente los distintos factores que inciden en el proceso salud enfermedad. Las prestaciones se desarrollan enmarcadas en el Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, contenidas en las Orientaciones y Normas vigentes del Ministerio de Salud.

Lo incluido en el Plan, incorpora todas las acciones que en materia de prevención y curación deben realizar los equipos de APS para dar respuesta a las necesidades de las personas. Incluye, también, las prestaciones que dan cumplimiento a las garantías explícitas en salud (GES), en vigencia desde el año 2005. La producción general de bienes y Servicios que efectúa la Atención Primaria a nivel nacional es medida a través del Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS), cuyos resultados por Servicio de Salud se muestran a continuación:

Tabla N°2 Cumplimiento Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS) año 2010

	N° de componentes Cartera de Servicios programado para el periodo	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años	Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años	Cobertura de EFAM en adultos de 65 y más años, con examen de funcionalidad vigente	Cobertura de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control	Cobertura de citas totales odontológicas en población menor de 20 años	Cobertura diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	Cobertura de Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y mas	Porcentaje de niños y niñas 12 a 23 meses recuperados del riesgo o retraso Desarrollo Sicomotor	Porcentaje de establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes	Tasa de visitas integrales realizadas	postrados realizadas con fines de tratamiento
META 2010	100%	25%	25%	75%	85%	19%	85%	65%	60%	100%	0,1	6,5
LOGRADO 2010	97,9%	9,8%	21,1%	38,1%	81,5%	17,9%	100,8%	63,9%	76,4%	97%	0,2	11,3

Por otra parte existe un conjunto de metas denominadas Metas Ley 19.813 asociado al cumplimiento de los objetivos sanitarios y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la atención primaria de salud municipal, que también dan cuenta de la gestión global de los Servicios de Salud en materia de Atención Primaria. El cumplimiento a nivel global de estas metas alcanzó un 98,09% el 2010.

Tabla N°3 Cumplimiento Metas de Atención Primaria Ley 19.813

Meta Sanitaria	Comprometido Nivel Nacional	Promedio País Efectivamente Alcanzado
Cobertura de EDSM[1] a niñas/os de 12 a 23 meses (91%)	91,00%	89,10%
Cobertura de PAP[2] (70%)	70,00%	58,10%
Cobertura Alta Odontológico Total en Adolescentes de 12 años (70%)	70,00%	68,60%
Cobertura Alta Integral Odontológica en Mujeres Embarazadas (60%)	60,00%	60,20%
Cobertura Alta Integral Odontológica en Niños de 6 años (70%)	70,00%	68,40%
Compensación de personas con Diabetes Bajo Control en Grupo de 20 y más años (35%)	40,00%	39,40%
Compensación Pacientes Hipertensos Bajo Control en grupo de 20 y más años PA < 130/85 mm Hg (51%)	60,00%	61,40%
Mantener o disminuir el porcentaje Promedio Nacional de obesidad en niños (as) menores de 6 años bajo control (9,7%)	9,40%	9,60%
Mejoramiento de la Atención proporcionada a los usuarios. Agenda Médica, Odontológica y de Matrona y Enfermera, Nutricionista, Psicólogo,	100,00%	99,00%
Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente. (100%)	100,00%	97,20%
Gestión de Reclamos (90%)	90,00%	96,20%
Nº de niños y niñas vacunados con la 3ra dosis de la vacuna pentavalente de PNI en la población de niños y niñas inscritos validados. (95%)	95,00%	100,90%

A nivel de la gestión de los Servicios de Salud la Subsecretaria de Redes Asistenciales establece metas denominadas Compromisos de gestión, herramienta de evaluación bajo la cual se trabaja en conjunto para fortalecer ámbitos priorizados por la autoridad, que inciden en mejoras en la gestión de las redes en general, y de los establecimientos hospitalarios en lo particular. En la tabla siguiente es factible identificar los ámbitos trabajados para el año 2010 y los niveles de logro obtenidos en la evaluación, se debe considerar que la nota máxima de calificación para cada uno es de un 5.0.

TABLA N°4 Cumplimiento por ámbito en Compromisos de Gestión año 2010 por los Servicios de Salud.

Ámbito	Compromiso de Gestión	Evaluación CG Año 2010
Transformación Hospitalaria	CG 1 Categ. d2-d3	 4,3
	CG 2 UGCC_Informe	 4,5
	CG 3 UGCC_Act Inf	 4,5
	CG 4 Días preqx	 4,0
	CG 5 Suspensiones	 3,5
Gestión de Listas de espera	CG 6 LE Consultas	 4,7
	CG 7 LE IQx	 3,6
	CG 8 SIDRA	 3,2
Referencia Contrareferencia	CG 9 RCR	 4,3
Red Local de Urgencia	CG 10 RCR Urgencia	 4,4
	CG 11 Categ. Urgencia	 4,7
Trasplante	CG 12 Trasplante	 3,2
Participación social	CG 13 Trato Usuario	 4,9
	CG 14 H. Amigo	 4,8
Recursos Humanos	CG 15 Ausentismo	 4,8
	CG 16 Accidentabilidad	 4,4
	CG 17 SIRH	 4,9
Calidad	CG 18 Calidad	 4,7
APS	CG 19 H. Comunitarios	 4,7
Nota Final		 4,4

2.2 Resultados Asociados a la Provisión de Bienes y Servicios

Con respecto a los resultados relevantes obtenidos por la Subsecretaria de Redes Asistenciales durante el año 2010 en el proceso de provisión de bienes y servicios, se procederá a continuación a dar cuenta pública de los compromisos adquiridos en torno a los **objetivos estratégicos** planteados para la institución entorno al proceso de formulación para su presupuesto año 2010.

1. Consolidar el funcionamiento de las redes de alta complejidad y macroredes asistenciales, a través del aprovisionamiento de equipamiento para los establecimientos de la Red, definiendo estándares de calidad, velando por la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, para fortalecer la Red Pública de Salud

Trasplante

En el mes de Enero del 2010, se publica la modificación a la ley de trasplantes considerando entre otros puntos:

- 1) El principio del Donante Universal; toda persona mayor de 18 años es considerada, por el sólo beneficio de la ley como donante de órganos y,
- 2) Se creó la Coordinadora Nacional de Trasplantes dependiente de la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile.

Para el año 2010 la cantidad de donantes efectivos fue de 5,3 donantes por millón de habitantes. Efectivamente se trata hasta ahora de la cifra más baja en los últimos 12 años, pero que encuentra su origen en el impacto sanitario del terremoto en las zonas del sur de Chile, ya que significó una disminución en la cantidad de camas críticas y, por ende, en la oportunidad de manejo de potenciales donantes y, por otro lado en que muchas de las estrategias planificadas el 2010 se comenzarán a ejecutar durante el año 2011.

GRAFICO N°1 Donantes de órgano por año período 1993- 2010



Gestión de camas

Con el fin de optimizar el proceso de gestión de camas hospitalarias durante el año 2010 se consolida el funcionamiento de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) en la Subsecretaría de Redes Asistenciales lo que permite:

- Asignación priorizada de camas según complejidad
- Equidad en la distribución de recursos
- Mantener un control sanitario y financiero de las prestaciones requeridas

De las estadísticas de traslados de pacientes vía UGCC, periodo enero-diciembre 2010, es factible determinar como se trabajó para eficientar el uso de las camas críticas del sector público en conjunto con la compra de camas al sector privado, considerando el daño descrito anteriormente por el terremoto. Del total de traslados efectuados por requerimiento de cama para este año, el 50% de ellos fue resuelto en la red pública de salud.

El mayor porcentaje de traslados estuvo dado para pacientes que necesitaron cupo cama crítica, representando el 77% de los traslados, del costo de este tipo de pacientes aparece la relevancia de resolverlo dentro de nuestro sector público.

Desde el punto de vista del tipo de paciente, el 75% de los traslados fueron en base a pacientes adultos y pediátricos y el 11% para pacientes neonatológicos.

Estadísticas de traslados de pacientes vía UGCC (enero-diciembre 2010)

Fuente: sistema UGCC

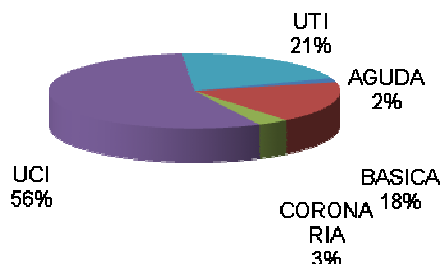
Tipo destino	Total
PRIVADO	2829
PUBLICO	2886
Total general	5715

Traslados UGCC según tipo de destino



Tipo cama	Total
AGUDA	105
BASICA	1022
CORONARIA	200
UCI	3198
UTI	1190
Total general	5715

Traslados UGCC según tipo de cama



Tipo paciente	Total
ADULTO	3008
EMBARAZADA	191
MATERNIDAD Y NEO	609
NEONATOLOGIA	638
PEDIATRIA	1269
Total general	5715

Traslados UGCC según tipo de paciente

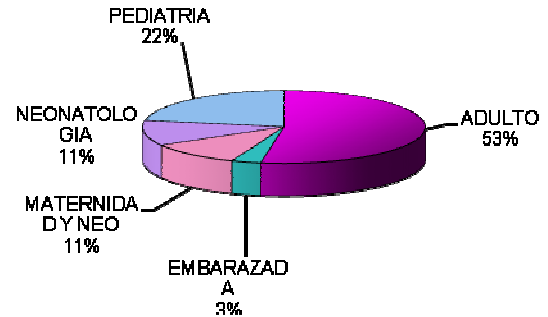
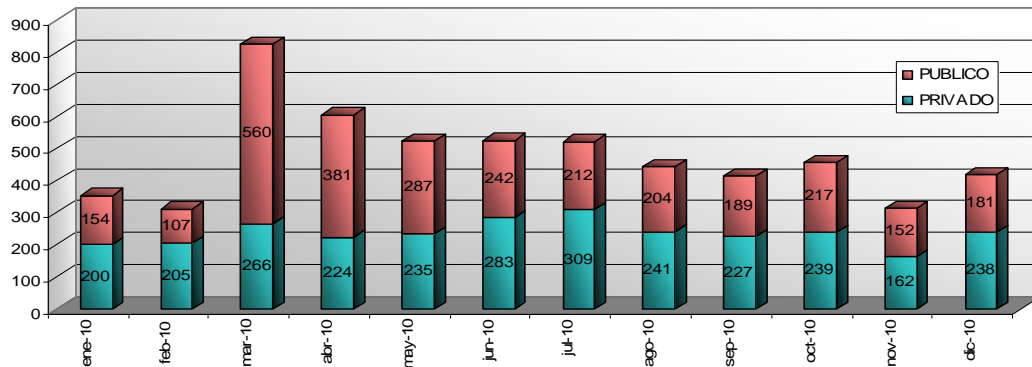


GRAFICO N°2 Traslados según mes publico-privado, año 2010

Fuente: sistema UGCC

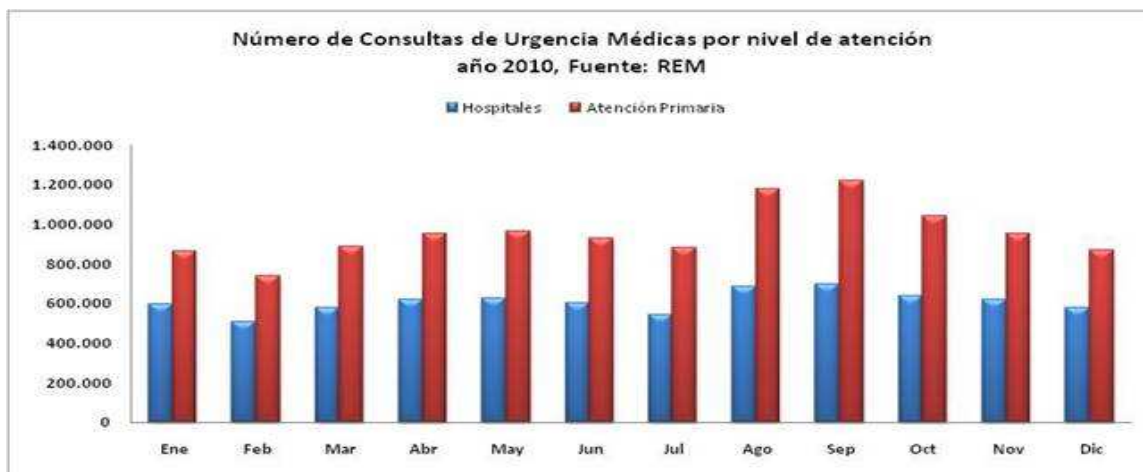
N° de Traslados Mensuales según Tipo de Destino, año 2010



Gestión Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

Respecto a las UEH, en el año 2010, estas representan el 36% de las prestaciones de mayor complejidad y cuya complejidad, costos, financiamiento es o son del mayor impacto al estar vinculada a un determinado hospital.

GRAFICO N°3 Número de consultas de urgencia medicas por nivel de atención



Aun cuando se observa una disminución en el número de consultas totales a los hospitales de alta y mediana complejidad, el perfil de la consulta en los hospitales ha ido migrando hacia pacientes con patologías más complejas, y de mayor edad. De acuerdo a la selección de demanda que se realiza al ingreso de las Unidades de Emergencia, el 55% de pacientes que consultan son categorizados en nivel C2 (10%) y C3 (45%). Estos corresponden a personas que presentan patologías médica con compromiso multisistémico que requieren de exámenes laboratorio e imagenología, consulta especialista y en un alto porcentaje hospitalización.

Durante el año 2010, se trabajó en el diseño de **Modelo de Atención de Urgencia para establecimientos de alta complejidad** estableciendo como metodología de abordaje de la urgencia la gestión por procesos, de manera participativa con los encargados de las unidades de Emergencia de los Hospitales de alta complejidad de la Región Metropolitana y V Región.

Durante el año 2010, las prestaciones realizadas por el SAMU a nivel nacional fueron 528.696, de las cuales el 80% correspondió a traslado por móvil básico o M1 y el 20% a traslado avanzado o M2-M3. De este último cerca del 48% son traslados en el nivel secundario- hospitalario de atención de pacientes críticos.

Modelo de Gestión Hospitalaria:

Durante el año 2010 se elaboró en conjunto con el equipo de gabinete Ministerial, un nuevo instrumento de evaluación para los hospitales autogestionados, con indicadores que permitiesen medir los procesos críticos de los establecimientos hospitalarios, **el objetivo** favorecer la mejora en la gestión clínica y administrativa en los establecimientos de alta complejidad, promoviendo la utilización de herramientas de gestión de costos operacionales y medición de la producción, y con ello simplificar e integrar la gestión hospitalaria en un sólo instrumento de evaluación, logrando finalmente instituciones **más eficientes** en su funcionamiento, capaces de ofertar un mejor nivel de servicios para sus usuarios, con mejores resultados de la institución.

Dada la ocurrencia del terremoto que afectó a nuestro país en febrero del año pasado, fueron excluidos de la medición de resultados todos aquellos establecimientos hospitalarios ubicados entre las regiones Quinta y Novena, a los que se suman los establecimientos hospitalarios de la Región Metropolitana.

Fármacos

Uno de los puntos destacables en este ámbito, es el aumento en la cobertura de financiamiento de los fármacos de alto costo para algunas patologías entre el año 2009 y el 2010. Principalmente ha aumentado en aquellas patologías incorporadas en el último decreto al Régimen General de Garantías Explicitas (GES); Esclerosis Múltiple y Hepatitis C.

GRAFICO N°4 Porcentaje de pacientes con Tratamiento de alto costo.

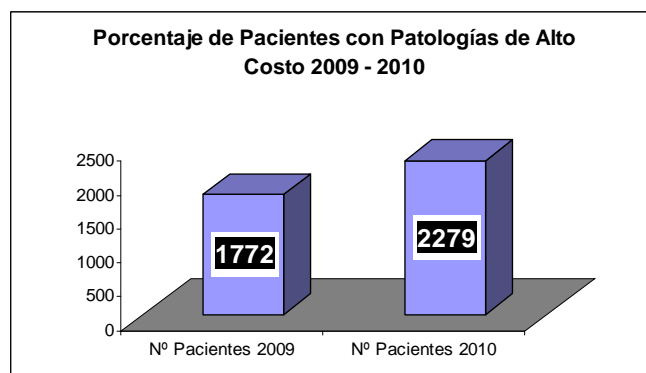


TABLA N°5 Pacientes por problema de salud en tratamiento con fármacos de alto costo 2009 versus 2010

Programa	Nº Pacientes 2009	Nº Pacientes 2010	Programa	Nº Pacientes 2009	Nº Pacientes 2010
ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL. TTO. BIOLÓGICO	46	66	HORMONA DE CRECIMIENTO	75	77
ARTRITIS REUMATOIDE ADULTO.TTO. BIOLÓGICO	20	20	EN F. LISOSOMALES	3	3
HEMOFILIA	1204	1271	GAUCHER	21	23
DISTONÍA	203	210	TIROSINEMIA	0	9
GULLIAN BARRÉ	148	152	ESCLEROSIS MULTIPLE	94	169
Total de pacientes beneficiados				1748	2000

Acceso a Medicamentos a la Población

Durante el año 2010, se realizó una ardua coordinación con la Central de Abastecimiento Nacional CENABAST, con el fin de optimizar los servicios de adquisición, distribución y costos de fármacos e insumos para las Redes Asistenciales y asegurar la disponibilidad de ellos hacia nuestros usuarios. Entre algunas de las estrategias implementadas se destacan:

- **Convenio Marco medicamentos con Chile Compra**
- **Convenio Marco Insumos clínicos con Chile Compra**
- **Implementación de la Compra de algunos medicamentos a través del Fondo Estratégico de la OPS**
- **Propuesta Ley de Enfermedades Raras.**

2. Generar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, con criterios de equidad, a través de la superación de brechas de tecnología sanitaria para asegurar la entrega de las garantías ofrecidas a la población

Se incorporaron 10 nuevos problemas de salud garantías de salud AUGE, llegando a un total de 69 patologías cubiertas.

