

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL

AÑO 2009

SERVICIOS DE SALUD

Mac Iver 541, Santiago. 5740100

www.minsal.cl

Índice

1. Presentación	3
2. Resultados de la Gestión año 2009.....	7
2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2009.....	7
3. Desafíos para el año 2010	33
4. Anexos.....	37
Anexo 1: Identificación de la Institución	38
Anexo 2: Recursos Humanos	45
Anexo 3: Recursos Financieros	53
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009	79
Anexo 5: Programación Gubernamental.....	84
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.....	85
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009.....	87
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	88
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	89
Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública.....	90

1. Presentación



La misión de los Servicios de Salud es implementar las políticas gubernamentales del Sector Salud, en particular aquellas que buscan ampliar la cobertura y la oportunidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema Público, así como gestionar las redes del sistema en base a las necesidades señaladas en los objetivos sanitarios y en el modelo de atención de salud familiar y comunitario expresado en la Reforma, avanzando en un proceso de descentralización administrativa y modernización del Estado.

Los Servicios de Salud asumen el liderazgo en el cuidado de la Salud de la población, enfrentando sus problemas en forma planificada y buscando continuamente la satisfacción de sus necesidades, en un marco de respeto a los derechos y dignidad de las personas con calidad sanitaria, usando los recursos con eficiencia y equidad. En este contexto, se cuenta con una dotación efectiva de 84.254 funcionarios en el país considerando los 29 Servicios de Salud.

Los objetivos estratégicos de los Servicios de Salud son: Asegurar el funcionamiento de las redes y macredes asistenciales, a través del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el sector, con eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo y, garantizando la participación social en salud y favoreciendo la inclusión de los grupos vulnerables. Asegurar el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en los Establecimientos de la Red del Servicio de Salud, avanzando en la superación de brechas de tecnologías sanitarias con criterios de equidad. Mejorar la gestión en la Atención Primaria, logrando una mayor resolutiveidad e integralidad a través del modelo de salud familiar y comunitario, optimizar el acceso a los servicios de urgencia, mejorando los mecanismos de confianza y cooperación entre los profesionales y perfeccionando los criterios de derivación y protocolos de atención en los distintos niveles de prestaciones que se entregan en salud. Implementar estrategias y acciones que permitan desarrollar recursos humanos centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas. Ejecutar las políticas sectoriales de inversión en el territorio correspondiente a su jurisdicción, bajo criterios de eficiencia y eficacia en el uso de los recursos.

Los clientes de los Servicios de Salud son los afiliados al Régimen de la Ley 18.469 incluidas sus cargas familiares, personas carentes de recursos acreditadas como tal, cesantes con subsidio de cesantía y sus cargas como tal, causantes de subsidio único familiar y usuarios del sistema privado y particulares con modalidad de copago.

El año 2009 estuvo marcado por el gran impulso dado a través del Plan de 90 días que se continuó posteriormente durante todo el año, y la Pandemia, que implicó un importante despliegue de acciones para el control y la mitigación de la epidemia reconocidos a nivel mundial.

Una de las estrategias más relevantes del plan de 90 días se enfocó en acciones tendientes a la resolución de las listas de espera excesivamente prolongadas en el país, y en especial en las comunas vulnerables. Esto significó el reforzamiento del Programa de Resolutividad de la APS, el reforzamiento del nivel secundario a través de la contratación de 500 especialistas a lo largo del país y la construcción de un sistema de información que diera cuenta de las necesidades de gestión de los niveles locales y que por otra parte permitieran construir un registro nacional de las personas que se encuentran en listas de espera excesivamente prolongadas. El resultado de estas estrategias fue que al 30 de septiembre ya se habían realizado 336.191 atenciones a personas con esperas excesivamente prolongadas con lo que a esa fecha ya se había realizado un 99% de las atenciones comprometidas por la presidenta en marzo del 2009.

La pandemia del virus AH1N1 fue enfrentada por los servicios de salud con un éxito reconocido a nivel mundial. Este esfuerzo significó un reforzamiento importante de las acciones de la APS, con la separación de las atenciones de pacientes respiratorios de los con otras patologías, la ampliación de horarios de atención, y de los servicios de atención de urgencia de la APS. En el nivel secundario se reforzaron los servicios de urgencia, separando los sintomáticos respiratorios del resto de los consultantes, se realizó triage buscando la presencia de síntomas específicos, y reforzando las camas críticas. Por otra parte se inició la entrega de los medicamentos a aquellos con indicación ya sea que fueran consultantes del sector público o personas provenientes del sector privado. Como resultado de este proceso, durante el año 2009 se notificó en el país un total de 368.129 casos clínicos ambulatorios sospechoso de influenza pandémica; se confirmaron a través de PCR, 12.302 casos; se entregaron 634.450 tratamientos antivirales gratuitos en el sector público y privado. Entre los casos confirmados, 1.622 presentaron una IRA grave. Entre los PCR positivo a Influenza Pandémica, 155 personas fallecieron. De ellos, 150 casos fueron clasificados como muertes asociadas a influenza pandémica; 4 fallecimientos están en estudio para su correcta codificación (Categoría 2); un fallecimiento fue descartado por haber sido clasificado como otra causa de muerte (categoría 3): Peritonitis aguda secundaria a una Colititis Pseudomembranosa. La edad promedio de los fallecidos es de 44 años y el 71% tenía alguna enfermedad de base. Al comparar la mortalidad general por IRA entre el año 1990, que era de 51 por 100 mil habitantes, y la de este año frente a una pandemia, 17,2 por cien mil habitantes; se puede observar que en el año 1990 murieron más personas por IRA que en el año 2009 (3.796 personas más.). De este modo las acciones de los servicios de salud implicaron una mejor y más temprana detección de los casos, lo que redundó en una menor mortalidad esperada tanto en los casos de AH1N1 como también en los otros cuadros respiratorios graves.

Dentro de los resultados relevantes del 2009 destaca la consolidación de las 56 patologías AUGE e implementación del piloto de Garantías Explícitas con las 7 patologías del piloto 2008: Artritis

Reumatoide Juvenil, Asma del Adulto, Epilepsia del Adulto, Enfermedad de Gaucher, Parkinson, Hernia del Adulto, Prevención secundaria en pacientes con CRC, y la ampliación de 2 más (Displasia luxante de caderas y Salud oral integral de la embarazada). Al 31 de Diciembre de 2009, el Sistema de Información Gestión de Garantías Explícitas en Salud muestra un total acumulado país, de 8.617.098 casos en el sector público en los 56 problemas de salud. A esto se agregan las atenciones realizadas durante el año 2009 a los problemas de piloto 2008 (91.537 personas atendidas) y las 341.964 atenciones realizadas en el marco del piloto 2009.

En Participación Social, un 100% de los Servicios de Salud ha instalado los Presupuestos Participativos. Los ejes temáticos priorizados son Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Satisfacción Usuaría. Los recursos involucrados ascienden a 1.012 millones de pesos aproximadamente y el número de personas que han participado de las votaciones y priorización de propuestas alcanza a más de 140.000. La implementación de la estrategia del Hospital Amigo permitió que el 98% de los hospitales funcionen con 6 horas diarias de visitas, el 100% de los establecimientos de baja y mediana complejidad con camas pediátricas cuentan con acompañamiento 24 horas a niños y niñas hospitalizadas; el 86% de los hospitales de alta complejidad con camas pediátricas cuentan con acompañamiento 24 horas; el 90% por ciento de los establecimientos hospitalarios de mediana y baja complejidad con camas de adultos, cuentan con acompañamiento las 24 horas para adultos mayores hospitalizados; el 67% de los hospitales de alta complejidad con camas de adulto cuentan con acompañamiento 24 horas de adulto/a mayor; los establecimientos han aumentado el acompañamiento a la mujer durante todo el proceso de parto a un 55%; el 80 por ciento de las unidades de emergencia de los hospitales de mayor complejidad y demanda cuentan con un profesional con las capacidades técnicas de establecer un nexo entre la familia, el paciente y el equipo médico, entregando información exacta, oportuna y comprensible a la familia.

Priorizando la importancia de los procesos de calidad y seguridad del paciente durante el año 2009 se constituyeron formalmente las oficinas de Calidad y Seguridad del Paciente en 60 Hospitales de Alta y Mediana Complejidad y las redes locales de calidad.

Al 31 de Diciembre del año 2009, los Servicios de Salud registraron una deuda Total de MM\$ 50.412, aumentando en un monto nominal de MM\$ 44.196, con respecto a la deuda de 31 de Diciembre del año 2008; El aumento de la deuda en los Servicios de Salud, se debió principalmente a un aumento en el precio de los factores productivos por competencias en el mercado laboral del sector salud, efecto en el alza del precio en Bienes y Servicios de Consumo, efecto incremento de compras de servicios a terceros, entre otros factores.

El plan de inversiones 2006-2014 entregó como resultado durante el año 2009: 14 Hospitales Terminados y en Operación, 16 en etapa de Ejecución de Obras Civiles, 8 en etapa de Licitación de Obras Civiles y 6 en Etapa de Desarrollo de Proyectos; 52 CESFAM terminados y en operación y 43 en etapa de Ejecución de Obras Civiles; 73 CECOF terminados año 2006 y actualmente en Operación, 47 CECOF ejecutados año 2007-2008 y actualmente en operación y 51 CECOF años 2009-2010 con el siguiente estado de avance: 9 CECOF en Operación y 42 en Obras Civiles con distintos niveles de avance, al mes de Julio 2010 los 171 establecimientos estarán en operación; y, 36 UAPO en operación.

Para el 2010, los desafíos de los Servicios de Salud en relación a sus productos estratégicos están relacionados en el nivel primario con un aumento en la capacidad resolutiva, la mejora de la cobertura de atención de especialidades mediante estrategias tales como el incremento de dispositivos de alta capacidad resolutiva tipo UAPOS y telemedicina, y la reducción de listas de espera prolongadas en APS. A nivel de acciones en nivel secundario se espera aumentar la disponibilidad de atenciones medico quirúrgicas asociadas a listas de espera. A nivel de hospitales se espera mejorar la disponibilidad de camas básicas y críticas a través de los sistemas de gestión centralizadas de camas. En cuanto al AUGÉ se espera implementar a partir del 1 de Julio el nuevo decreto que incluye 69 patologías con cambios importantes tanto en cobertura como en calidad de las atenciones en los 56 problemas iniciales. Otro esfuerzo es el de continuar con el proceso de informatización del sector en especial en los sistemas de agenda y referencia y contrareferencia los que a partir del tercer trimestre debieran estar tributando directamente al repositorio nacional de listas de espera automatizando de esta forma el seguimiento a nivel nacional de las listas de espera.



ÁLVARO ERAZO LATORRE
MINISTRO DE SALUD

2. Resultados de la Gestión año 2009

2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2009

A. Redes y Macrorredes Asistenciales

- Tiempos de espera

Como parte importante del plan de 90 días iniciado el 1 de enero del 2009, el 31 de enero, se dio a conocer el Registro Rutificado de Información Único Nacional de Personas en Lista de Espera, con un corte al 31 de diciembre de 2008. en este se constató que existían 339.347 personas en espera excesivamente prolongadas para atenciones, de las cuales 47.027 se registran en la lista de espera de cirugía (más de 360 días) y 291.533 en la lista de espera de consulta de especialidades (más de 180 días). A partir de esa fecha los servicios de salud iniciaron diferentes acciones para reducir este número, comprometiéndose a realizar las 340.000 atenciones durante el año 2009.

Al 30 de marzo, se redujo en un 25,8% la lista de espera excesivamente prolongada del país del Registro Rutificado de Información Único Nacional de Personas en Lista de Espera al corte del 31 de diciembre de 2008, correspondiente a 87.563 personas. En el caso de la lista de espera de cirugía, se redujo en un 20,7% (correspondiente a 9.891 personas) y en las consultas de especialidades en un 26,6% (correspondiente a 77.672 personas).

Al 30 de junio, se redujo en un 59,4% la lista de espera excesivamente prolongada del país del Registro Rutificado de Información Único Nacional de Personas en Lista de Espera medida al corte del 31 de diciembre de 2008, dicha reducción considera todas las causales de egreso definidas por Norma, corresponde a un total de 203.035 personas. En el caso de la lista de espera de cirugía, se redujo en un 50,5% (correspondiente a 23.762 personas) y en las consultas de especialidades en un 60,9% (correspondiente a 179.273 personas).

Cabe mencionar que a partir de la notificación de la presencia de Influenza Humana A H1N1 en el país, y a la declaración de Pandemia por esta causa, se ha instruido a la red asistencial a orientar sus recursos al enfrentamiento de este problema de salud, afectándose en primer lugar la cirugía electiva, dado que debe suspenderse para disponer de camas críticas, intensivas e intermedio. Por su parte en etapa de peak las consultas médicas deben orientarse hacia la atención de urgencia y morbilidad de enfermedades respiratorias.

Al 30 de septiembre, se atiende a un total de **336.191 personas**, lo que corresponde a un total del **99% de la lista de espera** al corte detallado, tanto en consulta de especialidad como en cirugía electiva, siendo esta última la que principalmente se afectó a causa de la pandemia.

Al 30 de septiembre, se logra resolver el **105,2%** del número de personas en lista de espera medida al 31 de diciembre del 2008 en consulta de especialidad con criterio excesivamente prolongado, es

decir, un total de **309.923** en lista de espera excesivamente prolongada de Consulta especialidad del país.

CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES REALIZADAS DE LA LE EXCESIVAMENTE PROLONGADA DE CONSULTA ESPECIALIDAD POR SERVICIO AL CORTE DEL 30/09/09			
SERVICIO DE SALUD	"n" de lista de espera al 31 de Diciembre del 2008	Atenciones realizadas al 30 de Septiembre	% Atenciones realizadas
Arica	6.300	3.747	59,5%
Iquique	2.555	1.956	76,6%
Antofagasta	5.095	8.200	160,9%
Atacama	8.512	13.658	160,5%
Coquimbo	8.595	18.157	211,3%
Valparaíso San Antonio	6.774	5.904	87,2%
Viña del Mar Quillota	16.538	8.429	51,0%
Aconcagua	2.855	3.135	109,8%
Metropolitano Norte	32.701	22.957	70,2%
Metropolitano Occidente	29.978	27.145	90,5%
Metropolitano Central	6.627	6.234	94,1%
Metropolitano Oriente	15.298	10.042	65,6%
Metropolitano Sur	8.252	9.050	109,7%
Metropolitano Sur Oriente	5.605 (*)	6.809	121,5%
Libertador Bernardo O'Higgins	13.659	9.119	66,8%
Del Maule	12.452	9.636	77,4%
Ñuble	20.124	16.581	82,4%
Concepción	2.328	2.342	100,6%
Arauco	2.414	7.093	293,8%
Talcahuano	7.657	8.954	116,9%
Bio Bio	22.218	21.138	95,1%
Araucanía Norte	1.051	2.056	195,6%
Araucanía Sur	30.615	52.285	170,8%
Valdivia	14.275	13.299	93,2%
Osorno	2.892	10.678	369,2%
Del Reloncaví	5.230	4.258	81,4%
Chiloé	2.659	5.136	193,2%
Aysen	349	1.374	393,7%
Magallanes	925	551	59,6%
Total País	294.533	309.923	105,2%

En el caso de la lista de espera de Intervención Quirúrgica, se realizaron 26.268 intervenciones a personas con espera excesivamente prolongada, es decir la cifra se redujo en un 55,6% al mes de septiembre. Por otra parte se identificó un número importante de personas (19.118) que ya no cumplen con criterios para realizar la intervención, por lo que se sacaron del listado de personas en espera, con lo que el avance llega al 96,1%.

La menor resolución de la lista de espera quirúrgica se explica en parte importante por la postergación de las cirugías electivas que debieron realizarse en el período de Pandemia, dado la prioridad en el uso de las camas, particularmente las camas críticas.

(*) Servicio de Salud Metropolitanos Sur Oriente registró inicialmente 2.587 casos en lista de espera y posteriormente se rectificó la cifra en el listado rutificado, con un total de 5.605 personas en lista de

espera," lo que impacta con un resultado mayor al 100% con respecto al "N" determinado al 31 de diciembre 2008.

SERVICIO DE SALUD	"N" de lista de espera al 31 de Diciembre del 2008	Atenciones realizadas al 30 de Septiembre	% Atenciones realizadas
Arica	610	498	81,6%
Iquique	1.919	661	34,4%
Antofagasta	564	522	92,6%
Atacama	930	1.065	114,5%
Coquimbo	4.248	1.326	31,2%
Valparaíso San Antonio	2.992	2.004	67,0%
Viña del Mar Quillota	6.446	1.835	28,5%
Aconcagua	44	44	100,0%
Metropolitano Norte	3.810	2.256	59,2%
Metropolitano Occidente	732	1.105	151,0%
Metropolitano Central	1.943	1.415	72,8%
Metropolitano Oriente	583	575	98,6%
Metropolitano Sur	3.547	2.042	57,6%
Metropolitano Sur Oriente	2.843	1.057	37,2%
Libertador Bernardo O'Higgins	280	367	131,1%
Del Maule	3.674	1.288	35,1%
Ñuble	1.085	932	85,9%
Concepción	574	551	96,0%
Arauco	0	0	∅
Talcahuano	55	208	378,2%
Bio Bio	120	75	62,5%
Araucanía Norte	131	84	64,1%
Araucanía Sur	5.879	3.970	67,5%
Valdivia	2.229	896	40,2%
Osorno	817	677	82,9%
Del Reloncaví	972	590	60,7%
Chiloé	0	0	∅
Aysén	0	0	∅
Magallanes	198	225	113,6%
Total País	47.225	26.268	55,6%

B. Preparación de los hospitales de mayor complejidad (HMC) en tránsito a establecimientos autogestionados en red (EAR).

- **Autogestión**

Dada la postergación de la entrada en vigencia de la ley que autoriza la implementación de los Establecimientos Autogestionados en Red al 01 de Febrero de 2010, se abrió una postulación extraordinaria y voluntaria durante el 2009 cuyo resultado favoreció a 5 de los 13 postulantes. Sin

embargo, por la Pandemia y por dificultades administrativas para completar las definiciones presupuestarias y financieras que implica la autogestión, llevaron a suspender el proceso e intencionar que todos los Hospitales de Mayor Complejidad transitaran a la condición de Establecimiento Autogestionado en Red por el solo imperio de la ley el año 2010. El proceso de implementación de autogestión hospitalaria en red comenzó formalmente en el año 2006, momento en que el Ministerio de Salud desarrolló una serie de iniciativas orientadas a preparar y concretar la acreditación de establecimientos hospitalarios que cumplan dicho estándar. Al 2008 11 Establecimientos se encuentran en la condición de Autogestionados en Red (EAR) y 46 establecimientos en tránsito. En cuanto a la evaluación anual, las auditorías realizadas a comienzos del año 2009 recomendaron que 10 de los 11 EAR presentaran un Plan de Ajuste y Contingencia, los que fueron aprobados por el Ministerio de Salud. Los 4 EAR que necesitaban ajuste en materias financieras fueron acompañados por la División de Integración de Redes Asistenciales (DIREDA) y la División de Inversiones, Presupuesto y Concesiones (DIFIC), y los respectivos Servicios de Salud, para identificar las causas y proponer mejoras a los Planes de Ajuste. Todos los planes fueron aprobados.

Visitas a terreno: Intensificadas por el acompañamiento externo que ejecutaron la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Chile Calidad, la Escuela de Salud Pública, el Instituto de Administración en Salud y el Departamento de Ingeniería Industrial (los tres últimos de la Universidad de Chile), por las auditorías y la sistematización de algunos procesos que se describen más adelante.

Diagnóstico del desarrollo organizacional de los hospitales: Fue realizado mediante un proceso de Autoevaluación con la Guía SIGA (autorizada por Chile-Calidad), a través del cual se identificaron procesos asistenciales críticos, tales como: i) Gestión de pabellones, ii) Gestión de camas en red, iii) Modelo de atención de urgencia, iv) Atención ambulatoria y v) Unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

La integración de diversos indicadores **1**, identificó tres grupos de hospitales de distinto grado de complejidad organizacional. Los EAR se encuentran entre los de menor complejidad organizacional, a excepción de los Hospitales Regionales de Temuco y Chillán.

