

## CUMPLIMIENTO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2012

<b>MINISTERIO</b>	MINISTERIO DE SALUD	<b>PARTIDA</b>	16
<b>SERVICIO</b>	SERVICIOS DE SALUD	<b>CAPÍTULO</b>	49

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Meta 2012	Cumple SI-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>● Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>Atenciones médicas y odontológicas electivas, incluyendo tratamiento farmacológico y procedimientos</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Tasa de consulta médica por beneficiario, inscrito y validado, en atención primaria, promedio del país año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: SI</p>	<p>(Total consultas médicas anuales a beneficiarios en atención primaria país año t / Total Población beneficiaria, inscrita y validada, atención primaria país año t-1)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	1.5 unidades	1.4 unidades	1.3 unidades	1.2 unidades	1.6 unidades	NO	74%	10%	<p><u>Reportes/Informes</u> Resumen Estadístico Mensual- Servicios de Salud REM A 04</p>	1
<p>● Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (HbA1c &lt; 7) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario, año 2012</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario con HbA1c &lt; 7, año 2011 / Total de pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario) * 100)</p>	35 %	35 %	38 %	38 %	42 %	NO	91%	10%	<p><u>Formularios/Fichas</u> Resumen Estadístico Mensual REM A 05</p>	2

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Meta 2012	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>●Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (&lt; 130/85 mmHg) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario, año 2012</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario, con P.A. &lt; 130/85 mmHg, año 2011/Total de pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario)*100)</p>	53 %	64 %	61 %	66 %	65 %	SI	102%	15%	<p><u>Formularios/Fichas</u> Resumen Estadístico Mensual REM A 05</p>	
<p>●Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>●Programa: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) Evaluado en: 2004</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria en año t/N° de población total de beneficiaria del sistema público en año t)*100)</p>	7 %	8 %	8 %	9 %	9 %	SI	102%	5%	<p><u>Formularios/Fichas</u> Registro Estadístico Mensual.REM 09</p>	

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Meta 2012	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>●Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS</p> <p>&lt;br&gt;&amp;nbsp;&amp;nbsp;&amp;nbsp;- Atenciones ambulatorias médicas de especialidad, odontológicas y de otros profesionales de la salud.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas por especialidad realizadas en atención de segundo nivel año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de altas odontológicas por especialidad realizadas en Atención de segundo nivel año t/N° Población total beneficiaria del sistema público t)*100)</p>	1.23 %	1.36 %	1.29 %	1.22 %	1.40 %	NO	87%	5%	<p><u>Formularios/Fichas Registro Estadístico Mensual.REM 09</u></p>	3
<p>●Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de pacientes operados con lista de chequeo para seguridad de la cirugía aplicada respecto del total de pacientes operados año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de pacientes operados con lista de chequeo para seguridad de la cirugía aplicada en año t/N° total de pacientes operados en año t)*100)</p>	n.m.	n.m.	70.3 %	74.3 %	60.0 %	SI	123%	10%	<p><u>Reportes/Informes</u> Informe del departamento de calidad sobre aplicación lista de chequeo por servicio.</p>	4

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Meta 2012	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
•Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	<u>Economía/Proceso</u>  Porcentaje promedio de deuda en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud con vencimiento menor o igual a 45 días, año 2012  Aplica Enfoque de Género: NO	((Deuda en bienes y servicios de consumo de los Servicios de salud con vencimiento menor o igual a 45 días en el año 2011/Deuda en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud en el año 2011)*100)	55 %	43 %	32 %	57 %	100 %	SI	174%	10%	<u>Reportes/Informes</u> Correo de FONASA con la información consolidada de los Servicios de Salud o alternativamente informes mensuales enviados por los Servicios de Salud.	5
•Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u>  Tasa de variación lista de espera quirúrgica no GES del año t, en relación al año t-1  Aplica Enfoque de Género: NO	((Número Total de personas en lista de espera quirúrgica > a 1 año, año t/Número Total de personas en lista de espera quirúrgica > a 1 año, año t-1)-1)*100)	n.m.	n.m.	-38.71 % 58806.00	-57.99 % 25453.00	-15.00 % 54900.00	SI	46%	5%	<u>Formularios/Fichas</u> Informes Depto. Gestión de la Información	6
•Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.  &nbsp;&nbsp; - Implementar modelos de autogestión hospitalaria	<u>Eficacia/Producto</u>  Porcentaje de establecimientos EAR con acreditación realizada del total de EAR  Aplica Enfoque de Género: NO	((N° de Establecimientos EAR con acreditación realizada por la SIS/N° de Establecimientos EAR Total )*100)	n.m.	n.m.	0.0 %	5.3 %	50.9 %	NO	10%	10%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de departamento de calidad	7