Durante el año 2010 se procedió al Diseño de las redes para responder a los problemas de salud nuevos y el rediseño de las redes ya existentes, con evaluación de funcionalidad con el fin de garantizar el acceso oportuno, continuidad e integralidad de la atención y satisfacción usuaria. Esto implicó el fortalecimiento de las redes en sus diferentes niveles de complejidad con un esfuerzo de inversión de más de 7.000 millones de pesos en equipamiento en redes prioritarias tales como las redes Oncología (centros de radioterapia Antofagasta, Concepción, Punta Arenas y Valdivia), quemados, neurocirugía e imagenología compleja, mejorando los niveles de resolución y la calidad de estas redes.

A diciembre del año 2010 hemos llegado a la meta de atención de 10.575.962 personas con garantías AUGE desde su inicio el 1º julio 2005 al 5 de diciembre 2010 en una tendencia creciente.

En el año 2010 se atendieron 2.086.135 de personas y solo en los 10 problemas nuevos 112.027 personas, con más de en más de 2.148.905 (95,1%) atenciones realizadas dentro de los tiempos garantizados, de un total de más de 2.259.996 atenciones con garantías de oportunidad

GRAFICO N°5 CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS DER OPORTUNIDAD POR SERVICIO DE SALUD AÑO 2010.

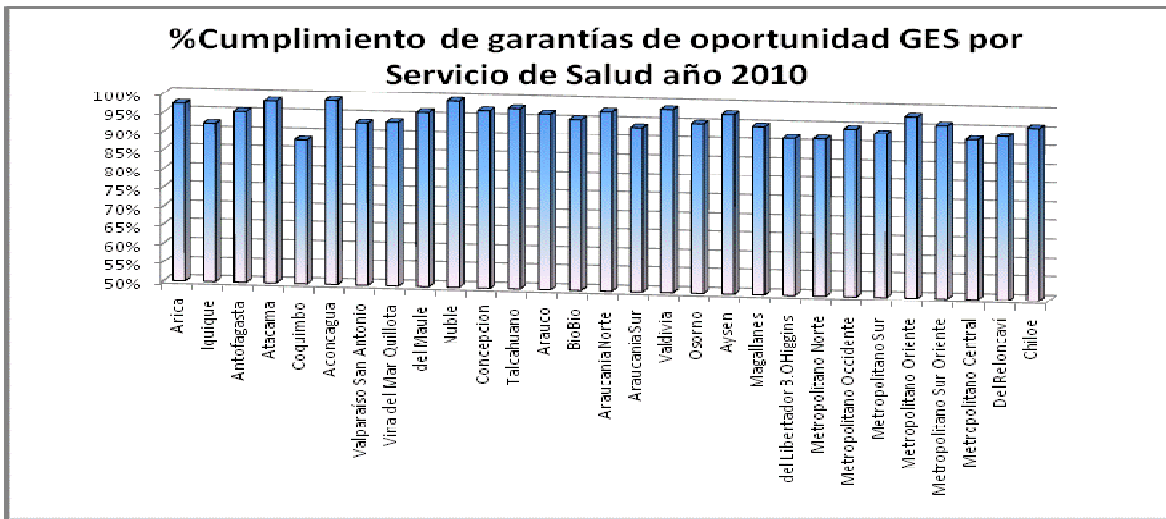


TABLA N°6 GARANTÍAS TOTALES 2010 POR PROBLEMA DE SALUD.PARTE 1

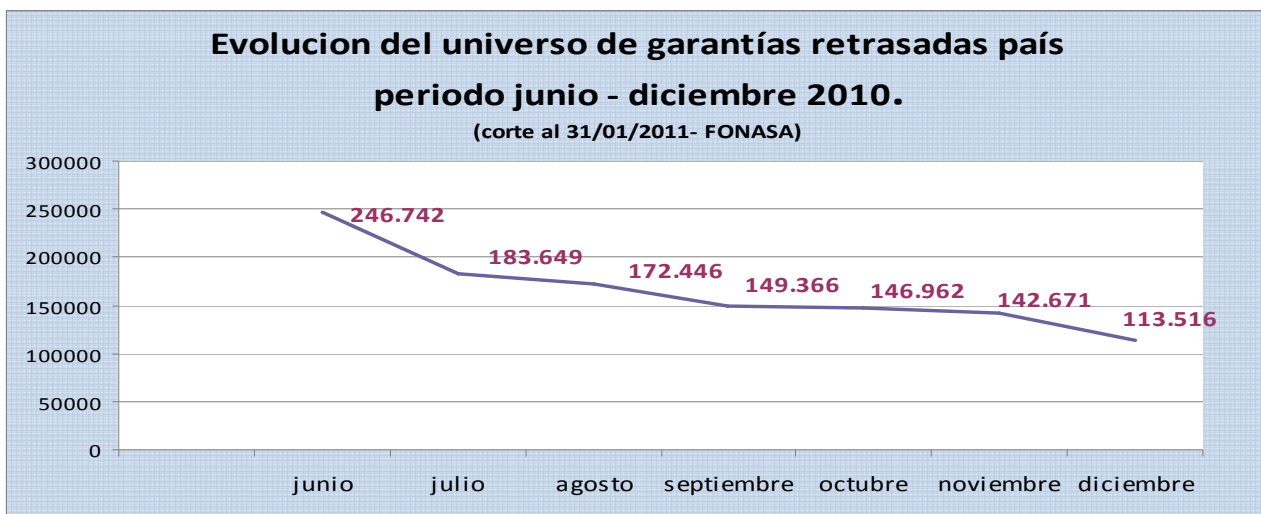
Problema Salud Compuesto	Cumplidas	Incumplidas con evento	retrasadas	Total de Garantías	% de cumplimiento (1)
01-Insuficiencia Renal Crónica Terminal	3492	277	207	4525	89,30%
02-Cardiopatías Congénitas Operables	4715	799	256	6316	83,30%
03-Cáncer Cervicouterino	53092	3763	1412	62872	91,77%
04-Alivio del Dolor	13499	500	16	14216	96,37%
05-Infarto Agudo del Miocardio	85114	8161	258	94408	91,08%
06-Diabetes Mellitus Tipo 1	708	228	69	1077	72,42%
07-Diabetes Mellitus Tipo 2	76006	1725	1019	82915	96,69%
08-Cáncer de Mama	15881	2444	819	21752	85,00%
09-Disrrafias Espinales	772	120	55	1159	84,90%
10-Escoliosis	353	34	68	625	83,68%
11-Cataratas	52465	7011	6748	79350	82,66%
12-Artrosis de Cadera	2754	420	239	4008	83,56%
13-Fisura Labiopalatina	222	19	11	290	89,66%
14-Cáncer en Menores de 15 Años	1044	109	27	1416	90,40%
15-Esquizofrenia	4565	418	217	5953	89,33%
16-Cáncer de Testículo (Adultos)	1268	236	92	1758	81,34%
17-Linfoma en Adultos	1962	400	165	3066	81,57%
19-Infección Respiratoria Aguda	313626	2336	380	316391	99,14%
20-Neumonía	26044	535	98	27168	97,67%
21-Hipertensión arterial esencial	164762	2306	978	179368	98,17%
22-Epilepsia No Refractaria	700	8	0	708	98,87%
23-Salud Oral	82983	102	232	83647	99,60%
24-Prematurez	10679	538	339	12462	92,96%
24-Prevención Parto Prematuro	7560	300	145	8236	94,60%
25-Marcapaso	5980	1204	393	8385	80,95%
26-Colecistectomía Preventiva	15738	2882	1729	23648	80,50%
27-Cáncer Gástrico	12922	753	559	16582	92,09%
28-Cáncer de Próstata	4169	204	261	5270	91,18%
29-Vicios de Refracción	100263	10745	7585	128075	85,69%
30-Estrabismo	6612	1382	1343	11106	75,46%

TABLA N°6 GARANTÍAS TOTALES 2010 POR PROBLEMA DE SALUD PARTE2

Problema Salud Compuesto	Cumplidas	Incumplidas con evento	retrasadas	Total de Garantías	% de cumplimiento (1)
31-Retinopatía Diabética	14552	3486	3385	23755	71,08%
32-Desprendimiento de Retina	1236	412	209	2165	71,32%
33-Hemofilia	325	30	11	523	92,16%
34-Depresión	106046	2406	1245	114363	96,81%
35-Hiperplasia de Próstata	2566	497	238	4150	82,29%
36-Órtesis	51044	4746	1253	60862	90,14%
37-Accidente Cerebrovascular	29763	1315	616	33509	94,24%
38-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cró	6938	431	178	8912	93,17%
39-Asma Bronquial	29261	823	190	31206	96,75%
40-Síndrome De Dificultad Respiratoria	3639	48	17	3717	98,25%
41-Tratamiento Médico Artrosis de Cadera	55233	976	695	57464	97,09%
42-Hemorragia por Aneurismas Cerebrales	989	109	21	1207	89,23%
43-Tumores Primarios SNC	748	205	137	1262	72,90%
44-Hernia Núcleo Pulposo Lumbar	2571	825	248	3971	72,98%
45-Leucemia Adulto	739	107	47	1008	84,72%
46-Urgencias Odontológicas	432855	0	0	432855	100,00%
47-Salud Oral Adulto	27817	65	75	28100	99,50%
48-Politraumatizado Grave	1507	12	4	1531	98,95%
49-Traumatismo Craneoencefálico Moderado	13980	213	245	14829	96,91%
50-Trauma Ocular Grave	17624	223	62	19043	98,50%
51-Fibrosis Quística	26	1	1	28	92,86%
52-Artritis Reumatoide	4330	49	4	4383	98,79%
53-Dependencia de Alcohol y Drogas	1664	21	17	1712	97,78%
54-Analgésia del Parto	61898	318	81	63543	99,37%
55-Gran Quemado	1037	27	5	1085	97,05%
56-Hipoacusia Bilateral Adulto Uso de Audífonos	19729	1777	566	22751	89,70%
57-Retinopatía del prematuro	586	94	121	1055	79,62%
58-Displasia Broncopulmonar del Prematuro	333	18	5	357	93,56%
59-Hipoacusia bilateral del Prematuro	356	54	95	546	72,71%
60-Epilepsia no Refractaria 15 Años y Más	3144	38	48	3282	97,38%
61-Asma Bronquial 15 Años y Más	12691	310	316	13708	95,43%
62-Enfermedad de Parkinson	1795	113	172	2181	86,93%
63-Artritis Idiopática Juvenil	89	2	0	91	97,80%
64-Prevención Secundaria IRCT	5747	441	355	6889	88,45%
65-Displasia Luxante de Caderas	16699	1958	1258	22582	85,76%
66-Salud Oral Integral de la embarazada	61752	623	491	63674	98,25%
67-Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	173	27	63	329	72,64%
68-Hepatitis B	126	10	38	189	74,60%
69-Hepatitis C	241	16	64	368	78,26%
###-No Clasificado	47	0	10	59	83,05%
Total General	2061846	72785	38306	2259996	95,08%

Con respecto al compromiso de reducir las listas de espera GES, el trabajo realizado en conjunto tanto los Servicios de Salud como FONASA permitieron disminuir en un 54% el universo a Diciembre 2010.

GRAFICO N°6 EVOLUCION DEL UNIVERSO DE GARANTIAS RETRASADAS PAIS A DIC 2010.



3. Mejorar la gestión en Atención Primaria, para lograr mayor resolutiveidad e integralidad a través del modelo de Salud Familiar y comunitaria como eje del sistema de salud.

PER CAPITA

El aumento del precio del conjunto de prestaciones que se desarrollan en la Atención Primaria de Salud Municipal, denominado Plan de Salud Familiar para el año 2010 fue de un 5%, cuyo sustento fueron los recursos otorgados en el contexto de la ley de presupuesto del mismo año.

Dicho crecimiento de 5% en el precio per cápita basal, lo que significa crecer de \$ 2.130 a \$ 2.237, lo que se plasmó en dos ejes: Mejoramiento del Plan de Salud y Actualización del perfil Demográfico de la Población a cargo de la APS Municipal. Este incremento benefició durante el año 2010 a 11.250.651 personas que se atienden en la Atención Primaria.

A su vez, durante el 2010, se tuvo como norte actualizar la composición del plan de salud familiar mediante la reformulación del programa de financiamiento de la APS municipal, que se plasma en el cálculo del mecanismo de pago per cápita, ya que conforme a la Ley 19378, Art. 49, los recursos a las entidades administradoras de salud municipal, se entregan con base a un aporte igual para todas las personas (per cápita basal), considerando perfil epidemiológico y socioeconómico de la población a cargo; contemplando criterios de incremento del aporte basal, los considerados en las letras que componen el citado artículo.

GESTION PROGRAMAS EN APS

CHILE CRECE CONTIGO

En el marco de la Red de Protección Social, en un trabajo intersectorial coordinado por MIDEPLAN, se dio continuidad a las acciones del programa Chile Crece Contigo. El Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psico-Social (PADB) opera en 345 comunas del país, en todas las maternidades de referencia de las mismas, en las unidades de neonatología y de hospitalización pediátrica, ofreciendo el acceso a las prestaciones contenidas en el protocolo de atención, con énfasis en la Atención Primaria en las actividades educativas realizadas en el período prenatal y a los padres de niños/as menores de 5 años, alcanzando una cifra de 190.057 gestantes que ingresan a talleres de un total de 197.902 gestantes en control (96 % de cobertura) y un total de 364.306 padres, madres y/o cuidadores de niños menores de 5 años que ingresan a algún taller educativo, entre estos 106.409 padres, madres y/o cuidadores ingresaron a taller de estimulación del desarrollo psicomotor y un total de 17.078 ingresaron a taller de Habilidades parentales “Nadie es Perfecto”.

En la APS se realizan las visitas domiciliarias integrales realizadas a las familias con gestantes en riesgo psicosocial y/o con niños con vulnerabilidad, en el primer caso se efectuó un promedio de 1,02 visitas lo que representó un incremento de un 13,5 % en relación al año 2009, en el caso de los niños/as se realizan 94.739 visitas domiciliarias integrales de las cuales 28.104 se efectuaron a familias con niños o niñas evaluadas con déficit en su desarrollo sicomotor, alcanzando un promedio de 1.3 visitas a estos niños/as.

En la atención hospitalaria se continúa fortaleciendo el acompañamiento del proceso de nacimiento; de un total de 171.783 partos en los hospitales públicos el 2010, 138.876 mujeres fueron acompañadas por su pareja o persona significativa (80,1 %). En cuanto al Programa de Apoyo al Recién Nacido, se entregaron 158.188 set consistente en un ajuar de cuna, vestuario, materiales de cuidados básicos y elementos de apego (como porta bebé y cojín de lactancia), es decir, de cada 100 nacimientos que ocurrieron en el país durante 2010, 92 niños o niñas recibieron el set de apoyo. Por otra parte, 41.714 familias accedieron al taller educativo de cuidados del recién nacido en las maternidades del país.

La incorporación de profesionales del área Psicosocial (psicólogo y/o asistente social) significó que el 45 % de las familias de los niños menores de 28 días, el 33 % de los niños entre 1 mes y menores de 1 año y el 20 % de los mayores de 2 años hospitalizados recibieran apoyo psicológico de intervención en crisis. En igual período, en los servicios de Hospitalización Pediátrica, el año 2009 sólo a un 5,5 % de los niños recibieron atención psicosocial. Agregado a la atención de profesionales psicosociales, con aporte de Mideplan se implementan ludocarros o ludobaúles en 149 hospitales de la red pública aportando con esto que el estímulo de los niños que están en situación más vulnerable no se detenga.

RESOLUTIVIDAD DE APS

La Atención Primaria atiende las necesidades de más de 12 millones de chilenos y chilenas. La resolutivez de la Atención Primaria a nivel nacional, medida como la proporción de consultas de morbilidad resueltas localmente versus las interconsultas, el año 2010 fue cercana al 90% (87,7%)

En relación al área odontológica a nivel primario durante el año 2010 se otorgaron 1.028.631 altas odontológicas versus el año 2009, en el cual se realizaron 920.195 de estas prestaciones. Un 11% más en año 2010 respecto a 2009.

En el ámbito de la salud de la mujer, en el año 2010 se realizaron 108.958 mamografías en APS, un número menor al año 2009. En el cual se cuenta con financiamiento por Plan 90 días para reducción de listas de espera.

ATENCION DE URGENCIA APS

La Atención Primaria asume la atención de urgencia básica más cercana a la gente. El año 2010 las consultas de urgencia en Atención Primaria crecieron un 6,2% respecto al año anterior, con un total de 8.746.911 atenciones(8.219.595 SAPU Y 527.316 SUR). La contribución de las consultas Servicio de Atención Primaria de Urgencia, (SAPU) y Servicios de Urgencia Rural (SUR) al sistema fue de 44%.

La cobertura nacional de SAPU y Servicios de Urgencia Rural SUR, para el año 2010, considerando que se debe atender sin rechazo a todos los consultantes, en cualquier dispositivo de urgencia, es de 12.504.226 personas (Población beneficiaria FONASA 2010).

IRA ERA (Infecciones respiratorias agudas niños y enfermedades respiratorias en adulto mayor)

El Programa de Enfermedades Respiratorias contó durante el año 2010 a nivel nacional con 525 Salas de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), 534 Salas para el tratamiento de la Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y más de 150 Salas Mixtas en centros de salud con pequeñas poblaciones a cargo. En ellas se desarrollaron actividades no medicalizadas para 253.731 pacientes respiratorios crónicos bajo control al 30 de Junio del 2010 (aumento del 104% en relación a 2006) Esto, sumado a las actividades de diagnóstico y terapia precoz de Neumonías tratamiento de las crisis obstructivas, mantención del acceso a fármacos y la vacunación anti influenza masiva de pacientes respiratorios crónicos, se ha asociado con una reducción sostenida de la mortalidad por causas respiratorias desde 75,5 el año 1999 (pre-programa) a sólo 49,8 el año 2008 evitándose anualmente cerca de 2000 muertes por esta causa. La incorporación de estas enfermedades al sistema de GES, ha potenciado aún más su eficacia.

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas en 1990 fue de 51 por 100 mil habitantes. En 2009 alcanzó a 17,2 por cien mil habitantes.

HIPERTENSIÓN Y DIABETES CRÓNICAS

Uno de los roles más importantes de la Atención Primaria es abordar las enfermedades crónicas no transmisibles. Respecto a estos problemas de salud, durante el 2010 el país obtuvo, 36% de personas entre 15 y 64 años diabéticas compensadas y 64% de personas entre 15 y 64 años hipertensos compensados.

