



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL 2011

Subsecretaría de Redes Asistenciales

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL

AÑO 2011

MINISTERIO DE SALUD

**SUBSECRETARÍA
DE
REDES ASISTENCIALES**

MAC IVER 541, 5744000
www.minsal.cl

Carta Ministro



En el 2011 el plan de acción del Sector Salud se enfocó en cumplir los compromisos asumidos por el Gobierno y fortalecer los procesos internos, con la finalidad de entregar a los beneficiarios la oportunidad y el acceso a las atenciones de salud.

La agenda de trabajo del 2011 contempló la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020. Este documento inició una gran tarea que involucra a todo el intersector y constituye la oportunidad para hacer un cambio profundo en la salud de la población.

En esta misma línea y en respuesta a las crecientes tasas de obesidad y sedentarismo en Chile, el programa “Elige Vivir Sano”, orientó una serie de iniciativas en el Ministerio como los Planes Comunales Promotores de Salud, la Estrategia de Lugares de Trabajo Promotores de Salud, Control del joven sano, entre otros diversos reglamentos para fomentar la alimentación saludable, el impulso del proyecto de Ley de Tabaco y de Etiquetado de Alimentos.

Durante este año, se cumplió con la eliminación de cotización del 7% para los pensionados y la ampliación del Postnatal a seis meses, que fomentará la lactancia materna exclusiva desde los primeros meses de vida.

En lo referido a reconstrucción, se avanzó notablemente en reponer el daño causado por el terremoto, levantando los 9 hospitales comprometidos por reconstrucción acelerada, lo que permitió la recuperación de 763 camas perdidas. También se logró recuperar hospitales con daños mayores en su infraestructura entre los que se destacan los siguientes: Hospital de Temuco (Reconstrucción y adquisición de pabellones, CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento) y 120 camas) y Hospital de Angol (Reparación).

Desde los resultados en la gestión asistencial, con orgullo se señala el término de las listas de espera AUGE, a través de la creación de un “sistema de alertas AUGE” y la implementación del “Bono AUGE”. Cabe destacar, que el proceso se cerró en noviembre del 2011, terminando con las 380.000 garantías retrasadas existentes a esa fecha; todo esto con la misma capacidad de atención institucional en la mayoría de los casos. También se avanzó en la disminución de la lista de espera del compromiso Presidencial que establece la resolución de un universo de 89.000 personas que esperaban más de un año a marzo del 2011. A diciembre este universo había disminuido en un 32,4%.

Paralelamente, se abordaron otras iniciativas de Gobierno orientadas a mejorar la satisfacción de los usuarios: "Hospital a punto" y los Centros de Excelencia en APS (Atención Primaria de Salud), ambos con resultados exitosos y prorrogados para el año 2012.

Entre otros aspectos a destacar , encontramos la implementación del proyecto de Licencias Médicas Electrónicas, la habilitación de la compra de bonos de atención de salud (BAS) mediante tarjetas de crédito y débito bancarias, como también tarjetas de retail, creación de kioscos de autoconsulta, habilitando al menos un aparato en todas las sucursales de la Región Metropolitana y se estableció el programa de disminución de la deuda de los servicios hospitalarios, la cual disminuye en un 64%, es decir, de \$39 mil millones en diciembre del año 2010 baja a \$25 mil millones en diciembre de 2011.

Adicionalmente , se fortaleció la atención pre hospitalaria y hospitalaria, aumentando la productividad y la calidad de atención asociada al incremento del per cápita, el fortalecimiento del GES (Garantías Explícitas en Salud) en toda la red, con énfasis en medicamentos para pacientes crónicos atendidos en APS, fortalecimiento de la red de urgencia desde la APS e incrementando el número de SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) y SUR (Servicios de Urgencia Rural) hasta la UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria).

Se ha realizado la instalación de un modelo de fiscalización con enfoque de riesgo, para avanzar hacia una supervisión basada en este aspecto, se contribuyó a una mayor transparencia del sistema de ISAPRES, a través del compendio de Normas Administrativas y se puso en vigencia el nuevo reglamento de Control de Medicamentos (DS N°3/10).

Otro papel importante, ha sido el abastecer de fármacos e insumos a nivel nacional, que cubran las garantías asociadas a las 69 patologías vigentes.

Finalmente, podemos señalar que en forma general, el sector ha avanzado considerablemente en modernizar su gestión interna, a través de la implementación y certificación en la Norma ISO 9001:2008 para los procesos de negocio y la implementación de sistemas informáticos que permitan hacer más eficiente los procesos, todo ello para entregar un servicio más eficiente a los clientes del Sector Salud.


Dr. Jaime Mañalich Muxi
Ministro de Salud

Índice

1. Resumen Ejecutivo.....	5
2. Resultados de la Gestión año 2011.....	8
2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2011 y la Provisión de Bienes y Servicios.....	8
2.1.1 Prioridades Gubernamentales.....	8
2.1.2 Aspectos relevantes contenidos en la Ley de Presupuesto 2011.....	8
3. Desafíos para el año 2012.....	23
4. Anexo.....	33
Anexo 1: Identificación de la Institución.....	33
Anexo 2: Recursos Humanos.....	39
Anexo 3: Recursos Financieros.....	48
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2011.....	61
Anexo 5: Compromisos de Gobierno.....	67
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.....	72
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2011.....	75
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	77
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	78
Anexo 10: Gráficos de Producción.....	80

1. Resumen Ejecutivo



La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene como misión 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.

Sus objetivos estratégicos (Formulario A1) se encuentran definidos y adjuntos en el anexo N°1 del presente balance, en él se destaca nuestra preocupación por fortalecer el Modelo de Gestión de la Red, mejorar el cumplimiento del Régimen de Garantías Explícitas en la atención que prestamos a nuestros usuarios, relevar el rol que cumple nuestra Atención Primaria en el ámbito del modelo de salud con enfoque en la Salud de la Familia y la Comunidad, además de mejorar su resolutivez. También considera la supervisión sobre la administración de los recursos para que esta gestión se lleve a cabo, y en ello incorpora tanto los recursos financieros como humanos; en el caso del primero, siempre apunta a mejorar la gestión y el uso eficiente resguardando la sustentabilidad, para el segundo, la labor esta orientada a disponibilidad, distribución y competencias. En lo relativo a inversión, seguimos adelante con la reconstrucción con el objetivo de cumplir nuestros compromisos establecidos lo antes posible, en cuanto a la nueva inversión el foco esta dado en el programa de Gobierno 2010-2014 asociado a las nuevas obras de atención primaria y hospitales. Finalmente, en el ámbito hospitalario el proceso de Acreditación para la garantía Calidad durante el año 2011 suma un establecimiento más, el hospital san Juan de Dios, completando con ello tres establecimientos acreditados. El desafío para el año 2012 es lograr 29 establecimientos.

Nuestros usuarios y principales clientes están representados potencialmente por toda la población del país que requiera de nosotros por motivos de su salud, focalizado en los beneficiarios del seguro público equivalentes a 12.731.506 beneficiarios según corte a diciembre 2010, dato vigente para el ejercicio del año 2011.

Nuestra estructura considera 171 funcionarios, 114 mujeres y 57 de hombres. El Organigrama incluye un Gabinete y cuatro Divisiones específicas orientadas a la gestión de las Redes Asistenciales, a la Inversión Sectorial, la gestión y el desarrollo del recurso humano de los servicios de salud y la gestión de la Atención Primaria. No contamos con presencia de oficinas dependientes regionales, sino más bien 29 Servicios de salud autónomos de los cuales dependen alrededor de 2.000 establecimientos asistenciales sobre los cuales esta Subsecretaría ejerce un rol coordinador, normador, supervisor y de apoyo para su gestión, ya que ellos representan el contacto directo con nuestros usuarios.

Según la ley de Presupuesto vigente nuestra institución recibió para su gestión un presupuesto equivalente a \$ 332.960.305.000 el cual representa el 5% del presupuesto de salud y el 0,28% del PIB para el mismo año.

Para el año 2011, la tarea estuvo dividida en a lo menos dos grandes ámbitos, uno asociado a concluir la reconstrucción a raíz del daño provocado por el terremoto y otro en avanzar con las estrategias que nos permitirían cumplir con los objetivos de mejora en la gestión y focalización en nuestros usuarios.

En lo referido a reconstrucción avanzamos notablemente en reponer el daño causado levantando los 9 hospitales comprometidos por construcción acelerada, lo que permitió la recuperación de 763 camas perdidas por el terremoto. También se logro recuperar hospitales con daños mayores en su infraestructura entre los que se destacan el Hospital de Temuco (pabellones, CDT y 120 camas) y la Reparación del Hospital de Angol, ambos terminados al cierre del periodo.

En nueva inversión, para la Atención Primaria se terminaron las obras de 4 Cesfam, llegando así a un total de 31 Cesfam terminados dentro del periodo de Gobierno con fondos sectoriales junto a los financiados con FNDR que vienen a cumplir el compromiso presidencial de construir 56 en el periodo.

Continuamos con las obras concesionadas del Hospital de la Florida y Maipú los que se encuentran comprometidos para el año 2013 funcionando.

En cuanto a estrategias asistenciales, este año nos ocupo el aumento de la productividad y calidad de atención asociada al incremento del per cápita, el fortalecimiento del GES en toda la red, con énfasis en medicamentos para nuestros pacientes crónicos atendidos en APS, el fortalecimiento de la red de Urgencia, desde la APS incrementando el número de SAPU y SUR hasta la UEH, fortaleciendo la atención pre hospitalaria como la hospitalaria.

Aumentamos cupos de pacientes con dependencia Ventilatoria para niños y adultos, se trabajó en el programa Vida Sana aumentando también su cobertura para el programa de alcohol y obesidad.

Se fortaleció la resolutiveidad de la APS agregando nuevas UAPOS e incorporando a nuevos centros la disponibilidad a Tele dermatología.

Se permitió avanzar considerablemente en el N° de Prestadores Institucionales Acreditados (Instituto Nacional del cáncer, Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Hospital Padre Alberto Hurtado y Hospital San Juan de Dios. El plan para este año es avanzar con el resto del universo con el fin de lograr que al menos el 50 por ciento de ellos se presente a la Acreditación (29 hospitales de alta complejidad).

Desde los resultados en la gestión asistencial con orgullo señalo el término de las listas de espera GES gracias a la accionar comprometido de nuestros servicios de salud resolviendo alrededor del 90% de ese universo, la mayor parte de ella en la misma capacidad de atención institucional, además fuimos capaces de avanzar en la disminución de la lista espera del compromiso Presidencial que establece la resolución de un universo de 89.000 personas que esperaban más de un año a marzo del 2011. A diciembre este universo había disminuido en un 32,4%.

Paralelamente y adicional a todos nuestros compromisos descritos se abordaron dos iniciativas de gobierno orientadas a mejorar la satisfacción de nuestros usuarios, con esto me refiero a "El Hospital a punto" y los Centros de Excelencia en APS, ambos con resultados exitosos y por ello prorrogados también para el 2012.



Dr. Luis Castillo Fuenzalida
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

2. Resultados de la Gestión año 2011

2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2011 y la Provisión de Bienes y Servicios.

Según lo estableció la Ley de Presupuesto vigente para el año 2011 se obtuvo un presupuesto total de \$ 3.911.943¹ millones lo que implicó un incremento del 12,5% respecto la Ley Inicial 2010 más Reajustes y Leyes Especiales. Dicho crecimiento significó aumentar los recursos en \$ 435.425 millones.

Con el propósito de dar cumplimiento al compromiso del gobierno de garantizar una salud oportuna y de calidad, la gestión institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el año 2011 se desarrolló en base a las prioridades gubernamentales que se detallan a continuación:

2.1.1 Prioridades Gubernamentales.

Número	Prioridades Gubernamentales
1	Mejor Atención e Infraestructura
2	Programa AUGÉ.
3	Nivel de Atención Primaria.
4	Nivel de atención Secundaria y Terciaria.
5	Prestaciones de Seguridad Social.

2.1.2 Aspectos relevantes contenidos en la Ley de Presupuesto 2011.

Mejor Atención e Infraestructura

El año 2011 se invirtieron en Salud, \$ 287.514.206 millones, en infraestructura y equipamiento de la red hospitalaria, laboratorios ambientales y en atención primaria. A nivel hospitales se finalizaron las obras de 13 hospitales entre los que se incluyen 9 Hospitales de Construcción Acelerada. A nivel de atención primaria se terminaron las obras de 4 Cesfam, llegando así a tener un total de 31 Cesfam terminados desde este periodo de Gobierno con fondos sectoriales junto a los financiados con Fondos Nacionales para Desarrollo Regional (FNDR) que vienen a cumplir el compromiso presidencial de construir 56 en el período.

A nivel Concesiones, se ejecutan las obras del **Programa de Concesiones Hospitalarias I** de los Hospitales Concesionados de Maipú de 375 camas y de La Florida de 391 camas cuya puesta en

¹ Descontado Saldo Final de Caja, Servicio de la Deuda (amortizaciones), Préstamos y Adquisición de Activos No Financieros.

marcha está prevista para enero de 2013. Supone una inversión total, contando equipamiento, de unos 160 mil millones de pesos. Por otro lado, se dio inicio a la licitación del Hospital de Antofagasta y supone una inversión de 150 mil millones de pesos, aportando 671 camas adicionales a la red.

En paralelo, se está trabajando en el **Programa de Concesiones Hospitalarias II** que contiene los Hospitales de la Red Sur, La Red Viña del Mar- Quillota, el Complejo Sótero-Puente Alto y el Salvador- Geriátrico además del Metropolitano Occidente. Importante destacar a compra del terreno de Sotero del Río por un valor de 23 mil millones.

Recuperación de la infraestructura dañada por el terremoto

Debido al daño producido por el terremoto se tomó la decisión de reponer los hospitales mediante un innovador sistema constructivo que permitía tener en operación los Hospitales en un plazo aproximado de 6 meses desde la etapa de diseño. Así, tras realizar las evaluaciones de los daños y los estudios correspondientes, se instruyó a fines del 2010, la construcción de 9 hospitales: San Antonio de Putaendo, Parral, Talca externo, Curicó, Talca interno, Cauquenes, Hualañé, Chillán y Félix Bulnes.

Los nueve hospitales están en pleno funcionamiento incluyendo 763 camas recuperadas luego que habían sido dañadas o perdidas a raíz del terremoto. Cabe señalar que el hospital de Hualañé fue financiado en parte por el aporte de 2,5 millones de dólares que donó el Gobierno Japonés.

Como meta para este año 2011 se instruyó la recuperación de los 7 hospitales que sufrieron daños en las mayores en las zonas del terremoto. Entre estos hospitales que se debían intervenir mediante reparaciones mayores se encuentra el Hospital de Temuco (pabellones, CDT y 120 camas) y la Reparación del Hospital de Angol, ambos terminados.

Por otro lado, están los proyectos de la reparación de la Torre del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente con un 35% de avance, la Habilitación del Complejo San Borja Arriarán que se encuentra licitando la última etapa y las reparaciones de la Torre del Hospital San Carlos y el Hospital de Chillán que están próximos a licitar y el Hospital de Curanilahue cuya licitación se espera levantar a finales del 2012.

Equipo y equipamiento

El 2011 fue un año en el que se dio una especial relevancia a la renovación del equipamiento hospitalario con una inversión de 63 mil millones de pesos. Se realizó un Programa de renovación de camas a nivel nacional que permitió la renovación de 8 mil camas con una inversión de 8 mil millones de pesos.

Por otro lado, se cerraron las brechas de equipamiento gracias a la inversión de 9 mil millones de pesos en equipos que sobretodo venían a reforzar las áreas de imagenología y esterilización. Dentro del programa GES se realizó una inversión total de 10 mil millones de pesos en equipamiento para anatomía patológica, neonatología, imagenología y pabellón.

Se realizó a una inversión en equipamiento financiado vía Royalty de 5.000 millones de pesos que se emplearon para reponer equipamiento que necesitaban los establecimientos más afectados por el terremoto.

Programa " Mi hospital se pone a punto"

Dado que para este Gobierno, el foco de la atención hospitalaria se encuentra en el servicio a los usuarios (pacientes) de los hospitales, se constituyó un programa cuyo objetivo es "Mejorar la satisfacción de usuarios de hospitales en el corto plazo"; es el Programa de "Mi Hospital se Pone a Punto".

Las prioridades de actuación han sido:

- Áreas de mayor impacto directo en mejorar la satisfacción de los usuarios (Salas de espera)
- Áreas con impacto más rápido en mejorar la satisfacción de los usuarios (Atención en urgencia)
- Áreas de relativa fácil ejecución (Mejoras en infraestructura)



El proyecto consta de 3 etapas con proyectos que fueron elegidos por ser de alta prioridad para el Gobierno:

	Etapa 1 12 Hospitales	Etapa 2 8 Hospitales	Etapa 3 12 Hospitales			
Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> • San Borja Arriarán • San Juan de Dios • San José • Roberto del Río • El Salvador • Neurocirugía 	<ul style="list-style-type: none"> • El Tórax • El Pino • Barros Luco • Calvo Mackenna • Van Buren • Gustavo Fricke 	<ul style="list-style-type: none"> • Sótero del Río • Antofagasta • La Serena • Coquimbo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ovalle • Temuco • Puerto Montt • Castro 	<ul style="list-style-type: none"> • Rancagua • Lebu • Curicó • San Fernando • Cauquenes • Posta Central 	<ul style="list-style-type: none"> • Parral • Illapel • San Felipe • Quillota • Valdivia • Linares
Presupuesto	\$2.388 millones	\$1.066 millones				

Complementariamente, se instauró el rol de "Orientador de sala de espera" a fin de mejorar el trato e información al usuario y se comprometió instalar una red de circuito cerrado de TV en las salas de espera. De cara a una mejor evaluación del impacto de este programa, se realizará una encuesta de satisfacción usuaria.

Nivel Atención Primaria de Salud

Para el año 2011, la atención primaria recibió un presupuesto equivalente a \$865.411 millones, lo que representó un incremento del 8,3% al compararlo con el año 2010, este incremento significó adicionar recursos por \$ 66.371 millones.