Además, se revisó y sistematizó la delegación formal de facultades de los Directores de Servicio de Salud a los Directores de HMC, mediante la revisión de las resoluciones enviadas por los Servicios de Salud **2**, muchas de las cuales tienen más de 10 años de antigüedad. Se concluyó que las delegaciones

1 Producción asistencial, presupuesto anual y su proporción expresado en prestaciones valoradas, Garantías GES en el SIGGES, etc.

2 Las facultades delegadas se organizaron en nueve categorías: Recursos humanos, Administración de bienes, Firma de convenios con terceros, Procesos Administrativos, Condonación deudas de prestaciones médicas, Campos Clínicos, Aceptación de donaciones, Fijación de Aranceles para Prestación a Privados y Autorización para atención de pacientes particulares intrahospital.

de facultades no están estandarizadas, que no todos los Servicios de Salud las consideraron en sus resoluciones, y dentro de una misma categoría, hay diferencias en su extensión o restricción.

En cuanto al nivel de competencias, los directivos de los Servicios de Salud tienen 1.93 grados académicos en promedio (considera 4 directivos promedio por cada Servicios de Salud). El 83.6 % corresponde a Diplomado y el 16.4% a Magíster, y predomina la Gestión Clásica (56.7%) sobre la Gerencia Estratégica (34.2%). Los directivos de los Hospitales tienen 0.92 grados académicos en promedio (Considera 4 directivos superiores para 56 HMC). El 77.6% corresponde a Diplomados y el 22.4% a Magíster, y también predomina la Gestión Clásica (65.9%) por sobre la Gerencia Estratégica (24.9%).

Capacitación en Gerencia Social y Políticas Públicas: Tiene por objeto instalar la mirada estratégica en el desarrollo del sector, facilitar el fortalecimiento de equipos técnico-políticos para la gobernabilidad y la sostenibilidad de los Servicios de Salud y de las políticas públicas y para organizar la institucionalidad para la Reforma de Salud. FLACSO-Chile formó 270 directivos del sector salud, en un proceso continuado desde 2007.

Capacitación en procesos claves y/o deficitarios en 2009: Se privilegió el acompañamiento en terreno con levantamiento de procesos críticos, más planes de intervención desde los propios gestores y asesorados por instituciones de experiencia y prestigio. El formato establecido es el siguiente:

a) Instalación de habilidades adaptativas para la gestión del cambio (Trabajo en equipo y resolución de conflictos), a través del acompañamiento a 10 Hospitales con FLACSO **3**. b) Instalación del Modelo Chileno de Excelencia en 4 establecimientos **4**. con Chile-Calidad; c) Instalación de procesos claves en la gestión en red con la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile a 8 hospitales y sus redes **5**. d) Acompañamiento en el levantamiento e intervención en procesos críticos asistenciales con el Instituto de Administración en Salud (IAS) de la Universidad de Chile a 3 Hospitales de la RM **6**. e) Acompañamiento a 2 Hospitales en el modelamiento de arquitectura empresarial de procesos a través de Departamento Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile **7**.

El programa de Formación de Equipos Directivos de la Red Asistencial (FEDRA) fue reorientado hacia la Autogestión en Red. Durante 2009 finalizó en los Servicios de Salud Metropolitano Sur, Metropolitano Oriente y Bío Bío con más de 120 directivos. Está en desarrollo en el Servicio de Salud Antofagasta para 30 directivos más. En Octubre iniciaron sus actividades los Servicios de Salud Aconcagua, Valparaíso-San Antonio y Araucanía Norte para 118 directivos más. Asimismo,

3 Hospitales de Iquique, de la Serena, Gustavo Fricke de Viña del Mar, Van Buren de Valparaíso, San José de Santiago, de Talca, de Angol, de Puerto Montt, de Castro, de Coyhaique

4 Hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar, San Juan de Dios, Barros Luco y Regional de Concepción.

5 Grupo Norte: Servicio de Salud Arica y Hospital de Arica. Servicio de Salud Iquique y Hospital de Iquique. Servicio de Salud Antofagasta y Hospital de Antofagasta y Servicio de Salud Atacama y Hospital de Copiapó.

Grupo Centro-Sur: Servicio de Salud O'Higgins y los Hospitales de Rancagua y San Fernando, y Servicio de Salud del Maule y los Hospitales de Talca y Curicó.

6 Hospitales del Salvador, Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) y Sótero del Río

7 Hospitales San Borja Arriarán y Luis Calvo Mackenna

fue reorientado el Curso internacional de gestión de políticas de recursos humanos en salud (CIRHUS), que realizan la Organización Panamericana de la Salud, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud, con 26 alumnos en el curso actual.

- **Uso de instrumentos de gestión**

Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE): Sistema de información integral y uniforme, para dar más transparencia a la gestión financiera pública. Cubre aspectos operativos y gerenciales para descentralizar la gestión, genera información contable para tomar decisiones presupuestarias, registra obligaciones devengadas y no pagadas (deuda flotante) y compromisos futuros (pasivos potenciales). Así, potencia la auditabilidad del ámbito financiero.

Todos los EAR y los HMC en tránsito a la Autogestión, están operando con el SIGFE. En la formulación presupuestaria 2009, los EAR utilizaron la información del SIGFE para elaborar los anteproyectos de presupuestos que fueron aprobados para el año 2010.

WINSIG para control de costos: Es el Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para conocer los costos medios y tomar decisiones con evidencia. Relaciona la Producción, la Eficiencia, los Recursos y los Costos (P-E-R-C).

Genera una base de datos homogénea, para estudiar los costos nacionales comparados. El proyecto fue adjudicado en septiembre de 2009, y se encuentra en ejecución la etapa de diagnóstico y recopilación de información, de acuerdo al plan de trabajo definido para el desarrollo del proyecto.

Sistema de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD): Sistema de clasificación clínica de episodios de hospitalización en que los pacientes se distribuyen en grupos de procesos o de pacientes similares, y en los que se espera un consumo similar de recursos. Sirve como modelo para evaluar y darle seguimiento al desempeño de la gestión clínica hospitalaria y desarrollar bases de datos nacionales para que los Hospitales puedan compararse. Para iniciar su implementación en el año 2009, se compró la licencia adjudicada, los codificadores fueron capacitados y se está implementando la Oficina de Análisis Clínico, todo en 15 hospitales. Además, se constituyó un equipo de 3 profesionales de la División de Integración de Redes para apoyar la implementación del sistema complementado por un experto informático.

Gestión de excelencia Hospitales de Alta complejidad modernización hospitalaria

Durante el año 2009 se hizo especial énfasis en ir aumentando los instrumentos que permitan una mejor gestión hospitalaria y de red, en especial considerando el ingreso de todos los establecimientos de mayor complejidad a la condición de Hospitales Autogestionados en Red.

Unidad de gestión centralizada de camas: A objeto de fortalecer la gestión de camas hospitalarias dentro de la red público-privada, que permita dar las prestaciones de hospitalización necesarias, en

forma oportuna y adecuada a los requerimientos de salud de la población, optimizando el recurso disponible, tanto público y privado, y que garantice con equidad la distribución de los recursos, con asignación ordenada y priorizada de camas según nivel de complejidad, manteniendo un control sanitario y financiero de las prestaciones requeridas, se decide crear la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC Inicio de funcionamiento el 11 de mayo de 2009. La incorporación de las regiones al a UGCC ha sido progresivo, tal como se detalla en el siguiente esquema:

Pendientes de implementar:

I, III, XV, XI Y XII REGIONES.

En este contexto, desde su creación, 11.05.09 se han realizado traslados tanto en la RM como en regiones, optimizando el uso de camas públicas.

Por otra parte, la información recolectada a través de la Página UGCC, ha permitido evaluar y diagnosticar situaciones de UEH, y realizar intervenciones coyunturales.

Realiza el diagnóstico de los procesos críticos en el desarrollo hospitalario

Gestión de nodos críticos: Dentro de la gestión hospitalaria se han identificado nodos críticos asistenciales que implican importante consumo de recursos, amplificación de problemas generados con el consumo de camas y dificultad a nivel local para poder dar respuesta y solucionar los nodos en cuestión. A nivel nacional el principal nodo crítico intrahospitalario identificado es Traumatología por lo que el trabajo durante 2009 se concentró en este ámbito:

El diagnóstico realizado en marzo por la UTH mediante encuesta a los Hospitales de mayor complejidad refleja días de estada promedio en pacientes traumatológicos era de 14 días y de 16 días en pacientes portadores de fractura de caderas.

GRD: Durante 2009 se concretó la implementación amplia de GRD en algunos hospitales de alta complejidad del país. Se realiza una priorización de 15 establecimientos hospitalarios de mayor complejidad para instalar el Sistema de clasificación de egresos GRD a objeto de evaluar la producción hospitalaria. Estos establecimientos representan el 48,2% de los egresos y el 47,1% de las camas hospitalarias de mayor complejidad.

Durante el 2009 Se capacitan un total de 40 profesionales de salud en codificación y análisis del sistema GRD, se instalan 15 licencias de análisis y 28 licencias de codificación GRD. Los establecimientos tienen representación nacional, incluyendo Iquique, Antofagasta, Valparaíso, Viña del mar, Región metropolitana, Rancagua, Curico, Chillan, Concepción, Talcahuano, Temuco y Puerto Montt.

C. Hospital Amigo

Para el año 2009 el 98 por ciento de los establecimientos del país cuenta con horarios de visita diaria de seis horas. Sólo en las áreas de psiquiatría no se ha incorporado este horario. De los 29 Servicios de Salud, sólo 5 de ellos aún no han implementado en un 100% el acompañamiento de 24 horas de niños/as y adultos/as mayores.

Además, la ejecución de la denominada Estrategia Hospital Amigo, ha significado los siguientes logros:

El 100 % de los establecimientos del país, cuenta con protocolos de acompañamiento 24 horas para acompañamiento de niños/as; adultos/as mayores y acompañamiento en todas las etapas del proceso de parto.

El 100% de los establecimientos de baja y mediana complejidad con camas pediátricas cuentan con acompañamiento 24 horas a niños y niñas hospitalizadas. El 86% de los hospitales de alta complejidad con camas pediátricas cuentan con acompañamiento 24 horas.

El 90% por ciento de los establecimientos hospitalarios de mediana y baja complejidad con camas de adultos, cuentan con acompañamiento las 24 horas para adultos mayores hospitalizados. El 67% de los hospitales de alta complejidad con camas de adulto cuentan con acompañamiento 24 horas de adulto/a mayor.

Los establecimientos han aumentado el acompañamiento a la mujer durante el todo el proceso de parto a un 55%.

El 80 por ciento de las unidades de emergencia de los hospitales de mayor complejidad y demanda cuentan con un profesional con las capacidades técnicas de establecer un nexo entre la familia, el paciente y el equipo médico, entregando información exacta, oportuna y comprensible a la familia.

Respecto de la estrategia de Visita Virtual, las orientaciones técnicas para la implementación y funcionamiento en la red hospitalaria fueron elaboradas y difundidas. El funcionamiento piloto en el hospital Hernán Henríquez de Temuco servirá como referencia para la instalación en otros hospitales Servicios de Salud. Los equipos humanos que ejecutarán la visita virtual se encuentran capacitados y ya cuentan con los puntos de red instalados.

D. OIRS

Como respuesta a las necesidades de información y orientación de los ciudadanos, se implementa el Sistema Integral de Atención Ciudadana que en las redes asistenciales está compuesto por una red de 722 Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias. Las OIRS se encuentran en funcionamiento en los establecimientos asistenciales y en las Direcciones de los Servicios de Salud del país y son canales de captura de las solicitudes ciudadanas, quejas y reclamos

El año 2009, alcanzaron un volumen de atenciones cercano a los 22.000.000 incluyendo Consultas, Solicitudes, Reclamos y Sugerencias registradas, de las cuales 61.568 fueron reclamos, de los cuales un 28 % fueron reclamos por trato.

Las solicitudes ciudadanas son analizadas por los encargados de las OIRS en conjunto con los integrantes de los Consejos Consultivos y de Desarrollo, para identificar áreas críticas y aportar a la implementación de planes de mejora de la calidad de la atención. El año 2009 los 29 Servicios de Salud (100%) realizaron planes de mejora del trato.

Durante el año 2009, se desarrolla una versión adaptada del módulo OIRS del Trámite en Línea, el que se instala en 13 Direcciones de los Servicios de Salud y en los 3 establecimientos experimentales. El Trámite en Línea permite el ingreso vía web y la informatización de las solicitudes ciudadanas en los Servicios de Salud, además de la interoperabilidad con otros canales de captura como son las OIRS de las Seremis, la OIRS Central del Ministerio y el Salud Responde.

A partir del inicio de la Ley de Transparencia, se instalan en el sistema OIRS mecanismos que gestionan las solicitudes correspondientes a información existente, procesada y al alcance de la ciudadanía. Se abre un portal instalado en las páginas web de los 29 Servicios de Salud, con un banner de Transparencia, donde aparecen los mecanismos de participación existentes.

Con el objetivo de contar con un sistema nacional de satisfacción usuaria que permita conocer de manera confiable, a través de un instrumento único, la percepción de los usuarios del sistema frente a determinados servicios prestados por la red asistencial, en todo el país se desarrolló un proceso de validación de instrumentos el año 2008, los cuales se aplicaron entre mayo y octubre del 2009 a una muestra final de 50.000 usuarios en los establecimientos de la red asistencial, midiendo en Hospitales la percepción de satisfacción de la atención: ambulatoria, urgencia y hospitalizados y en Atención Primaria diferentes aspectos de la calidad de la atención, con un positivo balance final de satisfacción expresada.

Los establecimientos de las redes asistenciales, han desarrollado Cartas de Derechos y Deberes de las personas en Salud en forma participativa entre usuarios/as, trabajadores/as y directivos. Estas Cartas son acuerdos resultados del proceso de la reflexión conjunta y del conocimiento de los recursos existentes, que corresponden a la realidad local y podrán ser actualizadas de acuerdo a los cambios que se consideren necesarios por dichos actores.

- **Violencia transversalización de género**

Mediante las herramientas de gestión desde la Subsecretaría se ha ido incorporando metas desde el 2005 que orientan la ejecución de una serie de estrategias a fin de modificar la cultura imperante que no contemplaba el enfoque de género en ninguna de sus acciones, tales como: registro estadístico; formación y capacitación de funcionarios-as; aplicación de los programas en las redes asistenciales y menos aún en el análisis y evaluación de la gestión de salud.

Teniendo presente lo anterior se ha ido programando actividades tendientes a remediar lo señalado, tales como incorporar el EG en formaciones dirigidas a los gestores del sistema y en los planes anuales de capacitación lo que ha significado un gran avance en la sensibilización y luego la

visibilización de las inequidades de género en salud, en los funcionarios/as, hoy día el 90 % de directivos y jefaturas cuentan con formación sobre el tema género.

E. Calidad y seguridad del paciente IIH

Oficinas de Calidad y seguridad del paciente: Durante el año 2009 se constituyeron formalmente las oficinas de Calidad y Seguridad del Paciente en 60 Hospitales de Alta y Mediana Complejidad y las redes locales de calidad, con énfasis en el diagnóstico del nivel de cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de autorización sanitaria, la sensibilización de los conceptos y procesos de Acreditación para los establecimientos de la red y el inicio de la elaboración de documentación requerida en el Manual de Acreditación. Se desarrollaron avances en elementos de seguridad del paciente tales como Esterilización en Atención primaria, Vigilancia local de Eventos Adversos principalmente asociados a cuidados de enfermería, y en algunos establecimientos, Sistemas de Notificación de Eventos Adversos y Pilotaje para el Uso de la Lista de Verificación de “Cirugía segura”. Todo esto sumado al funcionamiento, ya habitual, del Programa de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, eje central en la seguridad de la atención.

Infecciones Intrahospitalarias (IIH) :El Programa de IIH existe desde 1982. Tiene por propósito contribuir a mejorar la seguridad de la atención por medio de la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. Los objetivos del programa son la prevención de infecciones (1) asociadas a procedimientos invasivos, (2) asociadas otras prácticas de atención, (3) asociadas a brotes epidémicos y (4) las infecciones que se pueden transmitir entre los pacientes y el personal sanitario. Para estos efectos el programa realiza actividades de vigilancia epidemiológica, elaboración de normativa, y mantiene un sistema de evaluación externa de los programas de los establecimientos de salud. Las actividades más relevantes realizadas en el período marzo 2006 – febrero 2010 en estas materias son:

- Mantención de un sistema de vigilancia epidemiológica de IIH que se realiza en todos los hospitales. En 2007 comienza el estudio y diseño de un sistema de envío electrónico de la información sobre vigilancia (SICARS = sistema de indicadores de calidad de la atención y resultados sanitarios) que incluyó la capacitación del personal local de vigilancia. En 2008 se equipó los programas de IIH de todos los hospitales con computadores y los conectó a internet para estos propósitos. Desde fines de 2009 se encuentra en fase de pruebas finales. En la actualidad todos los hospitales se encuentran con el programa instalado y con conexión a internet.
- Normativa y regulación. Las normativas desarrollada son “Prevención de infecciones del tracto urinario asociado al uso de catéteres urinarios permanentes en adultos – 2007”, “Prevención de endometritis puerperal – 2009” y la “Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes con influenza estacional o pandémica – 2009”

F. Rehabilitación

Este programa tiene por objetivos insertar el modelo de rehabilitación integral y mejorar el acceso a rehabilitación física de las redes de salud implementando las siguientes estrategias:

Implementación de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC): Actualmente existen 76 Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) instalados en atención primaria que atienden todos los problemas de salud relacionados a discapacidad, con fuerte énfasis en el desarrollo comunitario a objeto de lograr la inclusión social de este grupo con necesidades diferentes. La meta es lograr un CCR por cada 20.000 personas como población asignada, instalados en los CESFAM.

Rehabilitación Integral Osteomuscular: Existen 39 Salas instaladas en atención primaria que atienden exclusivamente problemas de origen osteomuscular. Se espera que estas salas se conviertan en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), cuando las condiciones de infraestructura lo permitan, o se mantengan como complemento a la RBC, ya que ambas estrategias han demostrado efectividad en la disminución de listas de espera.

Equipos Rurales: Existen 13 equipos de rehabilitación que atienden a las comunas rurales con población dispersa.

Estas 3 estrategias en conjunto han permitido mejorar el acceso a rehabilitación de 157 comunas (45% del total de comunas del país).

El año 2009 se atendieron 50.878 personas; 9.796 personas asistieron a actividades de prevención de discapacidad, 3.482 personas lograron su inclusión social producto de la intervención, 24.979 personas recibieron Consejería Individual, 3800 familias con Visita Domiciliaria Integral, 5.403 Consejerías Familiares, 2.600 Consejerías Familiares en domicilio (cifras provisorias). Se realizaron 660.649 prestaciones con un promedio de 13 por persona.

Polos de Desarrollo: Para rehabilitación integral e intensiva de condiciones discapacitantes de alta complejidad en etapa subaguda. En el hospital Pedro Aguirre Cerda se ha avanzado en la implementación, existiendo 30 camas en condiciones de asumir personas en situación de discapacidad dependientes de respirador, se cuenta con recurso enfermera y técnicos paramédicos, faltan los cargos médicos

Implementación Básica de hospitales: Se entregó equipamiento básico de rehabilitación a 138 hospitales del país.

Apoyo al desarrollo de los diseños de modelos médicos arquitectónicos: Apoyo al desarrollo de los diseños de modelos médico arquitectónico y del modelo de gestión de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación de los hospitales de mayor complejidad que están en proceso de reposición, a objeto de contar con servicios integrados de rehabilitación y modernización de su

gestión actual. En este instante contamos con 10 establecimientos en obras civiles y 17 en estudio preinversional que serán construidos con este nuevo rediseño.

Capacitación: A la fecha se han capacitado 396 profesionales de la atención primaria, en rehabilitación específica de problemas osteomusculares, gestión, trabajo comunitario, contenidos necesarios para abordar la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

Formación de Recursos Humanos: El 2010 se aumentarán de 6 a 16 los cupos de becas de fisiatría, destinados a acortar la brecha de esta especialidad en Valparaíso. Esta iniciativa requirió de la coordinación con la Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, -comprometida a cooperar en el desarrollo de un programa común durante cinco años-, sumar a dos nuevas Universidades y reorientar recursos del MINSAL.