ADOLESCENTES

En el ámbito de la salud de los y las adolescentes, se ha avanzado en la incorporación en los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 de Metas sanitarias y objetivos estratégicos específicos para población adolescente y joven, referidas a la disminución de mortalidad por causas externas en población joven y adolescente y a la disminución de la tasa de embarazo adolescente, y se ha fortalecido del trabajo intersectorial, a través de la incorporación en Programa Vida Sana. La principal estrategia la constituyen los espacios amigables para atención a jóvenes, en 61 Centros de Salud y CESFAM del país con las mayores tasas de embarazo de adolescentes.

Una preocupación especial ha sido la situación de las comunas rurales del país. Durante el año 2010 se dio continuidad a acciones orientadas a reforzar los recursos humanos, atención y trabajo comunitario en 206 comunas rurales, con la inversión de MM\$3.238 que permitieron reforzar con segundos equipos de ronda y Técnicos Paramédicos a las Postas de Salud Rural, mejorando el acceso a la atención de las comunidades rurales.

Rehabilitación en APS

El Programa ha instalado en **atención primaria** 96 Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC (14 durante el 2010), 96 Salas de Rehabilitación Integral (RI), 35 con financiamiento MINSAL, las otras con recursos municipales, 14 Equipos Rurales, incorporando recursos humanos en 42 hospitales de menor complejidad, lo que permite tener cobertura en 220 comunas del país, 126 rurales y 94 urbanas. Cobertura aún insuficiente para la demanda esperada. Para lograr un dispositivo (Salas de RBC, RI o equipo rural) por 15.000 habitantes (estándar sugerido) se requiere implementar un total de 758, a la fecha se ha logrado un 32% de la meta, lo que da cuenta de un 10% de la demanda esperada solo por discapacidad física, quedando fuera los problemas sensoriales, viscerales, multidéficit, entre otros.

Tabla N°7 N° de dispositivos rehabilitación en Atención Primaria 2009-2010

Estrategia	2009	2010	Total
Salas de RBC	82	14	96
Salas de RI	96	0	96
Equipos Rurales	8	6	14
Hospitales menor complejidad	23	19	42

Durante el año 2010 se atendieron 86.912 personas con situación de discapacidad (PsD) quienes recibieron 485.894 consultas que incluyen evaluación, prestaciones de rehabilitación (logro de la funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria, adecuación de domicilio, inclusión social, ayudas técnicas, entre otras).

Capacitación APS

Durante el año 2010, por concepto de Pasantías Nacionales asistieron 457 funcionarios de todo Chile, lo que significó una inversión de M\$ 305.982.

Los Diplomados de Salud Familiar contemplaron la participación de profesionales pertenecientes a los Centros de Salud y Centros de Salud Familiar de todo el país. Se capacitaron profesionales en todo el país. Durante 2010 se ampliaron los cupos de diplomados de Salud Familiar en la perspectiva de avanzar en la implementación de CES a CESFAM, se capacitaron 450 profesionales con una inversión de M\$ 836.766. Como iniciativa para el fortalecimiento del modelo de salud familiar se apoyó la formación de 310 funcionarios pertenecientes a cinco Servicios de Salud con una inversión de M\$ 98.022.

Para los hospitales en transformación a comunitarios, se realizaron diplomados de salud familiar y gestión en hospitales comunitarios donde participaron 182 funcionarios con una inversión de M\$ 191.600.

El Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar dictó el curso GES para 200 personas con una inversión de M\$ 133.230 y el Diplomado de Resolutividad para equipos de APS, fue tomado por 260 personas con una inversión de M\$ 337.792.

En el Programa de Especialización de Médicos en Medicina Familiar y otras especialidades, se ofrecieron 127 cupos para especialización de médicos de Atención Primaria con una inversión de M\$ 2.231.750.

4. Implementar políticas destinadas a desarrollar recursos humanos en los Servicios de Salud centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.

Gestión de RRHH

Durante el año 2010 se incorporaron en el Sistema Nacional de Servicios de Salud 5005 horas de la Ley N° 19.664, 66 cargos de la Ley N° 15.076 y 1.593 cargos de la Ley N° 18.834, los que se destinaron al fortalecimiento de la capacidad instalada de las redes públicas de salud, mediante la puesta en marcha de nuevos proyectos de inversión hospitalaria y la implementación de las Garantías Explícitas en Salud, además del fortalecimiento de la red de urgencia y camas críticas.

Tabla N°8 Distribución de cargos por ley según línea programática 2010

LÍNEAS PROGRAMÁTICAS	Cargos Ley N°15.076	Cargos Ley N°18.834	Horas Ley N°19.664
Esclerosis Múltiple		32	440
Hepatitis B y C		34	605
Imagenología Compleja		10	198
Radioterapia		39	264
Apoyo Diagnóstico		5	22
Pinda y Panda		15	220
Reconstrucción Mamaria		16	220
SAMU		41	44
Camas Críticas	30	206	396
Rehabilitación		23	66
Cierre de Brechas	6	210	341
UGCC		8	88
Banco de Sangre		48	44
VIH		23	330
Puesta en Marcha	18	788	1.551
Reforzamiento de Redes	12	90	
Reforzamiento EDF			88
Auge		5	88
TOTAL	66	1.593	5.005

Fuente: Depto. Gestión de Recursos Humanos - DIGEDEP

En materia legal, se elaboró la propuesta de Ley que permite la flexibilización de la dedicación exclusiva para los cargos de Sub Director Médico de Servicio de Salud y Hospital, con el objeto de avanzar en la provisión del Sistema de Alta Dirección Pública.

Se finalizó el Plan de Incentivos por Retiro voluntario, política tendiente a mejorar las condiciones para la desvinculación del personal regido por la Ley N°18.834, con requisitos para acogerse a jubilación, el cual benefició en 2010 a 3.310 funcionarios, de esta forma, en el año 2010, se finaliza este proceso, que en el conjunto de su vigencia, benefició a 8.039 funcionarios

Alta Dirección Pública

En lo concerniente al Sistema de Alta Dirección Pública, para el año 2010 se proveyeron 71,4% de los cargos de primer nivel, equivalentes a los Directores de Servicio de salud (25 de 35) y el 49,1% de los cargos de segundo nivel correspondientes a los equipos directivos de los establecimientos hospitalarios.(142 de 289).

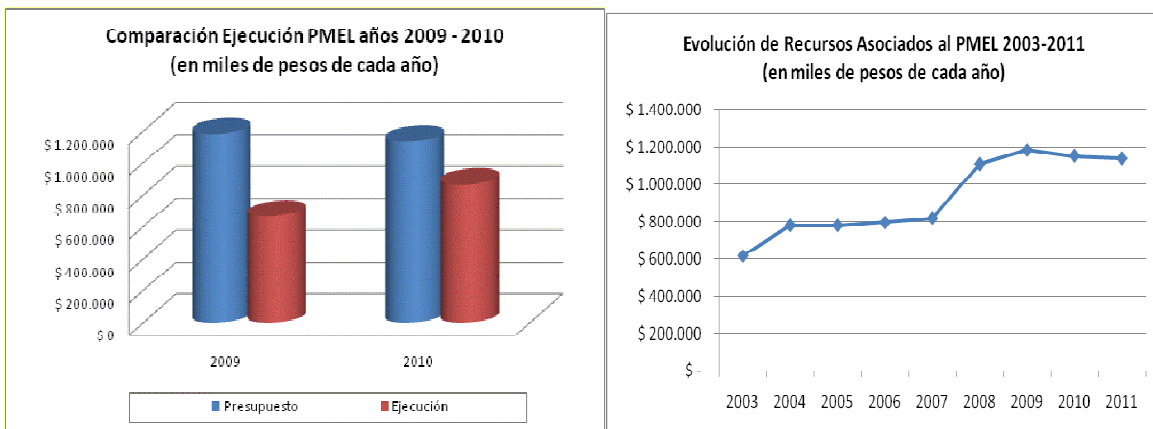
SIRH

En el constante proceso de mejoras para una adecuada gestión Recursos Humanos, se definió la implementación de una herramienta de inteligencia de negocios (Business Intelligence) a través del software Qlick View v.9 al sistema de información del recurso humano SIRH, la cual permitirá contar con información dinámica con una visión tanto nacional y como particular por cada organismo, respecto de las distintas variables que componen el modelo, las cuales incluirán datos de Dotación, Gasto, Ausentismo y Capacitación.

Calidad de Vida y relaciones Laborales

En el ámbito de la Calidad de Vida del Personal, se continuó la implementación del Programa de Mejoramiento del Entorno Laboral en los 29 Servicios de Salud del país con un aumento de ejecución de un 20%.

GRAFICO N°7 COMPARATIVO DE EJECUCION PRESUPUESTO PMEL (2009-2010) Y GRAFICO N°8 EVOLUCION DE RECURSOS ASOCIADOS AL PMEL 2003-2011

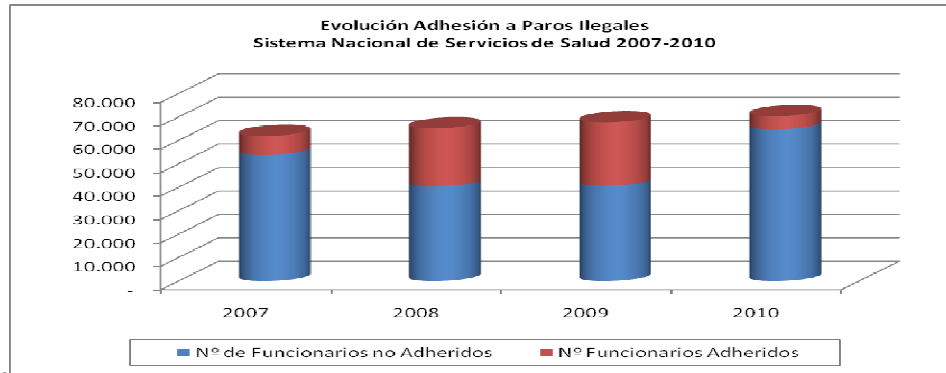


Fuente:

Depto. Calidad de Vida y Relaciones Laborales - DIGEDEP

En el ámbito de las Relaciones Laborales, se promovió la realización de la firma de protocolos e acuerdos con las asociaciones gremiales de nivel nacional para la propuesta de iniciativas de modificación de leyes que les afectan y se mantuvo mesas de trabajo regulares con los gremios organizados en una representación multigremial. Adicionalmente se mantuvo el monitoreo y control de los conflictos y se verificó una disminución del número de adherentes a las huelga ilegales.

GRAFICO N°9 EVOLUCION DE ADHESIVIDAD A PAROS ILEGALES SNSS (2007-2010)

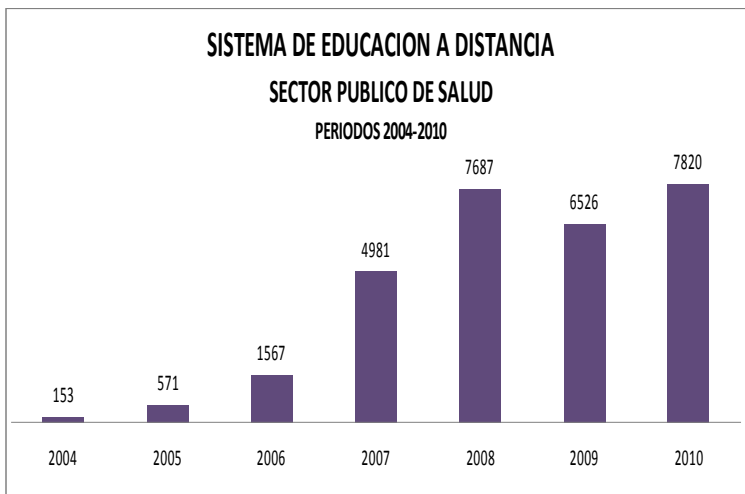


Fuente: Depto. Calidad de Vida y Relaciones Laborales - DIGEDEP

Programa de Capacitación a Distancia (PAD)

Se aumentó en un 19.8% la cobertura de funcionarios participantes del Sistema de Aprendizaje a Distancia del Ministerio de Salud (www.e-sectorpublicodesalud.cl) desde 6526 (año 2009) a 7.820 (año 2010), con una oferta programática orientada a entregar conocimientos y capacidades clínico asistenciales y de gestión directiva y ejecutiva. Para ello se han diseñado más de 50 versiones de cursos de aprendizaje a distancia para todas las plantas funcionarias.

GRAFICO N°10 Evolución de cupos periodo 2004-2010.



Fuente: Depto. Formación, Capacitación y Estudios - DIGEDEP

Instalación masiva de la educación a distancia para el Sector Público de Salud (e-learning y blended-learning) con 8.000 funcionarios capacitados a diciembre 2010, con foco clínico asistencial, apoyo directivo y trato usuario.

Tabla N°9 Total cupos PAD 2010

PROGRAMACION FFAD 2010 EN COORDINACION CON REFERENTES TECNICOS LOCALES RESPECTIVOS	
Primer Semestre	N°
Salud Bucal	570
Referencia y Contrarreferencia	459
Usuarios y Funcionarios	1.067
Formación de Tutores 1	313
Sub total	2.409
Segundo Semestre	
Calidad y Seguridad del Paciente	399
Ejercicio Médico	399
Remuneraciones	200
Formación de Tutores 2	233
Protección de la Salud Mental en E y D	580
Gestión de RRHH en H4	354
Desarrollo Personal y Laboral	846
Educación Permanente en Salud	400
Salud Bucal 2	300
Cápsulas de Aprendizaje Autogestionado	1.700
Sub total	5.411
Los cupos son definidos de común acuerdo con los Servicios de Salud.	
TOTAL CUPOS AÑO 2010	7.820

Capacitación

En relación a Capacitación funcionaria se cumplió con el Programa de Mejoramiento de la Gestión de la Capacitación Funcionaria de los Servicios de Salud (leyes 18.834 y 15076-19664).

El año 2010, se logró ejecutar 4.683 actividades de capacitación, correspondientes al 87.2% de las 5.371 actividades programas en los SS, para 42.505 funcionarios capacitados, pertenecientes a la dotación de funcionarios y profesionales de ambos marcos legales.

Durante el año 2010 el Programa de formación de equipos directivos cumplió su ciclo, al involucrar al 100% de los Servicios de Salud del país, incluso algunos con más de una versión

En el Programa de Cáncer, se brindó apoyo a la capacitación, perfeccionamiento y formación de profesionales de equipos oncológicos y de cuidados paliativos pertenecientes a los Servicios de Salud priorizados por el Programa Nacional del Cáncer, tanto adulto como infantil. Apoyando la capacitación de personal de enfermería en oncología, pediátrica y de adulto, además de la formación de tecnólogos médicos en física médica. Ambas iniciativas han contribuido al cierre de brechas de la Unidad Especializada del Ministerio.

Pasantías Internacionales

En el área de pasantías internacionales se realizaron para el Programa de Capacitación en Emergencias y Desastres en Masa dos Seminarios Nacionales (Santiago y Valdivia) para los 29 Servicios de Salud del país con la asistencia de más de 80 profesionales de todo el país.

Además, se realizaron las Pasantías a España, organizadas por la Escuela de Salud Pública de Andalucía en Gestión de Especialidades.

También se realizaron las pasantías en Imagenología Compleja en Alemania y Estados Unidos.

Formación de Médicos Especialistas

En el Programa de Formación de Médicos Especialistas en la Atención Primaria del Sistema Público de Salud con la incorporación de la Universidad de Concepción, se extiende a 5 universidades del país (U. de Chile, de Santiago, de Valparaíso y del Desarrollo), alcanzando una matrícula total, sumadas las cohortes 2008, 2009 y 2010, de 199 médicos en formación en la 4 especialidades consideradas, a saber: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Psiquiatría de Adultos.

A fines de año se logró la incorporación de otras 3 universidades al Programa, La Frontera de Temuco, Austral de Valdivia y Diego Portales de Santiago, con lo que el total de matriculados en el país este año asciende a 320 médicos en formación. Cabe destacar que entre los nuevos médicos en formación de este año, se cuentan 2 médicos en formación en la especialidad de **Neurología de Adulto**.

Los programas de formación para médicos y dentistas de la Etapa de Destinación y Formación totalizan 580 entre el 2009 y 2011 de los cuales 465 son médicos y 115 dentistas.

Salud Ocupacional

Se ha logrado incorporar la variable “Salud Ocupacional” en la gestión de los recursos humanos en salud.

Se logró establecer, para el sistema de Redes en Ene-Nov 2010, una Tasa de Accidentabilidad General por accidentes de trabajo de 5.1% para el periodo (2.594 accidentes sobre una dotación de 72.074 funcionarios) lo anterior permite la toma dirigida de decisiones en el mejoramiento de condiciones de trabajo.

5. Mejorar la gestión de las políticas ministeriales a través de los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de las redes asistenciales como de la Autoridad Sanitaria, para lograr mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos del sector.

CONCESIONES

Durante el año 2010 para concesiones se continuo avanzando con el **Programa de Concesiones Hospitalarias I**, el cual corresponde a los proyectos Hospitalarios Maipú y la Florida

También se efectuaron avances respecto del Programa de **Concesiones de Infraestructura Hospitalaria II**, en el cual están contenidos los proyectos de los Hospitales Salvador Geriátrico, Félix Bulnes, Sotero del Río, Quilicura y CRS de Colina.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

SIDRA Sistema de Información de las Redes Asistenciales (APS y Hospitales)

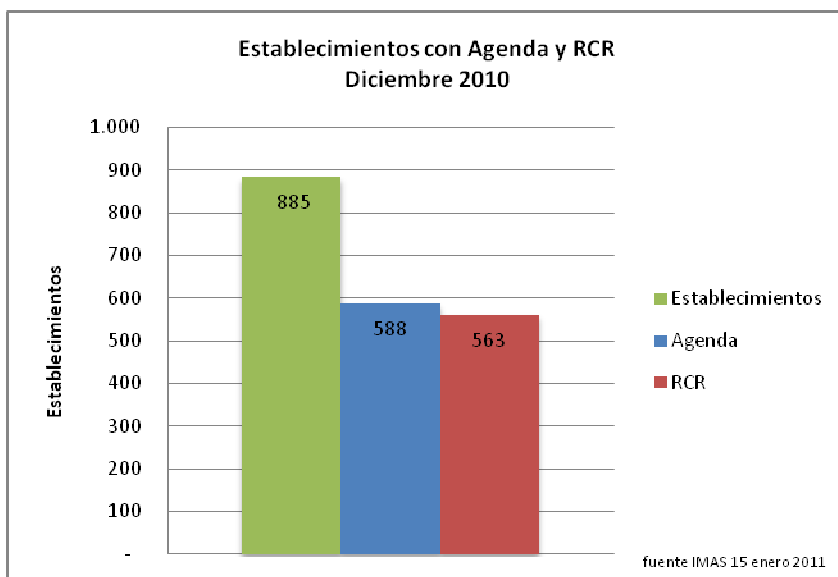
Durante el año 2010 se logra ampliar la cobertura de 10 a 28 Servicios de Salud instalando el componente de agenda en 588 establecimientos equivalente al 70,66% y el componente de RCR en 563 establecimientos correspondiente al 67,04%. Además se logra avanzar en la construcción del Registro Nacional de Lista de Espera proyectado para diciembre de 2011 con el 100% de servicios de salud integrados.