Durante este año la Atención Primaria Municipal atendió a una población de 11.637.453 personas válidamente inscritas, lo que significó el crecimiento de un 3,77% en relación al 2010. Según esto el 91.4% de la población del sector público, está a cargo de la APS Municipal. El Crecimiento de la Población Certificada fue de 3.44% sobre el año de 2010; a su vez, la población a cargo de 65 y más años, en el ámbito de salud municipal, experimentó un aumento de un 5.7% respecto del año anterior.

Per cápita

Considerando el aumento porcentual señalado del Per cápita basal a nivel país de un 8,8 %, para comunas clasificadas como urbanas y rurales, se logró alcanzar la suma de \$2.743 por persona al mes (\$ corrientes), lo que permitió la actualización del Plan de Salud Familiar en aspectos como: el perfil demográfico de población a cargo, con la respectiva adecuación de rendimiento en acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, a través del ciclo vital; los tiempos de atención de morbilidad y de crónicos en la población a cargo, a través del ciclo vital y el aumento de peso relativo de la farmacia en los costos indirectos del plan de salud familiar, desde 17,4% a 17,7%.

Reforzamiento AUGÉ en APS

Para este nivel de atención se entregaron recursos adicionales por \$ 7.297 millones para prestaciones AUGÉ destinados a aumentar las coberturas producto del acrecentamiento de la población inscrita y validada e incrementos específicos de ciertas patologías crónicas como la Diabetes Mellitus Tipo II, los medicamentos para las Garantías Explícitas en salud en APS fueron fortalecidos gracias a este financiamiento: insulinas, jeringas y antiparkinsonianos, entre otros, aseguraron la entrega de la garantía farmacológica explícita que se resuelve en atención primaria.

Examen de medicina Preventiva

Con respecto a los Exámenes de Medicina Preventiva, durante el año 2011 se realizaron 166.207 nuevos exámenes, representando un crecimiento promedio de 13.6%. Se destaca el crecimiento referido a Otros profesionales.

TABLA N° 01 Exámenes de Medicina Preventiva según tipo de profesional, 2010 – 2011.

Profesional	EMP 2010	EMP 2011	Variación, %
MEDICO	48.226	50.236	4,20%
ENFERMERA	722.560	803.133	11,20%
MATRONA	152.379	147.090	-3,50%
NUTRICIONISTA	106.350	137.618	29,40%
OTROS PROFESIONALES	66.300	89.781	35,40%
TECNICO PARAMEDICO	125.986	160.150	27,10%
TOTAL	1.221.801	1.388.008	13,60%

Fuente: DEIS/MINSAL..

Red Urgencia APS

De la atención de urgencia en atención primaria se destaca el fortalecimiento en el número de dispositivos, logrando un total de 239 SAPU habilitados al año 2011: 228 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de dependencia Municipal (SAPU), 10 SAPU de establecimientos dependientes de Servicios de Salud, uno de dependencia de una Organización No Gubernamental (ONG), y, 17 SAPU Verano. Se agrega a lo anterior, el funcionamiento de 122 Servicios de Urgencia Rural (SUR) presentes en comunas rurales que no tienen acceso a la red de hospitales de baja complejidad.

Las consultas efectuadas en SAPU y SUR en el año 2011 alcanzaron a 8.955.864 consultas totales, divididas entre: 8.379.478 y 576.386 consultas, respectivamente. Esto significó un incremento de 9,7% de las consultas de urgencia en Atención Primaria respecto al año 2010.

TABLA Nº 02 Número y Tipo de Dispositivos de Urgencia en Atención Primaria en Funcionamiento: SAPU y SUR Años 2008 - 2011.

TIPO DE DISPOSITIVO	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
SAPU	202	218	229	239
SAPU VERANO	17	15	17	17
TOTAL SAPU	219	233	246	256
SUR	93	102	112	122

Fuente: División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012.

Atenciones salas ERA y AVI- AVNI-AVNIA

Se incorporan 30 Salas Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) a las 470 existentes incrementando en 300.000 personas mayores de 19 años la cobertura ofrecida, beneficiarios (1 sala ERA cada 10.000 hbts).

Se ofrecen 40 nuevos cupos para niños y niñas en el programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI) y Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI), lográndose liberar camas en Unidades de Pacientes Críticos y en Unidades de Intermedio de establecimientos hospitalarios de la red asistencial pública, de ese modo, se logró entregar apoyo ventilatorio invasivo y no invasivo en domicilio a 278 niños y niñas a lo largo del país. En el caso de niños que requieren Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI), durante el año 2011 se ventilaron en domicilio 81 niños, con periodos de permanencia en el programa que oscilaron entre 1 a 12 meses, con un total acumulado de 228 meses.

Asimismo, durante el año 2011 se asigna la expansión de 40 cupos para el programa de Asistencia Ventilatoria No Invasiva de Adultos (AVNIA), logrando liberación de camas básicas de Hospitales de la Región Metropolitana.

Programa Piloto Vida Sana

Se incorporó el Programa Piloto Vida Sana, Alcohol y Tabaco por \$3.099 millones. El Programa consideró en la APS: Alcohol, Tabaco población general y la Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes y Adultos, incluyó en el caso del primer programa a 23 comunas y a 6 Servicios de salud de la Región Metropolitana, realizándose la implementación operativa en los equipos de salud del piloto y sus estrategias durante ese mismo año, para el segundo programa se implementó en 24 Servicios de Salud, llegando a generar 26.722 cupos para la población de 44 comunas de los Servicios de Salud en las regiones: Metropolitana, V, VII, X y XIV.

Equidad en APS

Durante el 2011 se dio continuidad a las acciones del programa de mejoría de la equidad en salud rural, a través de acciones de refuerzo de equipos de ronda y segundos técnicos paramédicos en las Postas de Salud Rural de las comunas más vulnerables, así como el fortalecimiento de trabajo comunitario. Al 2011 se alcanzó una cobertura de 40% de las Postas Rurales del País con segundo técnico paramédico, lo que permite reforzar tanto la calidad como la cantidad de las acciones.

Resolutividad Atención Primaria

En lo relacionado al Programa de Resolutividad en Atención Primaria durante el 2011, se incorporaron 10 nuevas Unidades de Atención Primaria Oftalmológica, las que forman parte de la estrategia de fortalecer la Resolutividad de la Atención Primaria, en la especialidad de Oftalmología. (UAPO), alcanzando un total de 61 dispositivos instalados en el país. Al mismo tiempo, durante el 2011, 3 nuevos Servicios de Salud incorporaron la estrategia de resolución de especialidades con Tele dermatología, alcanzando a 19 Servicios de Salud con dicha estrategia en funcionamiento. Por otra parte, se ha generado un aumento de Especialidades Ambulatorias en APS de procedimientos de apoyo diagnóstico (mamografías, ecografías mamarias y ecografías abdominales).

Se amplía la cobertura de Pago a Cuidadores de Pacientes Postrados que permitió apoyar a 6.058 nuevas personas, llegando a 22.646 pacientes postrados con cuidados especiales a diciembre de 2011.

También durante el 2011, se incorporaron 16 nuevas Salas de Rehabilitación y se amplía la cobertura en este ámbito para áreas rurales vulnerables, mediante la incorporación de equipos rurales en el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud para 5 regiones del País.

Salud Mental APS

Durante el 2011 se implementó apoyo odontológico para 53 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), donde se realizan acciones promocionales, preventivas y recuperativas en el área de la odontología. En el ámbito de Salud Mental Integral en APS, se realizaron acciones de refuerzo en zonas afectadas por terremoto y tsunami, otorgando atención de salud específica a más de 3.057

familias afectadas por el terremoto y tsunami viviendo en Aldeas, que presentan mayor vulnerabilidad emocional y psicológica, apoyo psicológico para enfrentar esta nueva forma de vida. Se otorgó a los equipos de salud de atención primaria, competencias específicas para tratar trastornos de salud mental de niños y adolescentes en 604 establecimientos.

Anticonceptivos APS

Se mantuvo la oferta de regulación de la fertilidad, de 10 métodos anticonceptivos, incrementando la adquisición de 44,3% a 65,5% de lo programado, lo que redundó en un aumento de la población bajo control en un 1,6%; sin embargo, la cobertura pasó de un 36.5 a un 35.5%, debido al mayor el incremento de la población en edad fértil, que fue un 4%.

Centros de Excelencia

Finalmente, en el año 2011 se reconocieron como Consultorios de Excelencia, 33 Centros de Salud Familiar pertenecientes a 33 comunas y a la jurisdicción de 23 Servicios de Salud; cada una de las comunas donde se localizan estos centros, recibió un estímulo financiero entregado a principios del año 2012, para incentivar a los funcionarios y a la gestión municipal, con el compromiso de implementar durante el año acciones de mejoramiento de la satisfacción usuaria en cada Centro.

Nivel de atención secundaria y terciaria

Listas de espera NO GES

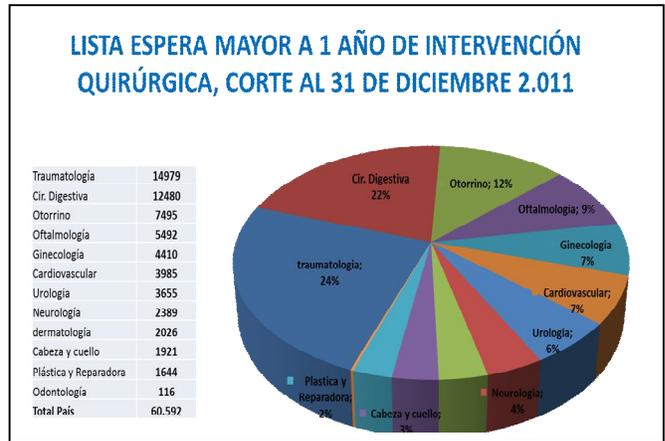
Se incrementaron los recursos en \$ 18.159 millones destinados a la disminución de lista de espera en consultas de especialidad (oftalmología y traumatología, entre otras) y de intervenciones quirúrgicas, las cuales se concentran en general en traumatologías (endoprótesis de cadera y prótesis de rodilla). 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.

El 31 de marzo de 2011 se realizó el primer levantamiento de las listas No Ges de Intervención Quirúrgica mayor a 1 año por parte de los Servicios de Salud, información que arrojó un total de 89.631 personas en Espera de una atención, lo que se estableció como Compromiso Presidencial a resolver entre junio de 2011 y junio de 2013.

**TABLA N° 03 Listas de Espera No Ges Compromiso Presidencial'
Según Servicio de Salud y Establecimiento de Destino del Paciente
Corte al 31/12/2011**

Al 31 de Diciembre del año 2011 la lista logra disminuir en un 32.4%, equivalente a 29.039 egresos de este universo de pacientes. Al finalizar el año 2011 el Compromiso Presidencial estaba compuesto por 60.592 personas en espera.

Servicio Salud	Lista de Espera Comprometida
A. Sur	6.076
Viña del Mar-Q	4.536
Ñuble	4.222
M. Norte	4.185
Del Maule	3.983
M. Central	3.811
Osorno	3.542
Antofagasta	3.243
Valparaiso-SA	3.095
M. Sur	3.005
Bío Bío	2.738
Iquique	2.243
M. Oriente	2.241
Valdivia	1.980
M. Sur Oriente	1.963
Del Reloncaví	1.953
Coquimbo	1.367
M. Occidente	1.320
O'Higgins	1.175
Atacama	987
Aconcagua	675
Arica	586
Chiloé	566
Concepción	535
A. Norte	507
Magallanes	41
Talcahuano	17
Total General	60.592



Gestión de Camas Críticas

Adicionalmente la ley de presupuesto 2011 consideró recursos por \$ 11.884 millones para el Programa Gestión de Camas específicamente: camas agudas, críticas UCI y UTI, neonatología, hospitalización domiciliaria, fortalecimiento de la gestión de camas en hospitales de alta complejidad y reforzamiento camas paciente crónico rehabilitación, además de la redistribución de camas de salud Mental. Incluyó, 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.

Durante el año 2011, se efectuaron en total de 4.283 traslados, en su mayoría correspondientes a traslados a camas críticas (78%), pacientes adultos (61%), provenientes de 68 hospitales de la red pública. Cabe destacar que un 40 % de estos traslados son de regiones distintas a RM.

Con respecto a los resultados obtenidos al año 2010 (5715 traslados totales, 50% hacia el sector público), durante el año 2011 se produjo un menor porcentaje de derivación hacia el sector público (37%), las razones se explican a continuación:

- a. El año 2010, vía UGCC se trasladaron un número importante de pacientes por efecto "TERREMOTO", que implicó reubicar gran número de pacientes de los hospitales destruidos en otros hospitales de la red en este período, y durante todo este año, trasladar a pacientes que requirieron de cama especialmente UCI debido a que su hospital de origen tuvo que disminuir su dotación por daños de infraestructura pesquizados posteriormente. Esta situación fue mejorando en el tiempo lo que se refleja como por ejemplo en la disminución de traslados desde SS Maule, principal afectado por el terremoto. Desde esto no se considera falible referir comportamiento comparando con el 2010.
- b. Desde octubre 2010 y todo el año 2011 se definió modificar la declaración de los registros asociados a los traslados de Recién Nacidos en el sistema informático para la Gestión de camas, denominado UGCC, diferenciando todos los casos de RN de las madres trasladadas a clínica, hecho que se tradujo en un aumento de los registros de pacientes en el extra sistema y que en el caso del binomio madre hijo, lo duplicó.
- c. Alerta Sanitaria por causas Respiratorias decretada durante el periodo comprendido desde el 18 de junio al 15 de septiembre del año 2011 generó una mayor demanda por hospitalización de pacientes pediátricos y adultos desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria, lo que provocó una mayor utilización de recurso cama, incluida la cama crítica. Vía UGCC, las derivaciones pediátricas al sector privado, que normalmente no superan el 18 % alcanzaron hasta el 43% de todas de las derivaciones.
- d. Prioridad de GES y Lista de espera (prioridades por sobre traslados UGCC): Desde su creación en el año 2009 la UGCC realiza traslado de pacientes que requieren cama crítica, con exclusión de casos como los pacientes GES, ya que estos pacientes cuentan con sus redes de resolución definidas. Sin embargo, a partir del año 201, por necesidad de dar cumplimiento a una prioridad Presidencial (dada a conocer a la comunidad en Mayo del año 2011), se instruye al Ministerio de Salud y al seguro público de FONASA, en una mayor utilización del recurso cama crítica, pabellones y otros, para cumplir con la meta de lista "cero". Debido a lo anterior, es que aquellos pacientes con patologías GES que requerían cama crítica y que no podía resolver el sistema público, fueron derivados vía UGCC al extrasistema, aumentando con ello el porcentaje de demanda del recurso cama en el sector privado, especialmente pacientes de neonatología, prematuros y con distress respiratorio, que requerían de una resolución inmediata llegando a generar el 50% de los traslados UGCC de pacientes GES.

Con respecto a las Unidades de paciente crítico de los hospitales, éstas concentran un importante nº de los recursos, (RRHH altamente calificado, tecnología, medicamentos, entre otros), al mismo tiempo a los pacientes más complejos, lo que determina que sean unidades gravitantes en la administración de un hospital. En el año 2011 se logran 924 cupos de camas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para pacientes adultos, neonatológicos y pediátricos y 1.597 para cama de Unidades Tratamiento Intermedio (UTI).

De las camas críticas comprometidas a implementar para el año 2011 se logró un 69% de cumplimiento equivalente a 44 de las 64 comprometidas. De las camas Agudas se implementaron en un 74% (258 de 348) y de las camas de Intermedio se implementaron 127 de las 177.

Además de la incorporación de recursos por expansión 2011, también por concepto de Alerta Sanitaria se reforzó la atención en las Unidades de Paciente Crítico (UPC) tanto de adulto como pediátricas durante el período de 4 meses. Con esto fue posible contar con recursos para la operación y contratación de RRHH para nuevas camas críticas por M\$2.388.425 en los 22 Servicios de Salud que se vieron más afectados por la aumento de enfermedades por Virus Respiratorio Sincial y comprar equipamiento por un monto de M\$ 1.756.143 para UEH y apertura de camas críticas. A través de los recursos de expansión del 2011, se reforzó los box de reanimación de las UEH por un monto de M\$ 45.255.

Red de Urgencia Hospitalaria

En lo referido a la red de Urgencia del nivel secundario, durante el año 2011 se implementó la estrategia de Atención de Urgencia Diferida en servicios de urgencias, SAUD. A fines del año 2011 y luego de 6 meses de monitoreo de los 11 dispositivos instalados, se logró otorgar 64.150 atenciones en total, con un promedio diario que fluctuó entre 27 a 41 pacientes. La evaluación realizada por los equipos clínicos de las UEH, como desde la población atendida en estos dispositivos demostró una alta satisfacción sobre todo en lo relativo a comodidad, limpieza, claridad e información general y medica. Solo el 31% de los entrevistados reconoció un impacto en los tiempos de espera.

