

FORMULARIO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2011

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUPERINTENDENCIA DE SALUD	CAPÍTULO	11

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Formula de Cálculo	Efectivo 2007	Efectivo 2008	Efectivo 2009	Efectivo a Junio 2010	Estimación 2012	Meta 2011	Ponderación	Medios de Verificación	Su-pues-tos	No-tas
•Fiscalización	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>1 Porcentaje de muestras de Garantía de Oportunidad de resolución hospitalaria y ambulatoria de los Servicios de Salud del país fiscalizadas en el año t</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO</p>	(N° de muestras de Garantía de Oportunidad de resolución hospitalaria y ambulatoria de los Servicios de Salud del país fiscalizadas en el año t / N° total de muestras de Garantía de Oportunidad de resolución hospitalaria y ambulatoria de los Servicios de Salud del país determinadas en el año t)*100	0.00 %	N.M.	N.M.	55.00 % (11.00/20.00)*100	0.00 %	100.00 % (58.00/58.00)*100	15%	Reportes/Infor mes Informe de fiscalización	1	1
•Gestión de Prestadores	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>2 Porcentaje de Prestadores Autogestionados de la Red Pública sobre los cuales se ejecuta al 100% el programa de preparación para la acreditación de acuerdo a meta anual del Ministerio de</p>	(N° de Prestadores Autogestionados de la Red Pública sobre los que se ejecuta al 100% el programa de preparación	0.00 %	N.M.	N.M.	7.14 % (2.00/28.00)*100	0.00 %	25.00 % (7.00/28.00)*100	15%	Reportes/Infor mes Control y Registro de actividades e informes de avance de programas.	2	2

	Salud Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	para la acreditación/Nº total de Prestadores Autogestionados de la Red Pública sobre que el Ministerio de Salud define anualmente para ser incluidos en programas de preparación para la acreditación)* 100										
•Gestión de Prestadores	<u>Eficacia/Productos</u> 3 Porcentaje de cobertura de fuentes de información de títulos habilitantes de profesionales y técnicos de salud con las que se formaliza y mantiene convenio para la mantención y actualización del registro público. Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	(Número de fuentes de información de títulos habilitantes de profesionales y técnicos de salud con las que se formaliza y mantiene convenio para la mantención y actualización del registro público/Número total de fuentes de información de títulos habilitantes de profesionales y técnicos de salud)*100	0.00 %	N.M.	N.M.	16.00 % (8.00/50.00)*100	0.00 %	48.00 % (24.00/50.00)*100	10%	<u>Reportes/Informes</u> Registro de convenios y actas constitutivas y de comités de seguimiento.	3	3
•Gestión de Conflictos	<u>Calidad/Productos</u> 4 Tiempo promedio de espera para la atención personal en las oficinas de la Superintendencia	Sumatoria del tiempo de espera para la atención personal/Nº total de atenciones	3.2 minutos 72374.0/2617.0	3.3 minutos 73575.0/2500.0	6.3 minutos 187853.0/29818.0	6.1 minutos 82198.0/13475.0	8.5 minutos 263500.0/31000.0	7.5 minutos 255750.0/34100.0	15%	<u>Reportes/Informes</u> Informe mensual de la Unidad e Informe consolidado	4	4

	Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: NO	personales en las oficinas de la Superintendencia	H: 0.0 M: 0.0	H: 0.0 M: 0.0	H: 6.3 75140.0/1927.0 M: 6.3 112713.0/17891.0	H: 6.1 41099.0/6737.0 M: 6.1 41099.0/6738.0	H: 8.5 131750.0/15500.0 M: 8.5 131750.0/15500.0	H: 7.5 127875.0/17050.0 M: 7.5 127875.0/17050.0		mensual del Departamento Gestión de Clientes		
•Regulación	<u>Eficacia/Productos</u> 5 Porcentaje de proyectos normativos sobre el sistema de salud entregados en un tiempo igual o menor a 90 días en el año t Aplica Desagregación por Sexo: NO Aplica Gestión Territorial: NO	(Número de proyectos normativos sobre el sistema de salud entregados en un tiempo igual o menor a 90 días en el año t /Número total de proyectos de normativos sobre el sistema de salud entregados en el año t)*100	0 %	N.M.	N.M.	53 % (8/15)*100	0 %	60 % (60/100)*100	15%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de proyectos solicitados e ingresados	5	5
•Gestión de Conflictos	<u>Calidad/Productos</u> 6 Porcentaje de reclamos administrativos resueltos en un tiempo menor o igual a 90 días. Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: NO	(N° de reclamos administrativos resueltos en un tiempo igual o menor a 90 días/N° total de reclamos administrativos resueltos)*100	88 % (2695/3074)*100 H: 0 M: 0	90 % (3283/3648)*100 H: 0 M: 0	92 % (4069/4423)*100 H: 92 (1627/1769)*100 M: 92 (2442/2654)*100	91 % (2140/2349)*100 H: 91 (1062/1168)*100 M: 91 (1078/1181)*100	84 % (3948/4700)*100 H: 84 (1974/2350)*100 M: 84 (1974/2350)*100	90 % (4500/5000)*100 H: 90 (2250/2500)*100 M: 90 (2250/2500)*100	15%	<u>Base de Datos/Software</u> Sistema Único de Reclamos <u>Reportes/Informes</u> Informes de gestión mensual de la Intendencia de Fondos	6	6
•Gestión de Conflictos	<u>Calidad/Productos</u> 7 Porcentaje de controversias resueltas en un tiempo igual o menor a	(N° de controversias resueltas en tiempo igual o menor a 180 días/N° total	80 % (687/864)*100	84 % (869/1034)*100	74 % (1459/1971)*100	87 % (550/629)*100	70 % (1540/2200)*100	75 % (1553/2070)*100	15%	<u>Base de Datos/Software</u> Sistema Unico de Reclamos	7	7

180 días	de controversias resueltas)*100	H: 0 M: 0	H: 0 M: 0	H: 74 (583/788) *100 M: 74 (876/1183))*100	H: 87 (200/230)* 100 M: 88 (350/399)* 100	H: 70 (770/1100) *100 M: 70 (770/1100))*100	H: 75 (777/1035))*100 M: 75 (776/1035))*100	Reportes/Infor mes Informes de gestión mensual de la Intendencia de Fondos
Aplica Desagregación por Sexo: SI Aplica Gestión Territorial: NO								

Notas:

1 El objetivo es proteger a los beneficiarios de las GES del Sector Público mediante la fiscalización de la Garantía de Oportunidad en la modalidad de atención ambulatoria y hospitalaria a través de muestras estadísticamente representativas en cada uno de los Servicios de Salud del país.

Este es un indicador de cobertura de fiscalización GES a nivel nacional. Las muestras son grupos aleatorios de casos que consideran la resolución hospitalaria y la resolución ambulatoria y se determinarán 2 por servicio de salud, una para cada tipo de resolución. El indicador deberá presentar en los próximos años un aumento gradual del tamaño de cada muestra.

En la medición del año 2010 sólo se consideran 20 de los 29 servicios de Salud, puesto que 9 de ellos se encuentran con problemas derivados del terremoto.

Si no se cumple con la Garantía de Oportunidad, el paciente deberá solicitar a la aseguradora la designación de un nuevo Prestador, llamado "segundo prestador" para estos efectos. El Fonasa o la Isapre no podrán demorar más de dos días en asignar un segundo prestador y deberá informar a la Superintendencia de Salud, mediante un procedimiento ya establecido, que ha cumplido con esta obligación. En el caso que este segundo prestador designado por el Fonasa o la Isapre tampoco cumplieran con la Garantía de Oportunidad, el paciente deberá reclamar ante la Superintendencia de Salud, solicitando un Tercer Prestador. La Superintendencia de Salud, a través del Subdepartamento Médico, contactará un prestador de su confianza que asegure el cumplimiento de la Garantía.

2 Este indicador mide el objetivo de incentivar el desarrollo progresivo de los procesos de certificación y acreditación que les corresponde cumplir a los prestadores de salud.

DEL PROGRAMA Y ROL DE LA SUPERINTENDENCIA: El programa de preparación para la certificación consiste en difundir, explicar y acompañar a los prestadores institucionales en el proceso de conocer, entender y aplicar los estándares definidos para lograr, en una etapa siguiente, la acreditación de estos prestadores.

3 Las fuentes que habilitan legalmente profesionales y técnicos de la salud son: Universidades, Centros de Formación Técnica Autorizados y Secretarías Regionales Ministeriales. Se considera realizar convenios con las 13 SEREMIS de Salud del País, 32 Universidades y 05 Centros de formación técnica.

Los convenios consisten en instancias formales colaboración para compartir información curricular de las fuentes habilitantes, con respecto a los profesionales a quienes se les entrega un título.

4 La implementación el 11 de junio del 2009 del Modelo de Atención Integral en todas las agencias del país, debido su mayor complejidad, implicó el aumento de los tiempos de atención y de espera en cola, de hecho el tiempo promedio de espera fue mayor el 2° semestre (aprox. 8 minutos vs 6 del 1° semestre). La proyección para el año 2010 indica que continuando con el comportamiento observado durante el 2° semestre y estimando una mayor demanda producto del proceso de aprendizaje de la población, las expectativas estarían en el rango de 8,0 - 9,0 minutos de espera, por lo que se ajustará la meta 2010 hasta 8,5 min., lo que se mantendrá para el año 2011

5 Se espera el año 2011 contribuir con una mayor cantidad de proyectos normativos sobre el sistema de salud. Los proyectos normativos sobre el sistema de salud (o de regulación) pueden consistir en Circulares, Resoluciones, Oficios Circulares, Oficios, Reglamentos y/o Decretos.

La Superintendencia de Salud es el organismo encargado de regular a las Isapres, al Fonasa y a los prestadores de salud, con el objetivo de contribuir al correcto funcionamiento del Sistema de Salud, a través de una normativa actualizada y sistematizada.

La regulación permite orientar e instruir medidas preventivas y correctivas a los organismos regulados, protegiendo los derechos de los usuarios, estimulando la eficiencia financiera y operacional, la innovación, promoviendo la competencia y corrigiendo las fallas de mercado derivadas de las asimetrías de información del sector.

6 Los reclamos son presentados por los usuarios en la Oficina de Partes de la Superintendencia y son resueltos por vía administrativa. Se consideran resueltos cuando se emite el oficio que da respuesta al afiliado e instruye a la entidad aseguradora cuando corresponde. Se debe considerar que se aumentó la meta para el año 2010 hasta un 84% y se mantiene para el año 2011, a pesar de la creciente demanda: año 2007=3.074, 2008=3.648 y 2009=4.423 casos resueltos, manteniendo la tendencia para el año 2010.

7 Las controversias son conflictos entre las entidades aseguradoras y los afiliados e ingresan a la Superintendencia en calidad de reclamos que deben ser resueltos como juicio arbitral respondiendo a la facultad que otorga la Ley al Intendente de Fondos y Seguros de Salud para actuar como árbitro arbitrador. Se consideran resueltas cuando el fallo es firmado por el Intendente.

Se justificó mantener la meta para el año 2010 en un 70% y del mismo modo para el año 2011, viendo que el valor efectivo llegó hasta un 74% el año 2009 extremando los recursos disponibles.

Supuesto Meta:

1 Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, legales, políticas, económicas y no existen desastres naturales que prioricen la realización de otras actividades

2 El Ministerio de Salud define en conjunto con la Superintendencia de Salud, un plan progresivo de preparación de los establecimientos Autogestionados para su acreditación. Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas, económicas y no existen desastres naturales que prioricen la realización de otras actividades

3 Se mantienen condiciones sanitarias, legales, políticas, económicas y climáticas estables, sin emergencias ni desastres naturales que prioricen la realización de otras actividades

4 Se mantienen condiciones sanitarias, legales, políticas, económicas y climáticas estables, sin emergencias ni desastres naturales que prioricen otras actividades

5 Se mantienen condiciones sanitarias, legales, políticas, económicas y climáticas estables, sin emergencias ni desastres naturales que prioricen la realización de otras actividades

6 Se mantienen condiciones sanitarias, legales, políticas, económicas y climáticas estables, sin emergencias ni desastres naturales que prioricen otras actividades

7 Se mantienen condiciones sanitarias, legales, políticas, económicas y climáticas estables, sin emergencias ni desastres naturales que prioricen otras actividades