Para lograr que la estrategia se implemente en los 29 servicios de salud el Ministerio decidió apoyar con financiamiento considerando 3 líneas de acción.

- Implementación de tecnologías habilitantes. Actualmente los sistemas de información se sustentan en un red de comunicaciones de alcance nacional que cuenta con 63.054 puntos de datos, 51.216 puntos de voz y 23.000 equipos computacionales.
- La compra de sistemas de información acreditados, para los Servicios de Salud que no contaban con dichas soluciones, y

- La acreditación de soluciones propias, con el fin de optimizar la inversión realizada en ésta área previa a este proyecto.

GRAFICO N°11 NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE CUENTAN CON MODULOS DE AGENDA Y REFERENCIA – CONTRA REFERENCIA



En ambos casos se resguarda la información y los procesos de cada componente, además del soporte tecnológico que garantiza la integración con el Registro Nacional de Lista de Espera. Los componentes de Agenda y RCR apoyan el proceso de asignación de horas, gestión de citas y derivaciones entre los establecimientos de la red pública de salud, sobre un sistema de información que elimina los registros en papel y las demoras en la tramitación e información para la gestión derivada de estos procesos.

Repositorio Nacional de Listas de Espera

De los componentes del proyecto SIDRA Referencia es aquel que origina la factibilidad de contar con un repositorio nacional de información asociada a la Gestión de las Listas de espera (RNLE), gracias al avance establecido durante el año 2010 será factible para que a inicios del 2011, este repositorio entre en funcionamiento. Con ello, será posible establecer criterios, indicadores y requisitos mínimos básicos y comunes en materia de información sobre lista de espera de Consulta de Especialidad, Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas; correspondientes a los diferentes establecimientos pertenecientes a la red, con el fin de reducir los tiempos de espera de los beneficiarios para su atención mediante una adecuada gestión de la demanda tipificada.

Asociado a la cobertura tecnológica del proceso de derivación de pacientes hacia el nivel de especialidad, se trabajó durante el año 2010 en mejorar la calidad de los registros de pacientes en lista de espera, gracias a la estandarización de los datos para la consolidación de información asociado a los mapas de

gestión de derivación de pacientes. El primer aspecto fue abordado gracias a la actualización de la norma de registro de listas de espera, la cual a finales del 2010 se encontraba a en etapa de formalización, aun así fue distribuida a las redes para el trabajo con las empresas tecnológicas de SIDRA requirentes de dichos estándares. El segundo aspecto, se fundamentó en la actualización de las orientaciones para la definición de las carteras de prestaciones de los servicios de salud y la organización de las redes macroregionales.

6. Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan favorecer la inclusión de los grupos vulnerables

PARTICIPACION SOCIAL

Durante el año 2010 se trabajó en Fortalecer la mejora en el Trato a los Usuarios en la atención recibida en los establecimientos de la Red, esto luego de un análisis a los resultados obtenidos en la primera aplicación de la Encuesta Nacional de Satisfacción Usuaría.

Para ello, se recogió la evaluación de resultados alcanzados durante el año 2009 y los desafíos respectivos del año 2010, dentro de los resultados obtenidos se destaca:

- De acuerdo a la escala de la Matriz de Desarrollo con la cual las OIRS se autoevalúan de acuerdo a tres grados de desarrollo, desde el grado 1 (menor desarrollo) hasta el grado 3 (mayor desarrollo): 88 OIRS (11,7%) se encuentran en grado 1; 246 OIRS (32,7%) se encuentran en grado 2 y 418 (55,6%) se encuentran en grado 3, lo anterior a diciembre 2010.
- En las 752 OIRS, durante el período correspondiente a esta muestra, se registraron 22.974.292 solicitudes ciudadanas, de las cuales 12.642.665 solicitudes (55%) corresponden a 47 Hospitales Autogestionados, los 3 establecimientos experimentales (Hospital Padre Hurtado, CRS Maipú y CRS Cordillera) y las 29 Direcciones de Servicios de Salud
- Se logra la implementación del Sistema Trámite en Línea hasta el nivel Servicio de salud en un 100% al 2010.
- 185 OIRS a nivel de establecimientos hospitalarios se encuentran utilizando el Sistema Trámite en Línea para recibir, gestionar y/o derivar solicitudes y responder a los usuarios.
- Del total de 752 OIRS, 303 (40%) han gestionado un total de 4.881 solicitudes de transparencia durante el año medido.
- Se promueve la implementación de los Comités de Gestión de solicitudes con participación de los usuarios, se logran 398 comités a nivel de los 29 Servicios de salud.

Actualización Cartas de Derechos y Deberes de los Establecimientos

El desarrollo del modelo de gestión participativa en salud se sustentado en la mejoría de la calidad de relación entre los equipos de salud, directivos y población usuaria, fundamenta para el año 2010 la realización de la actualización de Cartas de Derechos y Deberes en los Establecimientos

de la Red Asistencial, gracias a esto la comunidad reinterpretó y revalorizó tanto sus derechos como deberes en la Red Asistencial.

Escuelas de Líderes

En marco de la iniciativa “Escuela de Formación en Gestión Pública para Dirigentes Sociales, coordinada por la SEGEOB, se desarrolló un trabajo coordinado entre ambas Subsecretarías, FONASA y Superintendencia de Salud con el fin de precisar contenidos, metodología y material de apoyo, para la entrega de contenidos temáticos orientados a facilitar a líderes sociales conocimiento pleno de políticas públicas, sus objetivos, beneficios y procedimientos para acceder a ellas, contribuyendo al desarrollo de una sociedad más informada de las prestaciones sociales del Estado.

Los temas abordados en este proceso de formación fueron Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) y Violencia Intrafamiliar (VIF).

SALUD RESPONDE

Durante el año 2010 a través de la plataforma de atención a usuarios de Salud Responde, se gestionaron **634.289** atenciones telefónicas tanto de entrada (usuario llama a Salud Responde), como de Salida (Salud Responde llama al Usuario).

De estas llamadas, **536.559** corresponde a llamadas que ingresan a nuestro servicio, realizadas por ciudadanos para recibir orientación telefónica tanto de ámbitos administrativos en salud así como consultas asistenciales (orientación médica telefónica)

Se realiza seguimiento a pacientes post-operados de las siguientes cirugías: cataratas, Hernia, colecistectomía, amigdalectomía, fimosis, fístula arteriovenosa, túnel carpiano, urológicas, hernia del núcleo pulposo, así como alta de día viernes, abarcando un total de **24.149** seguimientos a pacientes.

Se efectuó campañas educativas a usuarios de Salud Responde a través de mensaje de voz, contactando a un total de **49.331** usuarios.

Se realizó orientación telefónica en materias de Salud mental, en apoyo a los damnificados por el terremoto, entre los meses de Abril y Junio, con un total de **1093** atenciones telefónicas.

Se ejecutó la coordinación de camas dentro y fuera de la red, a través la línea de Coordinación de Camas que administra Salud Responde. A continuación se detalla la cantidad de llamados realizadas, tanto de entrada como de salida, que permitió llevar a cabo esta gestión:

Del total de llamados gestionados, la distribución por género se detalla de la siguiente manera:

GRAFICO N°12 Distribución de la demanda por genero Usuarios mesa Salud responde.

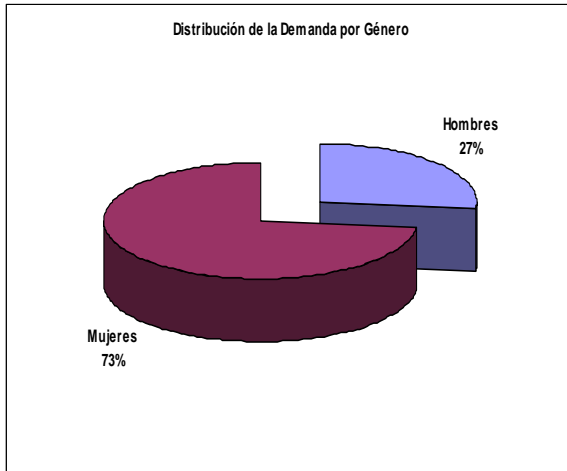
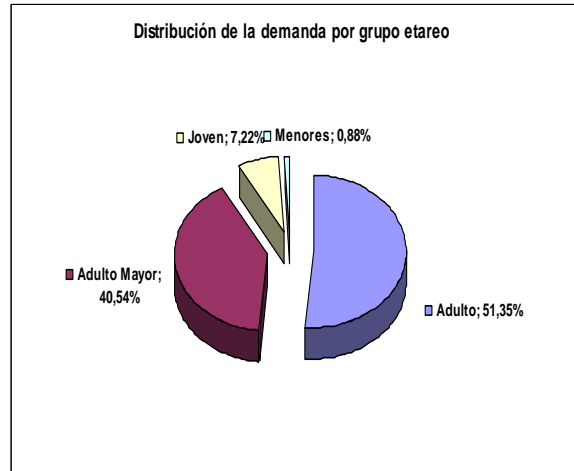


GRAFICO N°13 Distribución de la demanda por grupo etáreo

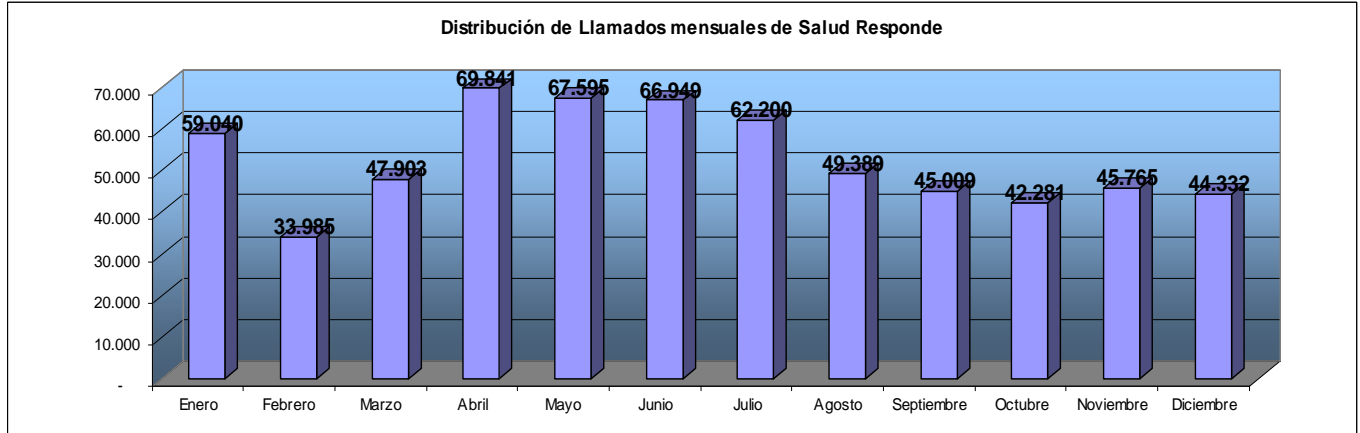


* Datos correspondientes al periodo de Enero a Diciembre 2010

Con relación a los grupos etarios: Adulto mayor (60 años y más), Adulto (25 a 59 años), Joven (15 a 24 años), Menores (0 a 14 años), el mayor porcentaje está representado por Adultos en un 51,35%.

La distribución de llamados mensual:

GRAFICO N°14 Distribución de Llamados mensuales de Salud Responde



Análisis adicionales asociados a la aplicación del enfoque de género y perspectiva territorial en la gestión institucional.

GÉNERO

Los principales logros del 2010 están basados en la planificación realizada sobre la base del Enfoque de Género, orientación vigente hasta el 2010 para esta Mesa de Trabajo y PMG correspondiente.

Programa Chile Crece Contigo: Se destaca el programa Nadie es Perfecto (NesP) como estrategia y metodología educativa, la que ha sido incorporada al diseño inicial del programa. Gracias a él se formaron entrenadores por Servicio de Salud, los que serán a su vez quienes realizarían los talleres a los padres en cuidados parentales.

Administración de los Estatuto Laborales del sector público de salud: A partir del diagnóstico realizado el año 2009 respecto a las inequidades de género que se observan en los estatutos laborales, el año 2010, cada Servicio de Salud nombre a un referente de Equidad de Género en los Estatutos Laborales.

Programas de Formación y Desarrollo del personal (Formación de directivos, capacitaciones permanentes, pasantías nacionales y extranjeras).

Se ha mantenido la incorporación del enfoque de género en los Planes anuales de capacitación en 4 Lineamientos estratégicos, además como un módulo dirigido a los equipos inter estamentales de Educación Permanente en Salud (EPS) y del Programa de Formación de Directivos de la Red Asistencial (FEDRA).

Programa de Violencia Intrafamiliar:

Se ha logrado instalar este programa a lo menos a través de tres líneas de acción:

1. Seguimiento al registro de atenciones de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el Programa de Salud Mental integral en APS.
- 2.- En los servicios de Urgencia se han desarrollado dos tipos de estrategias destinadas a las víctimas: Salas de Acogida a víctimas de Delitos Sexuales, actualmente existen 32 salas en el país, y
- 3.- Atención en la red de Salud Mental a víctimas de violencia que han generado trastornos de Salud Mental producto del daño, a veces de prolongada ocurrencia.

GESTION TERRITORIAL

Programa de diseño, acceso y/o distribución de los productos estratégicos

En el subproducto Chile Crece Contigo se avanza en la incorporación de la pertinencia cultural en la atención de las gestantes y niños/as, capacitando a profesionales de dos regiones en su uso , confeccionando la Guía de la Gestación Chilota y realizando catastro de utilización de materiales con pertinencia en la región metropolitana

En el producto de inversiones se logro la incorporación del índice de seguridad hospitalaria para la revisión de distintos recintos incorporando este elemento como una herramienta necesaria para la elaboración de los planes de seguridad y emergencia de los recintos de salud. Así mismo se establecieron las capacidades necesarias a fin de tener una gestión participativa y de prevención en el mantenimiento de los recintos hospitalarios. Se destacan los planes de intervención de los Hospitales de Antofagasta e Iquique, que facilitarán la generación de los planes de seguridad en los restantes recintos de salud del país.

Programa de complementariedad territorial

En el producto Chile Crece Contigo , se logró entregar herramientas para fortalecer el trabajo en red a mas de 80 profesionales encargados de apoyar a los equipos comunales, a su vez se logra que los equipos regionales encargados de la gestión del CHCC, de los Ministerios de Planificación y salud esbocen en conjunto planes de asistencia técnica para el apoyo a las comunas. En este proceso formativo se destacó la región metropolitana, quien logra confeccionar su plan de trabajo de acompañamiento a las comunas para el año 2011 de manera conjunta, SEREMI de Salud, Planificación y Servicios de Salud.

Se entregaron a los Servicios de Salud y Seremis del país las orientaciones necesarias para la confección del Anteproyecto regional de Inversiones de Salud facilitando de esta forma el trabajo conjunto de los Servicios de Salud, Seremis y Ministerio de Salud para la coordinación en esta tarea. Se entregó además de manera conjunta por la Subsecretaria de Salud Pública y la Subsecretaria de Redes Asistenciales en virtud de la puesta en marcha del Sistema Chile Indica, las orientaciones necesarias para la utilización de dicho sistema.

Programa de mejoras al sistema de información institucional

Se logra que las autoridades regionales, manejen información de los recursos financieros entregados a las comunas y/o establecimientos, lo que permitió una mejor supervisión y control de la utilización de los mismos

3. Desafíos para el año 2011

Con el propósito de dar cumplimiento al compromiso del gobierno de garantizar una salud oportuna y de calidad se ha considerado un presupuesto total de \$ 3.911.943² millones lo que implica un incremento del 12,5% respecto la Ley Inicial 2010 más Reajustes y Leyes Especiales. Dicho crecimiento significa aumentar los recursos en \$ 435.425 millones.

Mejor Atención e Infraestructura

Se debe señalar que en materia de inversión en salud, se invertirá \$ 305.204 millones el 2011, en infraestructura y equipamiento de la red hospitalaria, laboratorios ambientales y en atención primaria. En el nivel de atención primaria se contemplan 26 establecimientos para este nivel de atención, iniciando 4 nuevos ese año, aportando al compromiso presidencial de construir 56 en el período. Asimismo, se consideran recursos adicionales para la construcción y equipamiento en proyectos del nivel de atención de mayor complejidad, considerando 14 estudios y proyectos de inversión asociados a la reconstrucción en la zona del terremoto y las iniciativas de arrastre.

Programa AUGE

El Proyecto de Presupuestos 2011 se han contemplado recursos \$47.782 millones adicionales para cubrir aumentos de cobertura producto del incremento de la población beneficiaria FONASA y de la población inscrita y validada para la atención primaria, además de ciertos aumentos específicos para patologías crónicas, tales como para Diabetes Mellitus II, Hipertensión Arterial e Insuficiencia Renal Crónica, y los efectos año por patologías incorporadas durante el año 2010 al Plan AUGE. Incluye dentro del monto anterior, \$ 6.269 millones para la implementación del Bono AUGE, con el fin de solucionar garantías en salud retrasadas, para beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Nivel Atención Primaria de Salud

Por otra parte, se sigue avanzando en mejorar la calidad en los diferentes niveles de atención de salud. En este contexto, para el nivel de atención primaria se consideran \$865.411 millones, lo que representa un incremento del 8,3% al compararlo con el año 2010, este incremento ha significado adicionar recursos por \$ 66.371 millones.