REDES MACRORREGIONALES

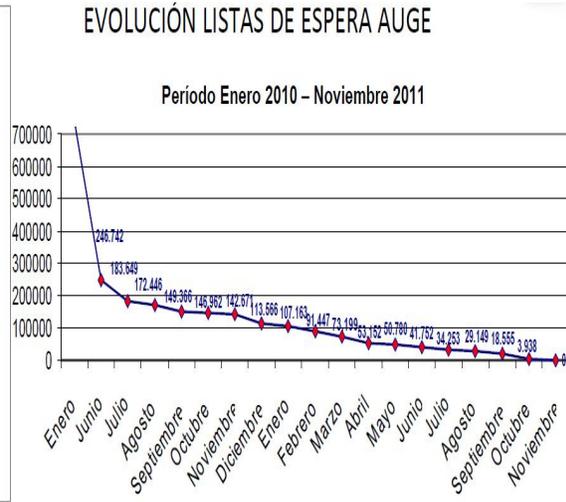
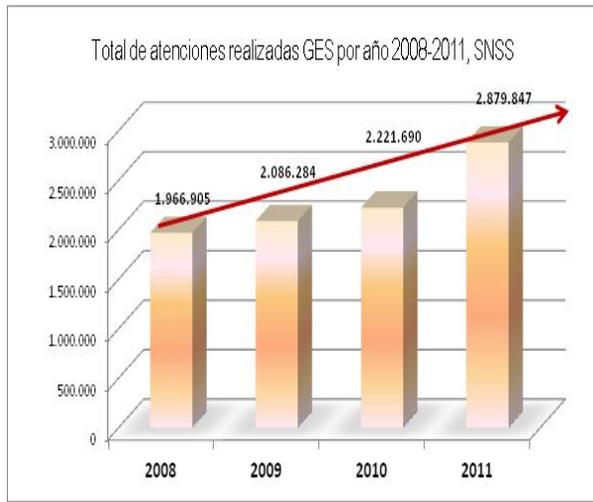
Con el fin de fortalecer aún más la gestión de los Servicios de Salud, la Subsecretaria de Redes Asistenciales determina se establezcan estrategias de organización que favorezcan su articulación: la Coordinación de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y la Coordinación de la Red Asistencial a nivel Macroregional.

Las Redes Asistenciales Macrorregionales, están compuestas por los 29 Servicios, agrupados estratégicamente en seis Redes Asistenciales Macrorregionales. Sus funciones: impulsar y materializar la coordinación técnico administrativa a nivel Macroregional, identificar y analizar nodos críticos respecto al desarrollo de las especialidades, trabajar la complementariedad de las Carteras de Servicios, evaluar y proponer al Ministerio de Salud a través del Subsecretario de Redes Asistenciales el desarrollo de Procesos Clínicos Asistenciales importantes para la gestión de la oferta-demanda, considerando los Procesos de Soporte y Estratégicos asociados y constituir comisiones de trabajo en áreas temáticas específicas a objeto de poner en funcionamiento y avanzar en materias indicadas en los puntos anteriores.

Gestión de Garantías Explícitas en salud

Durante el año 2011 fue posible generar 2.879.847 atenciones en el ámbito de las garantías explícitas, lo que significó un aumento de un 33% comparado al igual periodo del año anterior. Además fue factible terminar con las listas de espera GES, a través de la estrategia LISTA ESPERA GES 0, la que en un porcentaje mayor al 90% fue resuelta gracias a las acciones realizadas por los

servicios de salud. Desde el punto de vista del cumplimiento de garantías actualmente esta es de un 99,41% el más alto desde la entrada en vigencia del GES.



Fuente : SIGGES, según corte abril 2012.

Salud Mental nivel Hospitalario.

Se logra un aumento de oferta de especialidad ambulatoria 3 nuevos centros de Salud Mental Comunitaria, el reforzamiento de la especialidad ambulatoria móvil en Servicios de Salud afectados por el terremoto (Maule, Arauco, Concepción y Talcahuano) con 6 equipos móviles de especialidad, el reforzamiento de la especialidad ambulatoria infanto-adolescente atendidos por el Programa Vida Nueva de SERNAM y la implementación de 56 camas de hospitalización de Corta Estadía en Hospitales Generales.

Red de Trasplante y Componentes Sanguíneos

Desde la Gestión de la Red de Trasplante durante el año 2011, la Coordinadora Nacional de Trasplante asume toda logística de los procesos de donación y trasplantes del país, los cuales hasta esa fecha estaban a cargo de la Corporación del Trasplante (ONG), y Unidades de Coordinación Intrahospitalarias. Al mismo tiempo refuerza la existencia de equipos exclusivos para esta gestión desde los hospitales procuradores.

El año 2011 se finalizó con 113 donantes totales superando el año 2010 (92 donantes) y 2009 (111 donantes) con una tasa por millón de población que creció desde 5.4 pmp (2010) a 6.6 pmp en año 2011. Además, se cierra el año 2011 con 333 trasplantes realizados, convirtiéndose en la 3ª mejor cifra de trasplantes por detrás de los años: 2003 (341) y 2006 (379). Este repunte se consolidó gracias a una mayor eficiencia en la utilización de órganos extraídos traduciéndose en que del total de donantes un 80 % fue multiorgánico lográndose un promedio de 2.94 órganos trasplantados por donante efectivo y con la mayor cantidad histórica de trasplantes cardiacos y pulmonares realizados lo que se asocia al posicionamiento, del Instituto Nacional del Tórax, como hospital líder en este tipo de intervenciones en el país.



Desde la gestión de la Red de Componentes Sanguíneos, se implementó la Política Nacional de Sangre para llevar a cabo la promoción de la donación voluntaria altruista de sangre, a través de Colectas de Sangre, la concentración de la producción de los componentes en Centros de Sangre y el aseguramiento de la trazabilidad de los productos.

GESTIÓN DE RRHH

Durante 2011 los Servicios de Salud reciben un refuerzo de 7.381 horas de la Ley N°19.664, 182 cargos de la Ley N° 15.076 y 2007 cargos de la Ley N° 18.834, los que se destinaron al fortalecimiento de la capacidad instalada de las redes asistenciales, mediante la puesta en marcha de nuevos proyectos de inversión hospitalaria, gestión del GES, reducción de listas de espera y el fortalecimiento de la red de urgencia y camas críticas.

En el ámbito legal, se aprobó la Ley N° 20.498 que permite la flexibilización en materia de dedicación exclusiva para los cargos de Subdirector Médico de Servicio de Salud y de Hospital, así como de los Establecimientos Experimentales, generando mejores condiciones para la provisión de estos cargos y el avance en el Sistema de Alta Dirección Pública en el SNSS.

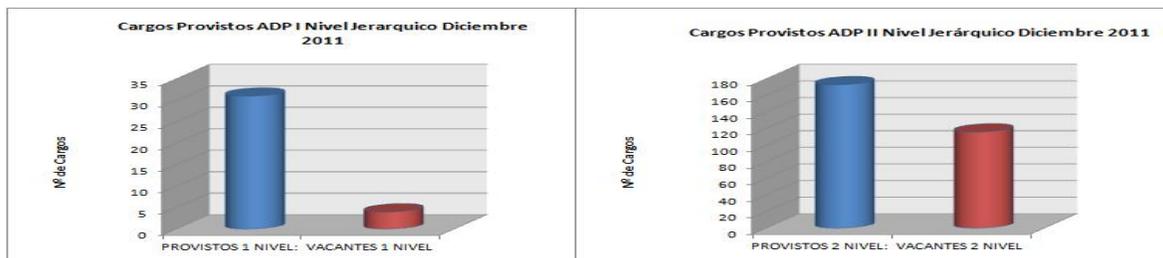
En el marco de la Estrategia Nacional de Salud para el decenio 2011-2020, se han definido estrategias de RRHH, con el objetivo de avanzar en la implementación de políticas integrales que permitan contar con una dotación de personal adecuada para el logro de los Objetivos Sanitarios.

CALIDAD DE VIDA Y RELACIONES LABORALES

En el ámbito de las Relaciones Laborales, se logró la firma de protocolos de acuerdo para la creación de asignaciones que beneficiarán a lo menos al 75% de personal regido por la ley N°18.834: Asignación Personal que se desempeña en días sábados, domingos y festivos, Asignación por Manejo Dinero, Asignación asociada a Satisfacción Usuaría.

SISTEMA DE ALTA DIRECCIÓN PÚBLICA

Se comprometió para el año 2011, la provisión de un 100% de los cargos de primer nivel y un 90% en los de segundo nivel. Sin embargos, se cumplió con un 89% y un 60% respectivamente, como se muestra en el siguiente cuadro y gráfica asociada:



Fuente: Departamento de Gestión de RRHH - DIGEDEP

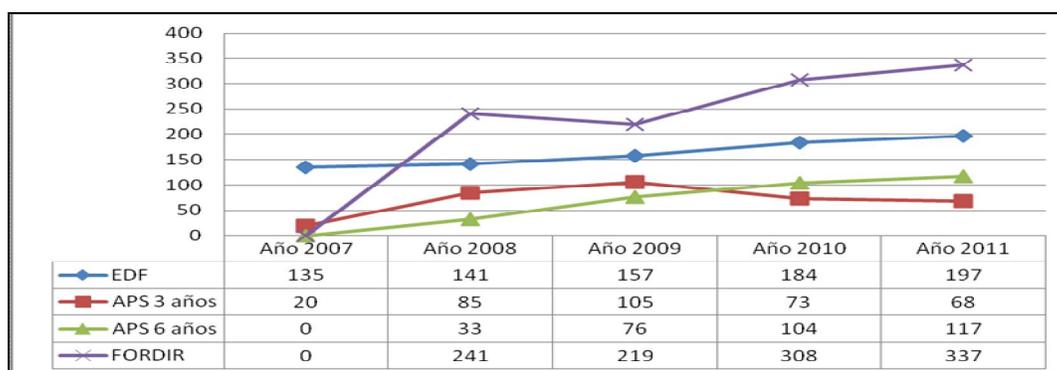
Los porcentajes de cumplimiento, tienen su fundamento en dos variables: la Dirección Nacional del Servicio Civil no realizó la totalidad de los concursos de los cargos vacantes, por otra parte, habiéndose realizado los procesos concursales de algunos cargos, no se logró la provisión de cargos, debido a la falta de candidatos idóneos.

FORMACION

En marzo de 2011 la Subsecretaría de Redes Asistenciales publicó el Plan "Calidad y equidad en salud, término de las brechas de especialistas con una nueva política para el RRHH especializado", documento elaborado por el Dpto. de Formación, Capacitación y Estudios de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, dependiente de dicha Subsecretaría.

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 sub-especialistas médicos y dentistas, al igual que la contratación de especialistas. Los cupos de formación se incrementaron en 8% respecto del año 2010 y el presupuesto creció en un 32%, lo que se explica por el aumento conjunto de cupos y aranceles, tal como se muestra en los siguientes cuadros:

Evolución Cupos de Formación 2007 – 2011



Fuente: Registro del Depto. de Formación - DIGEDEP

CAPACITACIÓN

Modalidad Tradicional: los SS registraron 45.722 funcionarios capacitados en actividades del PAC, de un total de 84.700, correspondiente a la dotación efectiva del mes de marzo. Esto representa un porcentaje promedio del 54%, en el PAC de ambos marcos legales. En el PAC de la ley 18.834 se obtuvo el 58.7% y en la ley 19.664-15.076, el 28.8%.

Modalidad Sistema de Aprendizaje a Distancia: El Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD, www.e-sectorpublicodesalud.cl), a incrementado su cobertura en un 92% respecto al año 2010, pasando de 7.820 funcionarios a 15.000, con una oferta programática amplia orientada a entregar conocimientos y capacidades clínico asistenciales y de gestión directiva y ejecutiva. Para ello el sistema cuenta con más de 65 acciones de capacitación a distancia co-construidas con expertos nacionales y extranjeros para contribuir al logro de los objetivos y metas del Ministerio así como para brindar apoyo a las necesidades del trabajo en terreno, incorporando a todas las plantas.

PARTICIPACIÓN SOCIAL



Durante el año 2011 la orientación estuvo en la mejora en el Trato a los Usuarios y la satisfacción en cuanto a la atención recibida, así mismo la participación ciudadana a través de la Ley 20.500 sobre Participación Social y la Norma Específica N° 712 para el Ministerio de Salud. Para ello, se ideó una estrategia basada en el fortalecimiento de la sociedad civil, representada en los distintos consejos de usuarios; trabajo en terreno y aplicación de Encuesta Anual de Satisfacción Usuaría.

En relación a la encuesta, se tomó una muestra nacional de 5.307 casos repartidos en 66 hospitales (60 de Alta y 6 de Mediana complejidad), en donde el 36,6% destaca la buena atención recibida y en general se evalúa de buena forma el trato recibido por parte del personal médico. Un 15% de los establecimientos hospitalarios tiene nota entre 6 y 7 en su aprobación en general por parte de los usuarios, mientras que un 25% de los recintos tiene entre un 70 y 80% de satisfacción. El punto más importante a mejorar es en relación al tiempo de espera, principalmente en el servicio de Urgencia.

Otro punto a destacar es la ejecución de jornadas de capacitación a la comunidad organizada en Consejos de la Sociedad Civil, sea de los Servicios de Salud o establecimientos asistenciales, en torno a la Ley de Participación Social y Humanización del Trato, en cada uno de los 29 Servicios de Salud.

Se realizaron 5 Diálogos Ciudadanos Participativos en los Servicios de Salud del Maule, Metropolitano Occidente, Bío Bío, Iquique y Coquimbo, con asistencias promedio de 120 dirigentes de organizaciones sociales relacionadas con cada Servicio de Salud, encabezadas por el Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales. En cada una de estas actividades, la comunidad organizada interactuó directamente con la autoridad en un clima de respeto y cooperación.

En el eje de Humanización del Trato y Acompañamiento Espiritual, se capacitaron funcionarios y voluntariado de establecimientos hospitalarios. Del mismo modo, se organizó y ejecutó el Primer Programa de Post Título en Humanización del Trato certificado por la Universidad Finis Terra, programa que capacitó a 60 funcionarios de establecimientos asistenciales de la Región Metropolitana.

Se incluyó en Jornadas de Participación Ciudadana a usuarios Pediátricos de la Región Metropolitana, en el Primer Congreso de Participación Infantil y se organizó en el SS Talcahuano la Primera Jornada de Participación Ciudadana para usuarios Transgéneros.

Se realizó la Primera Encuesta de Satisfacción Usuaría por agencia de estudios externa al Minsal, cuyo propósito fue conocer la percepción de los usuarios de establecimientos por Servicio de Salud, en torno a la Satisfacción Usuaría de modo de poner remedios en aquellos aspectos deficitarios percibidos por los usuarios.

3. Desafíos para el año 2012

Per cápita

Para el año de 2012, la atención primaria de dependencia municipal, considera aumento de la población a cargo la que alcanza a 11.954.750 personas y 322 entidades administradoras de salud municipal; para esa población se implementará un aumento del Per Capita basal de \$ 3.177 (Tres mil ciento setenta y siete pesos)², por persona al mes y un crecimiento real en la tarifa basal de 10.8% sobre el Año 2011.; el que considera mejoras del conjunto de prestaciones del Plan de Salud Familiar (PSF), de forma de otorgar soporte financiero a las exigencias programáticas del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario que se encuentra en pleno desarrollo en los centros de atención primaria del País.

En relación al desempeño global de la APS medido a través del IAAPS, se espera:

1. Avanzar en una mejora continua de la gestión del sistema de evaluación, con especial énfasis en la calidad de la información.
2. Construir plataforma automatizada que permita evaluar a toda la Atención Primaria (municipal y DSS) con los mismos indicadores definidos en el Índice.
3. Mejorar los resultados de las metas de examen de medicina preventiva especialmente en hombres.
4. Elaborar en conjunto con los Servicios de Salud estrategias que apoyen la gestión comunal de aquellos municipios con dificultades de cumplimiento.

Atención de Urgencia

Para el año 2012, se ha previsto un incremento de 15 nuevos dispositivos SAPU y 15 nuevos SUR, lo que viene a reforzar la mejoría en el acceso a este tipo de prestaciones, las que son de alta aceptación usuaria y de innegable efecto en la protección de la vida y salud de la misma.

Programa ERA

Para el año 2012 se aumenta la cobertura de estos programas en los establecimientos de atención primaria, con la incorporación de 30 nuevas salas para el control de enfermedades respiratorias del adulto (ERA) en mayores de 19 años.

² Artículo 2° decreto supremo N° 59, del Ministerio de Salud, de diciembre de 2011.

Programa (AVI) y (AVNI) Infantil

Durante el año 2012 se asigna expansión para un total de 40 cupos para el programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI) y Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI), continuando de esa manera con el desarrollo del programa y permitiendo la incorporando de nuevos niños.

Programa Asistencia Ventilatoria No Invasiva de Adultos (AVNIA)

La expansión para el año 2012 considera aumentar 40 nuevos cupos, que serán distribuidos entre las regiones Metropolitana, V, VI y VIII.

Programa Piloto Vida Sana: Alcohol y Tabaco.

Para el 2012, se ampliará la cobertura en el componente de Alcohol.

Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes y Adultos

Se continuará con la cobertura definida el 2011, en 24 Servicios de Salud, desarrollando las cohortes que se generan con base a los 26.722 cupos definidos para dicha intervención; esto en la población de 44 comunas de los Servicios de Salud en la Regiones Metropolitana, V, VII, X y XIV con la respectiva evaluación de las cohortes de personas apoyadas por el Programa.

Mejoría de la Equidad en Salud Rural

Durante el 2012 se está dando continuidad a las acciones de refuerzo del trabajo de Postas Rurales y equipos de rondas de salud rural, que permiten mejorar el acceso de la población rural de localidades más aisladas. Monto de la inversión, MM\$ 4.420,986.

Mejoramiento de oferta de atenciones

Para el 2012, se espera incorporar 15 nuevas UAPO en el Programa de Resolutividad en Atención Primaria, y 20 nuevas Salas de Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad. Asimismo, se implementarán 30 Nuevas Salas de Rehabilitación Integral con Base Comunitaria en el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud del País y ampliarán en 4 Nuevos Equipos Rurales en esta estrategia.

En materia de salud materna y regulación de la fertilidad, se seguirá mejorando la adquisición de métodos anticonceptivos.

Plan Araucanía

El Plan Araucanía es un programa territorial, endógeno, inclusivo, en pro del desarrollo y el bienestar de la sociedad regional considera recursos que ascienden a M\$ 408.573 el año 2012 de los cuales:

M\$ 342.015 se destinan al mejoramiento y fortalecimiento de 3 Centros de Salud Intercultural y al apoyo a la creación del Centro de Salud en la Comuna de Galvarino; asimismo, M\$ 66.558 serán destinados al Estudio de brechas de Modelos de Salud Intercultural de la Región y elaboración de Orientaciones técnicas para desarrollar modelo de salud Intercultural.