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Meta 2012	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>● Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud. &lt;br&gt;&amp;nbsp;&amp;nbsp; - Coordinar y articular la red asistencial de salud</p>	<p><u>Eficacia/Producto</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.</p> <p>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>	0.0 %	0.0 %	0.0 %	43.9 %	46.3 %	NO	94%	5%	Formularios/Fichas Informe de Unidad de Gestión clínica de camas	8
<p>● Institucional</p>	<p><u>Economía/Proceso</u></p> <p>Tasa de variación de la deuda total de los Servicios de Salud año t/Monto deuda total de los Servicios de Salud año t-1)-1)*100)</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((Monto deuda total de los Servicios de Salud año t/Monto deuda total de los Servicios de Salud año t-1)-1)*100)</p>	26 % 63397088	-41 % 36901957	-50 % 19694871	117 % 62342488	-40 % 30000000	NO	2%	5%	Reportes/Informes Reporte SIGFE por Servicio de Salud.	9
<p>● Institucional</p>	<p><u>Economía/Proceso</u></p> <p>Porcentaje de Recuperación de los Ingresos de Operación 2012</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((Ingresos de Operación Percibidos en el año 2011/Ingresos de Operación Devengados en el año 2011)*100)</p>	89 %	86 %	86 %	87 %	90 %	SI	96%	10%	Reportes/Informes Reporte SIGFE por Servicio de Salud.	

(9): Fundamentaciones o justificaciones de metas no cumplidas (cumplimiento inferior a 95%) y metas sobrecumplidas (cumplimiento superior a 120%)

<b>Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio</b>	55%
<b>Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas</b>	0%
<b>Porcentaje de cumplimiento global del servicio</b>	55%

Notas:

- 1.-Debido a la oportunidad de información las poblaciones estimadas para el indicador, han variado con respecto a lo estimado.
- 2.-Debido a la oportunidad de información las poblaciones estimadas para el indicador, han variado con respecto a lo estimado.
- 3.-Debido a la oportunidad de información las poblaciones estimadas para el indicador, han variado con respecto a lo estimado.
- 4.-Este indicador se diseñó para implementarse progresivamente en los Hospitales, por tanto la meta de 60% durante 2012 fue similar a la del año 2011. Esto explica resultados superiores a lo estimado. Esta condición se repite en los cortes siguientes por las mismas razones señaladas anteriormente. Cabe destacar que desde la perspectiva de Seguridad del Paciente, estos resultados son esperables y favorables para la prevención de errores en la cirugía.
- 5.-Este indicador no cumple con la meta solicitada a cada corte debido a que en su medición considera un universo de establecimientos que no corresponde ser incorporados dado el plazo establecido en el indicador para el pago de las obligaciones con proveedores (45 días). Los Establecimientos Auto gestionados en Red representan aproximadamente un 80% del gasto total de los Servicios de Salud. Para estos establecimientos la Ley de Autogestión establece como plazo máximo para el pago de sus obligaciones 60 días, y el indicador 45 días, por lo tanto se genera una distorsión en la medición del indicador.
- 6.-Debido a las estrategias implementadas en el año 2012 para la resolución de la Lista de Espera Quirúrgicas excesivamente prolongadas anteriores al 2010, se logra obtener resultados superiores a los esperados en este ámbito de gestión.
- 7.-1. La acreditación es un proceso que permite cautelar aspectos de calidad y seguridad de los pacientes en el ámbito de la mejora continua de calidad, este proceso implica un cambio cultural de la organización, de lenta instalación, que requiere del compromiso de todos los trabajadores y en especial de los Equipos Directivos, cambio de foco de la atención hacia el usuario, cambios conductuales en la institución para mantener las condiciones de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, por lo que su instalación y consolidación es lenta y difícil. Lo anterior es avalado por la experiencia internacional, es así como ICONTEC, empresa multinacional Colombiana, muestra su experiencia que su primer centro hospitalario acreditado fue en el año 2005 y que al año 2012 tiene 24 centros acreditados; de los cuales 15 son privados y 9 públicos, lo que nos permite visualizar que la internalización de los procesos de mejora continua y calidad son de larga instalación. 2. La gestión del cambio al interior de
- 8.-Tal como se señala en el informe incluido como medio de verificación, existió una contingencia durante el segundo semestre asociada a las UAP que obligo a trasladar pacientes a otros servicios de salud y al sector privado lo que afecto el cierre del indicador.
- 9.-el comportamiento de la deuda de los Servicios de Salud durante un año y su cierre depende fuertemente de los aportes que realice el Ministerio de Hacienda (DIPRES). El año 2011 se hicieron dos aportes para pago de deuda, uno correspondiente al mes de abril por MM\$30.000 y otro en diciembre por MM\$ 37.517 que dejó como cierre una deuda de MM\$28.769. Sin estos aportes la deuda se hubiese elevado hasta los MM\$ 100.000 apróx. Por lo tanto el cumplimiento de una meta en este ámbito depende en gran medida del comportamiento de los aportes por parte de Hacienda. Debido a lo anterior, los esfuerzos en este ámbito deben estar orientados más que en la disminución de la deuda al control presupuestario de los Servicios de Salud y a la transparencia de sus gastos reales.