G. Red oncológica

Durante el año 2009 se generaron los siguientes resultados:

Coordinación Oncológica es incorporada como línea priorizada en Departamento de Redes de Alta Complejidad. Se convoca y se constituye con respaldo jurídico (Resoluciones Exentas) Comisiones de Expertos de Cáncer Infantil, Cáncer Adulto, Cirugía Oncológica, Radioterapia, Cuidados Paliativos y Trasplante de Medula Ósea.

Ejecución de 2ª. etapa de Plan de mejoramiento de la atención Oncológica en la red pública:
Expansión cargos:

Anatomía Patológica : Ley 19664 6 cargos SS: Viña- Quillota, O'Higgins, Maule, Concepción, Araucanía Sur y SSM Sur.

Centros Oncológicos y Unidades de Cuidados Paliativos (20 Serv. de Salud), Ley 18834: 20 cargos psicólogos.

Farmacia Oncológica Ley 19664: 6 Químicos Farmacéuticos, Ley 18834: 6 técnicos, 6 administrativos, SS: Iquique, Concepción Valdivia, Reloncaví, Metropolitano Sur y Central.

Macrored de Radioterapia: 3 cargos Ley 19664, 29 cargos ley 18834.

Centro Supraregional Valparaíso:, 4 profesionales (Físico Médico, Enfermera y 2 Tecnólogos Médicos); Centro Supraregional Concepción (H. G. Grant Benavente, H. Higuera), 1 radioterapeuta 44 hrs., 6 técnicos, 3 administrativos, 1 auxiliar.

INCANCER SS Metropolitano Norte y subsele SSMS, 2 radioterapeutas 44 y 22 hrs., 4 profesionales (Físico Médico y Tecnólogo médico) 3 técnicos, 6 administrativos.

Centro PANDA Hospital de Puerto Montt, en etapa de consolidación como Centro de Atención oncológica adulto incrementando a 21 los centros en la red.

Nuevo Centro de Radioterapia el 18 de Noviembre, 2009 se inaugura Centro de Radioterapia Sur, subsele del INCANCER, inserto en el Proyecto de Desarrollo de la Macrored de Radioterapia direccionado desde la Subsecretaría de Redes, en el cual operaran 3 aceleradores lineales. Se encuentran en fase final, próximo a entrar en funcionamiento bunker nuevo en Antofagasta y

HGGB, Concepción lo cual significa la operación de 2 nuevos aceleradores lineales de alta energía en la red pública de salud.

1º TPH Adulto en el Sector Público El martes 5 de enero de 2010, se hospitalizó el Paciente Domingo Lincovilú Llancavil, de 43 años, portador de Mieloma Múltiple, para recibir un trasplante de médula autólogo, el primero realizado en H. del Salvador, Centro Nacional de Trasplante Medula Ósea Adulto en desarrollo. En este centro recibió su quimioterapia de acondicionamiento y el día Viernes 8 de Enero se re infundió por vía venosa sus células madres (anteriormente recolectadas Clínica Alemana) Actualmente el paciente, en buenas condiciones generales, sin ninguna complicación a la fecha.

1º Laboratorio de Biología Molecular para hematología en el sector público El viernes 27 de noviembre con la presencia de Dra. Gabriela Brignardello en representación del Subsecretario de Redes Asistenciales se inaugura el laboratorio de biología molecular que permitirá el diagnóstico integrado de las enfermedades hematológicas en particular de oncohematológicas de niños y adultos del sector oriente de la RM y de todo el sector público del país.

Meta de formación de especialistas en medicina paliativa, cumplida La meta de 53 especialistas en Medicina Paliativa propuesta para los 53 centros de Cuidados paliativos de la red pública se cumplió en Agosto 2009, realizada a través de la alianza Salud Educación, MINSAL, Servicios de salud y Universidad Mayor.

H. Trasplantes

A partir de enero del 2009 y producto del análisis interno de la situación nacional relacionada con procuramiento y trasplantes, el Ministerio de Salud decide establecer una política nacional de promoción de donación y trasplante de órganos y tejidos, la que se basa en la necesidad de:

1. - Impulsar la donación de órganos y tejidos como un tema país, con la participación de sectores públicos y privados
2. - Levantar procesos asistenciales eficientes para evitar pérdida de órganos.
3. -Fortalecer y crear Unidades de Donación y procuramiento en las redes hospitalarias de mayor y mediana complejidad del país.

Se levanta un diagnóstico actualizado del funcionamiento de las unidades existentes en el SNSS a la fecha, la que se usa de base para solicitar presupuesto sectorial.

Coordinadora nacional de donación y trasplante: Se crea la Coordinadora Nacional de Donación y Trasplantes Minsal dependiente de la Subsecretaria de Redes, y del Departamento de Redes Alta Complejidad. Se constituye además la Comisión Ejecutiva de Trasplantes como órgano asesor.

ROL: Normativo, Coordinador y ejecutor de políticas públicas en trasplantes y donación de órganos y tejidos.

I. Red de Urgencia

Esta Red fue priorizada desde el año 2001 a raíz de la evaluación de proyectos gubernamentales que indicaban que todos los componentes que acompañan el proceso de atención de un paciente de urgencia, debían estar coordinados entre sí

A partir de esta fecha se ha avanzado en el desarrollo de un respuesta coordinada e integral fortaleciendo a los componentes de la Red de Urgencia: Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU y SUR), Atención Pre Hospitalaria (SAMU), Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) y Camas críticas.

J. Sistema de garantías explícitas en salud

Durante el 2007 se culminó con éxito la instalación de las 56 patologías definidas como prioritarias con garantías explícitas en salud, con la incorporación al Auge de los últimos 16 problemas de salud, esto debido al proceso incremental contemplado en la ley y que fue desarrollado por el Ministerio de Salud.

Al 31 de Diciembre de 2009, el Sistema de Información Gestión de Garantías Explícitas en Salud muestra un total acumulado país, de 8.617.098 casos de los problemas de salud. El total de casos por año, se detalla en cuadro siguiente:

Año (1)	Nº Problema de Salud por DS	Total Acumulado
2005	25	1.383.090
2006	40	2.969.128
2007	56	4.727.906
2008	56	6.954.139
2009	56	8.730.861

Información registrada al 31 de diciembre de cada año
Fuente FONASA en base a SIGGES no incluye VIH/Sida

Del total de 8.730.861 casos al 77.4 % se resuelve en Atención Primaria de Salud. El 22.6 por ciento restantes, corresponde a problemas de salud que han resuelto en los niveles de atención secundario y terciario.

K. Mayor resolutiveidad e integralidad en APS

Plan 90: En el marco del plan de 90 días se comprometió a que todas las postas rurales contarán con conexión telefónica para superar su aislamiento. El compromiso acerca de entrega de financiamientos, que se hizo a través del Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural, no sólo para las comunas vulnerables sino para el 100% de las Postas rurales, está ahora en evaluación, los SS tenían plazo para entregar sus evaluaciones hasta el 10 de Enero, por lo cual será factible contar con resultados de la evaluación final al 20/01/2010.

De las 101 ambulancias comprometidas se informa lo siguiente:

33 ambulancias adquiridas directamente por los servicios de salud. Estás ya fueron adquiridas y actualmente están operativas.

06 ambulancias adquiridas directamente por la CENABAST mediante la modalidad de trato directo. Estás ya fueron adquiridas y actualmente están operativas.

62 ambulancias adquiridas directamente por la CENABAST mediante licitación pública. Este organismo adjudicó sólo 29 de ellas a un costo de M\$ 881.890 el pasado 13/08/2009. El saldo de 33 ambulancias será licitado nuevamente, pero por parte de los servicios de salud correspondientes, para lo cual se despachó Ord. 3040 del 14/9/2009 del Subsecretario de Redes Asistenciales.

Comunas vulnerables: Con respecto a Listas de espera de comunas vulnerables se identificó una lista de espera mayor a 120 días (corte 31 de diciembre de 2008), en las especialidades médicas de Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología y Neurología Adulto en las 92 comunas priorizadas de 21.623 personas. En relación a esto es factible señalar que al 30 Junio de 2009, se resolvió el 47.7% de la lista de espera de estas Comunas en las especialidades descritas. (21.623 pacientes en espera, 10.325 atendidos)

Al 30 de Septiembre se resolvió el 59.5% de la lista de espera (21.623 pacientes en espera, 12.866 atendidos). De acuerdo al cronograma de trabajo establecido al inicio del Programa Comunas Vulnerables, se está llevando a cabo la implementación de los Planes de Acción comunales que constituyen acciones destinadas a disminuir brechas en salud y garantías sociales. Vale señalar que dichos planes fueron construidos previo diagnóstico e identificación participativa de barreras de acceso con distintos actores comunitarios, sectoriales e intersectoriales que convergen sobre las 92 comunas seleccionadas. Este proceso, llevado a cabo en el periodo comprendido entre marzo y julio, fue gestionado por equipos responsables a nivel regional y comunal los cuales mantienen el trabajo constante en esta última etapa del programa.

Los principales logros a la fecha son: diagnóstico y priorización de barreras de acceso percibidas por la población, municipios y otras entidades públicas; entrega de maletines médicos y oxímetros a 389 postas de salud rural; elaboración de planes de acción a ser ejecutados hasta diciembre 2009,

levantamiento de iniciativas intersectoriales para intervención sinérgica en barreras de acceso no posibles de abordar con recursos del programa.

Resolutividad APS: Durante los años de ejecución del programa se han incorporado nuevas prestaciones, las que actualmente se agrupan en 5 componentes, a saber:

- 1.- Exámenes de Laboratorio Básico
- 2.- Atención de Especialidades
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
 - Odontología
 - Neurología
 - Dermatología
 - Procedimientos diagnósticos.
- 3.- Atención Odontológica Integral a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos - MHER.
- 4.- Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad
- 5.- Atención domiciliaria de personas con discapacidad severa

Programa de salud adolescente y jóvenes: Este programa se implementó formalmente a partir del año 2009, y hoy cuenta con centros en 54 comunas de todos los Servicios de Salud del País.

Durante el año 2008 se destinaron M\$ 100.000 (pesos del 2009) los que subieron a M\$ 206.566 para el año 2009.

Modelo de Salud Familiar en CESFAM: Durante el año 2009 se logró la certificación de 173 establecimientos de atención primaria como Centros de salud familiar (CESFAM), que sumado a los 259 establecimientos del año 2008 dan un total de 432 establecimientos. Constituyendo el 84% del total de centros de salud que debieran cumplir con la certificación.

CECOSF: En el proceso de acreditación de los centros de atención primaria a Cefam se desarrollo en paralelo una estrategia de acercamiento y asociación a la comunidad, los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF).

Es así como a fines del 2009 se logran implementar 129 centros de un total de 171, es decir, el 75% del total.

RESUMEN AL 30 de DICIEMBRE 2009:

Compromiso de entrega de obra	Cantidad
Operando a Diciembre 2009	129
Operando a Julio 2010	171

Dado lo anterior, al final del año 2010 se alcanzará un total de 171 CECOSF incorporados a la red pública de salud en el período 2006-2010.

UAPO: Las Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO), forman parte del Compromiso Presidencial suscrito el 21 de Mayo, en que al 30 de Diciembre del año 2009 se encontraban implementadas 36 Unidades a lo largo del país. La implementación de las UAPO tiene como objetivo, a través de la implementación y puesta en marcha de las UAPOs se espera contribuir a mejorar la capacidad resolutive de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutive con la calidad técnica, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcado en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar. A partir del año 2010 las UAPOs se incorporan como estrategia para mejorar la resolutive de Atención Primaria, dentro del componente de Resolución de Especialidades del Programa de Resolutive.

SAPU: El total de SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia), financiados al 2008 es de 219, correspondiendo 194 a SAPU de dependencia Municipal, 7 SAPU dependientes de Servicios de Salud, uno de dependencia de una Organización No Gubernamental (ONG) y 17 SAPU Verano (que funcionan sólo los meses de enero y febrero en localidades balneario con población flotante estival). La cobertura poblacional de SAPU al 2008 es de 10 millones 200 mil personas de áreas urbanas en el país. La cobertura de atención a través de los Servicios de Urgencia Rurales es de 1.019.044 personas que habitan áreas rurales del país. Existen SAPU en 95 por ciento de las comunas del país con más de 30.000 habitantes. En el año 2008, se realizaron 7.360.090 de atenciones médicas de urgencia a través de los SAPU, SAPU de Verano y Servicios de Urgencia Rurales del país.

Para 2009 el total de SAPU funcionando es de 233 (que incluye 15 SAPU Verano, ya que, 2 SAPU Verano del año 2008 modificaron su modalidad de atención), adicionalmente existen en funciones 102 Servicios de Urgencia Rurales (SUR). Las atenciones totales entregadas durante 2009, por estos dispositivos de urgencia en APS (SAPU), fueron 7.756.378, es decir el 42% del total de las atenciones de urgencia dadas por el sistema público de salud en el país.

Detección precoz del Cáncer de mama (plan 90 días): Para apoyar esta tarea se estableció la meta de aumentar en 17.000 mamografías de screening en el grupo de mujeres de 50 a 54 años, en el periodo enero-marzo, y 17.000 más para el periodo abril-junio. En el periodo enero-marzo se realizaron 17.307 mamografías de screening adicionales en el grupo de mujeres de 50 a 54 años. Al 30 de junio se habían realizado 69.324 mamografías.

Al 30 de Agosto del 2009 se habían realizado 75.297 mamografías, en mujeres de 35 y mas años.

Al 31 de diciembre del 2009 se habían realizado 137.844 mamografías, en mujeres de 35 y mas años. Esta acción se suma a las desarrolladas por el programa de Cáncer Mamario implementado por el Ministerio de Salud a mediados de los años 90, que aborda tanto acciones de diagnostico como de tratamiento del Cáncer de mama. La evidencia científica señala la necesidad de ofrecer esta prestación a las mujeres de 50 a 69 años (EMP MINSAL, 2007).

Controles a sanos y crónicos: De acuerdo a los antecedentes que están disponibles a la fecha, el porcentaje de pacientes diabéticos compensados a diciembre del 2009 a nivel nacional, es de un 38.06% con una Meta de 35%.

De acuerdo a los antecedentes que están disponibles a la fecha, el porcentaje de pacientes hipertensos compensados a diciembre del 2009 a nivel nacional, es de un 51.31% con una Meta de 51%.

Consultas médicas totales y altas odontológicas: En el año 2009 el número de consultas totales otorgadas por la Atención Primaria fue de 16.876.326 atenciones, incluidas consultas médicas de morbilidad, controles de salud y Exámenes de medicina preventiva. En relación al área odontológica a nivel primario durante el año 2009 se otorgaron 919.762 altas odontológicas.

Campaña de invierno: Para el año 2009 el total de atenciones otorgadas a través de las salas IRA y ERA fueron 1.182.102, presentando un incremento de un 20% con respecto al año 2006.

Para el mismo año el total de atenciones otorgadas a través de las salas ERA fueron 658.725, presentando un incremento de un 36.7% con respecto al año 2006.

Salud mental: Este es un programa transversal que se implementa en la Atención Primaria, Secundaria y Terciaria, a través de todo el territorio nacional, pero con grados de desarrollo diversos en relación a la oferta de servicios de especialidad ambulatoria y de hospitalización cerrada y parcial (diurna). La población accede a atención para las distintas patologías de salud mental y psiquiatría, sin embargo, existe un conjunto de problemas priorizados a través del GES y los señalados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000.

Presupuestos participativos y participación: Un 100% de los Servicios de Salud ha instalado la estrategia de Presupuestos Participativos. Los ejes temáticos priorizados son Promoción de la

Salud, Prevención de Enfermedades y Satisfacción Usuaría. Los recursos involucrados ascienden a 1.012 millones de pesos aproximadamente y el número de personas que han participado de las votaciones y priorización de propuestas alcanza a más de 140.000.

Consejos Consultivos, de Desarrollo, Comités Locales de Salud, etc.: Son instancias de participación que con diferentes nombres de acuerdo al desarrollo local, incorporan a representantes de organizaciones comunitarias, en mecanismos de participación en la gestión de los establecimientos de las redes asistenciales. Al 2009 se encuentran en funcionamiento en 606 establecimientos de salud, tanto de atención primaria como del nivel hospitalario. Los integrantes de los Consejos representan a un número aproximado de 3.000 organizaciones sociales vinculadas con la red de establecimientos de salud. Constituyen la plataforma para convocar a la ciudadanía a ejercicios de rendición de cuentas participativas y presupuestos participativos. Como resultado de estos procesos, durante el 2009, alrededor del 50% de los Consejos, renovaron sus directivas.

Consejos de Participación Social de las Direcciones de Servicios de Salud: El 100% de las Direcciones de los Servicios de Salud del país, constituyeron durante el año 2009, instancias de participación social conformadas por representantes de los Consejos de participación de los establecimientos de sus redes, organizaciones comunitarias, agrupaciones de usuarios, grupos de voluntariado y representantes de los funcionarios de salud.

Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA): Definidos en el decreto Supremo N° 140, como un Consejo de carácter asesor y consultivo presidido por el Director del Servicio de Salud, en su calidad de gestor de red, está constituido por directivos representantes de los establecimientos que conforman dicha red asistencial. Los CIRA son una herramienta donde se integran los diferentes niveles de atención de una red asistencial, en los que se discuten, coordinan y validan propuestas y se toman decisiones en conjunto.

Consultas ciudadanas: Con el fin de aportar insumos desde la ciudadanía a la definición de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, durante el año 2009 se desarrolla a nivel nacional una consulta ciudadana llamada Foros “Construyamos Juntos una mejor salud para todos y todas”. Se realizan 39 Foros con la sociedad civil y 15 con funcionarios del sector, con un total de 10.000 personas participantes de todas las regiones del país, una consulta a través de cuadernillos para trabajo en grupo con un total de 3.000 participantes y una consulta on line con el mismo cuadernillo con un total de similar n° de participantes. Las propuestas se priorizan y se devuelven a los ciudadanos en 15 Foros de devolución con un participación de 750 participantes.

Cuentas Públicas Participativas: En las Redes Asistenciales, el año 2009 realizaron Cuenta Pública Participativa los 29 Directores de Servicios de Salud y 133 Directores de Hospitales.

Presupuestos Participativos: Un 100 por ciento (29) de los Servicios de Salud ha instalado Presupuestos Participativos, encontrándose en diferentes fases de desarrollo. Los ejes temáticos

priorizados son Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Satisfacción Usuaría. Se ha convocado a comunidades provenientes de más de 100 comunas a lo largo del país en el año 2009. Los recursos involucrados ascienden a 1.000 millones de pesos aproximadamente y el número de personas que han participado de las votaciones y priorización de propuestas alcanza a más de 70.000 a lo largo del país.

Instalación de capacidades para la participación ciudadana: Con el objetivo final de mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud a través de la incorporación de la gestión participativa en las funciones directiva y operativa de las redes, se desarrolla un proceso de instalación de capacidades en materias de gestión participativa, con recursos de la Unión Europea. Producto de ello, 129 funcionarios de diferentes estamentos realizan pasantías nacionales destinadas a intercambio de experiencias y buenas prácticas en gestión de usuarios y participación ciudadana; 144 directivos realizan un Diplomado en Gestión Participativa con la Universidad Complutense de Madrid, de los cuales 25 acceden a un Master en estas materias; 45 profesionales de los Servicios de Salud realizan un Diplomado en Gestión Participativa con la U. de Los Lagos y 630 funcionarios de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias y otros puntos de atención directa a los usuarios, realizan Curso de Atención de público y trato al usuario, del Centro del Buen Trato de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Aumento del per cápita:

Conforme a la Ley 19378, Art. 49, los recursos a las entidades administradoras de salud municipal, se entregan con base a un aporte igual para todas las personas (per capita basal), considerando perfil epidemiológico y perfil socioeconómico de la población, contemplando criterios de incremento del aporte basal, los siguientes, considerados en las letras que componen el citado artículo.

El crecimiento del per capita basal de 2,35% durante el 2009, se debe tanto al aumento de población a cargo de la atención primaria, como al reconocimiento explícito de prestaciones y acciones del Plan de Salud Familiar, vinculadas al programa del niño, de la mujer, del adulto, adulto mayor y salud oral. Asimismo, el total de recursos destinados al aporte estatal a salud municipal, transferidos a través del mecanismo de per capita, creció respecto del 2008 en un 9.28%.

Producto de las actualizaciones antes mencionadas, durante el 2009 se procedió a actualizar la composición del plan de salud familiar y durante la formulación presupuestaria para el año 2010, se consideró recoger la necesidad de establecer una dinámica de actualización permanente del mecanismo de cálculo para pago per capita mediante la reformulación del programa de financiamiento de la APS municipal.