Programa GES Preventivo en Salud Bucal en Población Pre-Escolar en Atención Primaria de Salud

El GES Preventivo en Salud Bucal en Población Preescolar en Atención Primaria de Salud, tiene como propósito reforzar el componente preventivo del Programa de Prevención y Promoción de Salud Bucal en Preescolares. El programa alcanzará a 338 comunas de distintas dependencias administrativas de la APS y a los 29 Servicios de Salud en las edades de preescolar. La estrategia abarca a 147.622 niños y niñas pre-escolares de 2 a 5 años de edad para la entrega de Kit dental (pastas y cepillo) y a 31.151 niños y niñas pre-escolares de 2 a 4 años de edad para la aplicación de flúor barniz comunitario. El marco presupuestario del Programa es de M\$ 391.917 (\$ de 2012).

Programa Piloto de Control de Salud del Niño y la Niña Sano/a en el Establecimiento Educacional para la Población Escolar de 5 a 9 años

La focalización de este Programa para el año 2012 es en 17 comunas con cobertura del 70% de los niños matriculados y posee recursos que alcanzan a la suma de M\$797.044 (\$ de 2012) con cobertura para 159.016 infantes de la edad antes citada. El programa posee un enfoque territorial, acorde a los lineamientos del modelo de salud familiar, está centrado en los niños y sus familias y hace énfasis en la identificación de las redes de apoyo disponibles a nivel local.

GESTION DE REDES Y HOSPITALES

Fortalecimiento de las redes complejas auge

Para la Red Neuroquirúrgica M\$3.392 permitirán realizar la adquisición y reposición de equipamiento para Centros Neuroquirúrgicos de Alta Complejidad: Tipo A (Referencia Nacional y Regional), Tipo B (Referencia Servicio Salud) y la incorporación de innovación tecnológica en los 6 Centros Neuroquirúrgicos de referencia nacional,

Continuando con el desarrollo progresivo de la red oncológica nacional, para el año 2012 por un monto de M\$76.865 se busca continuar con la estandarización y automatización gradual de las Unidades de Anatomía Patológica de la red pública. También se espera continuar con el desarrollo progresivo de Registros Hospitalarios de Tumores incorporando 5 nuevos centros de cáncer. En ocho centros de alta resolutivez oncológica se fortalecerá el tema de rehabilitación y apoyo psicológico a pacientes y sus familias. Monto asignado M\$6.834.

Fortalecimiento de la Red de Hemodiálisis y peritoneo diálisis mediante la optimización de la infraestructura y las capacidades instaladas en los establecimientos del sector público que tienen

posibilidades de crecimiento. Actualmente en el país se atienden en peritoneo diálisis y hemodiálisis, un total de aproximado de 4.000 personas beneficiarias de Fonasa entre adultos y niños, y se espera un crecimiento de cerca de 1.000 más para el año 2012. Monto asignado M\$17.990.

En relación con el programa AUGE, específicamente el componente Red VIH y según establecido por los Objetivos Sanitarios 2011- 2020 de fortalecer e implementar dicha Red se asignaron a esta red M\$ 32.753.

Telemedicina

Con el objetivo de implementar 74 Dispositivos móviles de Tele consulta se asignaron para este componente de Telemedicina M\$ 430.213, lo que permitirá entregar en forma permanente asesoría de atención médica de especialidad a establecimientos de menor complejidad frente a la atención de sus pacientes.

Asimismo se implementará el Servicio de Informes para Tomografía para el componente Telemedicina de Urgencia por un monto de M\$ 1.682.460, lo que aumentara la resolutivez y oportunidad de las UEH de la Red Asistencial.

También en telemedicina se espera dar inicio al proyecto de Tele radiología Medica Osteopulmonar, su fin Mejorar la resolución diagnóstica en Establecimientos de Menor Complejidad incluyendo áreas geográficas aisladas o de difícil acceso, disminuyendo los tiempos de indicación de tratamiento con mayor certeza del diagnóstico y mejorando la resolutivez y pertinencia en la derivación a la atención de especialidad. M\$ 168.062.

Adquisición equipamiento e instrumental médico quirúrgico utilizado en pabellones por cirujanos de diversas especialidades en múltiples procedimientos mínimamente invasivos y de intervención ortopédica, urológica, Neuroquirúrgica, traumatológicas entre otras en los diferentes servicios de salud del país. Monto asignado M\$1.494.718

Compra y adquisición de servicios de exámenes, medicamentos y compra de equipamiento para mobiliario no clínico. En diversos Servicios de Salud del País. M\$362.432

Atención urgencia hospitalaria y pre-hospitalaria

Se reforzará la Atención Urgencia Hospitalaria y Pre-Hospitalaria mediante la asignación de de M\$209.800, a objeto de fortalecer la operación de dicho proyecto mediante la implementación de un puesto médico avanzado en el Servicio de Salud Metropolitano Central y una Plataforma Tecnológica piloto.

Cama crítica

Se incrementará el nº camas agudas existentes en 14 establecimientos del país, por un monto de M\$114.919, con el fin de anticipar una pérdida de estabilidad hemodinámica del paciente

(monitores), ayudar a facilitar la atención profesional y la obtención de objetivos de recuperación del paciente se realizará la adquisición de equipamiento que permita complejizar camas básicas en camas de cuidados medios (agudas) en diversos establecimientos de la red asistencial.

Con el fin de cubrir la demanda de camas críticas de adultos y aumentar la capacidad resolutive de la red en esta área, se ha definido que M\$261.357 se utilicen para suplir en parte la necesidad actual de camas en la Unidad de Paciente Crítico, ampliar el cupo de camas de intermedio.

Se implementarán 126 Camas Neonatológicas y Pediátricas para resolver con oportunidad la demanda de atención crítica del recién nacido dentro de la red pública de salud, crear camas críticas, disminuyendo el N° de camas deficitarias en los hospitales públicos con UCI o UTI neonatal existentes y mejorar la capacidad resolutive en los hospitales que hasta hoy han funcionado con menor nivel de complejidad Camas críticas neonatológicas y pediátricas, monto asignado M\$331.487.

Para el desarrollo de la Hospitalización Domiciliaria se fortalecerá la atención mediante la adquisición de equipamiento que ayuden a la monitorización intermitente de los pacientes que se encuentran hospitalizados en esta modalidad, asimismo, se requiere para su operación la compra de servicios de traslado de pacientes y los insumos básicos para atender aquellos pacientes que serán tratados mediante la modalidad de hospitalización domiciliaria. Monto asignado M\$154.200.

Refuerzo atención de urgencia hospitalaria

Con la finalidad de Reforzar la atención UEH otorgando a los Servicios de Salud recursos que sean un beneficio para lograr una atención de urgencia adecuada, se define realizar adquisición de equipamiento equivalente a Camilla Pediátrica, Mesas Multipropósito, Equipos de Saturometría Digital, Set Oftalmoscopio, Equipo Portátil Capnografía, Tabla Traslado Pacientes, Monitor no Invasivo. Monto asignado M\$204.334

Se realizará la renovación e implementación de la Plataforma Tecnológica de Telecomunicaciones para Centro Regulador SAMU en los Servicios de Salud de la Región Metropolitana y de Reloncaví mas la adquisición de 3 Ambulancias M2-M3, destinadas a la asistencia y transporte de pacientes en estado crítico y que requieren asistencia médica avanzada tanto en el lugar del evento como en el transporte. Monto asignado M\$511.354.

Debido a que la implantación de la categorización como triage en las UEH a fortalecido y optimizado la atención de los pacientes usuarios de este tipo de atención se ha definido reforzar el funcionamiento del selector de demanda mediante la incorporación de equipamiento e insumos que la harán más expedita (monitores de signos vitales con Saturometría y Hemoglucotest, termómetros óticos digitales y cintas reactivas. Monto asignado M\$68.189

Medicina transfusional

Para realizar las campañas y colectas de recolección de sangre orientadas a promover y masificación la donación voluntaria altruista que se realiza en terreno además de impulsar el desarrollo de los procesos con estándares de alta calidad, que permitan mejorar y apoyar eficientemente al diagnóstico y a la terapia transfusional de los pacientes se ha dispuesto adquirir el equipamiento necesario para lograrlo. M\$189.559.

Fortalecimiento de la red y gestión de trasplantes

Se realizará la adquisición de Ecógrafos Doppler Transcraneal portátil para ser utilizado en Unidades de Paciente Crítico de hospitales con capacidad de generar donantes para manejo de pacientes neurocríticos y diagnóstico de muerte encefálica y un vehículo para el traslado de equipos, muestras y órganos, desde y hacia los centros de procura y trasplante en la región metropolitana, con lo que se acortarán los tiempos de los traslados lo se traduce en una mejor calidad y oportunidad en el proceso de procura de órganos. M\$171.569.

Laboratorios clínicos

Se espera conformar Comisión para abordar el tema de los Laboratorios Clínicos de la Red Pública. Mantener el trabajo coordinado con el ISP y otros componentes del sector, que faciliten el buen funcionamiento de la Red de Laboratorios.

Identificación de la estructura de diversas redes de laboratorios que tienen que ver con la vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria (dto. 158)

Evaluación y definición de los 6 Laboratorios de biología molecular implementados a lo largo del país, a raíz de la pandemia 2009.

Lista espera No Ges

Se espera cumplir con la programación de resolución realizada al Compromiso Presidencial para el año 2012 equivalente al 80% del universo restante.

EN EL ÁMBITO DE RECURSOS HUMANOS

Hospitales concesionados

Definir las dotaciones y los proyectos presupuestarios de expansión para dotar a los nuevos Hospitales de Maipú y La Florida que entrarán en operaciones en el año 2013. Generar, asimismo, los marcos jurídicos que establezcan las normas que regularán el modelo de gestión y las relaciones de estos nuevos establecimientos con sus funcionarios.

Alta Dirección Pública

Se logrará una provisión de un 100% de los cargos de primer nivel (35 cargos) y un 90% en los de segundo nivel (260 cargos), con esto se pretende la completa conformación de los equipos directivos locales.

Contribución a la implementación de la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de las Metas Sanitarias 2011-2020

Se iniciará la difusión e implementación de una Política de Recursos Humanos integral, elaborada en 2011 en el marco de la Estrategia Nacional de Salud, y que incluye tanto la red asistencial con los niveles primarios, secundario y terciario, como el área de Salud Pública.

Se elaborará una metodología nacional consensuada de determinación de la dotación adecuada de Recursos Humanos en todos los subsectores del Sistema, conforme a los resultados esperados en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Con ello se busca responder a las necesidades de personal planteadas para el cumplimiento de las metas sanitarias, para incorporar nuevas funciones en la red asistencial, tales como el Gestor de Casos en el ámbito de los Adultos Mayores y de las personas con patologías crónicas.

Cierre de Brechas de Médicos Especialistas

Se continúa con la implementación del Plan "Calidad y equidad en salud, termino de las brechas de especialistas con una nueva política para el Recurso Humano Especializado", publicado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en marzo 2011. Ingresan a formación de médicos y odontólogos especialistas en 2012, 733 profesionales, lo que significa una inversión presupuestaria de M\$29.686.848, un aumento de 42% en relación al año 2011. Entre los 733 cupos señalados, se encontrarán por primer año 146 profesionales autofinanciados captados por el Ministerio de Salud y que tienen destino comprometidos en los Establecimientos de la Red Asistencial Pública.

Nueva norma asistencial docente

Se implementará la norma asistencial-docente modificada a fines de 2011, en el conjunto de los Servicios de Salud, permitiendo la optimización de la relación entre el Sector Público de Salud y el Sector de Educación, en beneficio de lograr una asignación de los campos de formación profesionales y técnicos que tenga en consideración, especialmente, las prioridades de la política nacional de salud, la Estrategia Nacional de Salud, el modelo de atención, los criterios de calidad y seguridad del paciente y la política de desarrollo de recursos humanos, así como la observación de normativas tales como, la que se refiere al deber de transparencia en los órganos de la Administración del Estado, el deber de protección de la vida privada y los datos de carácter personal, o bien los derechos y deberes de los pacientes.

Sistema de certificación

El régimen transitorio del sistema de certificación de especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas ha sido prorrogado hasta el 31 de diciembre 2012, fecha a partir de la cual entra en vigencia el régimen permanente. Para cumplir con esta obligación, el Ministerio de Salud deberá publicar las normas técnicas operativas de las especialidades médicas y odontológicas, construir las normas técnicas operativas de las subespecialidades médicas y odontológicas y publicarlas, así como autorizar las entidades certificadoras, conforme con la Resolución exenta N° 422 de marzo de 2010.

Relación con el Ministerio de Educación

En el marco de los objetivos, metas y desafíos que plantea para el sector la implementación de las Estrategias Nacionales para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década, se trabajará en forma conjunta, en una comisión mixta Salud/Educación, los criterios o estándares mínimos para la formación en las carreras de la salud de nivel profesional y técnico.

Capacitación

Se implementará un Plan de Seguimiento trimestral para mejorar el control de lo programado y lo ejecutado por los Servicios de Salud, en relación al Indicador H, Porcentaje de Funcionarios Capacitados, puesto que se sobrepasó el 45% de lo comprometido.

Se proyecta continuar apoyando iniciativas orientadas a entregar herramientas de gestión a directores de hospital y jefes de los servicios clínicos de la totalidad de los Servicios de Salud del país.

Hospitales Libre de Mercurio

Avanzar con el Programa Hospitales Libres de Mercurio hacia el 80% de la totalidad de Establecimientos asistenciales de nuestra red, generando con ello competencias en materia de gestión ambiental y manejo responsable de residuos tóxico peligrosos.

Sistema de Información de Recursos Humanos

Se implementarán, a través de la herramienta Qlick View, los modelos de Gastos, Capacitación, Control Alta Dirección Pública, Control de Cargos Provistos, Seguimiento de Profesionales EDF. Además, se entregarán 34 licencias para los Establecimientos Autogestionados (EAR) y se evaluará la alternativa de incorporar más licencias para el resto de los EAR.

Plan de Incentivos por Retiro voluntario

Se proyecta iniciar la ejecución de este programa, una vez promulgada la ley respectiva, iniciativa que permitirá mejorar las condiciones para la desvinculación del personal regido por la Ley

Nº18.834, con requisitos para acogerse a jubilación, que se estima beneficiará a 7.700 funcionarios, de los 1550 corresponden al año 2012.

Asignación Personal Ley 18.834

Se compromete generar el proyecto de ley, que permitirá crear las nuevas asignaciones, comprometidas bajo protocolo 2011, con los gremios del sector: Asignación Personal que se desempeña en días sábados, domingos y festivos, Asignación por Manejo Dinero, Asignación asociada a Satisfacción Usuaría.

INVERSION SECTORIAL

MEJOR ATENCIÓN E INFRAESTRUCTURA

Para el año 2012, en materia de inversión en salud, se invertirán \$ 296.585 millones, en infraestructura y equipamiento de la red hospitalaria, laboratorios ambientales y en atención primaria. En el nivel de atención primaria se encuentran en ejecución 9 Cesfam y se espera que inicien otros 24 Cesfam más a lo largo del año aportando al compromiso presidencial de construir 56 en el período. A nivel obras hospitalarias, al iniciar el año hay 11 hospitales en ejecución y se espera iniciar 14 hospitales más además de las 3 obras de reconstrucción que se están ejecutando y las 4 que se espera que inicien este año.

Este año está proyectando iniciar la 1ª etapa del Cierre brecha de infraestructura para acreditación Sanitaria de los Hospitales Autogestionados.

Por otro lado, dado el gran éxito que tuvo el programa de "Mi Hospital se Pone a Punto", para este año 2012 se espera llevar a cabo una nueva etapa del programa. Para ello, se están realizando los levantamientos y visitas a los establecimientos para hacer el diagnóstico de la situación de cada uno y con ello llevar a cabo el programa con los hospitales prioritarios para entrar a conservación.

PROGRAMA DE CONCESIONES

Durante el año 2012 se ha de terminar la ejecución de las obras del **Programa de Concesiones Hospitalarias I** que corresponde a los proyectos Hospitalarios Maipú y la Florida que se encuentran en fase de obras por parte de la Concesionaria y que están licitando su equipamiento de cara a entrar en funcionamiento en 2013 de acuerdo al cronograma establecido.

Este año se espera terminar la licitación del Hospital de Antofagasta, adjudicar e iniciar el periodo de concesión. La ejecución de las obras, que considera 671 camas está prevista que finalice para el año 2015 y conlleve una inversión de 150 mil millones de pesos

Por otro lado, se está avanzando en el **Programa de Concesiones Hospitalarias II** que contiene los Hospitales de la Red Sur, La Red viña del Mar- Quillota, el Complejo Sótero-Puente Alto y el Salvador- Geriátrico además del Metropolitano Occidente.

CONVENIOS DE PROGRAMACIÓN

Para el año 2012 se plantea la revisión del procedimiento establecido esto mediante la evaluación conjunta desde el nivel Central y las Regiones (Servicios de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales), incorporando de esta manera las mejoras necesarias para facilitar la concreción de estos convenios.

Además, se está trabajando con varias regiones levantando y analizando sus iniciativas de inversión como son Los Ríos, Los Lagos, Aysén y con la Región Metropolitana con quien se está desarrollando un nuevo Convenio que viene a complementar el anterior convenio rural y de forma de en este nuevo convenio englobar los proyectos relativos a la Atención Primaria.

Para este año, se espera materializar la firma de dos nuevos convenios para el co-financiamiento de proyectos de inversión en las regiones a fin de llevar a buen término y posibilitar el financiamiento de proyectos que han sido determinados como prioritarios en dichas regiones.

Así mismo se proyecta la realización de jornadas de capacitación a los Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales en materia de Inversión, entregando a las regiones las herramientas tendientes a mejorar la eficiencia en la gestión financiera de sus proyectos de inversión y el monitoreo de estos empoderando de esta forma a las instancias regionales respectivas en la realización de esta tarea.