Para este nivel de atención se han destinado recursos adicionales por \$ 7.297 millones para prestaciones AUGE destinados a aumentos de coberturas producto del acrecentamiento de la población inscrita y validada e incrementos específicos de ciertas patologías crónicas; por otra parte, se ha contemplado el

² Descontado Saldo Final de Caja, Servicio de la Deuda (amortizaciones), Préstamos y Adquisición de Activos No Financieros.

financiamiento del crecimiento de la población, lo que permitirá cubrir a más de 11,6 millones de chilenos y para el aumento real del 8,8% del precio del per cápita, totalizando recursos por \$45.374 millones.

Otros programas a destacar en este nivel de atención que han incrementado sus recursos son: Examen de Medicina Preventiva, mejoras a la Capacidad de Respuesta de la Red de Urgencia, permitiendo ampliar la cobertura en 10 SAPU, Sistemas de Atención Primaria de Urgencia y 10 Sur, para el ámbito Rural; además se han contemplado recursos para el fortalecimiento de la resolutividad, salud mental y para el programa de Asistencia Ventilatoria No Invasiva. También, se ha incorporado Programa Piloto Vida Sana, Alcohol y Tabaco por \$3.099 millones, entre otros.

Se han fortalecido los recursos del Programa de Alimentación (PNAC y PACAM) y Ampliado de Inmunizaciones con el fin de dar respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de salud de la población con \$9.786 millones.

NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

Se han incorporado \$ 2.222.051 millones para financiar las actividades desarrolladas en el nivel más complejo de atención, lo que significa un 17,9% de crecimiento en relación a 2010. Este incremento significa recursos adicionales por \$ 336.882 millones.

Este presupuesto se hace cargo del déficit operacional que hoy generan los Servicios de Salud, contemplando recursos adicionales por \$92.970 millones, para cubrir brecha financiera de gastos operacionales del año 2011, con el fin de propender al equilibrio financiero de dichas entidades.

Se destinarán \$ 40.485 millones adicionales para cubrir aumentos de cobertura, producto del incremento de la población beneficiaria FONASA, y de ciertos aumentos específicos para patologías crónicas, equipamiento auge y los efectos año por patologías incorporadas durante el año 2010. Además, se contemplaron \$ 6.269 millones adicionales para la implementación del Bono AUGE, con el fin de solucionar garantías en salud retrasadas, para beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Se financiarán los efectos de diversas leyes que significan, principalmente, beneficios salariales del personal de salud asociados a mejoras de gestión.

Con la finalidad de mejorar la calidad de la salud pública, el presupuesto considera recursos por \$ 8.798 millones para formar 405 médicos especialistas, y subespecialistas médicos y dentistas, al igual que la contratación de especialistas.

Se incrementaron los recursos en \$ 18.159 millones destinados a la disminución de lista de espera en consultas de especialidad (oftalmología y traumatología, entre otras) y de intervenciones quirúrgicas, las cuales se concentran en general en traumatologías (endoprótesis de cadera y prótesis de rodilla). En términos de la resolución de las listas de espera, se propone una mezcla de producción del sistema público y privado de salud, esto último mediante la compra de prestaciones médicas al sistema privado asociadas a intervenciones quirúrgicas por \$ 4.551 millones.

Adicionalmente, considera recursos por \$ 11.884 millones para Programa Gestión de Camas que incluye: camas agudas, críticas UCI y UTI, neonatología, hospitalización domiciliaria, también para el fortalecimiento gestión de camas en hospitales de alta complejidad y reforzamiento camas paciente crónico rehabilitación, además de la redistribución camas de salud Mental. Incluye, para complementar el programa de reconversión de camas críticas en el Sistema Público de Salud, la compra de camas críticas al Sistema Privado de Salud, como alternativa para aumentar la oferta de camas críticas disponibles en el período de la campaña de invierno.

Por otra parte, se debe mencionar otros programas que incrementan recursos: Plomo de Arica, Control de Enfermedades Emergentes, Aumento de Resolutividad, Codificación por Grupo Relacionado de Diagnóstico, Centros de Sangre Regionales, Trasplante, Mantenimiento de Equipos de Alta Complejidad, Prevención de Riesgos y otros.

Específicamente en el programa de trasplante

- Se fortalecerá la red de coordinadores de hospitalarios del país, como también la coordinación centralizada de procuramiento, con la incorporación de nuevos cargos de profesionales.
- Se promulgará el Reglamento complementario de la nueva ley de trasplantes que incluye la actualización de las funciones y atribuciones de los diferentes actores de esta actividad (consentimiento familiar, rol del Registro Civil, equipos de trasplante, Coordinación de trasplantes-Minsal, listas de espera, Instituto de Salud Pública, etc).
- Se implementará nuevo sistema informático nacional ON LINE para el seguimiento de las actividades de donación (potenciales y donantes efectivos) como de trasplante (implante, receptores y sobre-vida post-trasplante)

Finalmente, es importante señalar que los recursos destinados al financiamiento de la puesta en marcha de los proyectos de inversión y los programas de reforzamiento, se han contemplado \$23.771 millones, lo que permitirá aumentar la cobertura en 2.432 cargos. Cabe señalar que parte de estos recursos se incluyen dentro de los programas antes mencionados y otros.

4. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2010
- Anexo 5: Compromisos Gubernamentales
- Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas
- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2010
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
- Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional
- Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública (propuestas 2009, que fueron implementadas en 2010 y las propuesta del FMGP 2010,
- Anexo 11 : Producción estadísticas gráficos

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas

1. Ley N°18.834, Estatuto Administrativo.2. Ley N°19.490. 3. Ley N° 19.937, Autoridad Sanitaria y Gestión.4. Ley N° 19.966, Régimen de Garantías en Salud.5. DFL N°04 de 2004, Fija la Planta de Personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.6. Decreto Ley N°2763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos. 7. Decreto Supremo N°98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.8. Decreto N°136 de 2005, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud

- Misión Institucional

Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

- Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2010

Número	Descripción
1	Generar políticas públicas orientadas a desarrollar condiciones de vida para la salud y a fomentar competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables
2	Otorgar a la población una atención primaria de alta calidad, resolutive, acogedora y cercana, fortaleciendo el Modelo de salud familiar y comunitaria, mejorando el acceso como puerta de entrada al sistema y en coordinación con el resto de la red de salud. Que cuente con equipos técnicos profesionales de salud, motivados, estables y capacitados en el modelo de salud familiar y comunitaria. Fortaleciendo además las inversiones en Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros de Salud Comunitarios (CECOF)
3	Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable, estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.
4	Garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social promoviendo el desarrollo de las potencialidades de niñas y niños desde la gestación, priorizando acciones en aquellos de mayor riesgo sanitario y social
5	Mantener en óptimas condiciones la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía, fomentando el auto cuidado y la red de protección social de su entorno inmediato, impulsando modelos integrales y participativos de prevención, protección y cuidado acorde a su condición.
6	Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes y en el desarrollo de la autogestión hospitalaria en Red.

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Consolidar el funcionamiento de las redes de alta complejidad y macroredes asistenciales, a través del aprovisionamiento de equipamiento para los establecimientos de la Red, definiendo estándares de calidad, velando por la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, para fortalecer la Red Pública de Salud
2	Generar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, con criterios de equidad, a través de la superación de brechas de tecnología sanitaria para asegurar la entrega de las garantías ofrecidas a la población
3	Mejorar la gestión en Atención Primaria, para lograr mayor resolutiveidad e integralidad a través del modelo de Salud Familiar y comunitaria como eje del sistema de salud.
4	Implementar políticas destinadas a desarrollar recursos humanos en los Servicios de Salud centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
5	Mejorar la gestión de las políticas ministeriales a través de los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de las redes asistenciales como de la Autoridad Sanitaria, para lograr mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos del sector
6	Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan favorecer la inclusión de los grupos vulnerables.

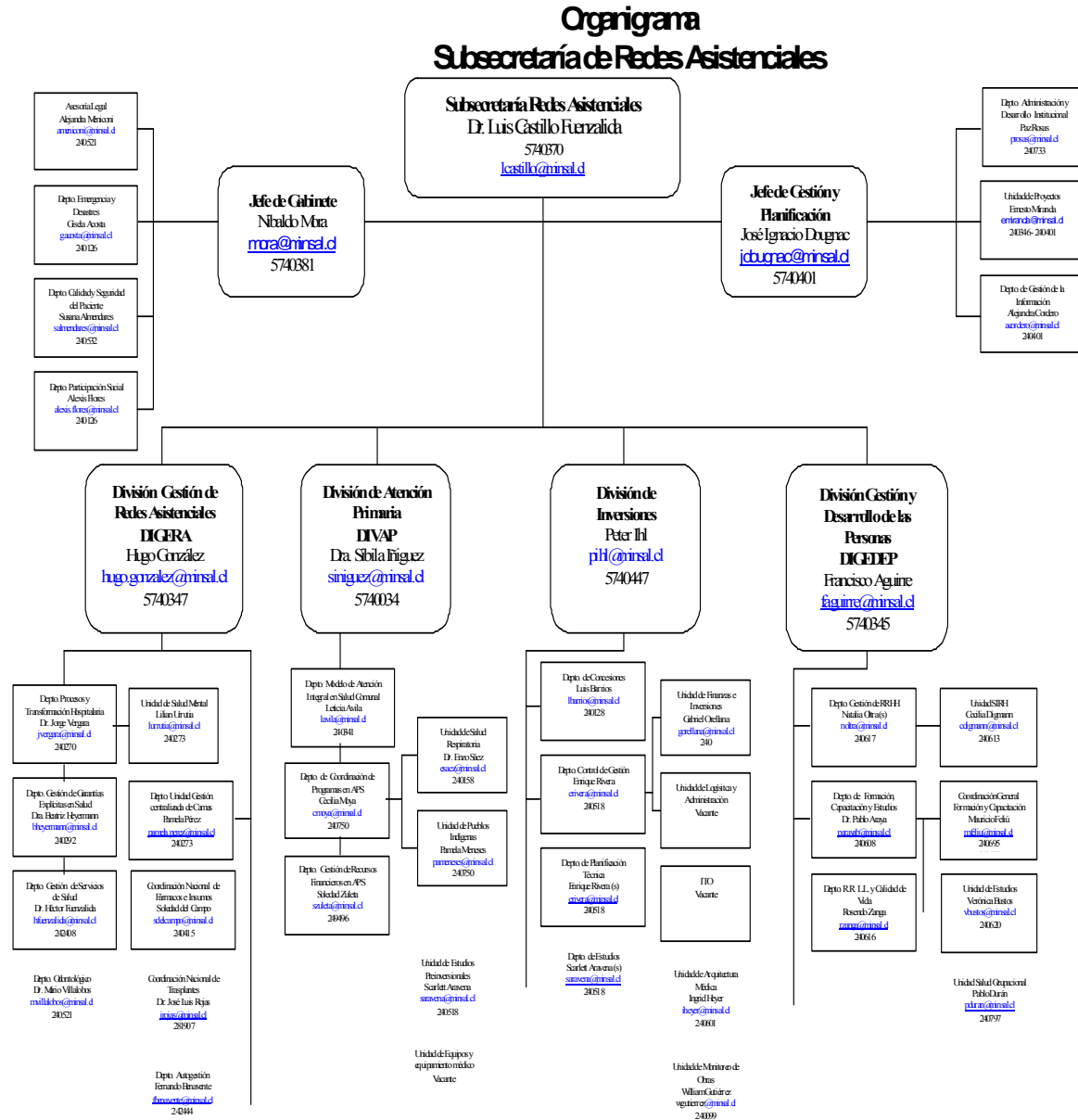
- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<p>Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de apoyo a la Gestión de los Servicios de Salud <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación de los Servicios de Salud a través de distintos instrumentos de medición: compromisos de gestión, evaluación de la gestión, estándares de calidad, índice de actividad de la APS, sistema de gestión y reclamos ciudadanos etc. ○ Fortalecimiento de la red asistencial ○ Fortalecimiento del control de la producción clínica ○ Fortalecimiento de la autogestión hospitalaria en red 	1,2,3,7
2	<p>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de Formación y Desarrollo del personal (Formación de directivos, capacitaciones permanentes, pasantías nacionales y extranjeras). <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestión de Dotaciones de los Servicios de Salud. ○ Administración de los estatutos laborales de salud. 	2,4
3	<p>Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a los Servicios de salud en la gestión financiero contable de estos y de las redes asistenciales. • Realizar control presupuestario y de la gestión financiera sectorial. • Planificar, evaluar y controlar las inversiones en infraestructura y equipamiento del sector público de salud. 	5,6
4	<p>Programa Salud Responde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de información telefónica para tomar decisiones relativas a su estilo de vida y a la mantención, protección y recuperación de la salud • Coordinación centralizada de camas • Seguimiento a pacientes post operados 	1,7

- Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre
1	Servicios de Salud e instituciones de la red en general
2	Beneficiarios directos del sistema público de salud
3	Todos los habitantes del país

b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio



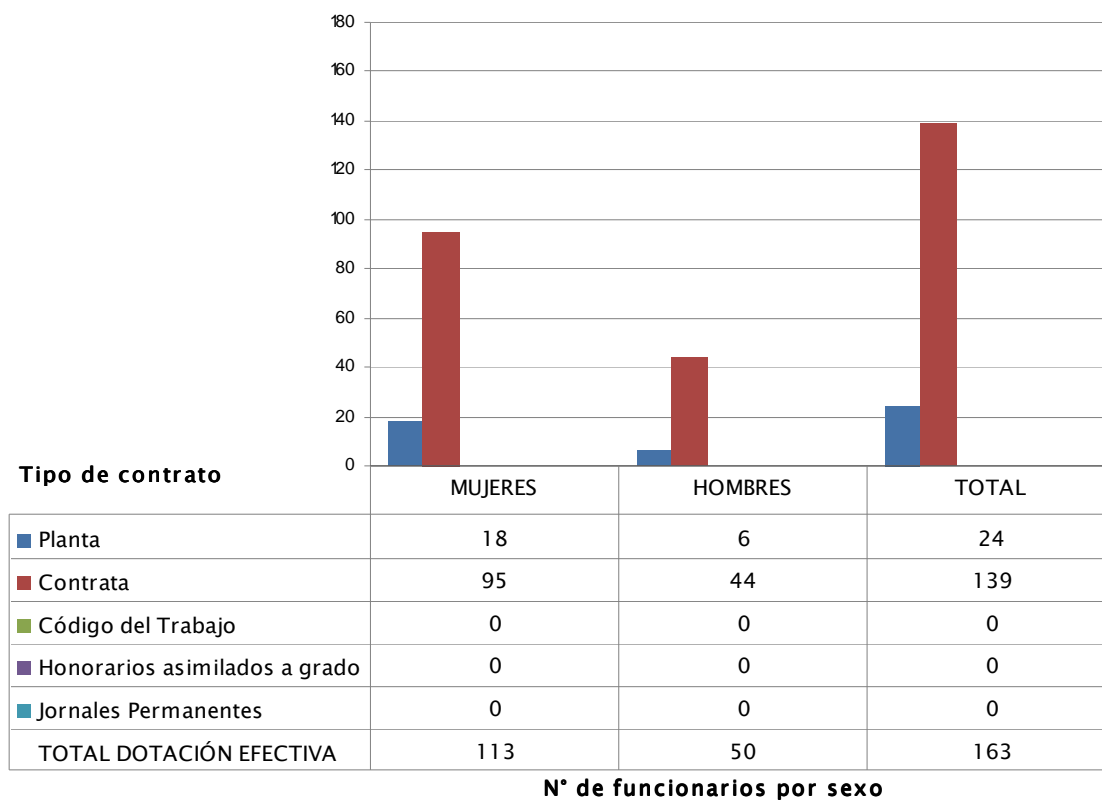
c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Ministro de Salud	JAIME MAÑALICH MUXI
Subsecretario de Redes Asistenciales	LUIS CASTILLO FUENZALIDA
Jefe de División Inversiones y Concesiones	PETER IHL TESSMANN
Jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas	FRANCISCO AGUIRRE OLMEDO
Jefe de División de Redes Asistenciales	HUGO GONZALEZ DETTONI
Jefa de División de Atención Primaria	SIBILA IÑIGUEZ CASTILLO

Anexo 2: Recursos Humanos

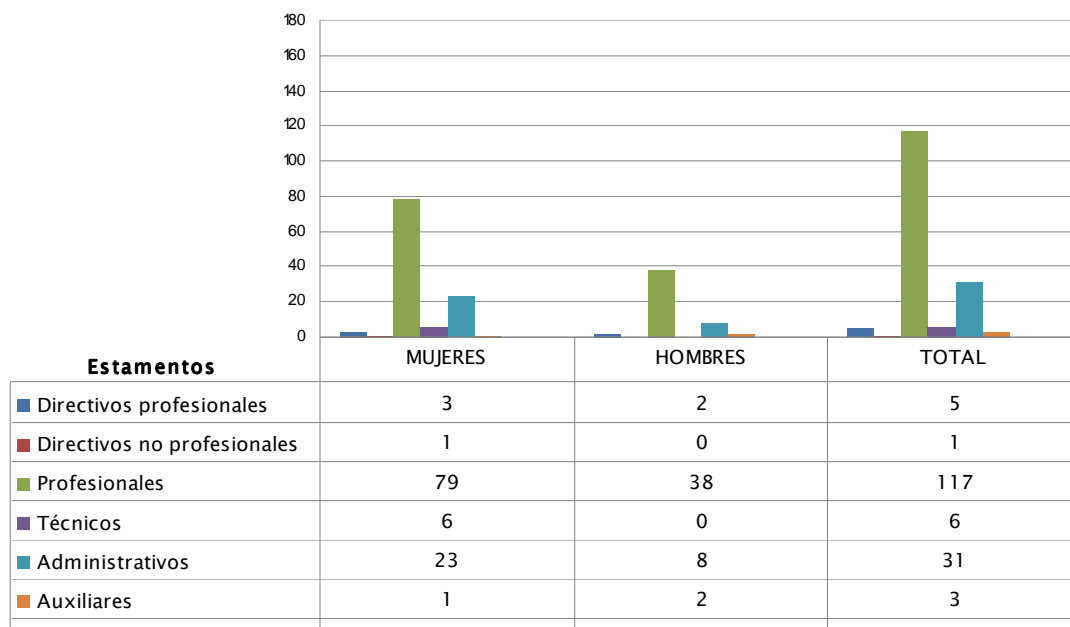
a) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2010³ por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