El aumento del precio del conjunto de prestaciones que se desarrollan en la Atención Primaria de Salud Municipal, denominado Plan de Salud Familiar para el año 2010 es de un 5%, cuyo sustento son los recursos otorgados en el contexto del proceso de formulación presupuestaria para el año 2010. Dicho crecimiento de 5% en el precio per capita basal, se plasma en dos ejes: Mejoramiento del Plan de Salud y Actualización del perfil Demográfico de la Población a cargo de la APS

Municipal. Asimismo, este incremento beneficia durante el año 2010 a 11,250,651 personas que se atienden en la Atención Primaria.

Mejoramiento del Plan de Salud: El criterio general ha sido la inclusión de aquellas actividades consideradas como básicas/trazadoras en APS. El resultado es una actualización de prestaciones de cobertura nacional, que busca el equilibrio entre lo que se realiza actualmente y los énfasis que debe tener el modelo de atención integral. Los principales elementos de esta actualización son: Adecuación de controles de regulación de fecundidad, prenatales y puerperio a las normas técnicas vigentes. En población bajo control de crónicos se actualizan las prevalencias, y las actividades a las normas técnicas vigentes y se amplía la estrategia de visita domiciliaria integral a través del ciclo vital.

L. Desarrollo de Recursos Humanos

Se ha realizado un importante esfuerzo en el desarrollo de políticas centradas en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.

Plan de contratación de 500 especialistas: La Ley de Presupuesto 2009 garantizó la expansión de las 22.000 horas para contratar a 500 especialistas en jornadas equivalentes de 44 horas semanales, distribuidas en los 29 Servicios de Salud del País. El financiamiento asociado al programa alcanza a 17 mil 930 millones para el presente año presupuestario. A contar del quince de enero los Servicios informan la modalidad de contratación que efectuarán durante el presente año, llegando al siete de mayo a 19 mil 983 horas contratadas, lo que representa un 91 por ciento de avance en el Plan de Contratación.

Desarrollo de Estrategias para resolver las brechas de RRHH del área clínica y estandarizar las dotaciones en todos los nodos de atención de la red: El Programa de Formación de Especialistas considera la implementación de 4 líneas de formación las cuales se encuentran en las siguientes etapas de desarrollo:

Profesionales (retornados) de Etapa de Destinación y Formación Art. 8 de la Ley 19.664, se espera que inicien formación 131 médicos y 39 odontólogos, en abril 2010.

Programa de Formación de Especialistas APS (3 años): se encuentra en proceso de revisión de las 215 postulaciones por parte de la Comisión de Concurso integrada por representantes ministeriales, del Colegio Médico y de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal. La disponibilidad en diferentes especialidades es de 120 cupos, cuya formación se inicia en abril de 2010.

Programa de Formación de Especialistas Básicos APS (6 años): se encuentra en proceso de postulación 60 cupos para formar 114 médicos en especialidades Básicas (Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría y Pediatría) con las Universidades de Chile, Usach, del Desarrollo, Valparaíso y Concepción.

Programa de Formación Directa por los SS, se encuentra en desarrollo y durante el mes de enero los SS, deben informar los cupos y especialidades que formarán durante el año 2010.

En 2009, el plan de contratación de 500 especialistas alcanza un 95 % de su ejecución, habiéndose contratado en los Servicios de Salud 20.937 horas de las 22.000 planificadas. La contribución de este programa al cierre de las brechas estimadas al final de 2007 es de 31,5 %.

Respecto de la línea programática de formación, se alcanzó a implementar en 2008 y 2009, respectivamente 473 y 550 cupos de formación de especialistas destinados tanto al Sistema Nacional de Servicios de Salud, como a la Atención Primaria, superando así las metas definidas para ambos años. A este respecto, el Ministerio de Salud ha efectuado relevantes esfuerzos para incidir en el aumento de la capacidad formadora de especialistas por parte de las Universidades nacionales, tanto en término de número de cupos como de especialidades mayormente faltantes. En este marco, se acordó en octubre de 2008 con la Asociación de Facultades de Medicina (ASOFAMECH) un importante mejoramiento de los aranceles de los cupos de formación. Dicho aumento posibilitó contar con 151 nuevos cupos de formación en 2009, lo que sumado al diseño y apoyo de nuevas líneas de formación ha permitido un significativo incremento de la disponibilidad de cupos que el sistema público en general logra captar de los diversos centros formadores del país. Así, el presupuesto total asignado para aranceles de formación de especialistas médicos en el año 2006 fue de M\$ 321.000 y en 2009 alcanzó a M\$ 1.022.000.- lo que implica un incremento del 218% del presupuesto en relación al año base. El monto de arancel acordado con ASOFAMECH por cada cupo de formación será de M\$ 2.800.

- **Iniciativas de mejoramiento de la situación laboral**

Modificaciones Legales: Mejora en las Remuneraciones, Carrera Funcionaria y Condiciones de Desvinculación.

En el año 2006, se enviaron al Congreso diferentes iniciativas legales que buscaron fortalecer el marco laboral del personal de salud en materias de sistema de carrera, nuevos incentivos para el mejoramiento de la gestión y aseguramiento de la calidad de los profesionales que se desempeñan en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y mejorar las condiciones de desvinculación del personal que cuenta con requisitos para acogerse a jubilación. Estas normativas, que actualmente son leyes de la nación, fueron aprobadas durante este período y se encuentran en plena vigencia:

Ley Nº 20.261: Creó el Examen Único Nacional de Conocimientos de la Medicina, con vigencia a contar del 19 de Abril 2009.

Incorporó los cargos de Subdirectores Médicos de Hospital y Directores de Atención Primaria de los Servicios de Salud al Sistema de Alta Dirección Pública.

Introdujo modificaciones a la Ley N° 19.664, flexibiliza aspectos de carrera funcionaria en sus etapas de Destinación y Formación y Planta Superior.

Incorporó un importante mejoramiento remuneracional, elevando en forma progresiva entre noviembre 2007 y enero 2010, el porcentaje de la Asignación de Reforzamiento Profesional Diurno (art. 33, Ley N° 19.664), de manera diferenciada para los profesionales EDF (18% a 23%) y Planta Superior (18% a 92%).

Creó un bono mensual de \$100.000 reajutable para profesionales funcionarios titulares o contratados de la Ley N° 15.076 que desempeñan guardias nocturnas y en días festivos en servicios de urgencia, maternidades y unidades de cuidado intensivo.

Creó un programa de incentivo al retiro 2008-2009 para los profesionales funcionarios regidos por las leyes 15.076 y 19.664, que asciende a un bono de UF 769 para un total de 500 cupos distribuidos en los dos años.

Estos mejoramientos beneficiaron a más de 12.000 profesionales.

Ley N° 20.209: Delega facultades para fijar y modificar las plantas de personal de los Servicios de Salud. En conformidad a esta facultad, la tramitación de los DFL de Planta de los 29 Servicios de Salud, redundó directamente en el perfeccionamiento de la carrera funcionaria, generando plantas armonizadas con un alto porcentaje de movilidad del personal en todas las plantas, traspaso de funcionarios contratados a la titularidad y una mayor flexibilidad de requisitos para el ingreso a las mismas.

Más del 90% de los funcionarios titulares accedieron a mejores grados y se incorporaron 3.288 cargos para el traspaso a la titularidad del personal a contrata, mejorando la proporcionalidad titular/contrata (de 56% a más de 70%), sobre la dotación vigente a la fecha de la negociación (año 2006).

Por otra parte, se determinaron nuevos grados de inicio y tope para cada uno de los estamentos, medida que beneficia tanto al personal titular como a contrata. En este último caso, más de 17.000 funcionarios a contrata, accedieron a un mejoramiento de grado.

Programas de Retiros: Corresponde a la Implementación de los Programas de Retiros de las Leyes N° 20.209 y N° 20.261. Esta legislación, materializa una política tendiente a mejorar las condiciones para la desvinculación del personal regido por las Leyes N°18.834, N°19.664 y N°15.076, que cuenta con requisitos para acogerse a jubilación y que redundan en beneficios para los funcionarios que se acogen, permitiéndoles mejorar las condiciones económicas en que se retiran de la institución. Estos programas tienen como objetivo minimizar los problemas económicos y psicológicos derivados, pues le permiten al personal planificar anticipadamente el momento de la desvinculación. Para la Institución, ello tiene la ventaja de facilitar el recambio de personal con un enfoque orientado al usuario.

- **Política de Diseño e implementación de Programa Anual de Pasantías Nacionales y en el Extranjero para Profesionales de los Servicios de Salud – Leyes 18.834 y 19.664.**

Pasantías internacionales GES: Para el año 2008- 2009, las líneas de trabajo se orientaron a la Gestión de Servicios de Oncología, Procuramiento y Donación Altruista de Órganos (según las orientaciones de la DIREC) y la evaluación de diversas demanda locales recibidas desde los Servicios de Salud, siempre bajo la lógica técnica y política del Sistema de Garantías GES.

Pasantías internacionales APS municipal: Para el Fortalecimiento de la Atención Primaria Municipal, durante el periodo se continuó con el desarrollo del programa de pasantías internacionales destinado a incentivar y aportar al personal de APS la oportunidad de conocer modelos de APS que permitan la incorporación de aspectos técnicos y de gestión a su quehacer. Durante el periodo 2006-2009 se ha capacitado por esta vía 944 funcionarios Municipales (541 profesionales y 403 técnicos), en los países de la UE, EE.UU, Canadá y América Latina.

Programa de pasantías internacionales profesionales y técnicos de los servicios de salud: Desde el 2007 se han desarrollado las pasantías internacionales para profesionales de los SS, en el marco del acuerdo entre el MINSAL y la FENPRUSS suscrito el 22 de septiembre de 2006, cuya duración es de 4 años, finalizando el 2010. Al 2009 se totalizan 318 profesionales participantes en el período, que han realizado pasantías en Cuba y Argentina, durante cuatro semanas cada una y con carácter de Diplomado⁹. El 2009 se iniciaron las pasantías internacionales a los funcionarios de la Planta de Técnicos. La pasantía permitió que 57 técnicos que realizan labores asistenciales en los establecimientos dependientes de los SS, participaran en los siguientes programas organizados por el CENAPET del Ministerio de Salud de Cuba: Atención Integral del Adulto Mayor y Atención Integral de Pacientes con VIH/SIDA, cuya duración fue de dos semanas.

- **PMG de capacitación de los Servicios de Salud**

Las instancias participativas de los Comités Bipartitos de Capacitación de la Ley 18.834, se han consolidado a partir de la publicación de la NGA N° 15 del 2006, generándose muy poca conflictividad local.

El presupuesto asignado para la capacitación funcionaria ha experimentado un incremento desde el 0.7% de las remuneraciones imponibles, en 2004, correspondiente a M\$ 2.044.307, al 1% que significó M\$ 3.323.861 en 2005 y que en la actualidad es equivalente a M\$ 4.430.512, para una dotación de 79.841 funcionarios pertenecientes a ambos marcos legales (dotación a marzo 2009)

⁹ En temas asociados al mejoramiento de la atención directa en problemas de salud relevantes y de la gestión en la atención de salud, tales como: atención integral de pacientes con consumo problemático de Alcohol y Drogas, Atención integral de pacientes crónicos, Atención integral durante el embarazo, parto y puerperio, Atención integral de pacientes de Medicina Física y Rehabilitación, Gestión del cuidado, Gestión de establecimientos de salud, Gestión de Calidad en Servicios de apoyo diagnóstico-terapéutico: Laboratorios Clínicos, Servicios de Radiología y Bancos de Sangre.

- **Convenios con Universidades para Programas de Capacitación y Perfeccionamiento de Iniciativa Central**

Programa a Distancia para los Funcionarios de Salud: de mejorar el acceso oportuno la oportunidad, la equidad y los niveles de eficiencia de las acciones de formación del Sector.

Programa de Educación Permanente en Salud: Durante el año 2009, inician el proceso de perfeccionamiento 25 Directivos de Gestión Clínica de 22 SS. El referido programa consta de una etapa de perfeccionamiento nacional y una pasantía internacional a realizarse en España la última semana de enero 2010.

Programa Formación-Acción a Equipos Directivos de la Red Asistencia (FEDRA): Destinado a los equipos directivos de establecimientos de la Red Asistencial, incluidos los de APS.(Director de SS, SD SS, Directivos de Hospital, Director de Consultorio, Director de Salud Comunal, etc), que a través del modelo pedagógico de formación-acción y de la co-construcción a partir de temas trazadores, los Servicios de Salud han diseñado y ejecutado proyectos de intervención en relación a problemas específicos en diversos ámbitos de la gestión de las respectivas redes asistenciales. Durante el 2009 y el 2010 se ha enfocado principalmente a temas de la Autogestión en Red.

En el 2009 se cumplió un 102% de la meta comprometida en el SIG, ya que se logró una cobertura de 245 directivos de la red por sobre los 240 programados. El detalle por SS y Universidad es el sgte: Antofagasta con U. Católica del Norte 30 cupos; SS Valparaíso San Antonio con U. Andrés Bello 61 cupos; SS Araucanía Norte con U. Austral 27 cupos; SS Metropolitano Oriente con Adolfo Ibáñez 30 cupos 5 cupos extras; SS Aconcagua con U. de Chile-ESP 30 cupos; SS Magallanes con U. Adolfo Ibáñez 62 cupos.

M. Políticas de Inversiones

Deuda plan de deuda: Al 31 de Diciembre del año 2009, los Servicios de Salud registraron una Deuda Presupuestaria Total de MM\$ 62.906, aumentando en un monto nominal de MM\$ 12.494, con respecto a la deuda al 31 de Diciembre del año 2008.

Infraestructura y equipamiento hospitalario: El Gobierno ha comprometido el Plan de Inversiones del Sector Salud 2006-2014, el que identifica dentro de sus líneas prioritarias lo siguiente:

Construcción de 44 Establecimientos Hospitalarios: 14 Hospitales Terminados y en Operación, 16 en etapa de Ejecución de Obras Civiles, 8 en etapa de Licitación de Obras Civiles y 6 en Etapa de Desarrollo de Proyectos.

Construcción de 90 Centros de Salud Familiar (CESFAM): 52 CESFAM terminados y en operación y 43 en etapa de Ejecución de Obras Civiles.

Construcción de 165 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF): 73 CECOF terminados año 2006 y actualmente en Operación, 47 CECOF ejecutados año 2007-2008 y actualmente en operación y 51 CECOF años 2009-2010 con el siguiente estado de avance: 9 CECOF en Operación

y 42 en Obras Civiles con distintos niveles de avance, al mes de Julio 2010 los 171 establecimientos estará en operación. De igual manera, los 14 Proyectos Hospitalarios Terminados al año 2009 han implicado la construcción de 143.325 m² y cerca de 3.000 camas, beneficiando directamente más de 3 y medio millón de personas. En este momento hay 16 Proyectos Hospitalarios en Etapa de Ejecución de Obras Civiles que agregan otros 500.000 m² y cerca de 5.000 camas. Por otra parte hay otros 8 Proyectos Hospitalarios en Etapa de Licitación de Obras y 6 Proyectos Hospitalarios en Etapa de Desarrollo de Proyectos (6 Hospitales): En relación a los proyectos de Atención Primaria, se han terminado 52 Proyectos Atención Primaria CESFAM) entre los años 2006 y 2009.

Por otra parte 43 Proyectos Atención Primaria (CESFAM) se encuentran en Etapa de Ejecución Obras Civiles, y debieran iniciar sus actividades durante el año 2010

N. Trabajo integrado con Subsecretaría de Salud Pública

Durante el año 2009 se realizó un trabajo integrado entre ambas subsecretarías con la conformación de equipos conformados por representantes de departamentos de ambas subsecretarías. Las principales tareas se centraron en las definiciones y operacionalización de los procesos asociados a las enfermedades transmisibles por sangre, tales como el VIH, la Hepatitis C, Hepatitis B, Chagas y HTLV1.

- **Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH relacionado a la normativa vigente.**

Junto al CONASIDA se trabajó en la formulación del Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH. En este manual se describen y detallan las acciones, roles y responsabilidades de los diferentes actores en los siguientes procesos principales:

Proceso de atención

Proceso de Vigilancia Epidemiológica

Proceso de Monitoreo y Evaluación

El manual será publicado a través de un decreto y tendrá una aplicación tanto para el sector público como privado.

Para difundir los conceptos del manual como también para informar sobre el Registro Nacional se realizaron talleres en los servicios de salud pilotos además de participar en seminarios organizados por la SEREMI Metropolitana, en la capacitación Nacional a los tecnólogos, finalmente en un taller nacional realizado los días 15 y 16 de diciembre en el cual participaron representantes de los servicios de salud y SEREMIS.

- **Diseño e implementación de un sistema único nacional público y privado de información y registro.**

Como parte de los compromisos establecidos en Enero del 2009 y parte del plan de 90 días, se diseñó y construyó un Sistema Informático del Sistema Nacional de Registro Único Público Privado de VIH/SIDA. Este comienza al momento de la toma de muestra del examen VIH y termina al momento de la comunicación del diagnóstico al usuario. El sistema se encuentra en fase de marcha blanca, esperando una operación al 100% a partir de Julio del 2010.

Para apoyar la implementación se realizaron talleres de capacitación para las redes, las cuales a su vez deberán replicar estas capacitaciones en cada uno de los servicios de salud.

- **Comisión “Enfermedades transmisibles por Sangre”**

La comisión Conformada por representantes de la subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública ha estado trabajando desde inicios del año 2009.

La comisión estableció flujos de atención identificando responsables y necesidades de información, lo que junto a las indicaciones clínicas fueron difundidas a las redes, realizándose 5 talleres macroregionales, videoconferencias y reuniones con los equipos locales de modo de facilitar la estandarización de los procesos.

Se trabajó en conjunto con el DEIS en la elaboración de los REM 2010 que permitan hacer un seguimiento de los casos de estas patologías, y se hicieron las primera definiciones para la incorporación de esta información en el SIDRA (sistema de información de las redes asistenciales) de modo de capturar la información directamente desde los sistemas locales.

3. Desafíos para el año 2010

Gestión Hospitalaria:

Los desafíos para el año 2010 en el marco de la gestión hospitalaria son los siguientes:

Gestión por procesos: Mantener la estrategia top-down continuando con Gestión de Urgencia y Gestión de Camas como procesos priorizados.

Gestión de Nodos Críticos: Planificar e implementar soluciones estructurales al problema traumatológico generando capacidad de resolución para paciente agudo en red mayor en el sistema.

GRD: Implementar modelo a plenitud en los 15 hospitales seleccionados

Red de Urgencia:

Frente a la necesidad de ofrecer a la población servicios dirigidos a enfrentar de manera coordinada y como un proceso continuo la demanda de atención de urgencia asegurando acceso, oportunidad, y calidad de las prestaciones realizadas, se ha focalizado los esfuerzos para el año 2010 en:

- Fortalecer el trabajo de red y la coordinación de los establecimientos que entregan atención de urgencia a nivel primario con los establecimientos hospitalarios.
- Mejorar acceso a atención oportuna y cercana de la población que presenta una situación de urgencia sin riesgo vital y primera atención frente a demanda con riesgo vital.
- Concentrar y priorizar acciones de urgencia hospitalaria en condiciones de mayor gravedad (Selector de demanda en UEH)
- Aumentar la cobertura de camas críticas en el sector público
- Optimizar el uso del recurso cama hospitalaria pública y eventual apoyo desde la red privada de manera centralizada. (UGCC)
- Atención de urgencia en la vía pública, comunidad y /o domicilio además de traslado de pacientes críticos entre establecimiento (SAMU)

A partir del 2010, se espera ampliar el accionar del programa de Red de Urgencia hacia la comunidad, entregando herramientas y conocimiento a la población para contribuir a mejorar la respuesta en situaciones donde la población se constituye en el primer respondedor o testigo de eventos que involucren riesgo vital

Para esto, en un trabajo conjunto con los Municipios y el Ministerio de Educación se han seleccionado y priorizadas comunas de la R Metropolitana, para la capacitación y formación de estudiantes de III medio, docentes y administrativos en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y uso de desfibrilador externo automático (DEA)

Desafíos 2010 Coordinadora Nacional

1. - Compromiso de Gestión por parte de todos los Servicios de Salud (en sus diferentes niveles) a objeto de:

- Establecer línea Base sobre capacidad para detectar, mantener y procurar donantes.
- Establecer línea Base sobre Muertes encefálicas por centro hospitalario y Servicio de Salud.
- Coordinar Plan de Trabajo entre el MINSAL y Servicios de Salud para establecer estrategias intra y extramurales, que promuevan la donación de órganos.
- Definir plan de inversión para mejorar infraestructura hospitalaria
- Definir plan de acción para aumentar oferta de horas de neurología y neurocirugía, calificados para diagnosticar muerte encefálica.

2. - Capacitación a equipos de UPC y Servicios de Urgencia en Talleres para EDEHP (enfrentamiento a las malas noticias y solicitud de órganos a familiares).

3.- Capacitación de profesionales de las Unidades de Procuramiento intrahospitalarias: Al respecto, entre los meses de septiembre y octubre del presente año se desarrolló un Curso de Capacitación impartido por la Universidad de la República Oriental del Uruguay y el Instituto Nacional de Donación

y Trasplante de Órganos y Tejidos de Uruguay, en la ciudad de Montevideo, con la asistencia y participación de 36 profesionales del área salud, provenientes de diversas regiones del país.

4. - Campaña Educativa de Incentivo a la Donación de Órganos y Tejidos. Dirigida a alumnos de educación básica en conjunto con el Ministerio de Educación. Actualmente en etapa de proyecto.

5. - Confección de un Manual de Procuramiento de Órganos y Tejidos, dirigido a todos los profesionales relacionados con el proceso de donación y trasplante. Actualmente en etapa de revisión.

6. - Formación de Comisión Ejecutiva de Trasplante, como organismo asesor de la Coordinadora. Se encuentra conformado por un representante de cada uno de los subcomités (por órgano), de la Sociedad Científica del Trasplante, ISP, la Corporación de Transplante y la Coordinadora.

7.-Ampliación de unidades de procuramiento existentes en el país.

Para el año 2010 se proyecta la implementación de 15 nuevas Unidades a lo largo de todo el país, para lo que se solicitaron cargos para 33 médicos y 54 enfermeras. Con lo anterior se llegaría a una cifra de 35 unidades a lo largo del país, ubicadas en hospitales de alta y mediana complejidad

8 - Implementar un Sistema Único y Efectivo de Monitoreo e Información a nivel nacional, sobre la base de datos suministrados por las Unidades Coordinadoras de Donación y Trasplante. Actualmente en proceso.

9 - Diseño e Implementación del Programa de Trasplante de Pulmón. Se plantea centralizarlo en el Instituto Nacional del Tórax. Actualmente en ejecución.

10. - Creación de un nuevo prestador público para Trasplante Cardíaco: el Instituto Nacional del Tórax. Actualmente en ejecución.

11 Se plantea la necesidad de implementar un Banco de Tejidos para el país. Actualmente en etapa de estudio.

12.-En proyecto la implementación de una Red de traslados para facilitar y asegurar el transporte terrestre y/o aéreo de los equipos quirúrgicos de procuramiento y de trasplante, desde y hacia cualquier punto del país en forma oportuna, cómo también considerar el traslado de pacientes potenciales receptores de órganos, traslado de tejidos, órganos y muestras biológicas. Actualmente en estudio.

Desafíos en RED Oncológica

- Ejecución de 3º fase de plan de mejoramiento de la atención oncológica en la red pública de salud.
- Estudios inmunológicos en indicación de TMO

Diseño y Desarrollo de Red de Reconstrucción Mamaria.

- Cierres de brechas y mejoras de infraestructura de Unidades de Inmunosuprimidos en centros priorizados.
- Consolidación de la Macrored de Radioterapia: Reposición de equipos e insumos para Braquiterapia (5 Centros), Reposición de ALE Centro Valdivia.
- IMPULSAR DESARROLLO REGISTROS HOSPITALARIOS (Fuente de información para Mejorar toma de decisiones) 1ª etapa RM.
- Rediseño de red onconeuroquirurgica.
- Trabajo conjunto comisiones Oncología adulto y niño y Neuroquirúrgica.
- Evaluar en terreno funcionalidad y condiciones de rrhh, infraestructura y equipamiento de unidades redes apoyo.

4. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009
- Anexo 5: Compromisos Gubernamentales
- Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas
- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
- Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional
- Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública (propuestas 2008, que fueron implementadas en 2009 y las propuesta del FMGP 2009,

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas

- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

Ley N°18.834, Estatuto Administrativo.

Ley N°19.490.

Ley N° 19.378.

Ley N° 19.937, Autoridad Sanitaria y Gestión.

Ley N° 19.966, Régimen de Garantías en Salud.

Decreto Ley N°2763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos.

Decreto Supremo N°98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.

Decreto 140, de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

- Misión Institucional

Implementar las políticas gubernamentales del Sector Salud, en particular aquellas que buscan ampliar la cobertura y la oportunidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema Público, así como gestionar las redes del sistema en base a las necesidades señaladas en los objetivos sanitarios y en el modelo de atención de salud familiar y comunitario expresado en la Reforma, avanzando en un proceso de descentralización administrativa y modernización del Estado. Los Servicios de Salud asumen el liderazgo en el cuidado de la Salud de sus poblaciones, enfrentando sus problemas en forma planificada, buscando continuamente la satisfacción de sus necesidades y expectativas, en un marco de respeto de los derechos y dignidad de las personas con calidad sanitaria, usando los recursos con eficiencia y equidad.

- Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2009

Número	Descripción
1	<p>El proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2009 significa un gran esfuerzo para garantizar una atención médica más oportuna y de calidad a los chilenos de menores recursos, para lo cual se ha priorizado la inversión en infraestructura y equipamiento, continuar con la consolidación del Plan AUGE, aumentar las disponibilidades de camas médicas e incrementar la contratación de especialistas. En este contexto, el proyecto de Presupuestos 2009 considera recursos para salud, por \$2.960.455 millones (1), lo que representa un incremento de 8,7 %.</p>
	<p>Mejor Atención e Infraestructura</p> <p>Se debe señalar que en materia de inversión en salud, en el período 1990-2006 los recursos públicos dedicados a este gasto promediaron US \$97,3 millones anuales y en el año 2009 se destinarán US\$ 300 millones, en línea con el compromiso de invertir US \$ 1.150 millones en el período 2007-2010. Lo anterior significa que durante la presente administración se habrá invertido en salud más que en toda la década anterior.</p> <p>Las inversiones permitirán la puesta en marcha de diversos proyectos, entre estos se debe mencionar la ampliación de la urgencia de adultos del Hospital Padre Hurtado, en la Región Metropolitana, así como la normalización de los Hospitales de Victoria (etapa II), de Coquimbo, Los Andes y el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.</p> <p>Por otra parte, se contemplan recursos adicionales orientados a reducir el déficit de camas en la Región Metropolitana, que permitirá contar con 421 camas adicionales así como complejizar otras 57. En este contexto, se destinarán \$ 5.181 millones para financiar la apertura y habilitación del Hospital Metropolitano (Ex Militar), los que permitirán contar con 204 camas adicionales.</p>
3	<p>Continuación implementación Plan AUGE</p> <p>El Proyecto de Presupuestos 2009 compromete \$19.519 millones adicionales para cubrir el 100% de las garantías asociadas a las 56 patologías vigentes y, adicionalmente, considera \$5.382 millones para realizar un programa piloto que incorpora dos nuevos problemas de salud al Plan AUGE.</p>
4	<p>Nivel atención primaria de salud</p> <p>Por otra parte, se sigue avanzando en mejorar la calidad en los diferentes niveles de atención de salud. En este contexto, para el nivel de atención primaria se consideran \$63.308 millones adicionales, lo que representa un incremento de 10,3 % real respecto de 2008. Estos mayores recursos permitirán aumentar en un 4,02% la población inscrita y validada para 2009, alcanzando así a más de 10,8 millones de personas.</p> <p>Este incremento considera \$8.516 millones para inversión en este nivel de atención, recursos que representan un aumento del 18,1 % y permitirán financiar el término de la construcción de 9 centros de atención familiar y el inicio de otros 38, más 50 centros comunitarios de salud familiar en el país.</p> <p>Se debe señalar además que se ha incrementado en \$ 7.735 millones los recursos para el Programa Sistema de Protección Integral a la Infancia, lo que permitirá la consolidación del programa para los menores de 0 a 3 años 11 meses.</p>
5	<p>Efecto leyes de recursos humanos y contratación de especialistas</p> <p>Se han incorporado \$ 35.330 millones para financiar los efectos de diversas leyes que significan, principalmente, beneficios salariales del personal de salud asociados a mejoras de gestión.</p> <p>Con la finalidad de mejorar la calidad de salud pública, el presupuesto considera recursos por \$ 17.932 millones para dar cumplimiento del compromiso asumido por la Presidenta el 21 de mayo de 2008, de contratar 500 médicos especialistas a jornada completa en los hospitales con mayor carencias, lo que permitirá reducir</p>

(1) Considera el Proyecto de Ley de Presupuesto 2008 menos los Subtítulos 30+32+34+35 más los Intereses de la Deuda.

significativamente las listas de espera.

Finalmente, otro elemento fundamental que se refuerza, es la eficiencia con el propósito de asegurar la oportuna entrega de las prestaciones, para ello, el Proyecto de Presupuestos 2009 contempla recursos por \$16.432 millones para la gestión de las redes asistenciales, en donde se incorporan \$ 2.967 millones adicionales para el sistema de información para la red asistencial (SIRA) y para apoyar la capacidad de gestión de los hospitales de mayor complejidad.

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Asegurar el funcionamiento de las redes y macrorredes asistenciales, a través del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el sector, con eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, considerando en ello también, la resolución de los problemas de salud que se presentan en los eventos de emergencia y/o desastres naturales o producidos por el hombre.
2	Asegurar el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en los Establecimientos de la Red del Servicio de Salud, avanzando en la superación de brechas de tecnologías sanitarias con criterios de equidad.
3	Mejorar la gestión en la Atención Primaria, logrando una mayor resolutiveidad e integralidad a través del modelo de salud familiar y comunitario, optimizando el acceso tanto a los servicios de atención electiva como de urgencia, perfeccionando los criterios de derivación y protocolos de atención de las prestaciones que se entregan en salud.
4	Implementar estrategias y acciones que permitan desarrollar recursos humanos centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
5	Ejecutar las políticas sectoriales de inversión en el territorio correspondiente a su jurisdicción, bajo criterios de eficiencia y eficacia en el uso de los recursos.
6	Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan favorecer la inclusión de los grupos vulnerables.

- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

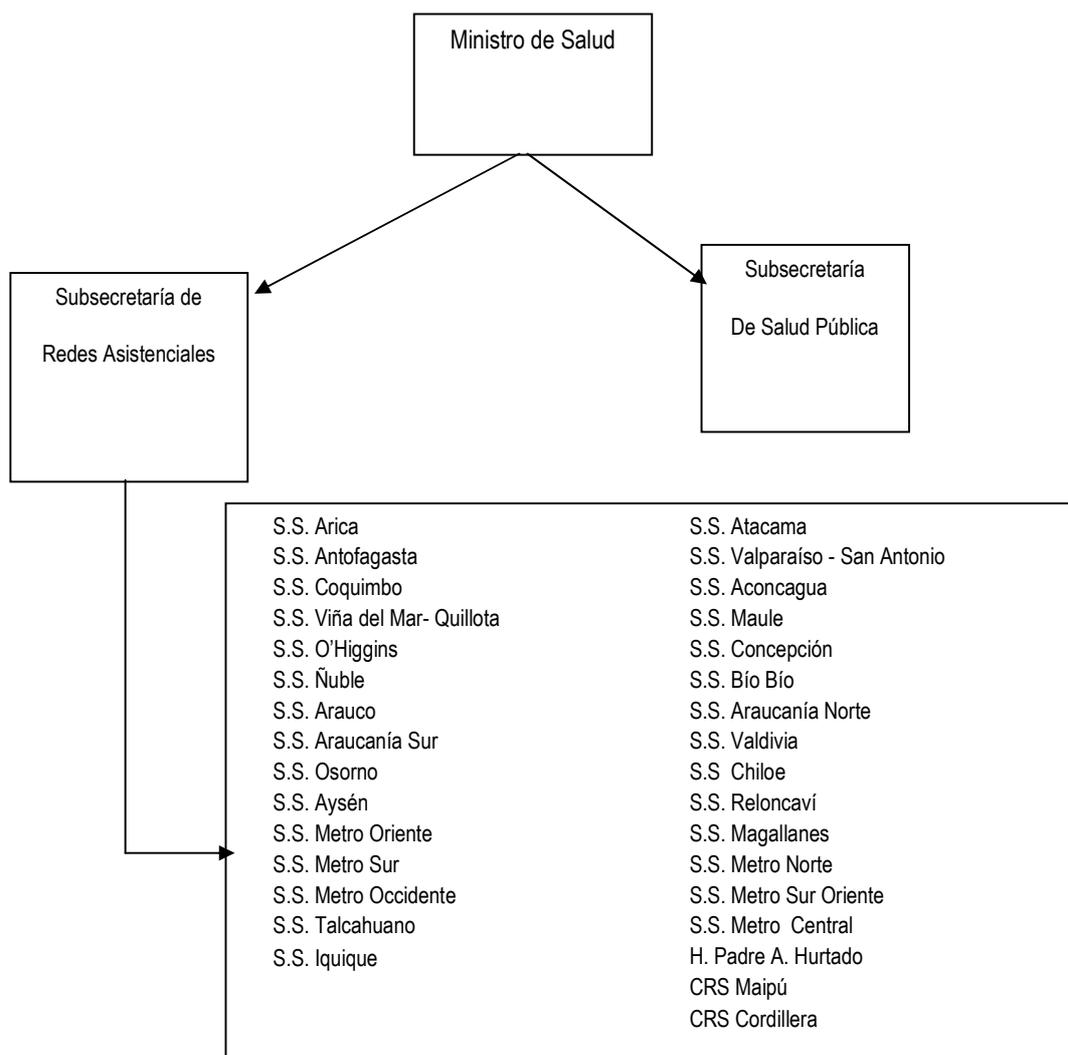
Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<p><u>Acciones de salud en establecimientos de atención primaria -Municipalidad o de los Servicios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección precoz de patologías • Atenciones médicas y odontológicas electivas , incluyendo tratamiento farmacológico y procedimientos • Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos. • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos • Atenciones médicas y odontológicas de urgencia • Acciones de fomento y protección de los beneficiarios • OIRS • Acciones a través de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS • Educación en salud tanto individual, grupal, como comunitaria. • Acciones de protección social. • Acciones para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores autovalentes y dependientes. • Acciones para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad. 	2,3,4,5,6
2	<p><u>Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones ambulatorias médicas de especialidad, odontológicas y de otros profesionales de la salud. • Atenciones médicas, odontológicas electivas ambulatorias. • Atención médica electiva cerrada • Atención médica de urgencia cerrada • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: intervenciones quirúrgicas mayores • Hospitalización. • Control y tratamiento de enfermos crónicos. • Acciones de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS • Acciones relacionadas con el mandato de la reforma procesal penal en lo 	1,2,4,5,6

	que se refiere a enfermos de salud mental	
	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de protección social. • Acciones que permitan fortalecer las estrategias del Hospital Amigo. 	
	<u>Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y articular la red asistencial de salud • Ejecutar las políticas de inversión y de gestión financiera • Implementar modelos de autogestión hospitalaria 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar y fortalecer el modelo de salud familiar comunitario • Coordinar y articular la red asistencial para ejecutar las acciones de protección social. • Coordinar y articular la red asistencial para ejecutar las acciones que resuelvan los problemas de salud ocasionados por eventos de emergencia producidos por desastres naturales. 	1,2,3,4,5,6

- Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre
1	Afiliados al Régimen de la Ley 18.469 incluidas sus cargas familiares
2	Personas carentes de recursos acreditadas como tal
3	Cesantes con subsidio de cesantía y sus cargas
4	Causantes de subsidio único familiar
5	Usuarios del Sistema Privado y Particulares, con modalidad de Copago.

b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio



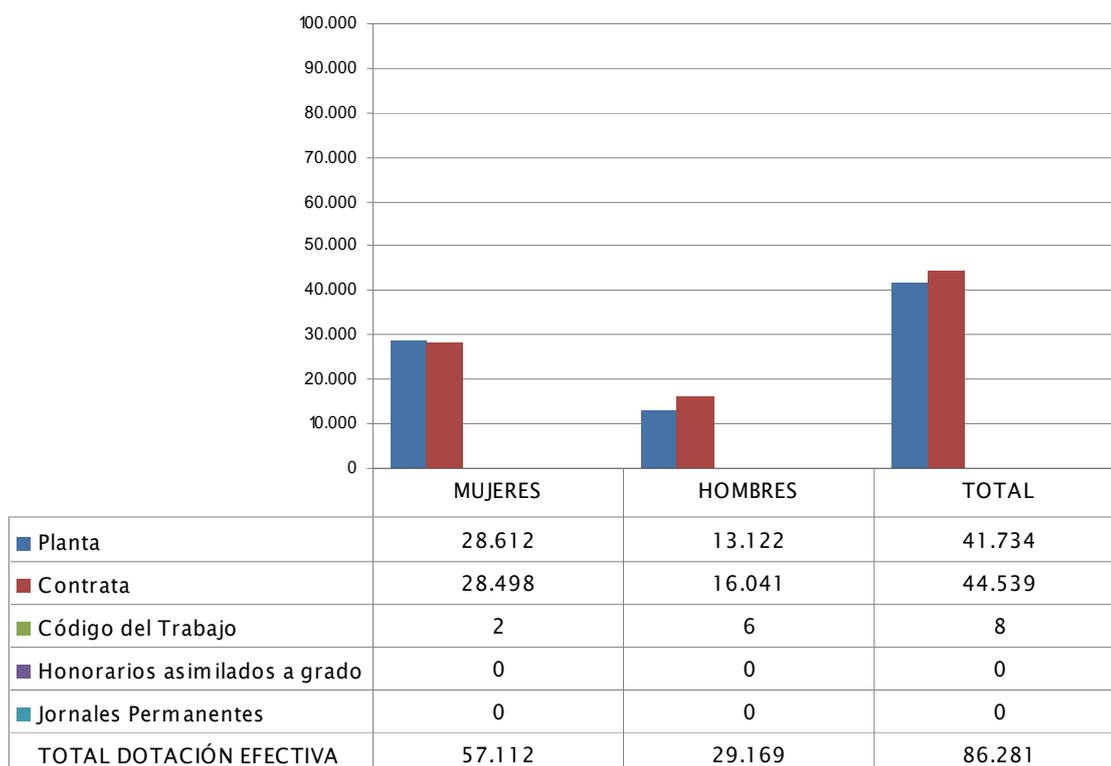
c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Ministro de Salud	ALVARO ERAZO LATORRE
Subsecretario de Redes Asistenciales	JULIO MONTT VIDAL
Subsecretaria de Salud Pública	JEANNETTE VEGA MORALES
Director Servicio de Salud Arica	JORGE MARTINEZ JIMENEZ (S)
Director Servicio de Salud Iquique	MARIA PAULA VERA
Director Servicio de Salud Antofagasta	RODRIGO ALARCÓN
Director Servicio de Salud Atacama	SONIA IBACETA
Director Servicio de Salud Coquimbo	SR. ERNESTO WLADIMIR JORQUERA FLORES
Director Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	DAGOBERTO DUARTE QUAPPER
Director Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	DAFNE SECUL TAHAN
Director Servicio de Salud Aconcagua	CARMEN CASTILLO TAUCHER
Director Servicio de Salud O'Higgins	MARCELO YÉVENES SOTO
Director Servicio de Salud del Maule	DR. JORGE TORO ALBORNOZ
Director Servicio de Salud Ñuble	IVAN RENATO PAUL ESPINOZA
Director Servicio de Salud BioBio	LORENZO BUSTAMANTE (s)
Director Servicio de Salud Concepción	GRACIELA SALDÍAS MUÑOZ
Director Servicio de Salud Arauco	JAVIER GARCÍA DE CORTÁZAR GARCÍA DE CORTÁZAR
Director Servicio de Salud Talcahuano	JORGE RAMOS VARGAS
Director Servicio de Salud Araucanía Norte	NELSON GAETE QUIJÓN
Director Servicio de Salud Araucanía Sur	MILTON MOYA KRAUSE
Director Servicio de Salud Valdivia	JOEL ARRIAGADA
Director Servicio de Salud Osorno	VERONICA WALL ZIEGLER
Director Servicio de Salud Chiloé	VICTOR HUGO CATALÁN MALDONADO
Director Servicio de Salud Reloncaví	EUGENIA PATRICIA SCHNAKE VALLADARES
Director Servicio de Salud Aysén	RICARDO SAAVEDRA MAFFET
Director Servicio de Salud Magallanes	JORGE FLIES AÑON
Director Servicio de Salud Metropolitano Central	JORGE LASTRA TORRES
Director Servicio de Salud Metropolitano Norte	MAURICIO OSORIO ULLOA
Director Servicio de Salud Metropolitano Sur	ANGÉLICA VERDUGO SOBRAL
Director Servicio Metropolitano Oriente	HÉCTOR OLGUIN ÁLVAREZ
Director Servicio Metropolitano Occidente	CAROLINA CERON REYES
Director Servicio Metropolitano Sur Oriente	PEDRO YAÑEZ ALVARADO
CRS Cordillera	CATALINA SOTO SILVA
CRS Maipú	RAMÓN ROJAS BELTRÁN (s)
Hospital Padre Hurtado	ERNESTO BEHNKE GUTIERREZ

Anexo 2: Recursos Humanos

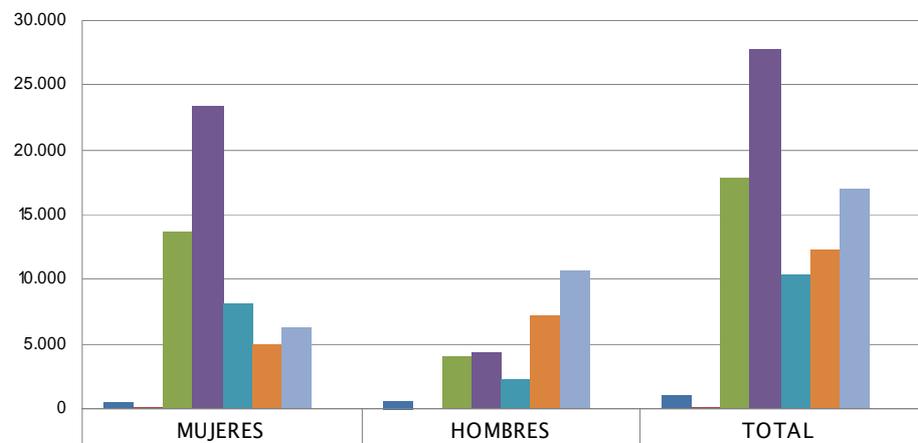
a) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2009¹⁰ por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



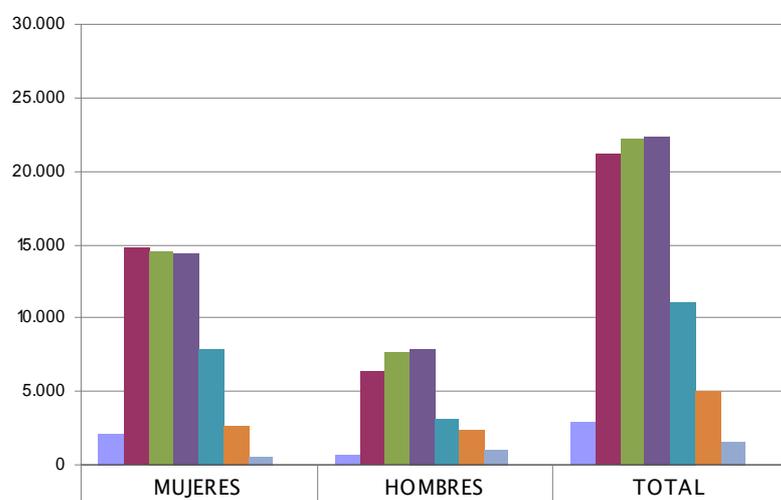
¹⁰ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2009. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

- **Dotación Efectiva año 2009 por Estamento (mujeres y hombres)**



	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
■ Directivos profesionales	484	529	1.013
■ Directivos no profesionales	85	66	151
■ Profesionales	13.698	4.088	17.786
■ Técnicos	23.450	4.299	27.749
■ Administrativos	8.081	2.276	10.357
■ Auxiliares	5.005	7.273	12.278
■ Personal afecto a Leyes	6.309	10.638	16.947

- **Dotación Efectiva año 2009 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)**



	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
■ 24 años ó menos	2.161	699	2.860
■ 25 - 34 años	14.831	6.372	21.203
■ 35 - 44 años	14.530	7.710	22.240
■ 45 - 54 años	14.431	7.893	22.324
■ 55 - 59 años	7.945	3.114	11.059
■ 60 - 64 años	2.638	2.358	4.996
■ 65 y más años	576	1.023	1.599
TOTAL DOTACIÓN EFECTIVA	57.112	29.169	86.281

b) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ¹¹		Avance ¹²	Notas
		2008	2009		
DÍAS NO TRABAJADOS					
Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de días no trabajados año T}/12) / \text{Dotación Efectiva año T}$	3,0	3,1	98,0%	
ROTACIÓN DE PERSONAL					
Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año T} / \text{Dotación Efectiva año T}) * 100$	7,7%	10,1%	76,2%	
MOVIMIENTOS DE PERSONAL					
Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios jubilados 	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios Jubilados año T} / \text{Dotación Efectiva año T}) * 100$	0,23%	0,41%	178,3%	
<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios fallecidos 	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios fallecidos año T} / \text{Dotación Efectiva año T}) * 100$	0,2	0,1		
RETIROS VOLUNTARIOS					
<ul style="list-style-type: none"> Con incentivo al retiro 	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año T} / \text{Dotación efectiva año T}) * 100$	1,6%	3,52 %	220%	

¹¹ La información corresponde al período Enero 2009 - Diciembre 2009 y Enero 2008 - Diciembre 2008.

¹² El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene. Para calcular este avance es necesario, previamente, determinar el sentido de los indicadores en ascendente o descendente. El indicador es ascendente cuando mejora la gestión a medida que el valor del indicador aumenta y es descendente cuando mejora el desempeño a medida que el valor del indicador disminuye.

Cuadro 1

Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ¹¹		Avance ¹²	Notas
		2008	2009		
• Sin incentivo al retiro	$(\text{N}^\circ \text{ de otros retiros voluntarios año T} / \text{Dotación efectiva año T}) * 100$	4,4%	4,2%	104,8%	
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras caudales año T} / \text{Dotación efectiva año T}) * 100$	1,4%	2,6%	52,3%	
• Tasa de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año T} / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año T}$	1,4	1,8	78,3%	

Nota A: El incentivo al retiro se hizo efectivo principalmente con el retiro del personal a contar del 31 de diciembre, por lo que las contrataciones para reponer estos cupos de dotación se hacen efectivas a partir del mes de enero de 2010.

Cuadro 1

Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados	Avance	Notas
<u>GRADO DE MOVILIDAD EN EL SERVICIO</u>				
Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos y promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	9,75%	56,96%	584,2%
<u>GRADO DE MOVILIDAD EN EL SERVICIO</u>				
Porcentaje de funcionarios a contrata recontractados en grado superior respecto del N° de funcionarios a contrata Efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año T}) / (\text{Contrata Efectiva año T}) * 100$	6,43%	15,26%	237,3%
<u>CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL</u>				
Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año T} / \text{Dotación efectiva año T}) * 100$	61,61%	44,30%	71,9% D

Nota B: Se plantea una observación respecto del sentido descendente aplicado al indicador de tasa de recuperación de funcionarios, por cuanto para el sector salud es deseable que los cargos que quedan disponibles por alejamientos de personal sean provistos a la brevedad, así como la provisión de todas las plazas disponibles por los aumentos de dotación que autoriza anualmente la Ley de Presupuestos. Por lo tanto, este valor anual estará determinado, además de las vacantes de la dotación vigente, por la cantidad de cargos que se determinen para expansión en el presupuesto

anual del sector, considerando las brechas de personal existentes en los Servicios de Salud, asociadas de manera importante a la gran inversión que se está realizando en infraestructura y compra de equipamiento, que requiere de personal en la cantidad suficiente.

En consecuencia, la tasa de recuperación anual en ningún caso podría ser descendente, a menos que se considerara que existe sobredotación de personal en los Servicios de Salud, por lo cual sería necesario disminuirla.

Nota C: Durante el año 2009 se produjo la modificación de plantas establecida en la Ley N°20.209. Producto de esto, se realizó encasillamiento y concursos que implicaron aumentos de grado de un gran número de funcionarios.

Nota D: La disminución en el número de funcionarios capacitados se explica en gran medida por la PANDEMIA que se vivió en nuestro país, lo cual disminuyó la disponibilidad de personal disponible para capacitarse.

Cuadro 1					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados		Avance	Notas
Porcentaje de becas ¹³ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año T / Dotación efectiva año T) } * 100$	1,01%	1,88%	186,1%	
Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año T / N}^\circ \text{ de participantes capacitados año T})$	2,66	3,03	113,9%	
<u>GRADO DE EXTENSIÓN DE LA JORNADA</u>					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año T/12}) / \text{Dotación efectiva año T}$	22,8	18,4	123,8%	
<u>EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO¹⁴</u>					
Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Lista 1 % de Funcionarios	95,6%	96,96%	101,4%	
	Lista 2 % de Funcionarios	3,7%	2,88%	128,3%	
	Lista 3 % de Funcionarios	0,7%	0,15%	480,4%	
	Lista 4 % de Funcionarios	0%	0,01%	0,0%	

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

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

Anexo 3: Recursos Financieros

c) Recursos Presupuestarios

Cuadro 2			
Recursos Presupuestarios 2009			
Ingresos Presupuestarios Devengados		Gastos Presupuestarios Devengados	
Descripción	Monto M\$	Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal		Corriente ¹⁵	2.462.575.083
Endeudamiento ¹⁶		De Capital ¹⁷	196.496.521
Otros Ingresos ¹⁸	2.661.696.440	Otros Gastos ¹⁹	50.950.527
TOTAL	2.661.696.440	TOTAL	2.710.022.131

15 Los gastos Corrientes corresponden a la suma de los subtítulos 21, 22, Compras Directas Fonasa Auge y No Auge, 23 y 24.

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

17 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29 y subtítulo 31.

18 Incluye todos los ingresos no considerados en las categorías anteriores e incluye el Saldo Inicial de Caja.

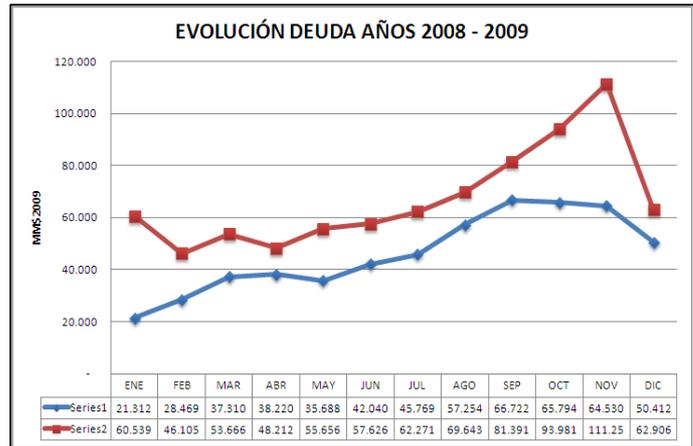
19 Incluye todos los gastos no considerados en las categorías anteriores y excluye el Saldo Final de Caja.

DEUDA TOTAL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Al 31 de Diciembre del año 2009, los Servicios de Salud registraron una Deuda Presupuestaria Total de **MM\$62.906**, aumentando en un monto nominal de **MM\$12.494**, con respecto a la deuda al 31 de Diciembre del año 2008.

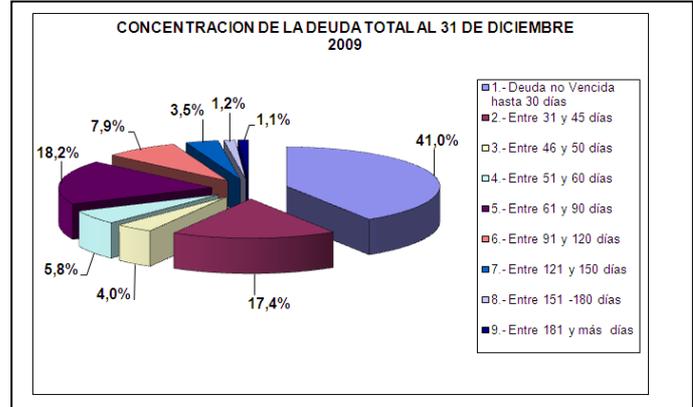
La evolución de la deuda total en millones de pesos para los años 2008 y 2009, en valores nominales, fue la siguiente:

En lo que concierne a la deuda en bienes y servicios de consumo del Sistema Nacional de Servicios de Salud, esta alcanzó **MM\$57.509**, lo que representa un **91,42%** de la deuda total.



El **55,06%** de la deuda en bienes y servicios de consumo se concentró entre 0 y 45 días.

Por otra parte, respecto de la Deuda Total del Sistema Nacional de Servicios de Salud, se puede constatar, que el **58,33%** esta concentrada entre 0 y 45 días.



Este nivel de deuda tiene su origen en el resultado operacional negativo que se genera en la casi totalidad de los servicios de salud.

El cuadro siguiente muestra las partidas consideradas operacionales tanto en los ingresos como en los gastos y sus respectivos superávit o déficit del año 2009.

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA OPERACIONAL 2009				
PRESUPUESTO INICIAL 2009	PRESUPUESTO CIERRE 2009	CONCEPTOS	TOTAL 2009 DEVENGADO	DÉFICIT O SUPERÁVIT
		INGRESOS OPERACIONALES		
1.388.964	1.585.437	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.583.478	-1.959
73.302	85.866	Fondo Nacional de Salud Atención Primaria	85.316	-550
641.807	632.331	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Valoradas	632.303	-28
673.855	867.240	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	865.858	-1.381
2.279	4.237	Subsecretaría de Salud Pública	4.237	0
0	10.306	Subsecretaría de Redes Asistenciales	9.658	-649
75.318	104.551	INGRESOS PROPIOS	129.898	25.347
1.466.561	1.704.531	TOTAL INGRESOS DE OPERACIÓN	1.727.270	22.739
		GASTOS OPERACIONALES		
905.213	1.062.498	GASTOS EN PERSONAL	1.067.473	-4.974
553.078	586.898	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	635.869	-48.971
7.841	20.365	ADQ. ACTIVOS NO FINANCIEROS	25.681	-5.316
0	41.551	SERVICIO DE LA DEUDA	49.943	-8.393
1.466.132	1.711.313	Total Gasto Operacional	1.778.966	-67.654

Déficit de Gastos en bienes y Servicios de Consumo

En el rubro Gastos en Bienes y Servicios de Consumo se generó un déficit de **MM\$ 48.971** equivalentes a un **8.3%** del presupuesto final asignado a este subtítulo.

Un análisis comparativo respecto de los gastos reales del año 2008 y 2009, nos indica que los gastos clasificados como bienes y servicios de consumo **fijos**, el incremento real²⁰ entre el año 2008 y 2009 fue de **MM\$ 18.272** equivalentes a un **10,2%**. Por otra parte, los gastos clasificados como variables generaron un crecimiento real de **MM\$ 84.273** equivalentes a un **23,7%**. Los principales gestores del aumento en el gasto fueron los Productos Farmacéuticos, Materiales Quirúrgicos y la Compra de Prestaciones. El aumento de estos ítems considera el **82,2%** del total del crecimiento del gasto en el subtítulo 22.

²⁰ Las cifras del año 2008 se han corregido en un 1,5% correspondiente al infractor de la ley del año 2009

	AÑO 2008	AÑO 2009	VAR M\$	VAR %
Gasto Fijo	178.263	196.535	18.272	10,2%
Gasto Variable				
Productos Farmaceuticos	157.357	201.911	44.554	28,3%
Materiales Quirúrgicos	52.552	68.662	16.110	30,7%
Compra de Prestaciones	117.080	135.959	18.879	16,1%
Productos Químicos	28.073	32.803	4.729	16,8%
Sub-Total Gasto Variable	355.062	439.335	84.273	23,7%
TOTAL GASTO SUBT 22	533.325	635.869	102.544	19,2%

- ✓ El **48%** del total de gasto en bienes y servicios de consumo (MM\$304.276) está representado por la compra de productos farmacéuticos, materiales quirúrgicos y productos químicos; este gasto que creció en el **año 2009 en MM\$65.393** respecto período del año 2008. Las causas que originan este crecimiento del gasto son básicamente: Un aumento de producción que implica mayor utilización fármacos e insumos; un crecimiento en los precios de estos productos y finalmente una sustitución de productos con mayor tecnología, lo que aumenta los costos de las prestaciones.
- ✓ El crecimiento de la compra de servicios fue de **MM\$ 18.879**, que corresponde a las necesidades de la red pública de resolver las brechas de oferta de la red asistencial para asegurar la cobertura de resolutivez para la demanda de los beneficiarios en prestaciones de salud, referida al déficit de camas críticas y de agudos, como asimismo de prestaciones diagnósticas y de atención de mediana y alta complejidad. El análisis del cuadro muestra el crecimiento y los montos involucrados en la compra de prestaciones a terceros.

	2008 (MM\$2009)	2009	VAR \$	VAR %
Ley de Urgencia	40.524	41.870	1.346	3,3%
C. Servicios y Convenios	34.447	39.781	5.334	15,5%
C. Intervenciones Quirúrgicas	13.135	19.621	6.486	49,4%
C. Atención de Urgencia c/Rec. Pr	11.373	11.986	613	5,4%
C. de Exámenes de Laboratorio	9.635	11.988	2.353	24,4%
Pasajes y Traslados de Pacientes	5.119	6.260	1.141	22,3%
Otros CP	2.054	2.255	201	9,8%
C. Dialisis	793	1.379	586	73,9%
C. de Consultas	-	819	819	0,0%
TOTAL C. PRESTACIONES	117.080	135.959	18.879	16,1%

De esta forma, se puede constatar que el problema del endeudamiento del sistema, corresponde a una problemática multifactorial, en la que intervienen los métodos de asignación de recursos, de pago o transferencias a los prestadores de las redes asistenciales, el mercado y los niveles de competencia de la industria farmacéutica, la demanda y el aumento de beneficiarios, y la mayor complejidad de las prestaciones como consecuencia del cambio epidemiológico.

d) Resultado de la Gestión Financiera

Cuadro 3			
Ingresos y Gastos devengados años 2008 – 2009			
Denominación	Monto Año 2008	Monto Año 2009	Notas
	M\$ [1]	M\$	
INGRESOS DEVENGADOS ²¹	2.108.113.512	2.661.696.440	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.911.153.995	2.354.709.628	1
Del Gobierno Central	1.910.923.711	2.354.625.534	
Fondo Nacional de Salud Atención Primaria	502.260.742	604.056.172	
Fondo Nacional de Salud Prestaciones Valoradas	590.212.664	632.399.655	
Compras Directas FONASA AUGE	69.770.969	82.463.026	
Compras Directas FONASA No-AUGE	4.780.608	8.861.728	
Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	721.039.101	995.227.182	
Subsecretaría de Salud Pública	3.577.180	2.824.135	
Subsecretaría de Redes Asistenciales	905.936	3.401.610	
Fondo Único Prestaciones Familiares y Subsidios Cesantía	18.376.511	25.392.026	
De Otras Entidades Públicas	230.284	39.440	
De Gobiernos Extranjeros	0	44.654	
RENTA DE LA PROPIEDAD	602.995	615.669	
INGRESOS DE OPERACIÓN	68.087.471	69.685.345	
OTROS INGRESOS CORRIENTES	29.445.625	45.435.036	
VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	259.258	67.313	
VENTA DE ACTIVOS FINANCIEROS	3.248	4.821	
RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	12.680.177	14.039.440	
TRANSF PARA GASTO DE CAPITAL	85.880.743	177.139.188	
SALDO INICIAL DE CAJA	0	0	

21 Los Gastos Devengados, incorporan Compras Directas efectuadas por Fonasa, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE y No AUGE del Programa de Prestaciones Valoradas. Por otra parte, se debe señalar que los Gastos Devengados excluyen el Saldo Final de Caja.

Cuadro 3			
Ingresos y Gastos devengados años 2008 – 2009			
Denominación	Monto Año 2008	Monto Año 2009	Notas
	M\$ ²²	M\$	
GASTOS DEVENGADOS ²³	2.144.947.732	2.710.022.131	
GASTOS EN PERSONAL	896.667.437	1.067.472.688	2
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	533.324.907	635.869.397	3
Compras Directas FONASA AUGE	69.770.969	82.463.026	4
Compras Directas FONASA No-AUGE	4.780.608	8.861.728	4
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	90.676.534	150.830.683	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	438.125.263	517.077.561	
INTEGROS AL FISCO	4.421	4.411	
OTROS GASTOS CORRIENTES	4.684.240	1.002.830	
ADQ DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	21.511.601	25.681.127	
INICIATIVAS DE INVERSIÓN	79.111.616	170.815.394	
PRESTAMOS	50.779	0	
SERVICIO DE LA DEUDA	6.239.357	49.943.286	
SALDO FINAL DE CAJA	0	0	

²² La cifras están indicadas en M\$ del año 2009. Factor de actualización es de 1,015 para expresar pesos del año 2008 a pesos del año 2009.

²³ Los Gastos Devengados, incorporan Compras Directas efectuadas por Fonasa, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el Auge y No Auge del Programa de Prestaciones Valoradas. Por otra parte, se debe señalar que los Gastos Devengados excluyen el Saldo Final de Caja.

Notas a Ingresos Devengados 2008-2009

(1) Transferencias Corrientes: Las Transferencias Corrientes se incrementaron en **MM\$443.556** en el año 2009, lo que representó un aumento del 23,2% con relación al año 2008. Dentro de este incremento, esta contenido el aumento del gasto por compras directas FONASA Auge y No Auge, cuyos aumentos son **MM\$12.692** y **MM\$4.081**, respectivamente.

A continuación se presentan las principales variaciones de los Programas de Atención Primaria de Salud, Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales, por constituir las partidas que consiguieron los incrementos más relevantes.

a) Transferencias del Programa de Atención Primaria de Salud: Se incrementaron los ingresos en la suma de MM\$101.795, producto principalmente del fortalecimiento de la Atención Primaria durante el año 2009, orientado a un aumento de los recursos destinados a financiar la mayor población a cargo de la atención primaria, y el ajuste de prestaciones consideradas en el plan de salud familiar, lo que se traduce en un aumento del monto global destinado al aporte estatal a salud municipal, que se transfiere a través del mecanismo de per cápita en MM\$20.682. Por otra parte, el reforzamiento municipal se incrementó por la aplicación de las Leyes N° 20.157 y 20.250, que otorgan beneficios a los funcionarios municipales, por concepto de Incentivo al Retiro Voluntario y Bonificación por retiro voluntario y Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo; el monto restante corresponde a las expansiones presupuestarias de reforzamiento municipal y no municipal destinadas a salas IRA y ERA, aumento de la resolutivez en atención primaria, reforzamiento odontológico, entre otras. Cabe señalar, que además de las expansiones antes mencionadas, durante el año 2009 se incorporaron recursos en la Atención Primaria de Salud, para la implementación del Plan de 90 días y enfrentar el efecto de la pandemia por el virus AH1N1.

b) Transferencias Programa de Prestaciones Valoradas y Compras Directas Fonasa: Estas transferencias se incrementaron en la suma de **MM\$48.658** respecto del año 2008, como se constata en el siguiente cuadro:

PROGRAMA DE PRESTACIONES VALORADAS	DEVENGADO 2008 EN M\$ 2009	DEVENGADO 2009 EN M\$ 2009	BALANCE
AUGE	212.751.288	249.920.282	37.168.994
COMPRAS DIRECTAS FONASA AUGE	69.770.969	82.463.026	12.692.057
COMPRAS DIRECTAS FONOSA NO AUGE	4.780.608	8.861.728	4.081.120
COMPLEJAS	46.676.035	36.769.612	-9.906.423
REDUCCIÓN DE BRECHAS Y OTROS	41.635.813	34.211.215	-7.424.598
URGENCIA	165.621.449	169.393.416	3.771.967
OTRAS VALORADAS	56.451.809	52.442.740	-4.009.069
SALUD MENTAL	27.853.789	28.375.221	521.432
REBALSES	9.151.915	11.313.616	2.161.701
SIDA	8.156.885	17.255.251	9.098.366
DFL, CONVENIOS DESCENTRALIZADOS Y CENTRALIZADOS	21.913.682	22.416.314	502.632
TOTAL	664.764.242	713.422.421	48.658.179

Por otra parte, las Compras Directas FONASA AUGE y No AUGE en el año 2009 aumentaron en **MM\$12.692** y **MM\$4.081**, respectivamente, con relación al año 2008. En este contexto las Compras Directas de FONASA en las patologías AUGE corresponden principalmente a prestaciones de Hemodiálisis, Cataratas, Radioterapia, Vitrectomía, Accesos Vasculares, Endoprotesis de Caderas y Patologías Renales. Cabe mencionar, que el mayor monto en estas compras durante el año 2008 fue por Convenio Hemodialisis con un monto de MM\$78.250, lo que representa el 94,9% del Total de Compras directas FONASA AUGE, aumentando en MM\$12.938 respecto del año 2008. A su vez, las Compras Directas de Fonasa No AUGE, corresponden a convenios de prestaciones otorgadas por terceros, a saber: Hogar de Cristo, Clínica Alemana, Clínica Antofagasta, Cardiocirugías con Hospital FACH, Fundación Dignidad p/Hombre, Clínica Mater y Convenio Día Cama Paciente Externalizado. Cabe mencionar, que el mayor monto en estas compras durante el año 2008 fue por Convenio Día Cama Paciente Externalizado con un monto de MM\$4.570, lo que representa el 51,6% del Total de Compras directas FONASA No AUGE, aumentando en MM\$1.656 respecto del año 2008.

Otras variaciones a considerar en el Programa de Prestaciones Valoradas, están asociadas a la reconversión de recursos dentro del propio programa PPV, destinado a equilibrar el financiamiento con las líneas programáticas asociados a PPV dentro del criterio de priorización:

c) Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales: Se incrementaron los ingresos en la suma de **MM\$274.188**, los principales incrementos se constatan en el siguiente cuadro:

- Traspaso Ley 20.209 de 459 honorarios a suma alzada a cargos durante el año 2009 por un monto de **MM\$3.642**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a la apertura y habilitación del Hospital Metropolitano por un monto de **MM\$5.613**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de la habilitación Proyecto Ampliación Urgencia Adulto Hospital Padre Hurtado durante el 2009 por un monto de **MM\$1.812**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto en recursos humanos y bienes y servicios de consumo el 2009 asociado a Pandemia por un monto de **MM\$6.346**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a incrementos en el financiamiento de Convenios con Personas Naturales, por un monto de **MM\$1.031**.
- Financiamiento déficit en las leyes 20.305, 20.255 y Encasillamiento durante el año 2009 por un monto de **MM\$13.877**.
- Financiamiento déficit en Emergencia de Chaiten durante el año 2009 por un monto de **MM\$188**.
- Financiamiento déficit en Polimetales del Servicio de Salud Arica durante el año 2009 por un monto de **MM\$256**.
- Cierre de brecha apertura de camas CRS de Maipú por un monto de **MM\$850**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a financiamiento Servicio de Salud Iquique por concepto de pandemia, medicamentos, traslados y convenios con personas naturales, por un monto de **MM\$724**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a financiamiento Servicio de Salud Arica para traslado unidad alimentación y compras externas lavandería, por un monto de **MM\$162**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a financiamiento Servicio de Salud Talcahuano cierre de brecha producción, por un monto de **MM\$309**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a financiamiento Instituto Nacional del Cancer para mantenimiento equipos de radio terapia, por un monto de **MM\$255**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a mantenimiento y reparaciones de urgencias dentro del Plan de 90 días, por un monto de **MM\$5.547**.

- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a aportes para pago de deuda de los Servicios de Salud, por un monto de **MM\$76.260**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de las contrataciones EDF y EPS con más de 9 años durante el año 2009 que alcanzó un monto de **MM\$3.529**.
- El efecto de los cargos de expansión puesta en marcha durante el año 2009, lo que genera un aumento de **MM\$1.584**.
- Efecto aumento en las asignaciones y bonos Ley 19.937 durante el 2009 por un monto de **MM\$4.726**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2009 asociado a cierre de brechas especialistas, por un monto de **MM\$2.304**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto del aumento en el gasto de 500 especialistas durante el 2009, por un monto de **MM\$16.767**.
- Zona Extrema durante el año 2008 alcanzó un monto de **MM\$3.433** y el año 2009 **MM\$4.557**, lo que genera un aumento de **MM\$1.124**.
- Efecto incremento en asignaciones variables Ley 20.209 durante el año 2009 por un monto de **MM\$4.518**.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto del aumento en el gasto durante el año 2009 asociado a Modernización de la Carrera, por un monto de **MM\$26.635**.

Notas a Gastos Devengados 2008 - 2009

(2) Gastos en Personal

En el año 2009 el gasto en personal aumentó en **MM\$170.805**, lo que significó un incremento del **19%**, con relación al año 2008. Este aumento se originó principalmente por los siguientes conceptos:

- En el año 2009 el gasto en honorarios y horas extras en el Sistema Nacional de Servicios de Salud se incrementó en **16,1%**, lo cual representa un mayor gasto devengado de **MM\$15.513**.
- Los incrementos otorgados por Asignación de Turno en el año 2009, generaron un mayor gasto devengado por la suma de **MM\$7.711**.
- Incrementos asociados a la Ley 19.490, por un monto de **MM\$2.527**.
- Incrementos asociados a Liberados de Guardia 2003-2005, por un monto de **MM\$3.850**.
- Incrementos asociados a los Bonos Especiales y Término Conflicto por un monto de **MM\$9.554**.
- Incrementos asociados a Zona Extrema, por un monto de **MM\$1.124**.
- Incrementos asociados a Experiencia Calificada Ley 19.664, por un monto de **MM\$1495**.
- Incrementos asociados a Cierre de Brecha Especialista, por un monto de **MM\$2.304**.
- Incrementos asociados a 500 Especialistas, por un monto de **MM\$16.767**.
- Incrementos asociados a las asignaciones variables de las leyes 19.937 y 20.209, por un monto de **MM\$7.790**.
- Financiamiento déficit en las leyes 20.305, 20.255 y Encasillamiento durante el año 2009 por un monto de **MM\$13.877**.
- Aumento producto de las contrataciones EDF y EPS con más de 9 años durante el año 2009 que alcanzó un monto de **MM\$3.529**.
- Traspaso Ley 20.209 de 459 honorarios a suma alzada a cargos durante el año 2009 por un monto de **MM\$3.642**.
- Aumento en el gasto en recursos humanos durante el año 2009 asociado a Pandemia por un monto de **MM\$3.100**.
- El efecto de los cargos de expansión puesta en marcha durante el año 2009, lo que generó un aumento de **MM\$1.091**.
- El efecto por Bono Especiales y e incremento en el Programa Chile Crece contigo por **MM\$9.554** y **MM\$ 2.467**, respectivamente.
- Otros aumentos en gasto en personal por un monto de **MM\$**.

(3) Gastos en Bienes y Servicios de Consumo

En el año 2009 el gasto en bienes y servicios de consumo aumentó en **MM\$102.544**, lo que significó un incremento del 19,2%, con relación al año 2008. En este contexto, los principales incrementos en relación al año 2008 se originaron principalmente por:

- Incremento del gasto en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud producto del incremento de las compras a productos farmacéuticos el cual ascendió a **MM\$37.268** en el período analizado.
- Incremento del gasto en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud producto del incremento de las compras a terceros el cual ascendió a **MM\$13.458** en el período analizado.
- Incremento del gasto en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud producto del incremento de las compras de materiales quirúrgicos el cual ascendió a **MM\$13.677** en el período analizado.
- Incremento del gasto en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud producto del incremento de las compras de productos químicos el cual ascendió a **MM\$3.429** en el período analizado.
- Incrementos en gastos producto de habilitación Proyecto Ampliación Urgencia Adulto Hospital Padre Hurtado, por un monto de **MM\$1.812**.
- Incrementos en gastos producto de la reconversión y apertura de nuevas camas por Pandemia por un monto de **MM\$3.444**.
- Incrementos en gastos producto de financiamiento para diversos conceptos de gastos en bienes y servicios de consumo en los Servicios de Arica, Iquique, Talcahuano, Reloncavi, Araucanía Sur, Metropolitano Norte, Metropolitano Oriente y CRS Maipú por un monto total de **MM\$1.706**.
- Incrementos en gastos de Capacitación y Programa de formación GES por un monto de **MM\$891**.
- Incrementos en gasto Convenios con Universidades por un monto de **MM\$966**.
- Incrementos en gasto Cierre de Brecha Especialistas por un monto de **MM\$685**.

(4) Compras Directas FONASA AUGE y No AUGE

En el año 2009 el gasto por compras directas FONASA AUGE y No AUGE aumentó en **MM\$12.692** y **MM\$4.081**, respectivamente, con relación al año 2008.

En este contexto las Compras Directas de FONASA en las patologías AUGE corresponden principalmente a prestaciones de Hemodiálisis, Cataratas, Radioterapia, Vitrectomía, Accesos

Vasculares, Endoprotesis de Caderas y Patologías Renales. Cabe mencionar, que el mayor monto en estas compras durante el año 2009 fue por Convenio Hemodialis con un monto de MM\$78.250, lo que representa el 94,9% del Total de Compras directas FONASA AUGE, aumentando en MM\$12.938 respecto del año 2008.

A su vez, las Compras Directas de FONASA No AUGE, corresponden a convenios de prestaciones otorgadas por terceros, a saber: Hogar de Cristo, Clínica Alemana, Clínica Antofagasta, Cardiocirugías con Hospital FACH, Fundación Dignidad p/Hombre, Clínica Mater y Convenio Día Cama Paciente Externalizado. Cabe mencionar, que el mayor monto en estas compras durante el año 2009 fue por Convenio Día Cama Paciente Externalizado con un monto de MM\$4.570, lo que representa el 51,6% del Total de Compras directas FONASA No AUGE, aumentando en MM\$1.656 respecto del año 2008.

e) Comportamiento Presupuestario Año 2009

El presupuesto inicial aprobado por la Ley de Presupuesto N°20.314 (no considera las compras AUGE y No-AUGE de FONASA), para el Año 2009, estableció para el Sistema Nacional de Servicios de Salud un monto de MM\$2.054.155, presentando con ello, un incremento nominal respecto del presupuesto Inicial 2008 de un 11,30% equivalente a **MM\$208.569**.

Cuadro 4

Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2009

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁴ (M\$)	Presupuesto Final ²⁵ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁶ (M\$)	Notas
			TOTAL INGRESOS	2.117.268.276	2.667.717.864	2.661.696.440	6.021.424	
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.041.451.848	2.360.800.982	2.354.709.628	6.091.354	
	02		Del Gobierno Central	2.041.451.848	2.360.800.982	2.354.625.534	6.175.448	
		007	Fondo Nacional de Salud Atención Primaria	554.243.587	603.449.981	604.056.172	-606.191	
		008	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Valoradas	641.806.556	632.331.297	632.399.655	-68.358	
		008	Compras Directas FONASA AUGE	57.102.822	81.632.592	82.463.026	-830.434	
		008	Compras Directas FONASA No- AUGE	6.009.984	11.101.517	8.861.728	2.239.789	
		009	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	757.561.204	998.471.117	995.227.182	3.243.935	
		010	Subsecretaría de Salud Pública	2.279.141	4.596.275	2.824.135	1.772.140	
		013	Subsecretaría de Redes Asistenciales	0	3.833.147	3.401.610	431.537	
		022	Fondo Único Prestaciones Familiares y Subsidios Cesantía	22.448.554	25.385.056	25.392.026	-6.970	
	03		Otras Entidades Públicas			39.440	-39.440	
	06		De Gobiernos Extranjeros			44.654	-44.654	
06	99		RENTA DE LA PROPIEDAD	635.663	668.438	615.669	52.769	
07	02		INGRESOS DE OPERACIÓN	65.331.321	65.656.401	69.685.345	-4.028.944	
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	4.014.857	31.365.551	45.435.036	-14.069.485	
10			VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	1.817	67.313	-65.496	
11			VENTA DE ACTIVOS FINANCIEROS	0	0	4.821	-4.821	

24 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

25 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2008

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

Cuadro 4

Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2009

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁴ (M\$)	Presupuesto Final ²⁵ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁶ (M\$)	Notas
12	10		RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	5.336.207	6.858.365	14.039.440	-7.181.075	
13			TRANSF PARA GASTO DE CAPITAL	0	195.453.674	177.139.188	18.314.486	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	498.380	6.912.636	0	6.912.636	
			TOTAL GASTOS	2.117.268.276	2.667.717.864	2.710.022.131	-42.304.267	
21			GASTOS EN PERSONAL	905.213.073	1.062.498.419	1.067.472.688	-4.974.269	
22			BIENES Y SERVICIOS DE	553.078.284	586.898.086	635.869.397	-48.971.311	
22			Compras Directas FONASA AUGE	57.102.822	81.632.592	82.463.026	-830.434	
22			Compras Directas FONASA No- AUGE	6.009.984	11.101.517	8.861.728	2.239.789	
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	106.154.687	156.616.463	150.830.683	5.785.780	
	01		Prestaciones Previsionales	83.488.084	97.943.344	94.301.802	3.641.542	
		001	Jubilaciones, Pensiones y Montepíos	0	0	2.872	-2.872	
		010	Subsidios de Reposo Preventivo	41.158	33.978	32.612	1.366	
		011	Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa	79.425.458	92.970.045	89.522.692	3.447.353	
		012	Subsidios por Accidentes del trabajo	0	0	10.806	-10.806	
		013	SubsMaternal, A° 196 Código del Trabajo	4.021.468	4.939.321	4.732.819	206.502	
	02		Prestaciones de Asistencia Social	22.666.603	25.546.845	25.723.482	-176.637	
		004	Ayudas Económicas y Otros Pagos de Preventiva	218.049	161.789	156.912	4.877	
		005	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	22.448.554	25.385.056	25.566.570	-181.514	
		006	Subsidio de Cesantía	0	0	30.805.399	-30.805.399	

Cuadro 4

Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2009

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁴ (M\$)	Presupuesto Final ²⁵ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁶ (M\$)	Notas
	03	001	Indemnización de Cargo Fiscal	0	33.126.274	30.805.399	2.320.875	
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	481.079.055	518.428.406	517.077.561	1.350.845	
	01		Transferencias al Sector Privado	137.917	844.659	651.628	193.031	
		395	Prog. Especial de Salud de los Pueblos Indígenas	0	706.742	497.214	209.528	
		461	Centros de Prev Alcoholismo y Salud Mental	137.917	137.917	154.414	-16.497	
	03		Transf. a Otras Entidades Públicas	480.941.138	517.583.747	516.425.933	1.157.814	
		298	Atención Primaria, Ley N°19.378	480.941.138	517.499.871	516.407.594	1.092.277	
		396	Campaña de Invierno	0	83.876	18.339	65.537	
25	01		INTEGROS AL FISCO	5.155	5.155	4.411	744	
26	02		OTROS GASTOS CORRIENTES	286.334	286.334	1.002.830	-716.496	
29			ADQ DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	7.840.502	20.365.481	25.681.127	-5.315.646	
	01		Terrenos	0	253.536	41.141	212.395	
	02		Edificios	0	58.000	230.792	-172.792	
	03		Vehículos	0	4.419.502	4.182.250	237.252	
	04		Mobiliarios y Otros	4.676.985	4.623.766	4.489.400	134.366	
	05		Maquinas y Equipos	3.163.517	10.939.070	15.494.036	-4.554.966	
	06		Equipos Informáticos	0	36.627	935.511	-898.884	
	07		Programas Informáticos	0	30.000	117.764	-87.764	
	99		Otros	0	4.980	190.233	-185.253	
31	02		INICIATIVAS DE INVERSIÓN	0	187.836.325	170.815.394	17.020.931	
32	06	001	PRESTAMOS	0	0	0	0	

Cuadro 4								
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2009								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁴ (M\$)	Presupuesto Final ²⁵ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁶ (M\$)	Notas
34			SERVICIO DE LA DEUDA	0	41.550.706	49.943.286	-8.392.580	
35			SALDO FINAL DE CAJA	498.380	498.380	0	498.380	

Análisis De Variaciones Del Presupuesto Inicial Y Final Del Año 2009

Para el siguiente análisis se excluyen las compras directas efectuadas por FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE y No-AUGE del Programa de Prestaciones Valoradas.

El presupuesto inicial aprobado por la Ley de Presupuesto N°20.314, para el Año 2009, estableció para el Sistema Nacional de Servicios de Salud un monto de **MM\$2.054.155**. Presentando con ello, un incremento nominal respecto del presupuesto Inicial 2008 de un **16,79%** equivalente a **MM\$295.272**.

Producto de las modificaciones al presupuesto inicial, las cuales se señalan en el punto siguiente, el presupuesto al 31 de diciembre del año 2009, alcanzó los **MM\$2.574.983**, aumentando en **MM\$520.828**, lo que implica una variación de un **25,4%** respecto al presupuesto inicial.

Modificaciones Al Presupuesto Inicial

Las principales modificaciones realizadas durante el periodo enero – diciembre de 2009 que afectan la base presupuestaria, por un total de **MM\$520.828**, se explican principalmente por los siguientes efectos;

- Incrementos Marco Presupuestario Inicial, por la suma de **MM\$209.076**, por efecto de la Incorporación de diversas Leyes (20.209; 20.261; 20.282; 20.157; 20.250), Reajuste, Bonos y Aguinaldos, Modernización

de la Carrera, Componente Variable (Leyes 19.937; 20.209), Traspaso FIR instituciones autónomas, entre otras modificaciones.

INCORPORACIÓN DE LEYES	209.076.040
REAJUSTE, BONOS Y AGUINALDOS	73.791.570
RETIRO VOLUNTARIO Y LEYES 20.209 - 20.261 - 20.282 - 20.157 - 20.250	73.878.614
COMPONENTE VARIABLE, LEYES 19.937 Y 20.209	17.613.024
MODERNIZACIÓN DE LA CARRERA Y DÉFICIT LEYES 20.305; 20.255 Y ENCASILLAMIENTO	26.386.865
LEY N°20.157 APS COMPONENTE FIJO Y COMPONENTE VARIABLE	19.905.967
FIR INSTITUCIONES AUTONOMAS	-2.500.000

- Incorporación de Saldos Iniciales y Otros Ingresos, por la suma de **MM\$83.572**, por efecto de incorporación de SIC Servicios de Salud, Aportes Cierre de Brecha Financiera, SIC FONASA, SIC Subsecretaría Salud Pública y Redes Asistenciales, Recuperación de Licencias Médicas, Recuperación de Préstamos, otros ingresos corrientes, entre otros.

INCORPORACIÓN DE SALDOS INICIALES Y OTROS INGRESOS	83.571.623
APORTE CIERRE DE BRECHA FINANCIERA FEBRERO	14.000.000
INCORPORACIÓN DE SALDO INICIAL DE CAJA	6.414.256
APORTE CIERRE DE BRECHA FINANCIERA DICIEMBRE	62.259.881
TRASPASO DE FIR A PPI PARA CIERRE DE BRECHA FINANCIERA	-24.144.401
TRASPASO DE APS A PPI PARA CIERRE DE BRECHA FINANCIERA	-8.215.480
ESTIMACIÓN RECUPERACIÓN DE LICENCIAS	25.919.668
OTRAS INCORPORACIONES DE SALDO E INGRESOS PROPIOS	7.337.699

- Inversión Sectorial por la suma de **MM\$188.483**.

- Incrementos al marco presupuestario por emergencias sanitarias por la suma de **MM\$8.122**, por efecto del Pandemia.
- Incrementos al marco presupuestario por Programas Sanitarios la suma de **MM\$32.536**, producto de incrementos presupuestarios por el Plan de 90 días (Mantenimiento y Reparaciones Urgencias, Maquinas y Equipos, Vehículos, Listas de Espera Prolongadas en Intervenciones Quirúrgicas, Consultas de Especialidad, Mamografías, Lista de Espera en comunas Vulnerables, Salud Responde) y Esclerosis Múltiple.

PROGRAMAS SANITARIOS	32.536.495
PLAN DE 90 DÍAS	31.613.493
ESCLEROSIS MÚLTIPLE (6 MESES)	923.002

- Otras Disminuciones al marco presupuestario por la suma de **MM\$961**, producto principalmente de las siguientes incrementos y disminuciones presupuestarias:

OTROS	-960.681
CIERRE SIL FONASA	12.817.827
FONDO ÚNICO PRESTACIONES FAMILIARES Y SUBSIDIOS CESANTÍA	2.936.502
MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS PPV	-21.750.469
OTRAS MODIFICACIONES PRESUPUEST. (SIRA. CAMP. INVIERNO, UAPOS, ENTRE OTRAS)	5.035.459

A continuación, se presenta detalle de las modificaciones presupuestarias del año 2009, las cuales ascienden a **MM\$520.828**.

	Monto en M\$
LEY INICIAL 2009 M\$ 2009	2.054.155.470
INCORPORACIÓN DE LEYES	209.076.040
REAJUSTE, BONOS Y AGUINALDOS	73.791.570
RETIRO VOLUNTARIO Y LEYES 20.209 - 20.261 - 20.282 - 20.157 - 20.250	73.878.614
COMPONENTE VARIABLE, LEYES 19.937 Y 20.209	17.613.024
MODERNIZACIÓN DE LA CARRERA Y DÉFICIT LEYES 20.305; 20.255 Y ENCASILLAMIENTO	26.386.865
LEY N°20.157 APS COMPONENTE FIJO Y COMPONENTE VARIABLE	19.905.967
FIR INSTITUCIONES AUTONOMAS	-2.500.000
INCORPORACIÓN DE SALDOS INICIALES Y OTROS INGRESOS	83.571.623
APORTE CIERRE DE BRECHA FINANCIERA FEBRERO	14.000.000
INCORPORACIÓN DE SALDO INICIAL DE CAJA	6.414.256
APORTE CIERRE DE BRECHA FINANCIERA DICIEMBRE	62.259.881
TRASPASO DE FIR A PPI PARA CIERRE DE BRECHA FINANCIERA	-24.144.401
TRASPASO DE APS A PPI PARA CIERRE DE BRECHA FINANCIERA	-8.215.480
ESTIMACIÓN RECUPERACIÓN DE LICENCIAS	25.919.668
OTRAS INCORPORACIONES DE SALDO E INGRESOS PROPIOS	7.337.699
INVERSIÓN SECTORIAL	188.483.183
EMERGENCIAS SANITARIAS (PANDEMIA AH1-N1)	8.121.625
PROGRAMAS SANITARIOS	32.536.495
PLAN DE 90 DÍAS	31.613.493
ESCLEROSIS MÚLTIPLE (6 MESES)	923.002
OTROS	-960.681
CIERRE SIL FONASA	12.817.827
FONDO ÚNICO PRESTACIONES FAMILIARES Y SUBSIDIOS CESANTÍA	2.936.502
MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS PPV	-21.750.469

OTRAS MODIFICACIONES PRESUPUEST. (SIRA. CAMP. INVIERNO, UAPOS, ENTRE OTRAS)	5.035.459
TOTAL INCREMENTOS PRESUPUESTARIOS AÑO 2009 EN M\$	520.828.285
PRESUPUESTO VIGENTE EN TRÁMITE 2009 EN M\$	2.574.983.755

ANALISIS DE VARIACIONES DEL PRESUPUESTO FINAL Y DEVENGOS DEL AÑO 2009

El siguiente análisis excluye las compras directas efectuadas por FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE y no-AUGE del Programa de Prestaciones Valoradas.

2.570.421.307

El presupuesto final del Sistema Nacional de los Servicios de Salud para el período 2009 fue de **MM\$2.574.983**, y el devengo total del gasto en el mismo período, alcanzó la suma de **MM\$2.618.697**, experimentando un déficit de **MM\$43.714**, debido principalmente a:

- Déficit en Subtitulo 21, Gastos en Personal, por un monto de **MM\$4.974**, explicados principalmente por déficit presupuestario en Convenios con Personas Naturales por un monto de **MM\$6.768**.
- Déficit en Subtitulo 22, Bienes y Servicios de Consumo, por un monto de **MM\$48.971**, debido principalmente al crecimiento de los gastos variables en los rubros de farmacia, utiles quirúrgicos y compras externas por montos de **MM\$37.268**, **MM\$13.677** y **MM\$13.458**, respectivamente; que dice relación con un incremento de costo de prestaciones por variaciones de precios y tipo de medicamentos utilizados para otorgar solución a los problemas de salud de la población, no considerados en la formulación presupuestaria.
- Superávit Subtitulo 23, Prestaciones de Seguridad Social, por un monto de **MM\$5.786**, debido principalmente a superávit presupuestario en prestaciones previsionales por un monto de MM\$3.642 y a superávit presupuestario en Prestaciones Sociales del Empleador por un monto de MM\$2.321, entre otras.
- Superávit Subtitulo 24, Transferencias Corrientes, por un monto de **MM\$1.351**, explicados principalmente por superávit presupuestario en las transferencias corrientes a la atención primaria municipal por un monto de **MM\$1.092**.
- Déficit en Subtitulo 29, Adquisición de Activos No Financieros, por un monto de **MM\$5.316**, explicados principalmente por déficit presupuestario en Maquinas y Equipos por un monto de **MM\$4.555** y Equipos Informáticos por un monto de **MM\$899**.
- El Superávit del Subtitulo 31, Iniciativas de Inversión, por un monto de **MM\$17.021**, corresponde al saldo inicial de caja período 2010 registrado en la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

- Déficit en Subtítulo 34, Servicio a la Deuda, por un monto de **MM\$8.393**, debido a que la deuda total del año 2008 devengada el año 2009 fue de **MM\$49.943**, mientras que el presupuesto de este subtítulo fue **MM\$41.550**.

Indicadores de Gestión Financiera

Cuadro 5							
Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²⁷			Avance ²⁸ 2008/2007	Notas
			2007	2008	2009		
Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes	[N° total de decretos modificatorios - N° de decretos originados en leyes ²⁹ / N° total de decretos modificatorios]*100	Porcentaje	82,61	84,62	78,57	92,86	1
Promedio del gasto de operación por funcionario	[Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22) / Dotación efectiva ³⁰]	M\$/Funcionario	16.415,33	16.972,40	19.827,05	116,82	2
Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación	[Gasto en estudios y proyectos de inversión ³¹ / Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)]*100	Porcentaje	7,28	5,53	10,03	181,27	3

(1) Porcentaje De Decretos Modificatorios Que No Son Originados Por Leyes

²⁷ Los factores de actualización de los montos en pesos es de 1,015 para 2008 a 2009.

²⁸ 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.

²⁹ Se refiere a aquellos referidos a rebajas, reajustes legales, etc.

³⁰ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

³¹ Corresponde a la totalidad del subtítulo 31 "Iniciativas de Inversión".

Durante el año 2009 el porcentaje de decretos no originados por leyes disminuyó en 6,05 puntos porcentuales con relación al año 2008.

(2) Promedio Del Gasto De Operación Por Funcionario

El Promedio de Gasto de Operación (Gasto en Personal y Bienes y Servicios de Consumo) por Funcionario (N° Cargo) del año 2009 fue de M\$ 19.827,05, constatándose un aumento real de M\$2.855 respecto año 2008, lo que significa un incremento del 16,82 %.

Por otra parte, la dotación efectiva en número de cargos de funcionarios aumentó en 1.656 cargos en el año 2009, lo que significa un incremento del 1,97% .Sin embargo, el aumento en los gastos de operación, de M\$170.805.251 en personal y M\$102.544.490 en bienes y servicios de consumo, impactaron en forma importante en el indicador, ya que los gastos de operación en estos conceptos aumentaron en un 19,12% respecto del año 2008.

Cabe destacar, que para el cálculo de este indicador se considero como dotación efectiva en número de cargos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la cual ascendió a 85.910, que es la dotación efectiva validada por DIPRES a septiembre 2009.

(3) Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación

Este indicador aumentó en 4,5 puntos porcentuales con relación al año 2008. Dicha variación es debida a un incremento en el monto del Subtitulo 31 respecto del año 2008.

Transferencias Corrientes³²

Cuadro 6					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2009 ³³	Presupuesto Final 2009 ³⁴	Gasto Devengado	Diferencia ³⁵	Notas
	(M\$)	(M\$)	(M\$)		
Transferencias al Sector Privado	137.917	844.659	651.628	193.031	
Prog. Especial de Salud de los Pueblos Indígenas	0	706.742	497.214	209.528	
Centros de Prev Alcoholismo y Salud Mental	137.917	137.917	154.414	-16.497	
Transf. a Otras Entidades Públicas	480.941.138	517.583.747	516.425.933	1.157.814	
Atención Primaria, Ley N°19.378	480.941.138	517.499.871	516.407.594	1.092.277	
Campaña de Invierno	0	83.876	18.339	65.537	
TOTAL TRANSFERENCIAS	481.079.055	518.428.406	517.077.561	1.350.845	

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 31.12.2009.

³⁵ Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009

- Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2009

Cuadro 10										
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "2009"	Cumple SI/NO ³⁶	% Cumplimiento ³⁷	Notas
				2007	2008	2009				
Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas en la atención primaria	(N° de altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria/N° de población total de beneficiaria del sistema público)*100	%	N.M.	7%	7%	11%	NO	64%	
					(7782 56/11 7350 35)*1 00	(8455 42/12 2482 57)*1 00	(1269 874/1 1753 035)* 100			
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas por especialidad en la atención de segundo nivel año t	(N° de altas odontológicas por especialidad realizadas en la atención de segundo nivel año t/N° Población total de beneficiaria del sistema público)*100	%	0.93%	1.18 (103159 .00/1112 0094.00) *100	1.23 % 1388 42.00 /1174 0688. 00)*1 00	1.40 % (1510 10.00 /1224 8257. 00)*1 00	NO	88%	
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Enfoque de Género: No									

36 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2009 es igual o superior a un 95% de la meta.

37 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2009 en relación a la meta 2009 .

Cuadro 10

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "2009"	Cumple SI/NO ³⁶	% Cumplimiento ³⁷	Notas
				2007	2008	2009				
Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios	Tasa de consulta médica por beneficiario, inscrito y validado, en atención primaria, promedio del país	Total consultas médicas anuales a beneficiarios en atención primaria país/Total Población beneficiaria, inscrita y validada, atención primaria país	unidades	1.5unidades	1.4unidades	1.5unidades	1.6unidades	NO	94%	
				1684572 6.0/1112 0094.0	1672 9262. 0/117 3503 5.0	1561 0659. 0/104 3695 4.0	1880 4856. 0/117 5303 5.0			
Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios	Enfoque de Género: Si			H: 0.0 M: 0.0	H: 0.0 0.0/0. 0	H: 0.0 0.0/0. 0	H: 1.7 9402 428.0 /5559 186.0			
		Hombres: Mujeres:			M: 0.0	M: 0.0	M: 1.5 9402 428.0 /6182 096.0			
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Índice ocupacional de camas críticas de adultos en la Unidad de pacientes críticos adultos UPC, respecto al total de días cama críticas adultos disponibles	(N° días cama críticas ocupados/N° días cama críticas adultos disponibles)*100	%	88%	88%	89%	85%	SI	105%	
				(313861 /358680)*100	(3543 59/40 3137) *100	(3661 11/41 1962) *100	(1700 00/20 0000) *100			
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "2009"	Cumple SI/NO ³⁶	% Cumplimiento ³⁷	Notas
				2007	2008	2009				
	Tasa de variación de la deuda total de los Servicios de Salud	$((\text{Monto deuda total de los Servicios de Salud año } t / \text{Monto deuda total de los Servicios de Salud año } t-1) - 1) * 100$	%	24%	711%	26%	-100%	NO	0%	
				$((34353 / 452780) - 237) * 100$	$((504 / 1161) - 3621) * 100$	$((633 / 9708) - 8504) * 100$	$((0 / 1) - 1) * 100$			
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (HbA1c < 7) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario con HbA1c } < 7 / \text{Total de pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario}) * 100$	%	36%	36%	35%	38%	NO	91%	1
				$(91329 / 254422) * 100$	$(8487 / 7234) * 100$	$(9367 / 9270) * 100$	$(38 / 100) * 100$			
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (< 130/85 mmHg) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario, con P.A. } < 130/85 \text{ mmHg} / \text{Total de pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario}) * 100$	%	53%	55%	53%	55%	SI	96%	
				$(375824 / 715328) * 100$	$(3554 / 2864) * 100$	$(3746 / 8671) * 100$	$(55 / 100) * 100$			
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "2009"	Cumple SI/NO ³⁶	% Cumplimiento ³⁷	Notas
				2007	2008	2009				
	Porcentaje de Recuperación de los Ingresos de Operación	(Ingresos de Operación Percibidos en un período t /Ingresos de Operación Devengados en un período t)*100	%	90%	90%	89%	85%	SI	104%	
				(57606979/63882645)*100	(60201717/67081254)*100	(61533720/69517049)*100	(85/100)*100			
	Enfoque de Género: No									
Acciones de las Direcciones de Servicios de Salud.	Porcentaje de los Servicios de Salud con vencimiento menor o igual a 45 días	(Deuda total de los Servicios de Salud con vencimiento menor o igual a 45 días en un período t /Deuda Total de los Servicios de Salud en un período t)*100	%	93%	51%	55%	100%	SI	182%	
				(5778028/6215582)*100	(25558348/50411613)*100	(31727018/57646174)*100	(100/100)*100			
	Enfoque de Género: No									

Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:	43 %
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:	0 %
Porcentaje de cumplimiento global del servicio:	43 %

Notas:

1.- Respecto al incumplimiento de la meta de este indicador, cabe mencionar que a partir de la notificación de la presencia de Influenza Humana A H1N1 en el país, y a la declaración de Pandemia por esta causa, se ha instruido a la red asistencial orientar sus recursos al enfrentamiento de este problema de salud, afectándose en su etapa de Peak las consultas médicas ya que éstas debieron orientarse hacia la atención de urgencia y morbilidad de enfermedades respiratorias.

- Otros Indicadores de Desempeño medidos por la Institución el año 2009

No aplica.

Cuadro 10							
Otros indicadores de Desempeño año 2009							
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Notas
				2007	2008	2009	

Anexo 5: Programación Gubernamental

No aplica

Cuadro 11
Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009

Objetivo ³⁸	Producto ³⁹	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ⁴⁰	Evaluación ⁴¹

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

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

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

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

Anexo 6: Informe Preliminar⁴² de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas⁴³
(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009)

Programa / Institución: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)
Año Evaluación: 2004
Fecha del Informe: 11-02-2010 ; 11:10:09

Cuadro 12	
Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas	
Compromiso	Cumplimiento

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.

Cuadro 12
Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009

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

No aplica

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

No aplica

Cuadro 13 Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2009				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁴⁴	de N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁴⁵	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴⁶

44 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2009.

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 tiene proyectos en tramitación

BOLETÍN:

Descripción:

Objetivo:

Fecha de ingreso:

Estado de tramitación:

Beneficiarios directos:

Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública

1. FONDO MODERNIZACIÓN 2009

Propuestas adjudicadas FMGP 2009

Nombre Propuesta Adjudicada	Monto Financiamiento Adjudicado para la elaboración de la propuesta durante año 2009
<i>No aplica</i>	

Propuestas FMGP 2009 a implementarse año 2010 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2010

Nombre Propuesta a implementarse	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2010
"Mejoramiento de la Gestión de asignación de recursos hospitalarios utilizando tecnologías de optimización y clasificación automática para reducir tiempo de espera del hospital H. Grant de Concepción"	M\$ 345.100

2. FONDO MODERNIZACIÓN 2008

Propuestas adjudicadas FMGP 2008

Nombre Propuesta Adjudicada	Monto Financiamiento Adjudicado para la elaboración de la propuesta durante año 2008
<i>No aplica</i>	

Propuestas FMGP 2008, implementadas en 2009 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2009

Nombre Propuesta implementada	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2009
<i>No aplica</i>	

Productos o componentes a implementar año 2009	Fecha Planificada de Cumplimiento de Producto o componente	Fecha real de Cumplimiento de Producto o componente	Medio de Verificación
Producto 1			
Producto 2			

Propuestas FMGP 2008, a implementar en 2010 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2010

Nombre Propuesta FMGP 2008 a implementarse en 2010	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2010
<i>Pendiente</i>	