4. Anexo

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas

- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

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 2011

Número	Descripción
1	Avanzar en materia de calidad y mejora de la atención en salud en todos los niveles de atención, con énfasis en la satisfacción de los usuarios, entregando una atención de salud oportuna, integral, digna y eficaz.
2	Otorgar a la población una atención primaria de calidad, resolutive, costo/eficiente, acogedora y cercana, fortaleciendo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, fortaleciendo el rol como puerta de entrada al sistema de salud y su coordinación con la red asistencial, con equipos de salud, motivados, estables y capacitados
3	Fortalecer la Red de Salud, mediante una mejora progresiva de la infraestructura, el equipamiento, dotación y capacitación del equipo de salud asistencial y directivo.
4	Asegurar la oportunidad y calidad en el acceso a las garantías explícitas en salud GES, así como también en la coordinación sectorial para la reducción de listas de espera.
5	Mejorar la gestión administrativa y gestión clínica en las instituciones del sector salud, con énfasis en la gestión hospitalaria.

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Mejorar el Modelo de Gestión de los Servicios de Salud y los establecimientos hospitalarios y de atención primaria que los conforman, mediante el fortalecimiento de la Gestión de proceso orientada a resultados, con el fin de aumentar la eficiencia, la eficacia y efectividad en la resolución de la salud de la población.
2	Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.
3	Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutividad y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.
4	Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.
5	Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento de uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sostenibilidad financiera del sistema y con ello, la reducción de la deuda hospitalaria.
6	Fortalecer el funcionamiento de la Red Asistencial Pública de Salud mediante estrategias permanentes y focalizadas en la reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información y expansión en infraestructura hospitalaria y de atención primaria con énfasis en lograr la recuperación de la infraestructura clínica deteriorada y derrumbada, para asegurar un incremento en la calidad de atención otorgada y la satisfacción de nuestros usuarios.
7	Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado pre-hospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia y atención médica directa, para mejorar la oportunidad de atención de los pacientes.
8	Incrementar la satisfacción de los usuarios de la Red del sistema público de Salud, mediante la obtención de la acreditación hospitalaria, el término de las listas de espera y la implementación de establecimientos de excelencia, que permitan otorgar una atención oportuna, segura, de calidad y con mayor elección para resolver sus problemas de salud.

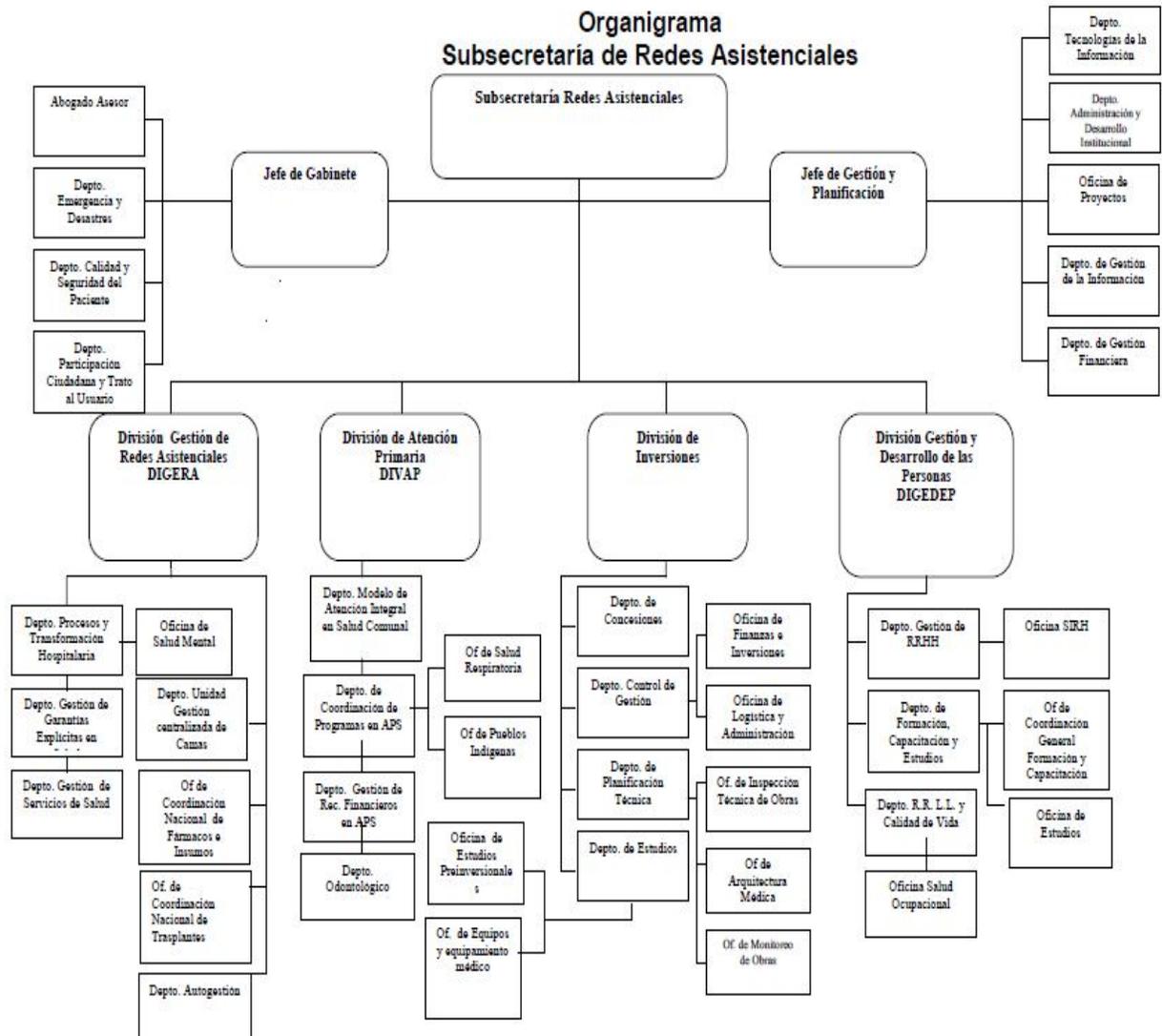
- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	1,2,3,7
2	Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	2,4
3	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento ,control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	5,6
4	Programa Salud Responde	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



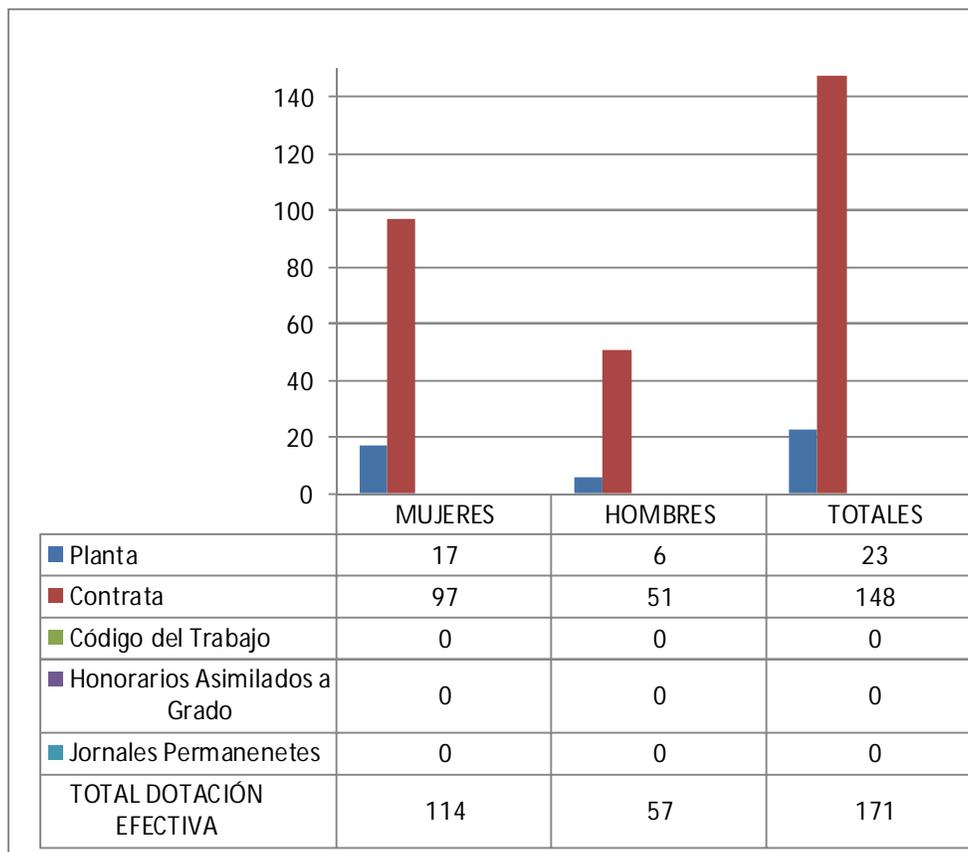
c) Principales Autoridades

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	CLAUDIO ROMAN CODOCEO
Jefe de División de Redes Asistenciales	HUGO GONZALEZ DETTONI
Jefa de División de Atención Primaria	SIBILA IÑIGUEZ CASTILLO

Anexo 2: Recursos Humanos

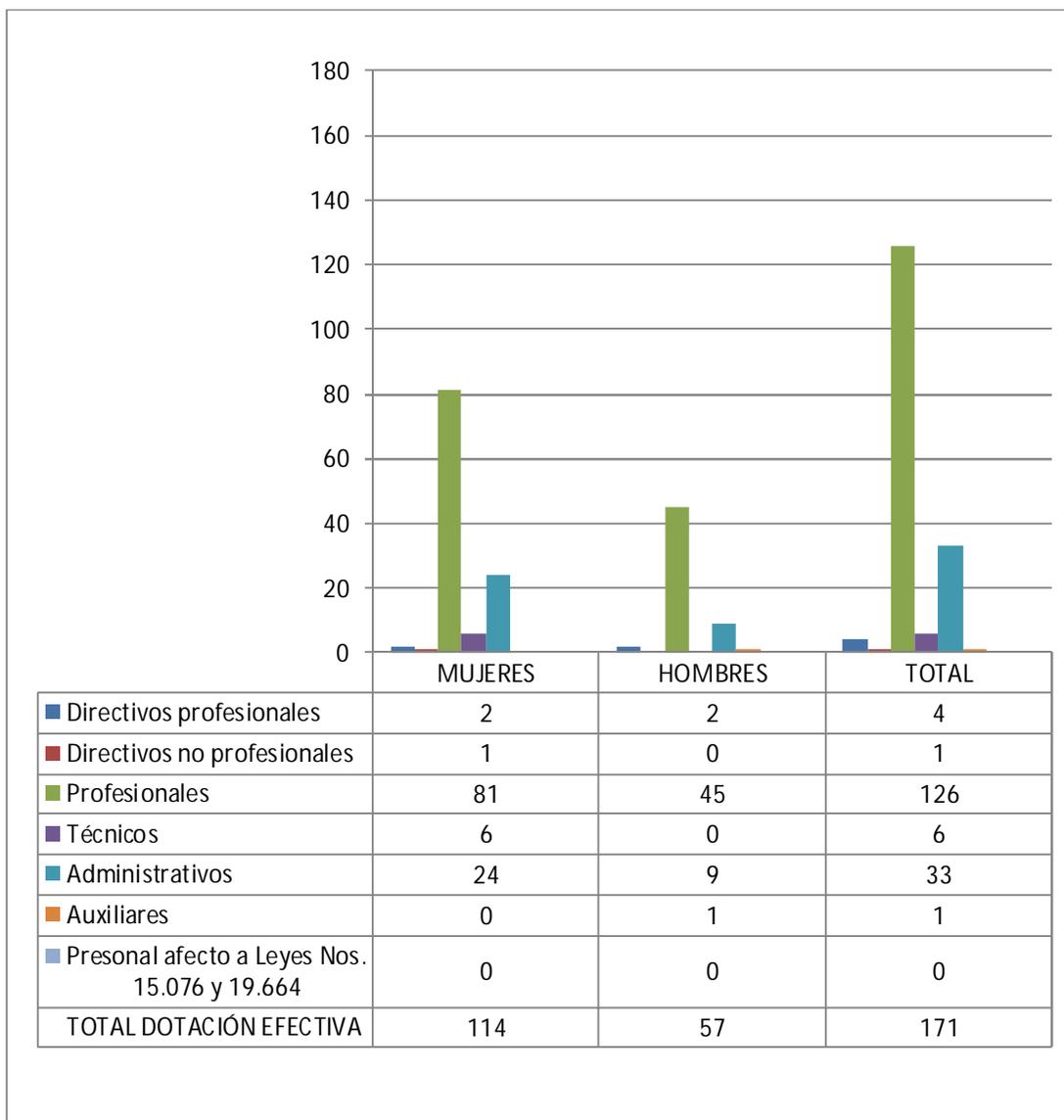
A. Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2011³ por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



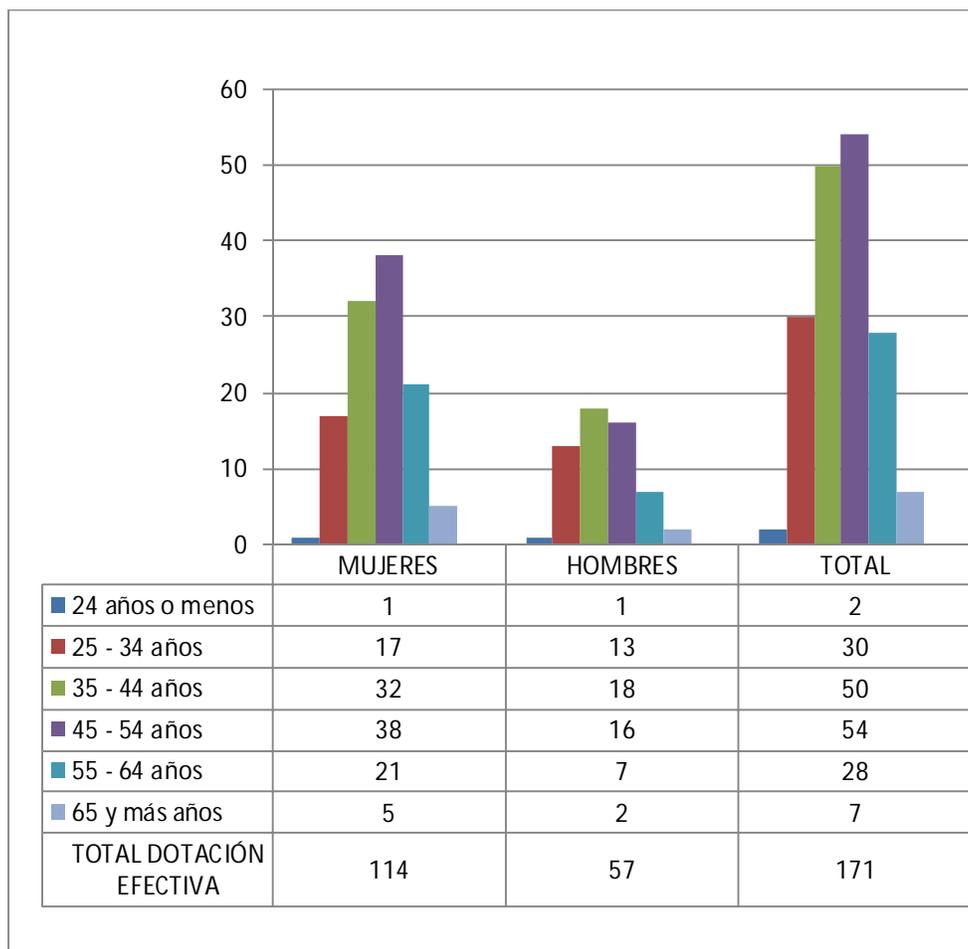
³ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2011. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- Dotación Efectiva año 2011⁴ por Estamento (mujeres y hombres)



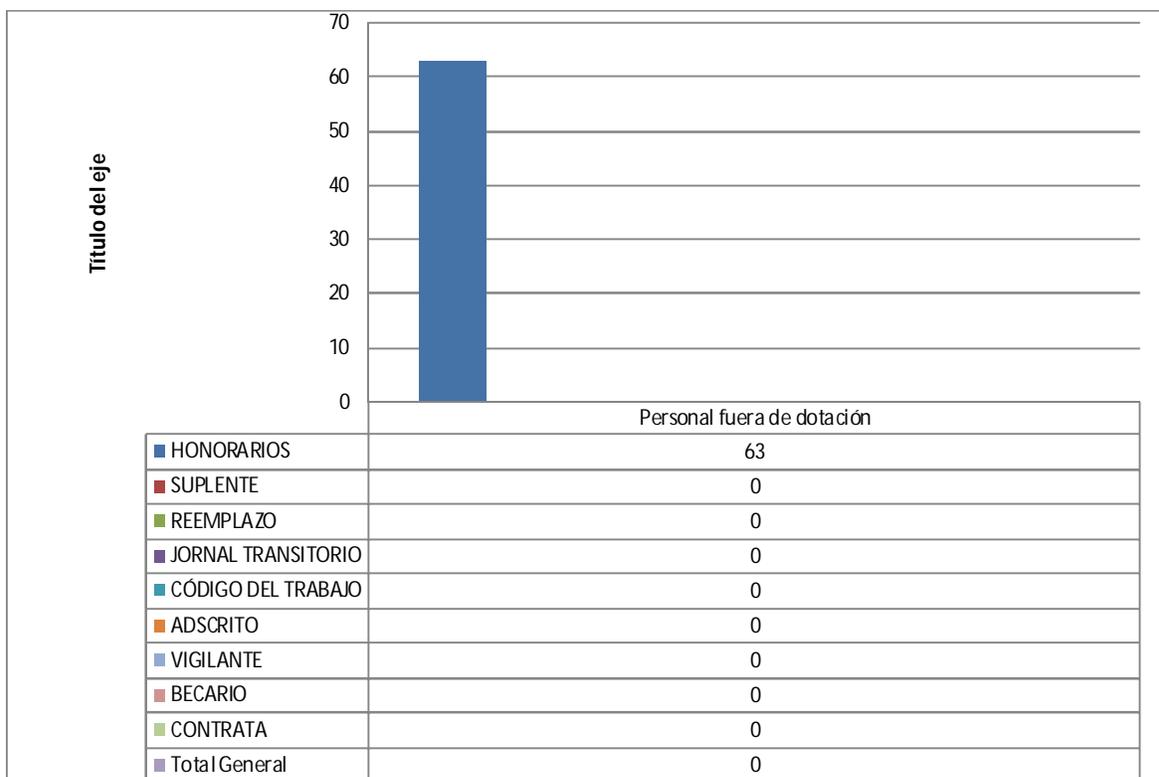
4 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2011. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- Dotación Efectiva año 2011⁵ por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



5 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 2011. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

b) Personal fuera de dotación año 2011⁶, por tipo de contrato



⁶ Corresponde a toda persona excluida del cálculo de la dotación efectiva, por desempeñar funciones transitorias en la institución, tales como cargos adscritos, honorarios a suma alzada o con cargo a algún proyecto o programa, vigilantes privado, becarios de los servicios de salud, personal suplente y de reemplazo, entre otros, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2011.

c) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁷		Avance ⁸	Notas
		2010	2011		
1. Reclutamiento y Selección					
1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata ⁹ cubiertos por procesos de reclutamiento y selección ¹⁰	$(N^{\circ} \text{ de ingresos a la contrata año } t \text{ vía proceso de reclutamiento y selección} / \text{Total de ingresos a la contrata año } t) * 100$	-	0.0	-	No se registra ningún ingreso por concurso
1.2 Efectividad de la selección	$(N^{\circ} \text{ ingresos a la contrata vía proceso de reclutamiento y selección en año } t, \text{ con renovación de contrato para año } t+1 / N^{\circ} \text{ de ingresos a la contrata año } t \text{ vía proceso de reclutamiento y selección}) * 100$	-	0.0	-	No se registra ningún ingreso por concurso
2. Rotación de Personal					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	15.3	6	255.00	Ind. Descendente
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios Jubilados año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.0	0.0	0	Ind. Ascendente

7 La información corresponde al período Enero 2010 - Diciembre 2010 y Enero 2011 - Diciembre 2011, según corresponda.

8 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.