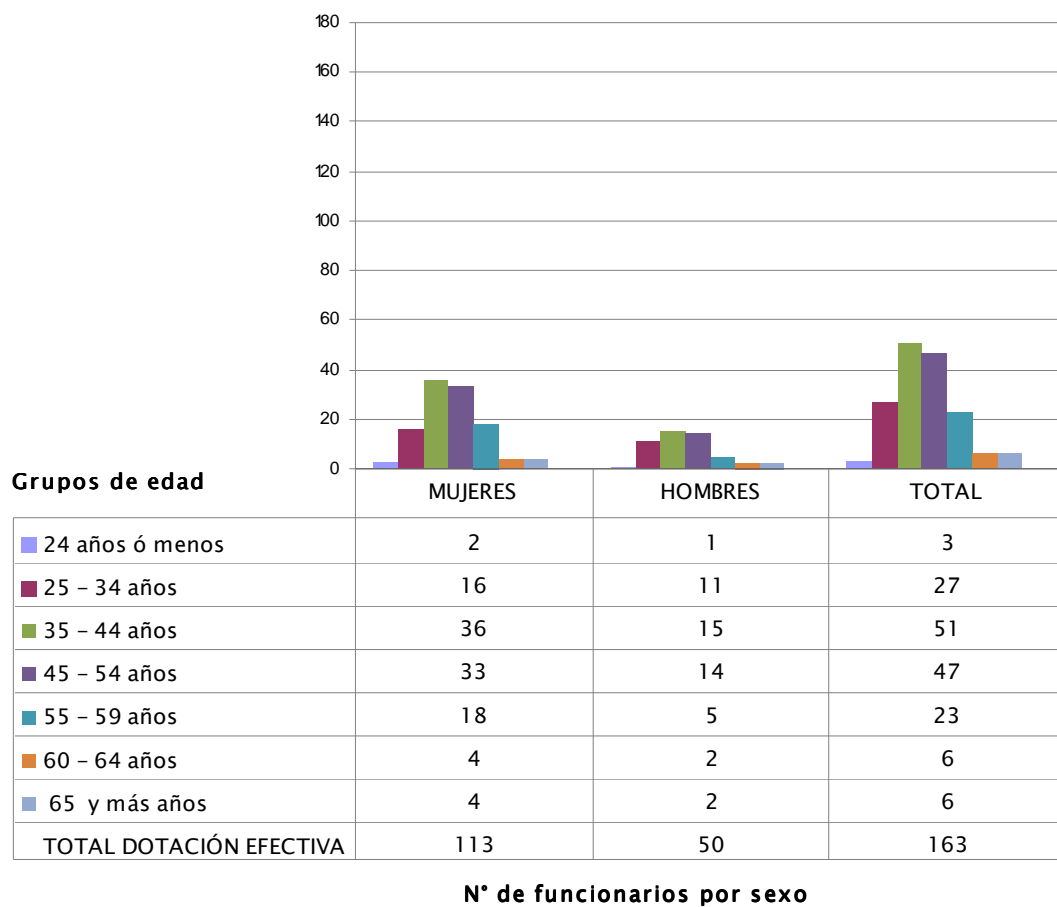
3 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2010. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- Dotación Efectiva año 2010 por Estamento (mujeres y hombres)



N° de funcionarios por sexo

- Dotación Efectiva año 2010 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



b) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ¹		Avance ²	Notas
		2009	2010		
1. Días No Trabajados					
Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12)/\text{Dotación Efectiva año } t$	1.5	1.6	93.8	
2. Rotación de Personal					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.					
	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	6.3	15.3	41.2	
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios Jubilados año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.0	0.0	-	
• Funcionarios fallecidos	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios fallecidos año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.6	0.0		
• Retiros voluntarios					
o con incentivo al retiro	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año } t/ \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	0.6	0.0		
o otros retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros otros retiros voluntarios año } t/ \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	4.0	15.3	26.1	
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras causales año } t/ \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	1.1	0		
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año } t/ \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año } t$	0.2	0.1	20.0	
3. Grado de Movilidad en el servicio					
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.					
	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos o Promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	0.0	0.0		
3.2 Porcentaje de funcionarios recontractados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios a contrata.					
	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año } t) / (\text{Total efectivo de funcionarios a contrata año } t) * 100$	0.0	2.2		

¹ La información corresponde al período Enero 2009 - Diciembre 2009 y Enero 2010 - Diciembre 2010.

² 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. Para calcular este avance es necesario, considerar el sentido de los indicadores (ascendente o descendente) previamente establecido y señalado en las instrucciones.

Anexo 3: Recursos Financieros

a) Resultados de la Gestión Financiera

Programa 01

Cuadro 2			
Ingresos y Gastos devengados año 2009 – 2010			
Denominación	Monto Año 2009	Monto Año 2010	Notas
	M\$4	M\$	
INGRESOS	26.198.486	36.253.998	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.851.204	12.382.950	
OTROS INGRESOS CORRIENTES	136.526	70.061	
APORTE FISCAL	18.210.756	21.373.668	
TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL		2.427.319	
GASTOS	22.430.529	37.591.931	
GASTOS EN PERSONAL	4.992.020	5.295.549	
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	7.042.888	4.903.310	
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	22.440	250.377	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	8.153.685	23.408.274	
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	179.073	748.400	
INICIATIVAS DE INVERSION	350.068		
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	141.159	1.804.554	
SERVICIO DE LA DEUDA	1.549.196	1.181.467	
RESULTADO	3.767.957	-1.337.933	

4 La cifras están expresadas en M\$ del año 2010. El factor de actualización de las cifras del año 2009 es 1,014.

Programa 02

Cuadro 2			
Ingresos y Gastos devengados año 2009 – 2010			
Denominación	Monto Año 2009	Monto Año 2010	Notas
	M\$5	M\$	
INGRESOS	165.645.242	233.803.470	
APOORTE FISCAL	165.645.242	232.687.998	
TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL		1.115.472	
GASTOS	183.174.697	241.691.483	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	180.182.455	240.045.449	
SERVICIO DE LA DEUDA	2.992.242	1.646.034	
RESULTADO	-17.529.455	-7.888.013	

5 La cifras están expresadas en M\$ del año 2010. El factor de actualización de las cifras del año 2009 es 1,014.

b) Comportamiento Presupuestario año 2010

Programa 01

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2010								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuest o Inicial ⁶	Presupuest o Final ⁷	Ingresos y Gastos Devengado s	Diferencia 8	Notas ⁹
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
			INGRESOS	32.901.285	37.303.142	36.253.998	1.049.144	
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	12.366.456	12.382.950	12.382.950		05
	02		Del Gobierno Central	12.366.456	12.366.456	12.366.456		
		002	Sistema de Protección Integral a la Infancia	12.366.456	12.366.456	12.366.456		
	07		De Organismos Internacionales		16.494	16.494		
		001	Americares Foundation Incorporated		16.494	16.494		
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	23.250	38.250	70.061	-31.811	08
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas		15.000	41.524	-26.524	
	99		Otros	23.250	23.250	28.537	-5.286	
09			APORTE FISCAL	20.511.579	21.683.409	21.373.668	309.741	09
	01		Libre	20.511.579	21.683.409	21.373.668	309.741	
13			TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL		3.198.533	2.427.319	771.214	13
	02		Del Gobierno Central		1.450.562	679.349	771.213	
		001	IVA Concesiones Hospitalarias		1.450.562	679.349	771.213	
	06		De Gobiernos Extranjeros		1.668.591	1.668.590	1	
		001	Gobierno de Japón		1.539.300	1.539.300		
		002	Gobierno de Grecia		129.291	129.290	1	
	07		De Organismos Internacionales		79.380	79.380		
		001	Americares Foundation Incorporated		79.380	79.380		

⁶ Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

⁷ Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2010.

⁸ Corresponde a la diferencia entre el Presupuesto Final y los Ingresos y Gastos Devengados.

⁹ En los casos en que las diferencias sean relevantes se deberá explicar qué las produjo.

		GASTOS	32.901.285	38.484.609	37.591.931	892.678	
21		GASTOS EN PERSONAL	4.819.974	5.329.091	5.295.549	33.542	21
22		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	14.327.061	4.903.313	4.903.310	3	22
23		PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL		250.680	250.377	303	23
	01	Prestaciones Previsionales		10.074	9.771	303	
	017	Fondo Bono Laboral Ley N° 20.305		10.074	9.771	303	
	03	Prestaciones Sociales del Empleador		240.606	240.606		
	001	Indemnización de Cargo Fiscal		240.606	240.606		
24		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13.667.622	23.408.315	23.408.274	41	24
	01	Al Sector Privado	12.366.456	12.290.786	12.290.760	26	
	011	Programa de Apoyo al Recién Nacido	12.366.456	12.290.786	12.290.760	26	
	02	Al Gobierno Central		11.017.529	11.017.516	13	
	001	Servicio de Salud Arica		1.638.499	1.638.499		
	002	Servicio de Salud Iquique		98.820	98.820		
	003	Servicio de Salud Antofagasta		86.148	86.148		
	004	Servicio de Salud Atacama		234.804	234.804		
	005	Servicio de Salud Coquimbo		610.308	610.307	1	
	006	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		242.941	242.941		
	007	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota		298.034	298.033	1	
	008	Servicio de Salud Aconcagua		31.266	31.266		
	009	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		80.267	80.266	1	
	010	Servicio de Salud Maule		119.210	119.210		
	011	Servicio de Salud Ñuble		101.489	101.488	1	
	012	Servicio de Salud Concepción		130.297	130.296	1	
	013	Servicio de Salud Talcahuano		554.728	554.728		
	014	Servicio de Salud Bío - Bío		394.571	394.570	1	
	015	Servicio de Salud Arauco		106.340	106.339	1	
	016	Servicio de Salud Araucanía Norte		93.167	93.167		
	017	Servicio de Salud Araucanía Sur		128.686	128.686		
	018	Servicio de Salud Valdivia		331.137	331.137		
	019	Servicio de Salud Osorno		57.670	57.669	1	
	020	Servicio de Salud del Reloncaví		215.085	215.085		
	021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo		139.145	139.144	1	

	022	Servicio de Salud Magallanes		149.966	149.966		
	023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente		1.181.269	1.181.268	1	
	024	Servicio de Salud Metropolitano Central		379.613	379.614	-1	
	025	Servicio de Salud Metropolitano Sur		1.222.794	1.222.793	1	
	026	Servicio de Salud Metropolitano Norte		206.621	206.621		
	027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente		1.769.621	1.769.619	2	
	028	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente		147.088	147.088		
	038	Hospital Padre Alberto Hurtado		19.891	19.890	1	
	039	Centro de Referencia de Salud de Maipú		7.413	7.413		
	042	Servicio de Salud Chiloé		240.641	240.641		
	03	A Otras Entidades Públicas	1.301.166	100.000	100.000		
	299	Programas Especiales Atención Primaria		100.000	100.000		
	396	Programa Campaña de Invierno	1.301.166				
29		ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	86.628	835.973	748.401	87.572	29
	03	Vehículos		16.283		16.283	
	04	Mobiliario y Otros	2.898	2.753	1.162	1.591	
	05	Máquinas y Equipos	71.830	803.326	747.239	56.087	
	06	Equipos Informáticos		2.306		2.306	
	07	Programas Informáticos	11.900	11.305		11.305	
33		TRANSFERENCIAS DE CAPITAL		2.575.770	1.804.553	771.217	33
	01	Al Sector Privado		1.450.562	1.129.184	321.378	
	030	Reintegro Crédito - IVA Concesiones		1.450.562	679.349	771.213	
	02	Al Gobierno Central		1.125.208	1.125.204	4	
	003	Servicio de Salud Antofagasta		2.229	2.228	1	
	004	Servicio de Salud Atacama		4.000	4.000		
	005	Servicio de Salud Coquimbo		1.080	1.080		
	006	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		104.273	104.273		
	007	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota		82.436	82.436		
	008	Servicio de Salud Aconcagua		28.890	28.890		
	010	Servicio de Salud Maule		201.519	201.519		
	011	Servicio de Salud Ñuble		100.297	100.297		
	012	Servicio de Salud Concepción		196.389	196.389		
	014	Servicio de Salud Bío - Bío		129.773	129.773		
	015	Servicio de Salud Arauco		4.250	4.250		

34	07	016	Servicio de Salud Araucanía Norte	80.380	80.380		
		017	Servicio de Salud Araucanía Sur	5.727	5.727		
		018	Servicio de Salud Valdivia	754	753	1	
		019	Servicio de Salud Osorno	5.000	5.000		
		021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	3.732	3.732		
		022	Servicio de Salud Magallanes	450	450		
		023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	29.402	29.402		
		024	Servicio de Salud Metropolitano Central	28.197	28.196	1	
		025	Servicio de Salud Metropolitano Sur	22.281	22.281		
		026	Servicio de Salud Metropolitano Norte	14.960	14.959	1	
		027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	70.405	70.405		
		038	Hospital Padre Alberto Hurtado	8.784	8.784		
				SERVICIO DE LA DEUDA		1.181.467	1.181.467
		Deuda Flotante		1.181.467	1.181.467		
RESULTADO				-1.181.467	-1.337.918	156.451	

Programa 02

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2010								
Subt	Item	Asig.	Denominación	Presupuest o Inicial ¹⁰	Presupuest o Final ¹¹	Ingresos y Gastos Devengado s	Diferencia 12	Notas ¹³
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
			INGRESOS	188.241.082	249.087.095	233.803.470	15.283.625	
09			APORTE FISCAL	188.241.082	247.971.623	232.687.998	15.283.625	09
	01		Libre	186.343.149	246.073.690	231.041.964	15.031.726	
	03		Servicio de la Deuda Externa	1.897.933	1.897.933	1.646.034	251.899	
13			TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL		1.115.472	1.115.472		13
	06		De Gobiernos Extranjeros		1.115.472	1.115.472		
		001	Gobierno de Japón		1.115.472	1.115.472		
			GASTOS	188.241.082	262.440.689	241.691.483	20.749.206	
31			INICIATIVAS DE INVERSION	186.343.149				31
	02		Proyectos	186.343.149				
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL		260.542.756	240.045.449	20.497.307	33
	02		Al Gobierno Central		260.542.756	240.045.449	20.497.307	
		001	Servicio de Salud Arica		10.434.061	10.434.061		
		002	Servicio de Salud Iquique		54.591	54.591		
		003	Servicio de Salud Antofagasta		18.086.239	18.086.239		
		004	Servicio de Salud Atacama		5.511.188	5.479.717	31.471	
		005	Servicio de Salud Coquimbo		4.170.740	3.603.946	566.794	
		006	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		1.714.252	1.575.515	138.737	
		007	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota		4.530.585	4.530.585		

¹⁰ Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

¹¹ Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2010.

¹² Corresponde a la diferencia entre el Presupuesto Final y los Ingresos y Gastos Devengados.

¹³ En los casos en que las diferencias sean relevantes se deberá explicar qué las produjo.

	008	Servicio de Salud Aconcagua		8.151.675	7.148.989	1.002.686	
	009	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		31.075.431	29.290.550	1.784.881	
	010	Servicio de Salud Maule		29.751.509	22.009.055	7.742.454	
	011	Servicio de Salud Ñuble		8.634.559	8.058.186	576.373	
	012	Servicio de Salud Concepción		4.953.810	4.872.911	80.899	
	013	Servicio de Salud Talcahuano		19.420.225	19.330.725	89.500	
	014	Servicio de Salud Bío - Bío		10.424.199	10.224.199	200.000	
	015	Servicio de Salud Arauco		3.705.915	3.430.908	275.007	
	016	Servicio de Salud Araucanía Norte		632.078	570.753	61.325	
	017	Servicio de Salud Araucanía Sur		4.587.273	4.013.386	573.887	
	018	Servicio de Salud Valdivia		2.610.585	2.602.886	7.699	
	019	Servicio de Salud Osorno		9.672.016	8.257.609	1.414.407	
	020	Servicio de Salud del Reloncaví		23.390.323	21.619.632	1.770.691	
	021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo		338.850	22.495	316.355	
	022	Servicio de Salud Magallanes		15.384.070	14.752.726	631.344	
	023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente		14.251.895	14.251.895		
	024	Servicio de Salud Metropolitano Central		4.772.003	3.827.404	944.599	
	025	Servicio de Salud Metropolitano Sur		9.385.314	7.553.552	1.831.762	
	026	Servicio de Salud Metropolitano Norte		5.235.262	5.235.262		
	027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente		7.247.750	6.791.314	456.436	
	028	Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente		1.897.284	1.897.284		
	040	Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente		120.000	120.000		
	042	Servicio de Salud Chiloé		399.074	399.074		
34		SERVICIO DE LA DEUDA	1.897.933	1.897.933	1.646.034	251.899	34
	02	Amortización Deuda Externa	1.488.935	1.488.935	1.290.969	197.966	
	04	Intereses Deuda Externa	408.998	408.998	355.065	53.933	
		RESULTADO		-13.353.594	-7.888.013	-5.465.581	

C) Indicadores Financieros

Programas 01 y 02

Cuadro 4							
Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ¹⁴			Avance ¹⁵ 2010/ 2009	Notas
			2008	2009	2010		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales ¹⁶)	\$	0,9	0,9	1,0	90	
	[IP Ley inicial / IP devengados]	\$	0,0	0,0	0,0	-	
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP percibidos / IP devengados]	\$	0,0	0,0	0,0	-	
	[IP percibidos / Ley inicial]	\$	0,0	0,0	0,0	-	
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	[DF/ Saldo final de caja]	\$	763,8	590,7	0,6	985	
	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)	\$	0,3	2.725,0	0,6	4.542	

14 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2010. Los factores de actualización de las cifras de los años 2008 y 2009 son 1,015 y 1,014 respectivamente.

15 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.

16 Corresponde a Plan Fiscal, leyes especiales, y otras acciones instruidas por decisión presidencial.

d) Fuente y Uso de Fondos

Programas 01 y 02

Cuadro 5				
Análisis del Resultado Presupuestario 201017				
Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
	FUENTES Y USOS	22.106.838	-9.225.936	12.880.902
	Carteras Netas		-5.451.789	-5.451.789
115	Deudores Presupuestarios			
215	Acreedores Presupuestarios		-5.451.789	-5.451.789
	Disponibilidad Neta	18.120.184	-1.841.675	16.278.509
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	18.120.184	-1.841.675	16.278.509
	Extrapresupuestario neto	3.986.654	-1.932.472	2.054.182
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	4.341.989	-1.923.839	2.418.150
116	Ajustes a Disponibilidades	547	2.265	2.812
119	Trasposos Interdependencias			
214	Depósitos a Terceros	-275.396	-13.843	-289.239
216	Ajustes a Disponibilidades	-80.486	2.945	-77.541
219	Trasposos Interdependencias			

17 Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2010				
Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones
Mejor Atención e Infraestructura	209.959.229	257.760.223	256.969.955	
Continuación implementación Plan AUGE	209.552	209.552	209.552	
Nivel atención primaria de salud	1.281.937	1.281.937	1.281.937	
Efecto leyes de recursos humanos y contratación de especialistas	114.450	114.450	114.450	
Reconstrucción	0	31.205.607	21.451.769	

f) Transferencias¹⁸

Programa 01

Cuadro 7					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 201019 (M\$)	Presupuesto Final201020 (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ²¹	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal	12.366.456	12.290.786	12.290.760	26	
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros					
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal	1.301.166	100.000	100.000	0	
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros ²²					
TOTAL TRANSFERENCIAS	13.667.622	12.390.786	12.390.760	26	

¹⁸ Incluye solo las transferencias a las que se les aplica el artículo 7° de la Ley de Presupuestos.

¹⁹ Corresponde al aprobado en el Congreso.

²⁰ Corresponde al vigente al 31.12.2010.

²¹ Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

²² Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2010

INDICADORES DE DESEMPEÑO PRESENTADOS EN LA LEY DE PRESUPUESTOS AÑO 2010

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2010										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2010	Cumple SI/NO ²³	% Cumplimiento ²⁴	Notas
				2008	2009	2010				
				Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de transferencias efectuadas a los respectivos Servicios de Salud sobre el marco presupuestario vigente de aporte estatal a salud municipal en el año t	(Monto de transferencias efectuadas a los Servicios de Salud, del decreto supremo de aporte estatal a salud municipal, año t/Total de recursos considerados en el decreto supremo de aporte estatal a salud municipal del año t)*100				
	Enfoque de Género: No									

23 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2010 es igual o superior a un 95% de la meta.

24 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2010 en relación a la meta 2010 .

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2010											
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2010	Cumple SI/NO ²³	% Cumplimiento ²⁴	Notas	
				2008	2009	2010					
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de avance de Proyectos de inversión decretados	(Monto total de recursos decretados en proyecto de inversión /Monto total de asignación a inversión sectorial en la Ley de Presupuesto)*100									
			86%	100%	100%	100%					
			%	(116711 798/136 151927)	(155052 368/155 052368)	(260542 756/260 542756)	(193035 170/193 035170)		SI	100%	
			*100	*100	*100	*100					
		Enfoque de Género: No									
					0.54unidades	0.58unidades	0.61unidades	0.58unidades			
					635322	708790	760049	708790			
				N°	1.00/11	5.00/12	8.00/12	5.00/12			
			Tasa anual de consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) por beneficiario	consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el año t/N° Población total beneficiaria	735035.00	248257.00	504226.00	248257.00			
					H: 0.50	H: 0.51	H: 0.61	H: 0.51			
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Enfoque de Género: Si		unidades	277242	308672	375920	308672		SI	105%	
				4.00/55	2.00/60	7.00/61	2.00/60				
				62407.0	22562.0	27071.0	22562.0				
				0	0	0	0				
			Hombres:		M: 0.58	M: 0.64	M: 0.60	M: 0.64			
			Mujeres:								
					358096	400118	384129	400118			
					8.00/61	2.00/62	1.00/63	2.00/62			
					72628.0	25695.0	77156.0	25695.0			
					0	0	0	0			

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2010										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2010	Cumple SI/NO ²³	% Cumplimiento ²⁴	Notas
				2008	2009	2010				
Programa Salud Responde	Porcentaje de personas que califica como satisfactoria la información entregada por el programa Salud responde	(Número de personas que califica como satisfactoria la información entregada por el programa Salud responde/Número de personas que califica la información entregada por el programa Salud responde)*100	%	91.25%	0.00%	88.41%	93.00%	SI	95%	
				(292.00/320.00)*100	(0.00/0.00)*100	(1068.00/1208.00)*100	(93.00/100.00)*100			
	Enfoque de Género: No									
Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	Porcentaje de funcionarios por planta y profesiones de las Leyes 18.834 y 19.664-15076 capacitados en el Programa Anual de Capacitación-PAC- del total de las dotaciones del personal de los Servicios de Salud año t	(Funcionarios capacitados en actividades del Programa Anual de Capacitación (PAC) en el año t/Dotación de personal de los Servicios de Salud, Leyes 18.834 y 19.664-15.076)*100	%	N.M.	0.00%	39.00%	40.00%	SI	98%	
					(0.00/0.00)*100	(31500.00/80765.00)*100	(31993.00/79982.00)*100			
	Enfoque de Género: No									

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2010										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2010	Cumple SI/NO ²³	% Cumplimiento ²⁴	Notas
				2008	2009	2010				
Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	Porcentaje de agentes de gestión que han recibido herramientas de gestión para la implementación de patologías GES año t	(N ^a de agentes de gestión GES que han recibido herramientas de gestión para la implementación de las patologías GES en el año t/N ^a total de agentes de gestión GES.)*100	%	N.M.	100%	100%	100%	SI	100%	
	Enfoque de Género: No									
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Tasa anual de disponibilidad de camas de intermedio para población beneficiaria mayor de 15 años.	(N ^a total de camas de cuidados intermedios año t/Población Beneficiaria mayor de 15 años)*100000	unidades	N.M.	8.5unidades (797.0/9346615.0)*100000	6.2unidades (596.0/9617870.0)*100000	9.2unidades (858.0/9346615.0)*100000	NO	68%	1
	Enfoque de Género: No									

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2010										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2010	Cum-ple SI/NO ²³	% Cumpli-miento ²⁴	No - ta s
				2008	2009	2010				
				Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento ,control y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de Centros Comunitario de Salud Familiar (CECOF) funcionando en el año t en relación a los comprometidos	(N° De Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) funcionando en el año t/N° de CECOFC comprometidos)*100				
	Enfoque de Género: No									

Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:	90 %
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:	10 %
Porcentaje de cumplimiento global del servicio:	100 %

Notas:

1.- A raíz del evento catastrófico del 27 de febrero de este año, este indicador evidenciará efectos en su cumplimiento. El levantamiento de la situación de daño ocasionada en la disponibilidad de camas de intermedio evidenció una disminución en 250 de ellas, dejando una línea de base en 547 camas. A lo anterior se suma la expansión programada para el año 2010 de 61 camas.

Anexo 5: Programación Gubernamental

Cuadro 10 Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009			
Objetivo ²⁵	Producto ²⁶	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ²⁷	Evaluación ²⁸
Desarrollar un programa para reestructurar el sistema hospitalario	Durante 2010, desarrollar un programa para reestructurar el sistema hospitalario, considerando macrozonas de atención y nuevos polos de desarrollo	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red	Cumplido
[Enviar Proyecto de Ley durante el segundo semestre de 2010] Perfeccionar la normativa vigente sobre prescripción de fármacos	Enviar proyecto de ley al Congreso		Pendiente

²⁵ Corresponden a actividades específicas a desarrollar en un período de tiempo preciso.

²⁶ Corresponden a los resultados concretos que se espera lograr con la acción programada durante el año.

²⁷ Corresponden a los productos estratégicos identificados en el formulario A1 de Definiciones Estratégicas.

²⁸ Corresponde a la evaluación realizada por la Secretaría General de la Presidencia.

Anexo 6: Informe Preliminar²⁹ de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas³⁰

Programa/Institución:	Red de Urgencia
Año Evaluación:	2001
Fecha del Informe:	jueves, 31 de marzo de 2011 17:06:35
Compromiso	Cumplimiento
<p>a) y b) Mejoramiento de los procedimientos de recuperación de costos.</p> <p>Realización de un estudio, en un número significativo de establecimientos, respecto de procedimientos de cobranza de las atenciones urgencias a beneficiarios particulares, de ISAPRES y del Seguro Obligatorio de Accidentes del Tránsito (SOAP). Estandarización del procedimiento, sobre la base de aquellos con mejores resultados.</p> <p>Revisión exhaustiva de procesos de cobranza, para analizar las facturas por cobrar, determinando la exigibilidad o incobrabilidad de éstas. Sobre esta base, se debe implementar, con los ingresos devengados al 31.12.2001, un proceso de cobranza intensiva o en su defecto solicitar el castigo por incobrabilidad de las cuentas que se determinen.</p> <p>Análisis, junto con la Superintendencia de ISAPRES, del marco jurídico que regula la cobranza y las alternativas que pudiesen existir para darle mayor</p>	<p>Respuesta BGI 2008:</p> <p>La Ley de Autoridad Sanitaria con el desarrollo de Autogestión a implicado una serie de mejoramiento de procesos dentro de los centros de mayor complejidad. La situación del proceso de cobranza, analizando sus variables con el objetivo de disminuir la incobrabilidad de los beneficiarios particulares, de ISAPRES y Seguro Obligatorio es parte de este complejo proceso, que tiene por objetivo general el desarrollo de un equilibrio financiero.</p> <p>Durante este año la implementación del proceso de autogestión permitirá obtener resultados respecto de estas variables, significando que no sería necesaria la realización de un estudio como estaba formalmente estipulado el compromiso anterior. Esto hace necesario la revisión de esta meta y el desarrollo de nuevos indicadores para evaluar este compromiso.</p> <p>Inicialmente, la Subsecretaría realizó un análisis de la información enviada por los Servicios de Salud en relación a la recuperación de ingresos por efecto de atenciones prestadas a privados afectos a cajas y mutuales, tanto por la vía ambulatoria como en hospitalizaciones obteniendo un porcentaje de recuperación para el año 2002 de un 80% y el 2003 de 81%.</p> <p>En relación a las facturas por cobrar, los Establecimientos tienen claramente identificadas aquellas en las que se ha hecho toda las acciones posibles para hacer efectiva la cobranza, existiendo algunas que se arrastran de hace algunos años atrás. A través de la División de Planificación y Presupuesto se orientó a aquellos Servicios de Salud que soliciten el castigo por incobrabilidad de dichas facturas.</p> <p>Por otra parte, se instaló una comisión (Departamento Jurídico, FONASA y Superintendencia de Salud) para realizar el análisis del marco jurídico y presentar propuestas para darle exigibilidad a los cobros, la que no prosperó en su resultado. Sin embargo, la entrada en vigencia de la Ley de Autoridad Sanitaria, que regula entre otros aspectos lo referente a los hospitales de mayor complejidad, ha significado enfrentar la situación de recuperación de</p>

29 Se denomina preliminar porque el informe no incorpora la revisión ni calificación de los compromisos por parte de DIPRES.

30 Se refiere a programas/instituciones evaluadas en el marco del Programa de Evaluación que dirige la Dirección de Presupuestos.

<p>exigibilidad a los cobros.</p> <p>Definición de procedimientos que agilicen la recuperación de costos desde las aseguradoras, en el caso de beneficiarios del Seguro Público. Dichos procedimientos se definirán conjuntamente entre FONASA y MINSAL.</p>	<p>costos desde diversas perspectivas.</p> <p>Es así que, cada establecimiento ha desarrollado mecanismos que permiten optimizar la recuperación de costos de beneficiarios de Isapres, dado que es uno de los requisitos de los hospitales de mayor complejidad para optar a la autogestión es su equilibrio financiero, por lo que se encuentran en un proceso que ha incorporado mecanismos eficientes de recuperación de los costos señalados.</p> <p>Respuesta corte Junio 2008</p> <p>La información recogida en la oportunidad del estudio ya no está vigente principalmente debido al cambio estructural producido en los establecimientos de salud a raíz de la Reforma Sanitaria, la que reestructuró funciones y generó el modelo autogestionado en los establecimientos de mayor complejidad. De acuerdo a lo anterior se está realizando una actualización del estudio mencionado, de carácter analítico y propositivo, utilizando como base los establecimientos autogestionados, que a fines de 2009 habrán obtenido esta calidad, por lo tanto el estudio tendrá una mayor utilidad en el tiempo. Por otra parte, es en estos establecimientos donde hay mayor volumen y complejidad de consultas de urgencia, por lo que constituyen una muestra representativa. Adicionalmente, esta actualización incorpora a beneficiarios de todos los tipos de seguro de salud para efectos de procedimientos de recuperación de cobranza y estandarización de estos procesos. El informe de actualización será enviado en el transcurso del presente año. Medios de Verificación: Informe de estudio de actualización de recuperación de costos de prestaciones realizadas en unidades de emergencia hospitalaria.</p> <p>RESPUESTA DISCUSIÓN PRESUPUESTARIA 2010</p> <p>El estudio ya no aplica, dado que el levantamiento de información en los hospitales de mayor complejidad de realizó aplicando las pautas de certificación para la autogestión (en su acápite financiero) Se reunirá una comisión técnica para el analizar la situación por Servicio de Salud y propiciar benchmarking con los hospitales que tienen esta modalidad, "procedimientos de cobranzas", por ejemplo La posta Central, CRS Cordillera, Complejo Asistencial Barros Luco y CRS de Maipú.</p> <p>Medios de Verificación:</p> <p>1.- Pautas de Certificación que se encuentran disponibles en el Departamento de Auditoria del Minsal, por cada hospital complejo</p> <p>Respuesta a junio 2010</p> <p>Se solicitará formalmente la cancelación del compromiso por no ser atingentes en la actualidad. Con respecto a los avances, se remite el modelo de pauta de autogestión formulada en 2009, que muestra los puntos de avance. Esta pauta se modifica y monitorea con relación al estado de avance en materias administrativas, financieras y otras de los establecimientos autogestionados.</p> <p>Respuesta a Marzo 2011</p> <p>Se mantiene la solicitud de cancelar el presente compromiso, ya que se han seguido generando instancias que velan por resguardar la eficiencia en la gestión de los recursos, entre ellos los ingresos propios para todos los establecimientos hospitalarios, incluyendo además de la actividad realizada por los servicios de urgencia más bien toda la actividad productiva del establecimiento, que se otorgue a pacientes no beneficiarios.</p>
--	---

	<p>En dicho contexto desde mediados del año 2010 se han generado a lo menos dos instrucciones al respecto:</p> <p>Documento de Acuerdo de Gestión firmado por los Directores(as) de Servicio de Salud, Subsecretario de Redes Asistenciales y Director de FONASA mediante el cual se comprometen a mantener un equilibrio financiero para este año.</p> <p>Negociación de Compromisos de gestión de los Servicios de salud frente al Subsecretario de Redes con mención especial en Gestión Financiera, tanto para Cumplimiento de Marcos presupuestarios ítems 21., 22 y 29, más la Implementación de Unidades de Cobro y/o Recaudación de Ingresos Propios en todos los Hospitales Autogestionados y Base.</p> <p>Objetivos de ambos compromisos:</p> <p>Controlar el cumplimiento del Marco Presupuestario en Gasto en Personal Controlar el cumplimiento del Marco Presupuestario en Bienes y Servicios de Consumo Controlar el cumplimiento del Marco Presupuestario en Adquisición de Activos no Financieros Implementación de Unidades de Cobro y/o Recaudación de Ingresos Propios Implementadas. Cumplimiento de los Resultados Esperados para el tercer y cuarto trimestre en la Operación de las Unidades de Cobro y/o Recaudación en los establecimientos autogestionados y/o bases.</p> <p>La firma del Acuerdo de Gestión en diciembre del año 2010. Negociación de los Compromisos de gestión con los Servicios de Salud en Enero del año 2011, con 100% de los servicios aceptando el compromiso.</p> <p>Medios de verificación:</p> <p>Orientaciones técnicas preliminares del compromiso de gestión N°4 Gestión Financiera.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Documento Diagnóstico. Pauta de autogestión formulada en 2009 INDICADOR N 4 Porcentaje de Establecimientos con Unidades de Cobro y/o Recaudación de Ingresos Propios Implementados 3. CUMPLIMIENTO DE MARCO PRESUPUESTARIO SERVICIOS DE SALUD Y ESTABLECIMIENTOS EXPERIMENTALES</p>
--	--

Programa/Institución: Programa Tratamiento de la Obesidad. PASAF Adulto e Infantil y Obesidad Mórbida
 Año Evaluación: 2008
 Fecha del Informe: jueves, 31 de marzo de 2011 17:06:35

Compromiso	Cumplimiento
<p>2. Levantar una Propuesta de Disminución de Brechas de centros con programa PASAF infantil mediante la redistribución geográfica con base en el resultado del Estudio de Accesibilidad y Cobertura Geográfica a nivel comunal, definiendo metas a seguir en cuanto a la disminución de las brechas de centros.</p>	<p>Respuesta BGI 2009:</p> <p>Sobre la base que para el año 2010 el programa PASAF niños, niñas y adolescentes mantiene continuidad en su financiamiento, al igual que el PASAF adulto, la propuesta de disminución de brechas para el programa PASAF niños, niñas y adolescentes, se cruza en la practica no solo con el análisis de accesibilidad y cobertura geográfica realizado para trabajar sobre la disminución de brechas, sino con otros criterios que se detallan a continuación:</p> <p>1° Criterio: proporción del total de cupos disponibles respecto al total de la población beneficiaria de Fonasa (dic. 2008) por comuna en ambos programas. 2° Criterio: voluntad de los Municipios para implementar el programa, interés de los Departamentos de Salud y establecimientos. 3° Criterio: capacidad de los equipos de salud para implementar el programa, en función del seguimiento del programa e información disponible (se está implementando una web con todas las planillas de seguimiento en línea). 4° Criterio: de redistribución y ampliación de cobertura por comuna y/o establecimiento en el PASAF niños, niñas y adolescentes en función de la disminución de cupos adultos. 5° Criterio: de redistribución con preferencia a las comunas vulnerables. 6° Criterio: de focalización como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia de obesidad por comuna y tramo de edad - Prevalencia de sobrepeso por comuna y tramo de edad - Población potencial del Programa por comuna y tramo de edad - Población objetivo del programa por comuna y tramo de edad - Adherencia y resultados cualitativos del año anterior. <p>Corte a junio de 2010</p> <p>Considerando las restricciones presupuestarias para 2011 y las dificultades de flujo en 2010, la propuesta de disminución de brechas requiere ser analizada con mayor atención, por lo que se requiere coordinar una reunión con DIPRES para ver la viabilidad de la implementación de una propuesta, en el contexto actual del PASAF.</p> <p>Respuesta Marzo 2011</p> <p>En conversación telefónica con Karen Delgado se acordó realizar la reunión pendiente para el día martes 8 o miércoles 9 a las 15:00 hrs. en dependencias de la Dirección de Presupuesto.</p>
<p>3. Implementar la Propuesta de Disminución de Brechas de centros con PASAF infantil.</p>	<p>Respuesta marzo 2011</p> <p>Para el año 2010 no existió traspaso de recursos económicos hacia los Servicios de Salud. Tema a tratar próxima reunión en la Dipres</p>

<p>2. Implementar un modelo de control y seguimiento del programa PASAF a nivel local, basado en el flujograma validado.</p>	<p>Corte a junio de 2010</p> <p>El flujograma acordado con los Coordinadores del PASAF de los Servicios de Salud fue formalizado mediante Ord. C62 N° 3384 de 2009, señala el modelo de control y seguimiento de la intervención del programa a nivel local.</p> <p>Se informa que el programa PASAF ha presentado algunas complicaciones en su implementación debido al retraso del traspaso de recursos, especialmente en aquellos establecimientos que dependen de municipios y que son la mayoría. A la fecha, aun no se ha realizado el traspaso de recursos desde PPV a APS. Se adjuntan ordinarios de solicitud a Fonasa para el traspaso de M\$1.182.000 con destino al programa PASAF 2010, con cargo a Programas de Reforzamiento APS, presupuesto que ya ha sido rebajado del total de recursos negociados en PPV para el presente año; proceso realizado con los Servicios de Salud en el mes de enero junto a Fonasa. Es de importancia informar que para el año 2011 se cuenta con el presupuesto de continuidad considerado en el marco comunicado para el programa PASAF, sin embargo, dado que al momento de la formulación 2011 aún no se traspasaban los fondos, se deberán reforzar las coordinaciones con FONASA para evitar retrasos. De cualquier manera el flujograma requerirá modificaciones.</p> <p>Respecto al modelo de control y seguimiento del programa, es posible señalar que el sistema durante el año 2009 se ha implementado con buenos resultados, lo que consta en el sistema de base de datos compatible con DEIS, el que se pensó luego del estudio realizado en el contexto de la evaluación del "Programa de Tratamiento de la Obesidad: Alimentación Saludables y Actividad Física (en adultos, niños y adolescentes) y Obesidad Mórbida", que en una primera fase incluyó la sistematización de datos disponibles a la fecha, los que se sumaron a los datos del estudio; en una segunda fase se sumaron algunos cálculos para transformar en información los datos del PASAF y se dispusieron en una web para que los establecimientos directamente incorporaran los datos obtenidos de la intervención, en reemplazo a la planilla que se manejaba solo como archivo, con los debidos inconvenientes, que ello genera en su manipulación.</p> <p>Hoy la información se dispone en línea y cuenta con administración desde cada Servicio de Salud con claves que se otorgan a cada establecimiento que lo implementa, es importante informar que aún existe una tercera fase pendiente para la implementación definitiva, para que pueda integrarse y disponerse desde el DEIS.</p> <p>Es posible señalar que a la fecha existe seguimiento del 46% de los cupos disponibles para adultos durante el año 2009, equivalentes a 3.775 beneficiarios del PASAF adulto 2009, de un total disponible de 8.201 cupos y, del 48% de los cupos disponibles para niños, niñas y adolescentes equivalentes a 2.843 infantes y adolescentes de un total disponible de 5.864 cupos.</p> <p>En ambos programas, 18 Servicios de Salud diferentes han ingresado información al sistema, lo que se traduce en 144 establecimientos que implementaron PASAF adultos 2009 y 109 establecimientos que implementaron PASAF niños, niñas y adolescentes que han ingresado datos de la intervención al sistema.</p> <p>Dirección web modulo de seguimiento y control: http://www.marcologico.cl/pasaf/</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> 1. 28-04 Ordinario 2160</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none">2. 04-05 Ordinario C55 N° 1300 traspaso recursos APS3. 17-05 Ordinario C55 N° 1451 continuacion y transferencia PASAF4. 01-06 Ordinario C55 N° 17395. Modelo de control y seguimiento web6. Reporte de sistema adhesión al programa
--	---

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2010

(Programa de Mejoramiento de la Gestión, Metas de Eficiencia Institucional u otro)

I. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión							Prioridad	Ponderador	Cumple
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance									
			I	II	III	IV	V	VI	VII			
Marco Básico	Recursos Humanos	Capacitación				O				Alta	15.00%	✓
		Evaluación del Desempeño				O				Mediana	10.00%	✓
		Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo				O				Alta	15.00%	✓
	Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información							O	Menor	5.00%	✓
		Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana				O				Mediana	10.00%	✓
		Sistema Seguridad de la información	O							Menor	5.00%	✓
	Planificación / Control de Gestión	Auditoria Interna										
		Gestión Territorial				O				Mediana	10.00%	✓
		Planificación / Control de Gestión						O		Alta	15.00%	X
	Administración Financiera	Administración Financiero - Contable										
Compras y Contrataciones del Sector Público												
Enfoque de Género	Enfoque de Género				O				Alta	15.00%	✓	
Porcentaje Total de Cumplimiento :										85.00%		

II. SISTEMAS EXIMIDOS/ MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Tipo	Etapa	Justificación
Marco Básico	Administración Financiera	Administración Financiero - Contable	Eximir	0	El servicio se exime del sistema de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 456, de 10 de agosto, de 2005, de ambas Subsecretarías.
		Compras y Contrataciones del Sector Público	Eximir	0	El servicio se exime del sistema de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 456, de 10 de agosto, de 2005, de ambas Subsecretarías.
	Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna	Eximir	0	El servicio se exime del sistema de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 456, de 10 de agosto, de 2005, de ambas Subsecretarías.

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

Cuadro 13				
Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2010				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ³¹	Nº de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ³²	Incremento por Desempeño Colectivo ³³
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales	19	3	100%	16%
Div. De Gestión de Redes Asistenciales	30	6	100%	16%
Div. De Atención Primaria	24	3	93.4%	16%
Div. De Inversiones	32	4	90.8%	16%
Div. Gestión y Desarrollo de las Personas	26	3	100%	16%

³¹ Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2010.

³² Corresponde al porcentaje que define el grado de cumplimiento del Convenio de Desempeño Colectivo, por equipo de trabajo.

³³ Incluye porcentaje de incremento ganado más porcentaje de excedente, si corresponde.

Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional

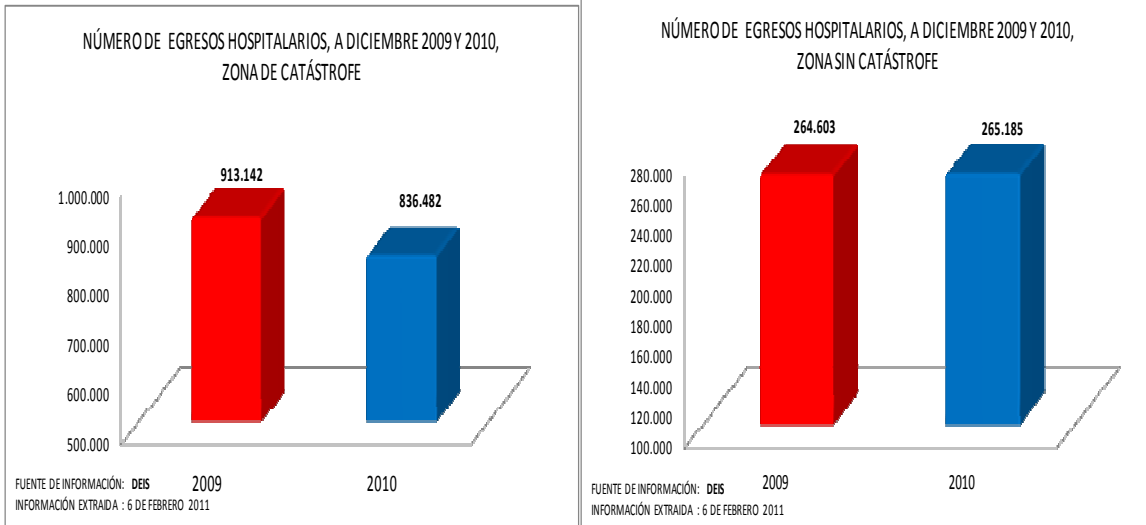
Ord. que envía a firma del Min. Hacienda el decreto modificatorio del Decreto N°1 de 2010, sobre listas de espera AUGE con plazo vencido para reclamación; está para visto bueno del Sr. Subsecretario desde el **06 de abril de 2011** -numero int. del sistema **204-**

Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública
NO APLICA A LA INSTITUCION

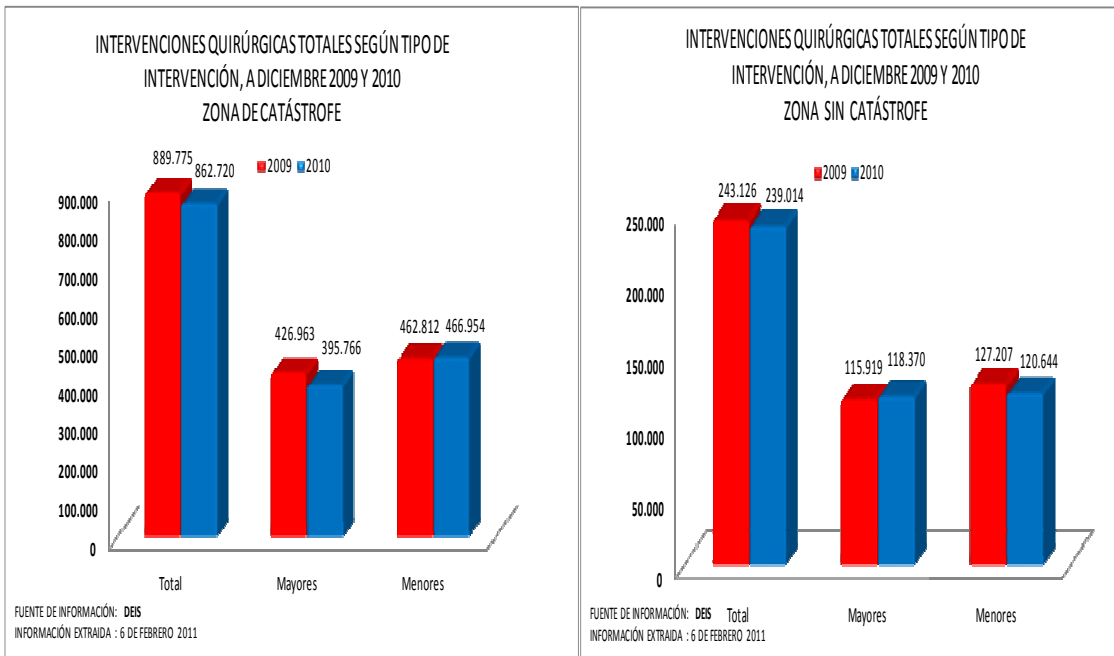
Anexo 11: Producción Estadística 2009 - 2010

Zona catástrofe y zona de no catástrofe.

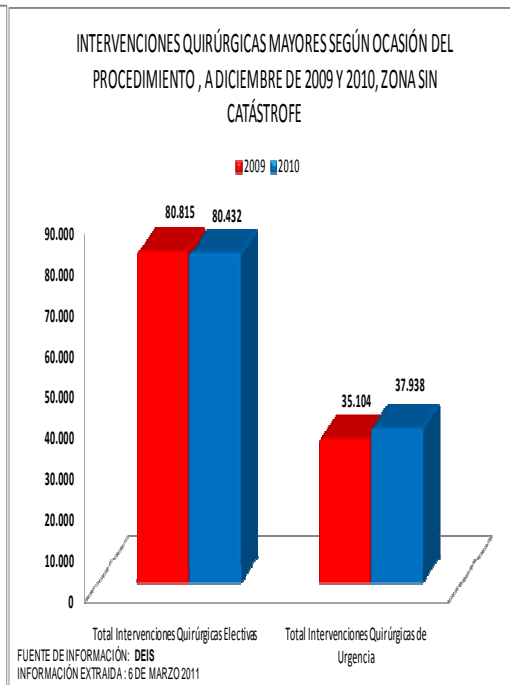
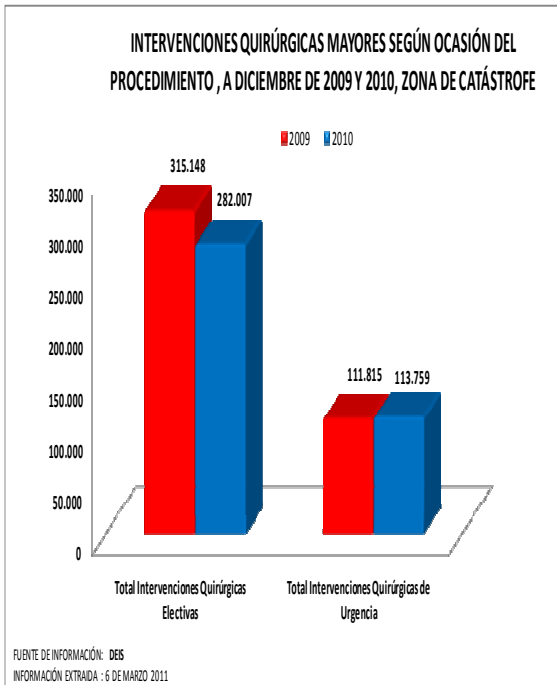
EGRESOS HOSPITALARIOS POR ZONA Y AÑOS 2009 Y 2010



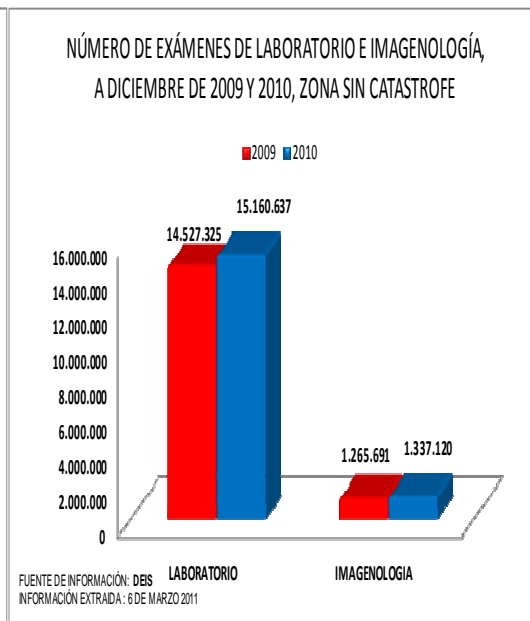
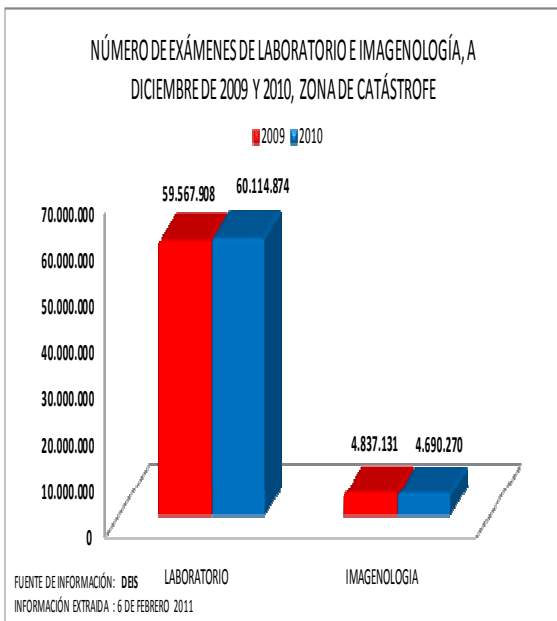
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR ZONA Y AÑOS 2009 Y 2010



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES POR ZONA Y AÑOS 2009 Y 2010

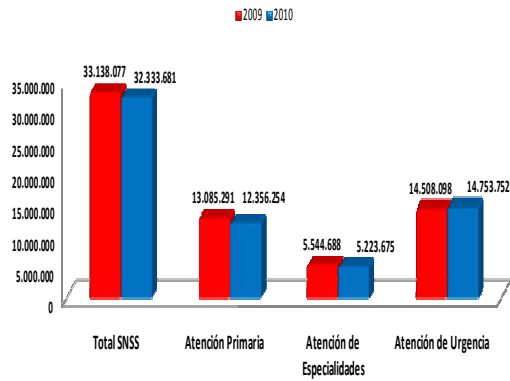


EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA POR ZONA Y AÑOS 2009 Y 2010

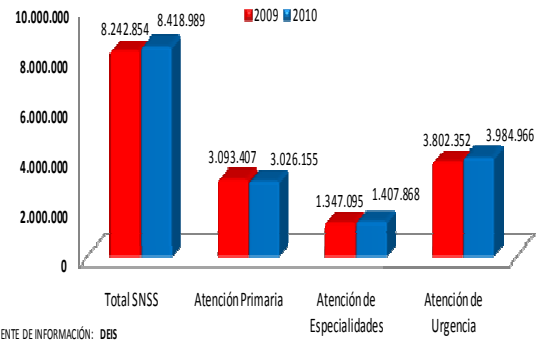


ATENCIÓNES MÉDICAS TOTALES POR ZONA Y AÑOS 2009 Y 2010

ATENCIÓNES MÉDICAS TOTALES, SEGÚN NIVEL U OCASIÓN DE LA ATENCIÓN, A DICIEMBRE DE 2009 Y 2010, ZONA DE CATÁSTROFE



ATENCIÓNES MÉDICAS TOTALES, SEGÚN NIVEL U OCASIÓN DE LA ATENCIÓN, A DICIEMBRE DE 2009 Y 2010, ZONA SIN CATÁSTROFE



FUENTE DE INFORMACIÓN: DBS
 INFORMACIÓN EXTRAIDA : 6 DE FEBRERO 2011