9 Ingreso a la contrata: No considera el personal a contrata por reemplazo, contratado conforme al artículo 11 de la ley de presupuestos 2011.

10 Proceso de reclutamiento y selección: Conjunto de procedimientos establecidos, tanto para atraer candidatos/as potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos dentro de la organización, como también para escoger al candidato más cercano al perfil del cargo que se quiere proveer.

11 Se entiende como renovación de contrato a la recontractación de la persona en igual o distinto grado, estamento, función y/o calidad jurídica.

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁷		Avance ⁸	Notas
		2010	2011		
• Funcionarios fallecidos	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios fallecidos año t} / \text{Dotación Efectiva año t}) * 100$	0.0	0.0	0	Ind. Descendente
• Retiros voluntarios					
○ con incentivo al retiro	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	0.0	0.0	0	Ind. Ascendente
○ otros retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros otros retiros voluntarios año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	15.3	5.0	33.33	Ind. Ascendente Considera renunciaciones voluntarias
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras causales año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	0.0	1.0	0	Ind. Descendente Considera causal término del plazo legal
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año t} / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año t}$	0.1	2.00	5.0	Ind. Descendente
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	0	Ind. Ascendente
3.2 Porcentaje de funcionarios recontratados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontratados en grado superior, año t}) / (\text{Total contratos efectivos año t}) * 100$	2.2	3.0	136.36	Ind. Ascendente

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁷		Avance ⁸	Notas
		2010	2011		
4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios Capacitados año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	0.0	52.0	0	Ind. Ascendente
4.2 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de horas contratadas para Capacitación año } t / N^{\circ} \text{ de participantes capacitados año } t)$	0.0	91.11	0	Ind. Ascendente
4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia ¹²	$(N^{\circ} \text{ de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año } t / N^{\circ} \text{ de actividades de capacitación en año } t) * 100$	-	77.14	-	
4.4 Porcentaje de becas ¹³ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$N^{\circ} \text{ de becas otorgadas año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	0.0	1.17	0	Ind. Ascendente
5. Días No Trabajados					
5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas, según tipo.					
• Licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1).	$(N^{\circ} \text{ de días de licencias médicas tipo 1, año } t / 12) / \text{Dotación Efectiva año } t$	-	5.74	-	
• Licencias médicas de otro tipo ¹⁴	$(N^{\circ} \text{ de días de licencias médicas de tipo diferente al 1, año } t / 12) / \text{Dotación Efectiva año } t$	-	0.24	-	

12 Evaluación de transferencia: Procedimiento técnico que mide el grado en que los conocimientos, las habilidades y actitudes aprendidos en la capacitación han sido transferidos a un mejor desempeño en el trabajo. Esta metodología puede incluir evidencia conductual en el puesto de trabajo, evaluación de clientes internos o externos, evaluación de expertos, entre otras.

No se considera evaluación de transferencia a la mera aplicación de una encuesta a la jefatura del capacitado, o al mismo capacitado, sobre su percepción de la medida en que un contenido ha sido aplicado al puesto de trabajo.

13 Considera las becas para estudios de pregrado, postgrado y/u otras especialidades.

14 No considerar como licencia médica el permiso postnatal parental.

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁷		Avance ⁸	Notas
		2010	2011		
5.2 Promedio Mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de permisos sin goce de remuneraciones.	(N° de días de permisos sin sueldo año t/12)/Dotación Efectiva año t	-	0.01	-	
6. Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	(N° de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t/12)/ Dotación efectiva año t	7.23	5.74	126.96	Ind. Descendente
. Evaluación del Desempeño¹⁵					
7.1 Distribución del personal de acuerdo a los resultados de sus calificaciones.	Porcentaje de funcionarios en Lista 1	100	100	100	Ind. Ascendente Considera como dotación efectiva solo funcionarios calificados
	Porcentaje de funcionarios en Lista 2	0.0	0.0	0.0	Ind. Ascendente
	Porcentaje de funcionarios en Lista 3	0.0	0.0	0.0	Ind. Descendente
	Porcentaje de funcionarios en Lista 4	0.0	0.0	0.0	Ind. Descendente

¹⁵ Esta información se obtiene de los resultados de los procesos de evaluación de los años correspondientes.

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁷		Avance ⁸	Notas
		2010	2011		
7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño ¹⁶ implementado	SI: Se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño. NO: Aún no se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño.	-	SI		
. Política de Gestión de Personas					
Política de Gestión de Personas ¹⁷ formalizada vía Resolución Exenta	SI: Existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta. NO: Aún no existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta.	-	NO		

16 Sistema de Retroalimentación: Se considera como un espacio permanente de diálogo entre jefatura y colaborador/a para definir metas, monitorear el proceso, y revisar los resultados obtenidos en un período específico. Su propósito es generar aprendizajes que permitan la mejora del rendimiento individual y entreguen elementos relevantes para el rendimiento colectivo.

17 Política de Gestión de Personas: Consiste en la declaración formal, documentada y difundida al interior de la organización, de los principios, criterios y principales herramientas y procedimientos que orientan y guían la gestión de personas en la institución.

Anexo 3: Recursos Financieros

a) Resultados de la Gestión Financiera

Programa 01

Cuadro 2 A			
Ingresos y Gastos devengados año 2010 – 2011			
Denominación	Monto Año 2010	Monto Año 2011	Notas
	M\$ ¹⁸	M\$	
INGRESOS	37.464.993	34.715.988	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	12.796.580	13.150.019	
OTROS INGRESOS CORRIENTES	72.398	135.973	
APORTE FISCAL	22.087.616	17.450.000	
TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	2.508.399	3.979.996	
GASTOS	38.847.603	39.466.444	
GASTOS EN PERSONAL	5.472.421	5.020.037	
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	5.067.094	7.627.608	
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	258.740	98.382	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	24.190.185	15.021.246	
OTROS GASTOS CORRIENTES			
ADQUISICIONES DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	773.400	2.093.580	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	1.864.831	4.153.799	
SERVICIO DE LA DEUDA	1.220.932	5.451.792	
RESULTADO	-1.382.610	-4.750.456	

¹⁸ La cifras están expresadas en M\$ del año 2011. El factor de actualización de las cifras del año 2010 es 1,03340318.

Programa 02

Cuadro 2 B INVERSIONES Ingresos y Gastos devengados año 2010 – 2011			
Denominación	Monto Año 2010	Monto Año 2011	Notas
	M\$ ¹⁹	M\$	
INGRESOS	241.613.249	251.006.378	
APORTE FISCAL	240.460.517	251.006.378	
TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	1.152.732	0	
GASTOS	249.764.747	273.305.654	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	248.063.730	271.605.536	
SERVICIO DE LA DEUDA	1.701.017	1.700.118	
RESULTADO	-8.151.498	-22.299.276	

¹⁹ La cifras están expresadas en M\$ del año 2011. El factor de actualización de las cifras del año 2010 es 1,03340318.

b) Comportamiento Presupuestario año 2011

Programa 01

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2011								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁰	Presupuesto Final ²¹	Ingresos y Gastos Devengados	Diferencia ²²	Notas ²³
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
			INGRESOS	37.274.853	34.316.908	34.715.988	-399.080	
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13.150.019	13.150.019	13.150.019		
	02		DEL GOBIERNO CENTRAL	13.150.019	13.150.019	13.150.019		
		002	SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA	13.150.019	13.150.019	13.150.019		
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	24.017	64.017	135.973	-71.956	
	01		RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS		40.000	45.415	-5.415	
	99		OTROS	24.017	24.017	90.558	-66.541	
09			APORTE FISCAL	9.242.537	17.045.000	17.450.000	-405.000	
	01		LIBRE	9.242.537	17.045.000	17.450.000	-405.000	
13			TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	14.858.280	4.057.872	3.979.996	77.876	
	02		DEL GOBIERNO CENTRAL	14.858.280	3.858.280	3.780.404	77.877	
		001	IVA CONCESIONES HOSPITALARIAS	14.858.280	3.858.280	3.780.404	77.877	
	06		DE GOBIERNOS EXTRANJEROS		30.000	30.000		
		001	GOBIERNO DE JAPON		30.000	30.000		
	07		DE ORGANISMOS INTERNACIONALES		169.592	169.592		
		001	AMERICARES FOUNDATION INCORPORATED		169.592	169.592		
			GASTOS	37.274.853	40.816.444	39.466.444	1.350.000	
21			GASTOS EN PERSONAL	5.136.536	5.437.232	5.020.037	417.195	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	2.155.573	8.209.883	7.627.608	582.275	
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL		101.220	98.382	2.838	
	01		PRESTACIONES PREVISIONALES		5.137	2.299	2.838	

20 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

21 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2011.

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

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

24	03	017	FONDO BONO LABORAL LEY N°20.305		5.137	2.299	2.838
			PRESTACIONES SOCIALES DEL EMPLEADOR		96.083	96.083	
		001	INDEMNIZACION DE CARTO FISCAL		96.083	96.083	
			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	14.494.123	15.036.287	15.021.246	15.041
		01	AL SECTOR PRIVADO	13.150.019	13.071.851	13.056.832	15.019
		011	PROGRAMA DE APOYO AL RECIEN NACIDO	13.150.019	13.071.851	13.056.832	15.019
		02	AL GOBIERNO CENTRAL		1.964.436	1.964.414	22
		001	SERVICIO DE SALUD ARICA		13.643	13.643	
		002	SERVICIO DE SALUD IQUIQUE		43.770	43.770	
		003	SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA		27.317	27.316	
		004	SERVICIO DE SALUD ATACAMA		25.016	25.015	
		005	SERVICIO DE SALUD COQUIMBO		101.319	101.319	
		006	SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO		51.703	51.703	
		007	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA		109.781	109.780	
		008	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA		18.633	18.633	
		009	SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS		33.535	33.534	
		010	SERVICIO DE SALUD MAULE		152.184	152.184	
		011	SERVICIO DE SALUD ÑUBLE		30.200	30.200	
		012	SERVICIO DE SALUD CONCEPCION		67.601	67.600	
		013	SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO		38.304	38.303	
		014	SERVICIO DE SALUD BÍO - BÍO		33.490	33.490	
		015	SERVICIO DE SALUD ARAUCO		21.478	21.478	
		016	SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE		22.606	22.605	
		017	SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR		48.199	48.197	2
	018	SERVICIO DE SALUD VALDIVIA		35.628	35.628		
	019	SERVICIO DE SALUD OSORNO		30.898	30.896	2	
	020	SERVICIO DE SALUD RELONCAVI		32.162	32.161	1	
	021	SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO		22.115	22.114		
	022	SERVICIO DE SALUD MAGALLANES		17.968	17.967		
	023	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE		128.045	128.043		

	024	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL		100.014	100.013	
	025	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		141.280	141.279	
	026	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE		265.630	265.630	
	027	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE		168.658	168.656	
	028	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR – ORIENTE		134.292	134.292	
	038	HOSPITAL PADRE HURTADO		28.421	28.420	
	039	CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD DE MAIPU		6.766	6.765	
	042	SERVICIO DE SALUD CHILOE		13.780	13.780	
	03	A OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	1.344.104			
	396	PROGRAMA CAMPAÑA DE INVIERNO	1.344.104			
29		ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	629.341	2.348.353	2.093.580	254.773
	04	MOBILIARIO Y OTROS	2.194	29.213	10.904	18.309
	05	MAQUINAS Y EQUIPOS	94.362	1.798.355	1.593.125	205.230
	06	EQUIPOS INFORMATICOS		45.950	39.374	6.576
	07	PROGRAMAS INFORMATICOS	532.785	474.835	450.177	24.658
33		TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	14.858.280	4.231.677	4.153.799	77.878
	01	AL SECTOR PRIVADO	14.858.280	3.858.280	3.780.403	77.878
	003	REINTEGRO CREDITO IVA CONCESIONES	14.858.280	3.858.280	3.780.403	77.878
	02	AL GOBIERNO CENTRAL		373.397	373.396	
	001	SERVICIO DE SALUD ARICA		667	667	
	002	SERVICIO DE SALUD IQUIQUE		1.850	1.850	
	003	SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA		2.662	2.662	
	005	SERVICIO DE SALUD COQUIMBO		1.705	1.705	
	006	SERVICIO DE SALUD VALPARAISO – SAN ANTONIO		13.664	13.664	
	007	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA		1.758	1.758	
	009	SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS		4.477	4.477	
	010	SERVICIO DE SALUD MAULE		187.826	187.826	
	011	SERVICIO DE SALUD ÑUBLE		14.366	14.366	
	012	SERVICIO DE SALUD CONCEPCION		1.962	1.961	
	016	SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE		1.000	1.000	

		018	SERVICIO DE SALUD VALDIVIA		1.579	1.579	
		019	SERVICIO DE SALUD OSORNO		4.000	4.000	
		020	SERVICIO DE SALUD RELONCAVI		18.412	18.412	
		021	SERVICIO DE SALUD AYSEN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO		3.664	3.664	
		023	SERVICIO DE SALUD METROPLITANO ORIENTE		29.271	29.271	
		024	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL		16.663	16.663	
		025	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		9.360	9.360	
		026	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE		31.150	31.150	
		027	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE		20.269	20.269	
		028	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR – ORIENTE		5.000	5.000	
		038	HOSPITAL PADRE HURTADO		1.200	1.200	
		039	CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD DE MAIPU		892	892	
34			SERVICIO A LA DEUDA	1.000	5.451.792	5.451.792	
	07		DEUDA FLOTANTE	1.000	5.451.792	5.451.792	
			RESULTADO		-6.499.536	-4.750.456	-1.749.080

Programa 02

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2011								
Subt.	Item	Asig	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁴	Presupuesto Final ²⁵	Ingresos y Gastos Devengados	Diferencia ²⁶	Notas ²⁷
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
			INGRESOS	295.683.452	275.870.383	251.006.378	24.864.005	
09			APORTE FISCAL	295.683.452	275.870.383	251.006.378	24.864.005	
	01		LIBRE	293.950.883	274.137.814	249.300.000	24.837.814	
	03		SERVICIO DE LA DEUDA EXTERNA	1.732.569	1.732.569	1.706.378	26.191	
			GASTOS	295.683.452	284.943.083	273.305.654	11.637.429	
31			INICIATIVAS DE INVERSION	293.950.883				
	02		PROYECTOS	293.950.883				
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL		283.210.514	271.605.536	11.604.978	
	02		AL GOBIERNO CENTRAL		283.210.514	271.605.536	11.604.978	
		001	SERVICIO DE SALUD ARICA		11.387.468	10.925.853	461.615	
		002	SERVICIO DE SALUD IQUIQUE		1.603.661	1.043.527	560.134	
		003	SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA		17.411.252	16.148.449	1.262.803	
		004	SERVICIO DE SALUD ATACAMA		10.707.104	10.672.588	34.516	
		005	SERVICIO DE SALUD COQUIMBO		4.925.394	3.933.506	991.888	
		006	SERVICIO DE SALUD VALPARAISO – SAN ANTONIO		6.895.349	6.807.150	88.199	
		007	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA		6.414.545	6.294.914	119.631	
		008	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA		4.835.015	4.687.040	147.975	
		009	SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS		17.406.805	17.138.850	267.955	
		010	SERVICIO DE SALUD MAULE		24.213.416	21.694.301	2.519.115	
		011	SERVICIO DE SALUD ÑUBLE		2.356.365	2.321.908	34.457	
		012	SERVICIO DE SALUD CONCEPCION		10.925.551	10.888.661	36.890	
		013	SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO		7.527.726	7.505.636	22.090	

24 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

25 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2011.

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

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

	014	SERVICIO DE SALUD BÍO - BÍO		15.421.532	15.292.064	129.468
	015	SERVICIO DE SALUD ARAUCO		11.804.495	10.485.135	1.319.360
	016	SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE		4.099.277	3.054.511	1.044.766
	017	SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR		7.032.252	6.774.303	257.949
	018	SERVICIO DE SALUD VALDIVIA		5.891.886	5.805.932	85.954
	019	SERVICIO DE SALUD OSORNO		13.091.089	13.065.817	25.272
	020	SERVICIO DE SALUD RELONCAVI		18.414.508	17.915.034	499.474
	021	SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO		1.571.159	1.498.327	72.832
	022	SERVICIO DE SALUD MAGALLANES		1.427.105	1.38.217	45.888
	023	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE		14.369.995	14.369.995	
	024	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL		7.626.046	7.607.669	18.377
	025	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		9.604.489	8.921.748	682.741
	026	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE		7.346.131	7.227.889	118.242
	027	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE		7.028.149	6.875.225	152.924
	028	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR - ORIENTE		29.632.378	29.219.448	412.930
	038	HOSPITAL PADRE HURTADO		127.850	127.850	
	040	CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD DE PEÑALOLEN CORDILLERA ORIENTE		131.979	131.979	
	042	SERVICIO DE SALUD CHILOE		1.980.543	1.789.010	191.533
34		SERVICIO DE LA DEUDA	1.732.569	1.732.569	1.700.118	32.451
	02	AMORTIZACION DEUDA EXTERNA	1.392.271	1.392.271	1.359.820	32.451
	04	INTERESES DEUDA EXTERNA	340.298	340.298	340.298	
		RESULTADO		-9.072.700	-22.299.276	13.226.576

c) Indicadores Financieros

Cuadro 4 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²⁸			Avance ²⁹ 2011/ 2009	Notas
			2009	2010	2011		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales ³⁰)	\$	0,9	1,0	1,0	116	
	[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	-	
	[DF/ Saldo final de caja]	\$	590,7	0,6	9.237,6	1.564	
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)	\$	2.725,0	0,6	2.237,0	82	

28 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2011. Los factores de actualización de las cifras de los años 2009 y 2010 son 1,04798253 y 1,03340318 respectivamente.

29 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.

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

d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5				
Análisis del Resultado Presupuestario 2011 ³¹				
Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
	FUENTES Y USOS	18.332.683	-18.628.295	-295.612
	Carteras Netas		-19.421.954	-19.421.954
115	Deudores Presupuestarios		6.259	6.259
215	Acreedores Presupuestarios		-19.428.213	-19.428.213
	Disponibilidad Neta	16.278.508	3.639.993	19.918.501
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	16.278.508	3.639.993	19.918.501
	Extrapresupuestario Neto	2.054.175	-2.846.334	-792.159
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	2.418.143	-3.094.060	-675.917
116	Ajustes a Disponibilidades	2.812		2.812
119	Trasposos Interdependencias			
214	Depósitos de Terceros	-289.239	231.380	-57.859
216	Ajustes a Disponibilidades	-77.541	16.346	-61.195

31 Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2011				
Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones
Mejor atención e infraestructura	310.590.091	288.849.722	277.223.416	
Nivel Atención Primaria de Salud	16.346	16.346	16.346	
Efecto leyes de recursos humanos y contratación de especialistas	50.696	50.696	50.696	

f) Transferencias³²

Cuadro 7 Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2011 ³³ (M\$)	Presupuesto Final2011 ³⁴ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ³⁵	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo	13.150.019	13.071.851	13.056.832	15.019	
Inversión Real					
Otros					
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo	1.344.104	0	0	0	
Inversión Real					
Otros ³⁶					
TOTAL TRANSFERENCIAS	14.494.123	13.071.851	13.056.832	15.019	

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

33 Corresponde al aprobado en el Congreso.

34 Corresponde al vigente al 31.12.2011.

35 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

36 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2011

- Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2011

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUBSECRETARIA DE REDES	CAPÍTULO	10

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2008	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Meta 2011	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	Notas (9)
<p>● Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:</p> <p>● Programa: Red de Urgencia Evaluado en: 2001</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Tasa anual de consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el año t/N° Población total beneficiaria)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	<p>(N° consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el año t/N° Población total beneficiaria)</p>	0.54 unidades	0.58 unidades	0.61 unidades	0.61 unidades	0.60 unidades	SI	102%	10%	Reportes/Informes Informe Servicios de Salud	
	Aplica Enfoque de Género: SI		0.58 unidades	0.64 unidades	0.60 unidades	0.65 unidades	0.67 unidades					
			0.50 unidades	0.51 unidades	0.61 unidades	0.57 unidades	0.53 unidades					
<p>● Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de establecimientos de alta complejidad con OIRS en trámite en línea</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((Número de establecimientos de alta complejidad con OIRS con trámite en línea/Número total de establecimientos de alta complejidad) *100)</p>	n.m.	n.m.	0%	100%	100%	SI	100%	10%	Formularios/Fichas Informe Depto. Participación Social	

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2008	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Meta 2011	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	Notas (9)
<p>● Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:</p> <p>- Programa de coordinación sectorial de 2 años para la reducción de listas de espera Programa de coordinación sectorial de 2 años para la reducción de listas de espera de acuerdo al compromiso presidencial de terminar con las listas de espera de cirugía y enfermedades AUGE</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Tasa de variación de garantías GES retrasadas en el año t, en relación al año t-1. Aplica Enfoque de Género: SI</p>	<p>((N° de garantías retrasadas en el año t/N° de garantías retrasadas en el año t-1)-1)*100)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>									<p>Reportes/Informes Informe Garantías retrasadas GES.</p>	1
			n.m.	n.m.	-70.1 %	-100.0 %		NO	0%	10%		
			n.m.	n.m.	113516.0	0.0	-40.0 %					
			n.m.	n.m.	0.0%	100.0 %	140062.0					
<p>● Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:</p>	<p><u>Economía/Resultado Final</u></p> <p>Porcentaje de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente que son ubicados en camas críticas del sector público respecto del total de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente. Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente que son ubicados en camas críticas del sector público/N° de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente)*100)</p>									<p>Reportes/Informes Informe de derivaciones UGCC</p>	2
			n.m.	n.m.	0.0 %	32.5 %	48.0 %	NO	68%	10%		

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2008	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Meta 2011	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	Notas (9)
<p>●Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>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</p> <p>Aplica Enfoque de Género: SI</p>	<p>((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)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	n.m.	n.m.	39.00%	54.00%	45.00%	SI	120%	20%	Formularios/Fichas Memorandum DIGEDEP	3
<p>●Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento ,control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud</p> <p>Planificar, evaluar y controlar las inversiones en infraestructura y equipamiento del sector público de salud a través concesiones y/o inversión directa como principales mecanismos de financiamiento</p>	<p><u>Eficacia/Proceso</u></p> <p>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</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((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)</p>	100%	100%	100%	100%	100%	SI	100%	10%	Formularios/Fichas Marco Presupuesto: Decreto. Correos a FONASA	

<p>● Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud</p>	<p><u>Economía/Procesos</u></p> <p>Porcentaje de avance de Proyectos de inversión decretados</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((Monto total de recursos decretados en proyecto de inversión /Monto total de asignación a inversión sectorial en la Ley de Presupuesto)* 100)</p>	<p>86 %</p>	<p>100 %</p>	<p>100 %</p>	<p>99 %</p>	<p>100 %</p>	<p>SI</p>	<p>99%</p>	<p>20%</p>	<p><u>Formularios/Fichas</u> Informe Departamento de Inversiones.</p>	
<p>● Programa Salud Responde</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de personas que califica como satisfactoria la información entregada por el programa Salud responde</p> <p>Aplica Enfoque de Género: SI</p>	<p>((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)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	<p>n. m.</p>	<p>91.3 %</p>	<p>0.0 %</p>	<p>90.5 %</p>	<p>93.0 %</p>	<p>SI</p>	<p>97%</p>	<p>10%</p>	<p><u>Reportes/Informes</u> Informe de satisfacción Usuaría</p>	

(9): Fundamentaciones o justificaciones de metas no cumplidas (cumplimiento inferior a 95%) y metas sobre cumplidas (cumplimiento superior a 105%)

<p>Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio</p>	<p>100%</p>
--	-------------

Notas:

1.-A partir del año 2011 por necesidad de dar cumplimiento a una prioridad Presidencial que fue dada a conocer a la comunidad en Mayo del año en curso, se instruye al Ministerio de Salud y al seguro público de FONASA la resolución absoluta de la lista de espera ges a noviembre del 2011, incluida la implementación de la estrategia del Bono Auge. Esto determina que el volumen de garantías retrasadas como lista espera y establecidas para este indicador experimentara un comportamiento no esperado, y un notable sobrecumplimiento de la meta. Resultado del indicador es SOBRECUMPLIMIENTO en un 250%

2.-Causas Externas del incumplimiento del Indicador:1.-Traslados de pacientes con patologías GES: a partir del año 2011 por necesidad de dar cumplimiento a una prioridad Presidencial que fue dada a conocer a la comunidad en Mayo del año en curso, se instruye al Ministerio de Salud y al seguro público de FONASA la resolución absoluta de la lista de espera ges a noviembre del 2011, se adjunta discurso y estrategia de implementación que contempla al Bono Auge, y gráfica de evolución lista de espera AUGE del 2011. 2.Alerta Sanitaria por causas Respiratorias: Desde el mes de abril del 2011 se observó un fuerte incremento en pacientes con patología respiratoria grave lo que implicó el desarrollo de distintas estrategias hasta decretar Alerta Sanitaria desde el 18 de junio al 15 de septiembre. Se adjunta informe detallado

3.-1.- En 2011 se cuenta con el apoyo de una herramienta de inteligencia de negocios en el Sistema de Información de RRHH (SIRH) denominada QlikView, que dispone de reportes de gestión dinámicos y validados, con procesos certificados. Este mejoramiento del modelo permite actualmente la obtención de datos más completos, exactos y rápidos en el ámbito de la Capacitación, habilitando la entrega directa del Indicador H. Anteriormente se utilizaba una base de gestión a partir de la cual había que generar los reportes que presentaban imprecisiones, por lo que la planificación de la meta fue subestimada. 2.- Además, para el cumplimiento de la Meta Sanitaria 2011, la mayoría de los SS negociaron metas superiores a lo alcanzado en 2010, en virtud de lo señalado en la Resolución que aprueba dichas Metas que aplica sólo para las metas de salud y no para las de apoyo como ocurre con Capacitación. No obstante, 24 SS cumplen entre un 46% y un 74% de funcionarios capacitados.

- Otros Indicadores de Desempeño medidos por la Institución el año 2011

NO APLICA A LA INSTITUCION.

Anexo 5: Compromisos de Gobierno

Cuadro 11					
Cumplimiento de Gobierno año 2011					
Nº	Objetivo[1]	Producto[2]	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula[3]	Evaluación[4]	Institución
1	Aumentar la resolutivez de la atención primaria	Mejorar la resolutivez de atención primaria mediante: - Mayor cobertura de imágenes diagnósticas - mejor resolución de especialidades ambulatorias - Procedimientos cutáneos de baja complejidad - Atención domiciliaria en pacientes con discapacidad severa	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
2	Mejorar el programa de gestión de camas	Fortalecer el programa de gestión de camas agudas, críticas, neonatología, domiciliarias y de salud mental	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
3	Evaluar la gestión de los Directores de Servicio	Evaluar trimestralmente la gestión ejecutiva de los Directores de Servicio en base al nivel de actividad y uso de recursos	Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	A tiempo en su cumplimiento	SRA
4	Implementar gradualmente la garantía de calidad	Acompañar y lograr la acreditación de calidad de 10 hospitales: Padre Hurtado, Doctor Exequiel González, El Pino, Talagante, San Juan de Dios, Doctor Luis Tisné y Doctor Luis Calvo Mackenna, Iquique, Los Andes y Chillán	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
5	Inaugurar otros diez hospitales a partir del año 2012 en Cañete, Hanga Roa de Isla de Pascua, Osorno, Corral, Regional de Rancagua, Calama, Puerto Montt, Maipú, La Florida y Los Ángeles	Inaugurar los hospitales de Cañete, Hanga Roa, Osorno, Corral, Rancagua, Calama, Puerto Montt, Maipú, La Florida y Los Ángeles	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA

6	Terminar con las cirugías no AUGE que llevan esperando más de un año dentro de los próximos dos años	Terminar con las 89.631 cirugías no AUGE que han esperado más de un año para ser operadas	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
7	Evaluar y rediseñar los hospitales autogestionados	Reestructurar la red a través de una exhaustiva evaluación y rediseño de los hospitales y los centros experimentales, corrigiendo las múltiples deficiencias que se han detectado	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
8	Construir, al menos, 56 nuevos centros de salud familiar	56 centros de salud familiar comenzando obras en 2010-2011	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	A tiempo en su cumplimiento	SRA
9	Construir, al menos, 10 nuevos hospitales	10 hospitales comenzando obras en 2011: Hospitales Maipú, La Florida, Antofagasta, Sótero del Río, Félix Bulnes, Salvador, Curicó, Cauquenes, Parral, Constitución.	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	A tiempo en su cumplimiento	SRA
10	Evaluar y rediseñar los centros experimentales	Reestructurar la red a través de una exhaustiva evaluación y rediseño de los hospitales y los centros experimentales, corrigiendo las múltiples deficiencias que se han detectado	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	A tiempo en su cumplimiento	SRA
11	Iniciar las obras de otros 33 centros de salud durante el año 2011	Iniciar las obras de otros 33 centros de salud durante el año 2011	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	Cumplido	SRA

12	Normalizar e inaugurar catorce hospitales durante el año 2011, nueve de la reconstrucción, además de Coquimbo, Punta Arenas, Las Higueras de Talcahuano, Arica y Tocopilla	Terminar las obras de construcción, reposición y normalización de los hospitales: - Hospitales de construcción acelerada: San Antonio, Parral, Talca externo, Curicó, Talca interno, Cauquenes, Hualañé, Chillán y Félix Bulnes - Hospitales de inversión sectorial: Coquimbo, Punta Arenas, Talcahuano, Arica y Tocopilla	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento ,control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	Cumplido	SRA
13	Terminar 31 centros de salud familiar durante el año 2011	Terminar 31 centros de salud familiar durante el año 2011	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento ,control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	Cumplido	SRA
14	Aumentar los recursos para atención primaria	Incrementar en un 8,3% los recursos destinados a atención primaria	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
15	Aumentar los recursos para atención secundaria y terciaria	Incrementar en un 17,9% los recursos destinados a atención secundaria y terciaria	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
16	Formar nuevos especialistas médicos	Formar a 405 médicos especialistas, sub especialistas y dentistas	Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	Cumplido	SRA
17	Implementar nuevo modelo de gestión hospitalaria	Implementar modelo de gestión hospitalaria basado en balanced scorecard en 40 hospitales	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA

18	Terminar 9 hospitales de construcción acelerada	Finalizar los hospitales de construcción acelerada de San Antonio de Putaendo, Parral, Talca interno, Talca externo, Curicó, Cauquenes, Hualañé, Chillán y Felix Bulnes	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento ,control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	Cumplido	SRA
19	Constituir las redes asistenciales macroregionales	Constituir 7 redes asistenciales macroregionales	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
20	Implementar 30 centros de salud familiar de excelencia	Implementar 30 centros de salud familiar de excelencia	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
21	Incrementar el uso de telemedicina	Implementar 18 centros de telemedicina a junio de 2011	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
22	Implementar modelo de grupos relacionados de diagnóstico	Implementar grupos relacionados de diagnóstico en 40 hospitales	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
23	Mejorar la cobertura de exámenes de medicina preventiva	Ampliar la cobertura de exámenes de medicina preventiva incorporando exámenes de medicina preventiva en adolescentes de 10 a 14 años, hombres de 20 a 44 años, mujeres de 45 a 64 año y adultos de 65 y más años	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
24	Incorporar la medicina tradicional indígena a los programas de salud	Incorporar la medicina tradicional indígena a los programas de salud	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA

25	Incluir dentro del AUGE atenciones de carácter preventivo y diagnóstico precoz	Enviar un Proyecto de ley al Congreso	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA
26	Definir un plan garantizado de salud y un mecanismo solidario de financiamiento	Enviar un Proyecto de ley al Congreso, considerando la propuesta del Comité de Expertos de Salud	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
27	Impulsar la Ley de Derechos y Deberes del Paciente	Agilizar su aprobación en el Congreso	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
28	Publicar la encuesta nacional de salud	Publicar los resultados de la encuesta	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Cumplido	SRA
29	Ampliar el programa de salud mental de hogares y residencias protegidas	Expandir las plazas de hogares y residencias protegidas en 123 adicionales	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	A tiempo en su cumplimiento	SRA

Anexo 6: Informe Preliminar⁴² de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas⁴³

Cuadro 11

Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas	
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 a marzo 2012</p> <p>Con respecto a la Propuesta de Disminución de brechas de centros de atención primaria que incorporarán el programa PASAF infantil a su gestión, considerando redistribución geográfica se informa que durante el año 2011, se evaluó la estrategia a implementar, definiéndose modificaciones que consideraron entre otras acciones el trasladar la administración del Financiamiento desde FONASA a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, además de modificar la modalidad de transferencia presupuestaria de Programa de Prestaciones Valoradas PPV, a un programa de APS.</p> <p>Lo anterior determina además una reformulación de la estrategia y cambios programáticos orientados fundamentalmente a incorporar estrategias preventivas que permitan aumentar la cobertura esperada como población objetivo. En este contexto en el último trimestre del 2011 se implementa el proyecto "Piloto Vida Sana", que incluye una intervención en Obesidad, focalizada en niños de 6 a 9 años y ampliada a adolescentes, embarazadas y adultos hasta 45 años.</p> <p>A partir del 2012; se realiza la modificación presupuestaria que permite reforzar esta estrategia con aumento de cobertura al Piloto Vida Sana.</p> <p>Medios de Verificación: minuta compromiso programa obesidad resolución de programa</p>

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

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

Respuesta marzo 2012

Considerando lo señalado en el estado de cumplimiento del compromiso anterior el plan de trabajo a incluso las siguientes definiciones:

3. Implementar la Propuesta de Disminución de Brechas de centros con PASAF infantil.

- Incorporar a 83 comunas en el programa Piloto Vida Sana.
- El alcance considera a 11 regiones de nuestro país: Valparaíso, Metropolitana de Santiago, Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Bio Bio, Los Lagos y de los Ríos, totalizando 209 establecimientos.
- Una cobertura para el periodo 2011 / 2012 en cupos disponibles totales financiados equivalente a 26.600 personas.
- Implementación de un sistema de Información denominado <http://vidasana.minsal.cl/Estadisticas/Estadisticas.asp> en el cual se monitorean entre otros indicadores: el número de personas que ingresan y egresan del programa, porcentaje de adhesión, el ranking de causales de abandono y el número de personas que logran disminuir de peso al egresar.

Medios de Verificación:
minuta compromiso
resolución de programa

Según lo comprometido, el Catálogo de prestaciones del Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial en la red Asistencial, se actualizó para el año 2012 incorporando :

1. Actualizar Catálogo de Prestaciones del Programa de Apoyo Biopsicosocial (PADB) 2012, incorporando el PARN en el diseño y la organización y gestión del PADB. Junto con ello definir los indicadores que darán cuenta del desempeño del PARN tanto en el componente del set como del componente educativo.

- La Entrega del Set de Implementos básicos para Recién Nacidos (as) y material educativo dentro del componente de atención personalizada del proceso de nacimiento. (páginas 20 -21)
- En los Talleres de educación Prenatal en la Atención Primaria en la Tercera sesión: 27 a 28 semanas: "Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto", la indicación de realizar la presentación del Programa de Apoyo al Recién Nacido, enfatizando en Apego, utilización de aceites de masajes, del porta bebe y entregar el díptico informativo del PARN.
- En la Cuarta sesión: 32 a 33 semanas: "Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y puerperio", el refuerzo de los contenidos del Programa de Apoyo al Recién Nacido en particular la lactancia materna con el uso del cojín modelando la posición y técnica con muñeco; y las temáticas de cuidados en la crianza temprana y regularización de los ciclos fisiológicos (página 14)
- El monitoreo del uso que hacen las familias de los implementos del set de apoyo al recién nacido en el control de la diada (madre- recién nacido/a) y en los controles de salud del niño y la niña sana y la indicación de reforzar la correcta utilización de los implementos del set de apoyo y los contenidos que correspondan en término de crianza positiva, con énfasis en lactancia materna (páginas 30 y 33 del catalogo). detalle en archivos adjuntos

Medios de Verificación:
minuta de compromiso para
programa PARN
catálogo de prestaciones
resolución aprobatoria de programa

1. Definir la población objetivo del PARN acorde a los criterios de selección de beneficiarios.

En el Programa de Apoyo al Recién Nacido aprobado para el año 2012 se define como destinatarios finales o población objetivo del Programa a los recién nacidos que egresan vivos de la red pública de salud.

Agregado a lo anterior y dado que los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud han acordado establecer requisitos o condicionantes a las usuarias, a fin de acceder a los beneficios del Programa en el año 2013 (registro de asistencia a talleres en la APS- 1 ó 2, por definir - y atención del parto en un establecimiento de la red pública de salud), se ha definido un plan de trabajo durante el primer semestre del 2012 a fin de difundir estas condicionantes, en primer término a los profesionales del sistema de salud y posteriormente a la comunidad.

Medios de Verificación:
programa PARN
resolución aprobatoria de programa
minuta compromiso

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2011

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AÑO 2011

I. IDENTIFICACIÓN

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUBSECRETARIA DE REDES	CAPÍTULO	10

II. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión				Prioridad	Ponderador	% del ponderador obtenido	Cumple
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance							
			I	II	III	IV				
Marco Básico	Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información				O	Mediana	15.00%	100	☐
		Sistema Seguridad de la Información			O		Menor	10.00%		☐
	Planificación / Control de Gestión	Descentralización	O				Mediana	15.00%		☐
		Equidad de Género	O				Menor	10.00%		☐
		Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	O				Alta	50.00%		☐

III. SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Tipo	Etapa	Justificación
Marco Básico	Administración Financiera	Administración Financiero - Contable	Eximir	--	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	--	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.

Calidad de Atención a Usuarios	Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana	Eximir	--	Por decisión de la autoridad y en función de la reestructuración que esta en marcha para la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la gestión del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana dependerá estructuralmente del Departamento de Atención a Usuarios perteneciente al Gabinete del Sr. Ministro de la Subsecretaría de Salud Pública, al igual que la OIRS Central y el Departamento de Asistencia Remota "Salud Responde", por lo anterior, no será parte de la gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales lo relativo a la implementación y mantención del modelo de atención ciudadana tabnto en el nivel central como en las Redes Asistenciales.
Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna	Eximir	--	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 12				
Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2011				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁴⁴	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁴⁵	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴⁶
División Atención Primaria	24	4	100.0%	16%
División de Gestión y Desarrollo de las Personas	31	6	100.0%	16%
División de Inversiones	39	5	100.0%	16%
División de Gestión de Redes Asistenciales	34	5	100.0%	16%
Gabinete de la Subsecretaría Redes Asistenciales	34	4	100.0%	16%

44 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2011.

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

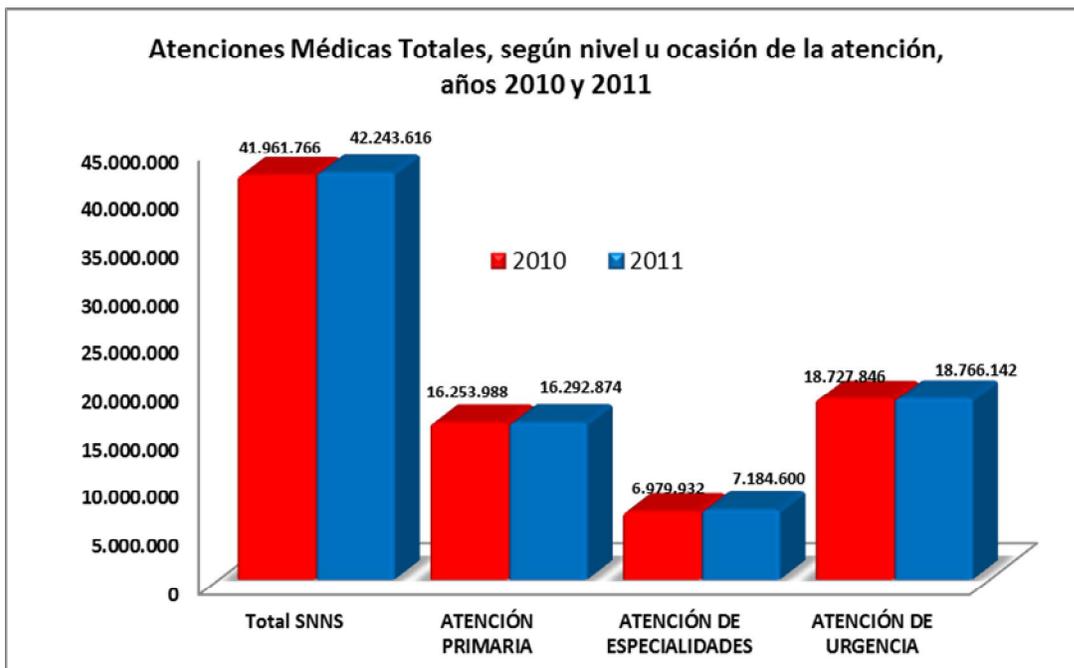
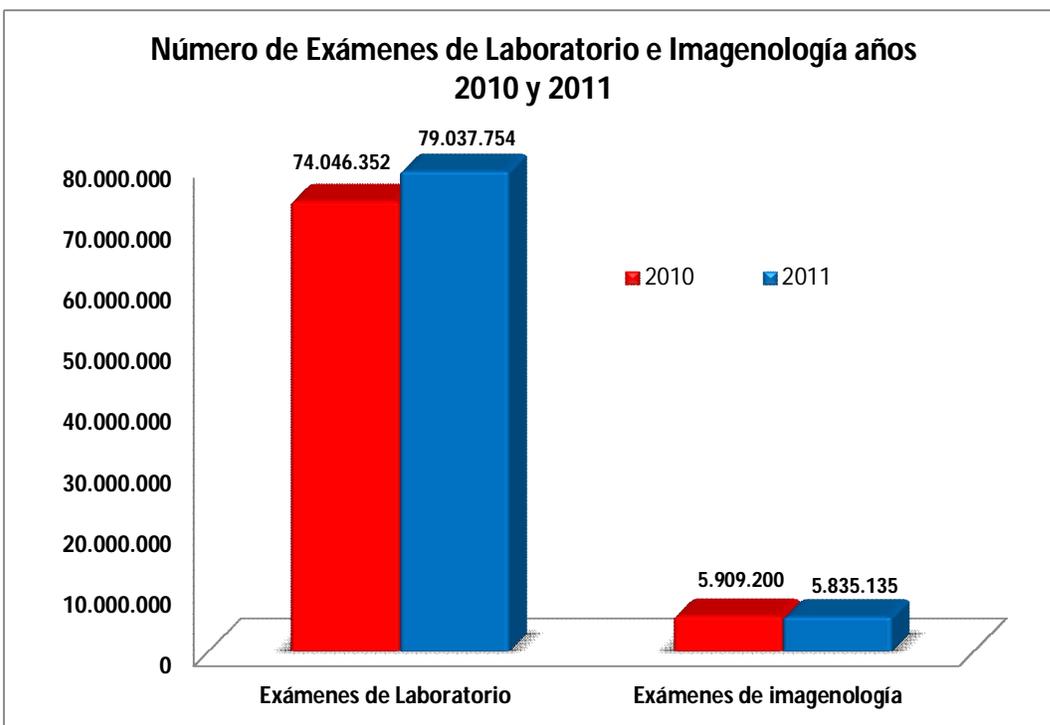
46 Incluye porcentaje de incremento ganado más porcentaje de excedente, si corresponde.

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

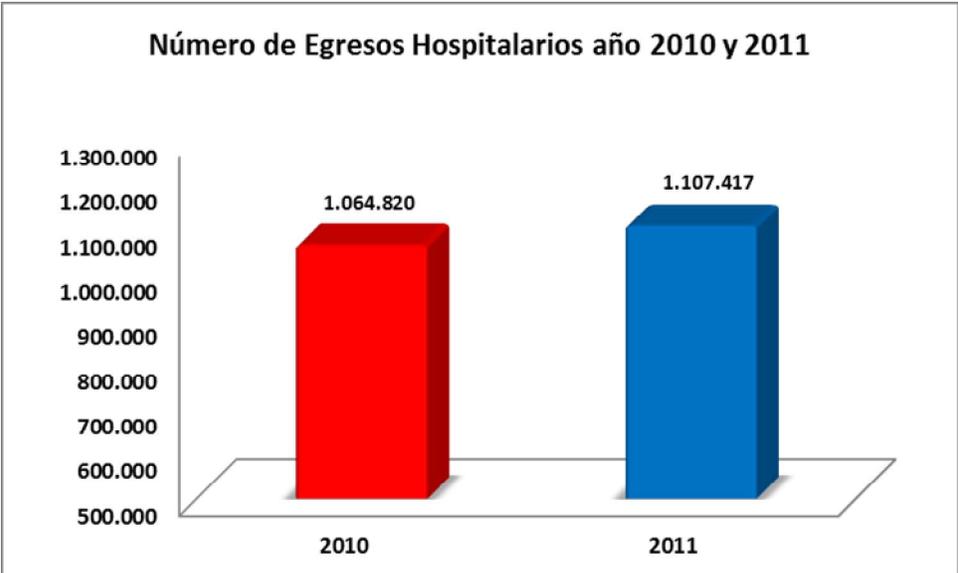
Nº	Nº de Boletín	Descripción	Objetivo	Fecha ingreso	Estado de tramitación	Beneficios Directos
1	2840-11	Modifica causal de término de funciones de trabajadores de la atención primaria de salud.	El proyecto de ley propone eliminar de la letra f del artículo 48 de la ley N° 19.378 la frase "o tres acumulados". El proyecto resulta razonable ya que asimila a los funcionarios de la Atención primaria de Salud Municipalizada con el resto de los funcionarios municipales.	Ingresado el 18-12-2001.	Se encuentra en segundo trámite constitucional en el Senado. Sin movimiento desde el 01-05-2006.	
2	4417-11	Asegura identificación del recién nacido y evita la sustracción de menores.	El proyecto de ley incorpora dos nuevos artículos a continuación del artículo 120 del Código Sanitario. La iniciativa pretende que el profesional que atiende el parto esté obligado a adoptar las medidas necesarias para individualizar al recién nacido.	Ingresado el 16-08-06	Proyecto ingresado y nunca visto.	Materia que no es de interés del ejecutivo
3	4489-11	Regula el Manejo de embriones congelados.	El proyecto regula de manera pormenorizada el tratamiento que se le debe dar a los embriones congelados.	Ingresado el 05-09-06	Proyecto ingresado y nunca visto.	Materia que no es de interés del ejecutivo
4	5921-11	Modifica el Código Sanitario para permitir la venta de medicamentos a particulares por parte de hospitales, consultorios y centros de salud.	Permite a la Autoridad Sanitaria autorizar la venta de medicamentos en hospitales, consultorios y centros de salud, no pudiendo cobrar más de un 5% adicional al precio de lista establecido por la Cenabast.	Ingresado el 17-06-08	Proyecto ingresado y nunca visto.	Materia que no es de interés del ejecutivo

5	6916-11	Modifica el Código Sanitario con el objeto de establecer un método más seguro en la identificación de los recién nacidos	El proyecto pretende que el profesional de la salud o cualquier personas que atiende un parto adopte las medidas necesarias para la correcta identificación del recién nacido.	Ingresado el 04-05-2010.	Proyecto ingresado y nunca visto.	Materia que no es de interés del ejecutivo
6	8140-11	Otorga al personal de la atención primaria de salud que indica, una bonificación por retiro voluntario y una bonificación adicional.	Otorga un incentivo al retiro a los funcionarios de la Salud Municipalizada. El proyecto se enmarca en las negociaciones de la mesa del sector público.	Ingresado el 10-01-2012	Se encuentra en etapa de promulgación.	Este proyecto de ley es de suma importancia para el Ministerio de Salud.

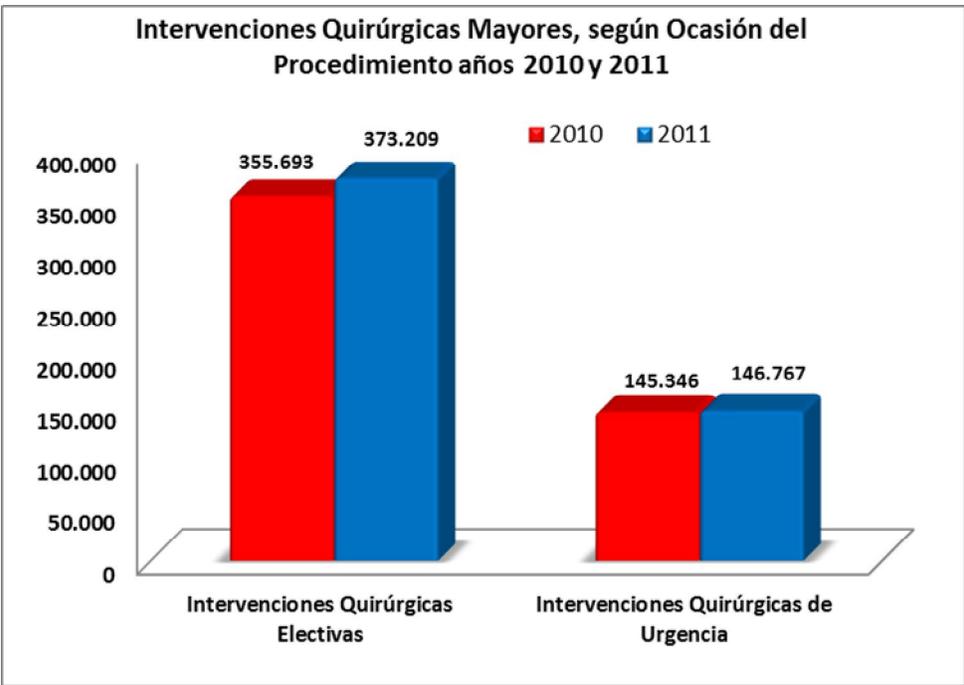
Anexo 10: Gráficos de Producción



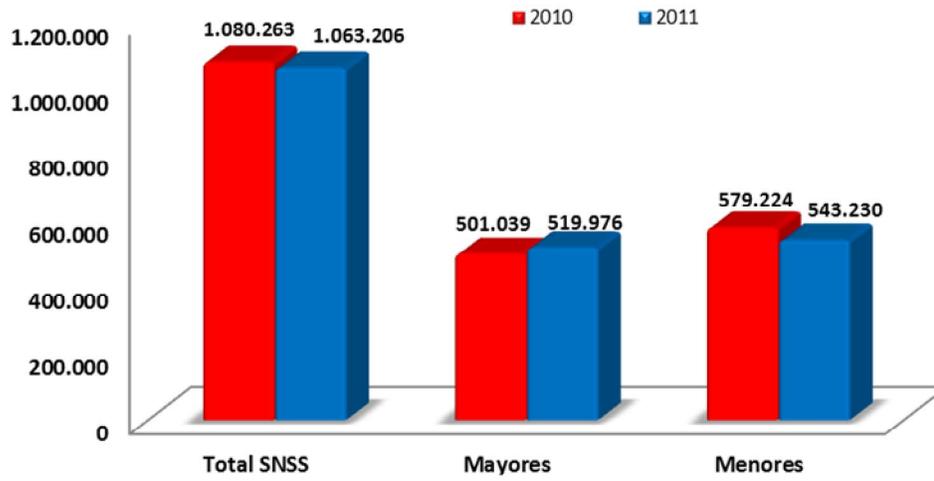
Número de Egresos Hospitalarios año 2010 y 2011



Intervenciones Quirúrgicas Mayores, según Ocasión del Procedimiento años 2010 y 2011



**Intervenciones Quirúrgicas Totales según Tipo de Intervención
años 2010 y 2011**





Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile