



Balance de Gestión Integral

AÑO 2021

Ministerio de Salud

**Subsecretaría de Redes
Asistenciales**





Índice

.1. Presentación Cuenta Pública del Ministro del Ramo	3
.2. Resumen Ejecutivo Servicio	28
.3. Resultados de la Gestión año 2018-2021	33
.4. Desafíos para el período de Gobierno 2022	161
.5. Anexos	191
.Anexo 1: Identificación de la Institución	192
.Anexo 2: Recursos Humanos	195
.Anexo 3: Recursos Financieros	203
.Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2018-2021	204
.Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2018 - 2022	207
.Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas	209
.Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas	209
.Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2021	240
.Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2021	242
.Anexo 9: Resultados en la Implementación de medidas de Género 2021	243
.Anexo 10a: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional 2018-2021	248
.Anexo 10b: Leyes Promulgadas durante 2018-2021	252
.Anexo 11: Premios o Reconocimientos Institucionales 2018-2021	253

1. Presentación Cuenta Pública del Ministro del Ramo

Ministerio de Salud

La misión de este ministerio es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera.

Esta cartera se compone de la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Superintendencia de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), quienes trabajan de forma coordinada entre sí.

La situación sanitaria de Chile muestra innegables avances, pero también grandes desafíos que requieren ser abordados con sentido de urgencia y realismo, atendiendo las capacidades y recursos disponibles, para lo cual se han implementado un conjunto de medidas que buscan realizar una cirugía mayor a la salud, a través de cinco ejes: reducción de listas de espera, reforma a la salud primaria, Reforma al modelo de atención, Rebaja del precio de los medicamentos y Bienestar y cultura de vida sana.

Por otra parte, la pandemia por COVID-19 ha sido el desafío más complejo de los últimos 100 años para Chile y el mundo, lo que llevó a multiplicar los esfuerzos enfocados en tres pilares fundamentales: 1) la búsqueda de contagios y aislamiento, 2) reforzamiento del sistema de salud para enfrentar la demanda y 3) campaña masiva de vacunación.

Refuerzo de la vigilancia epidemiológica

Para el desarrollo de la vigilancia de COVID-19 en Chile, a través del Departamento de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud Pública, se han abordado distintas estrategias de vigilancia y otros mecanismos de pesquisa de casos de COVID-19, basadas en la historia natural de la enfermedad y otros escenarios particulares. Entre estas estrategias destacan: (i) la vigilancia clínica, (ii) la incorporación del COVID-19 a la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), lo cual se extendió a todos los establecimientos de salud del país, (iii) la búsqueda

activa de casos, (iv) el monitoreo de resultados de laboratorios, (v) el monitoreo de viajeros e instauración de aduanas sanitarias a lo largo de todo el territorio nacional, (vi) la vigilancia de brotes en ambientes familiares, laborales y otros grupos específicos, (vii) las normas y disposiciones de vigilancia genómica en conjunto con el Instituto de Salud Pública (ISP), y (viii) el monitoreo de defunciones en colaboración con el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA)

Para contener la pandemia y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Minsal implementó la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA), a partir del fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública al reorganizar las funciones y tareas de la Autoridad Sanitaria, y propiciando una articulación eficaz entre los distintos actores del sistema de salud chileno liderado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremi), Servicios de Salud (SS) y Atención Primaria de Salud (APS).

- **Testeo:** Componente que se basa en el fortalecimiento de la atención médica y la búsqueda activa de casos, cuyo objetivo es aumentar la pesquisa de casos de COVID-19, estrategia que se llevó a cabo no solo en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), sino que también en móviles dispuestos en las distintas comunas del país. Al día de hoy existen móviles en todo el territorio nacional que se mueven a distintas zonas de cada región. Para saber dónde ubicarlos se trabajó con varias estrategias: zonas de calor con mayor número de casos activos, zonas de clúster, presencia de población de riesgo, zonas de hacinamiento, zonas con viviendas comunitarias, zonas con acceso limitado a servicios básicos, entre otros. Además, se implementaron los tests de detección rápida de antígenos lo que ha permitido trazar y aislar rápidamente a los casos positivos y llegar a mayor cantidad de personas. A la fecha este test se ha implementado en las 16 regiones del país.
- **Trazabilidad:** Corresponde a la acción de limitar la transmisión del virus de persona a persona, mediante la detección rápida de casos de COVID-19 y la identificación y seguimiento de sus contactos estrechos para resguardar el cumplimiento efectivo de las medidas de aislamiento.
- **Aislamiento:** se implementaron “Residencias Sanitarias”, que son instalaciones destinadas para el aislamiento temporal de los usuarios que han sido contacto estrecho, sospechosos, confirmados o probablemente contagiados de COVID-19, que tienen una enfermedad leve y que no pueden realizar una cuarentena efectiva en sus domicilios, ya que ponen en riesgo a su entorno social y familiar. Son gratuitas y ofrecen alimento y monitoreo de salud durante el periodo de aislamiento.

Gestión de Red Integrada

A través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha tenido la facultad de monitorear la oferta y demanda de camas críticas del sistema público y privado, siendo la gestión de habilitación de camas y la derivación de pacientes unas de las principales iniciativas.

- Gestión de habilitación de camas: Durante el año 2020, en la Red Integrada de Salud se habilitaron un máximo de 3.216 camas UCI. Sin embargo, dada la situación epidemiológica del primer semestre 2021 y el aumento de demanda en la mayoría de las regiones del país, el 29 de abril de 2021, la red habilitó 4.538 camas UCI, siendo el mayor número de camas habilitadas durante la pandemia.
- Derivación de pacientes a lo largo de Chile: Desde junio de 2020 a la fecha se han realizado más de 10.000 derivaciones.

Vacunación contra el COVID-19

Minsal, a través del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), trabajó todo el año 2020 en una propuesta de plan de vacunación contra el COVID-19. La primera vacuna en llegar a Chile, el 24 de diciembre de 2020, fue Pfizer-BioNTech (BNT162b2®), de la cual se adquirieron diez millones 100 mil 25 dosis, que fueron distribuidas durante todo el 2021. Al año de este gran desafío, Chile es el país de la OCDE que más dosis ha administrado: 242,96 por 100 personas, de acuerdo a Our World in Data, gracias a miles de funcionarios y funcionarias de la salud a lo largo de todo Chile.

Por otra parte, cada una de las instituciones que forman parte del Ministerio de Salud, colaboraron dentro de sus competencias en el combate contra la pandemia por COVID-19, a través de distintas iniciativas:

Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

Tras la declaración de Alerta Sanitaria, Fonasa ha generado una serie de normativas y medidas tendientes a facilitar el mejor cumplimiento de los objetivos de salud pública en la pandemia y apoyar, a su vez, la gestión hospitalaria que ha dispuesto el Minsal, implementando distintas iniciativas para facilitar el acceso, protección financiera y continuidad de las atenciones que requieren las personas.

Instituto de Salud Pública (ISP)

La pandemia de COVID-19 le exigió al ISP robustecer su trabajo, a través del Departamento de Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia, con el desarrollo del ensayo de diagnóstico para detectar SARS-CoV-2, por medio de la técnica de PCR en tiempo real, cuando en Chile aún no había acceso a kits comerciales para el diagnóstico de la enfermedad. De esta manera, el 3 de marzo de 2020 el ISP pudo confirmar el primer caso de COVID-19 en territorio nacional, por medio de esta técnica desarrollada.

Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast)

En el contexto de pandemia, a Cenabast le ha correspondido la tarea primordial de abastecer al sistema público de salud, enfocándose en la provisión de fármacos para pacientes en Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) y Elementos de Protección Personal (EPP). A pesar del importante aumento en el volumen de operaciones evidenciado en los últimos cinco años, ha sido capaz de asegurar el abastecimiento de productos farmacéuticos a la Red Integrada de Salud.

Superintendencia de Salud

Durante la pandemia se realizaron una serie de acciones relacionadas con fiscalización, monitoreo de licencias médicas, prestaciones hospitalarias y ambulatorias, consultas médicas vía atención remota y gestión de reclamos y consultas.

Paralelamente al combate de la pandemia, este Ministerio ha debido continuar con las estrategias planificadas para mantener el compromiso de construir un modelo de salud óptimo.

Cinco ejes fundamentales:

Reducción de Listas de espera

Al cierre del 2019 se destacó la reducción de tiempos de espera para la lista quirúrgica No Ges (Garantías Explicitas de Salud), pasando de un promedio de 385 días en el año 2018 a 329 días en el año 2019.

Esto fue posible llevando a cabo las siguientes medidas:

- Optimización de procesos de agendamiento y pre-operatorio para disminuir suspensiones de intervenciones quirúrgicas, resguardando la resolución de casos más antiguos.
- Resguardo del 35 por ciento mínimo de programación de consultas nuevas de especialidad.
- Instalación de Contraloría Clínica y médicos priorizadores.
- Protocolización del alta médica en la atención ambulatoria en especialidades priorizadas sobre problemas de salud más frecuentes.
- Optimización de la estadía acorde a cada complejidad de paciente, mediante el monitoreo de indicadores asociados a eficiencia según complejidad y estada vía Grupos Relacionados Diagnósticos (GRD).
- Generación de operativos móviles de consultas médicas de especialistas e intervenciones quirúrgicas.

Si bien, el número de casos de espera de una intervención quirúrgica no aumentó durante el año 2020 producto de la pandemia, lo que se vio afectado fue el tiempo que un paciente espera por atención, llegando a un promedio de 558 días en el año 2021.

Reforma a la salud primaria: consultorios y cesfam modernos y resolutivos

- **Salud Digital:** es un nuevo modelo de atención en salud, centrado en el paciente, y que aprovecha el potencial de las tecnologías para acercar la atención a las personas, instalando una alternativa al modelo tradicional (basado en una red de establecimientos físicos y con restricción de horarios). De esta forma se espera seguir transformando y modernizando el sistema público de salud en Chile. La plataforma web de Salud Digital, presentada en mayo de 2019, es de acceso ciudadano, permitiendo a todas las personas utilizar la plataforma, independientemente de su previsión de salud, en la cual se puede acceder con más facilidad y rapidez a la atención médica general, iniciar tratamientos de manera más rápida y oportuna, ahorrar tiempo y desplazamientos innecesarios para conseguir una atención de salud o realizar trámites asociados, incluyendo el agendamiento de horas de manera remota y acceder a información de salud relevante, como su historial médico, recetas médicas electrónicas, entre otras.
- **Mejoramiento del acceso a la atención odontológica:** Este programa considera la realización de actividades dentales generales y de especialidad en centros de salud de la red de atención primaria, con acciones de promoción, prevención, rehabilitación primaria y rehabilitación de atención de especialidad, según la condición de los usuarios. Durante los últimos 2 años se realizaron más de 1.000.000 de atenciones odontológicas.
- **Creación de unidades médicas:** Durante el año 2018 se iniciaron actividades en diez Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y cinco Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas (Uaporros). En 2019, se incorporaron a la operación tres (UAPO) y seis (Uaporros) respectivamente y en el año 2020, iniciaron actividades ocho (UAPO) y seis (Uaporros) y nueve Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas. Realizando durante el 2021 más de 2 millones de atenciones entre oftalmología y otorrinolaringología, incluidos procedimientos de especialidad.
- **Rehabilitación integral:** El programa tiene por objetivo ampliar la cobertura de rehabilitación, buscando mejorar la capacidad y el acceso a través de la implementación de Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) en todos los establecimientos de la atención primaria. Al término del año 2018 se alcanzó un total de 258 Salas de Rehabilitación con Base Comunitaria, 39 Salas de Rehabilitación

Integral y 38 equipos rurales, implementados en establecimientos de la atención primaria. Alcanzando en el año 2020 un total de 306 salas RBC, 40 salas de Rehabilitación Integral y 38 equipos rurales. Además, se incorporaron distintas estrategias producto de la emergencia sanitaria, las cuales se han enfocado principalmente en la rehabilitación a distancia, atenciones y seguimientos remotos, y atenciones domiciliarias del equipo de salud, donde realizan prestaciones de rehabilitación y educación a sus cuidadores, con el fin de enseñarles a apoyar a su familiar que presente alguna discapacidad transitoria o definitiva, lo que se mantiene a la fecha.

- Salud del migrante: En el año 2018, el programa de reforzamiento Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes permitió mantener bajo control a más de 14.000 gestantes con riesgo psicosocial y 18.000 niños y niñas de entre un mes a nueve años. Por otra parte, fueron capacitados más de 7.000 funcionarios en materia de atención a población migrante. Adicionalmente, el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes alcanzó una cobertura de 23 comunas y permitió desarrollar acciones de difusión y capacitación en derechos y deberes en salud, además de actividades comunitarias y de participación social. El programa también incluye un componente de acceso y calidad de la atención, que busca desarrollar estrategias locales para mejorar el acceso a la atención de salud, especialmente con la contratación de mediadores interculturales o facilitadores lingüísticos, que se desempeñen en establecimientos de APS en la red comunitaria y en la coordinación con la red hospitalaria que corresponda a las comunas, los que actualmente son cerca de 80. A fines de 2018 se desarrolló la campaña comunicacional “La salud no tiene fronteras”, la que contribuyó a reducir la brecha de acceso, además de difundir los derechos en salud a las personas migrantes, informando sobre oferta programática y cómo funciona el sistema de salud chileno. En abril de 2019, se desarrolló el Comité Técnico Asesor de Migración y Salud, que está compuesto por expertos, representantes de Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Universidades y representantes de la Sociedad Civil, como el Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) y el Instituto Católico Chileno de Migración (Incami). El comité está compuesto de un equipo multidisciplinario, de las ciencias biomédicas y sociales, que busca responder a la complejidad de la migración, además de contribuir a las estrategias para disminuir el acceso a la población migrante. En el año 2020, la población extranjera beneficiaria de Fonasa alcanzó un total de un millón 81 mil 819 personas, lo que significó un aumento de 5,5 por ciento con respecto al año 2019. Por último, se desarrolló un Plan de Acción de Migración y Salud 2019-2024, que busca implementar la Política de Salud de Migrantes de manera progresiva.
- Estrategia de cuidado integral en las personas (ecicep): En contexto de multimorbilidad, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad en la misma línea del fortalecimiento de la atención integral y resolutive, durante el año 2020 comenzó la implementación gradual en Atención Primaria de ECICEP.

Dicha estrategia cambia el modelo de atención, desde la fragmentación por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas al cuidado integral centrado en la persona a través de atenciones de salud diferenciadas de acuerdo al nivel de riesgo de cada persona. Esta clasificación es obtenida mediante un proceso de estratificación de riesgo (conteo simple ponderado de patologías crónicas).

Además, se conformaron equipos gestores de la estrategia en Minsal, con la participación de ambas subsecretarías, y en nueve Servicios de Salud, se inició la formación en herramientas básicas para la implementación de la estrategia y estratificando a la población según criterios establecidos en ECICEP, en todos los establecimientos de salud que cuentan con registro clínico electrónico.

- Salud responde: Durante el año 2018 el Programa Salud Responde atendió 710.314 consultas (333.010 administrativas y 377.981 asistenciales), lo cual representó un incremento aproximado del 13%, respecto al mismo período de 2017. Adicional a esto el 91% de los usuarios que son atendidos en Salud Responde (tanto en llamadas administrativas como asistenciales) califica el servicio con nota 6 o superior, en una escala de 1 a 7.

Durante el año 2020, Salud Responde atendió más de 2.000.000 de consultas (1.000.057 administrativas y 1.000.010 clínicas o asistenciales), lo cual representa un incremento de 177% por ciento respecto al año anterior. Además, se consolidó la atención a través de redes sociales, donde se resolvieron 11.300 consultas, y se masificó el uso de la página web www.saludresponde.minsal.cl, la cual acumuló 3.440.000 visitas donde a pesar de la pandemia el 92% de los usuarios atendidos en Salud Responde califica el servicio con nota 6 o superior, en una escala de 1 a 7. Terminando el año 2021 con 2.050.947 consultas atendidas.

Reforma al modelo de atención, salud digna y oportuna

Eficiencia y productividad

A diciembre de 2018 se logró un incremento aproximado de 11% de las cirugías realizadas, en comparación con el mismo período en 2017. Se avanzó hacia una mayor eficiencia del uso de los recursos, observándose un incremento en la ocupación de los pabellones, del 52% en 2017 a 56% el año 2018. En los hospitales de mediana complejidad se incrementó la ocupación de pabellones en 52% durante 2018, en comparación con lo ocurrido en 2017, cuando se obtuvo un alza de 24%, debido a una mejor gestión de la red. Esto tiene como implicancia una liberación de espacio en los hospitales de alta complejidad, al conducir cirugías que históricamente se realizaban en esos establecimientos, a hospitales de mediana complejidad.

Para el año 2019 las intervenciones quirúrgicas tuvieron un incremento del 2% con respecto al año anterior, si separamos el análisis por periodos, se observó un crecimiento de 6% de enero a septiembre del año 2019 contra el mismo periodo del año anterior, mientras que en el periodo de octubre-diciembre hubo una caída de 10% con respecto al mismo periodo en el año 2018.

Durante el año 2020, la pandemia provocó un impacto en la actividad quirúrgica electiva, ya que un porcentaje de los quirófanos fueron redestinados a hospitalización de pacientes COVID- 19, al igual que el uso de máquinas de anestesia como terapia ventilatoria invasiva.

Según datos de la Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos (UGCQ), la actividad en los quirófanos de urgencia aumentó un 19 por ciento de enero a mayo 2020 versus el 2019; mientras que la producción quirúrgica electiva disminuyó en un 38 por ciento, en el mismo periodo. Dada la situación, se está trabajando en un plan de reactivación de las cirugías electivas poniendo énfasis en la prioridad clínica de los pacientes, el resguardo del personal clínico y la optimización de los recursos disponibles, de acuerdo a la situación epidemiológica local

Menos gasto en compras

Se amplió la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) para compras vía Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast) desde los hospitales, de 223 a 814 productos, lo cual permitirá generar ahorros durante el año 2019.

Se destaca, además, la creación de un canal expedito de compra por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras agencias internacionales, que ha permitido obtener menores precios en medicamentos, pudiendo ampliar las coberturas con los mismos recursos.

Otra de las estrategias que fueron impulsadas por los ministerios de Salud y de Hacienda fue generar ahorro en las compras de insumos básicos para los centros de salud. Para ello, la Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza compras conjuntas para los hospitales, agregando demanda para obtener mejores precios y mayor ahorro.

Avances en infraestructura

- Proyectos Hospitalarios: La mayor inversión en infraestructura de salud pública se ha realizado entre los años 2018 y 2022. El Plan Nacional de Inversiones, en su primer año de vigencia, ejecutó un total de 348.804.812 mil millones de pesos, 620.271.927 mil millones de pesos durante el año 2019 y un total de 483.636.730 mil millones de pesos el

año 2020, mientras que para el 2021 se contó con un presupuesto de más de 650 mil millones de pesos.

A abril de 2021, se finalizaron once proyectos, 33 se encuentran en ejecución de obras civiles o adjudicados, y trece recintos están en proceso de licitación.

Los recintos terminados son: (i) Hospital Carlos Cisternas de Antofagasta, (ii) EPCA de Coquimbo, (iii) Hospital de Ovalle, (iv) Hospital Gustavo Fricke (Etapa I), (v) Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, (vi) HUAP Edificio Monseñor Valech, (vii) Hospital Félix Bulnes Cerda, (viii) Hospital Dr. Mauricio Heyermann de Angol, (ix) Hospital Padre Las Casas, (x) Hospital Dr. Eduardo González de Cunco y (xi) Hospital de Cochrane.

- Atención Primaria de Salud (APS): En APS se contabilizan 89 establecimientos terminados, que se sumarán a la Red Asistencial para entregar más y mejor cobertura a la población usuaria, entre los cuales se consideran: 42 Centros de Salud Familiar (Cesfam), 34 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), doce Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf) y una Posta de Salud Rural, en la comuna de Huara. Además, actualmente existen 41 proyectos APS en ejecución y 27 en licitación.

Otros proyectos de inversión

- Adquisición de ambulancias y mamógrafos: La adquisición de vehículos y ambulancias es fundamental para el correcto funcionamiento de la red asistencial. Desde marzo de 2018 se han financiado un total de 366 vehículos con recursos sectoriales, de los cuales 241 son ambulancias. Durante el año 2021 se seguirá potenciando esta línea de inversión, conforme los Servicios de Salud presenten proyectos que cumplan con la normativa.

En el marco de la estrategia “Mejoramiento de la Resolutividad en la Atención Primaria de Salud” y el “Plan Nacional del Cáncer 2018-2022”, la División de Inversiones, en conjunto con la División de Atención Primaria (Divap) elaboraron un plan de inversión que considera la instalación de equipos de mamografía digital 2D para screening en Cesfam y hospitales comunitarios, que se encuentran conectados a Hospital Digital para el análisis centralizado de imágenes. Se han adquirido 33 mamógrafos a lo largo del país: 25 fijos en recintos APS u hospitales comunitarios, y ocho móviles que brindarán atención en distintos puntos de la zona asignada.

- Mi Consultorio se Pone a Punto: Durante el año 2020, el programa de Conservación de Infraestructura para los diferentes recintos asistenciales de APS, aprobó 427 iniciativas de todos los Servicios de Salud del país, incluyendo en este monto a la comuna de Iquique, con quince recintos que fueron afectados por las lluvias altiplánicas de

febrero de 2019. A marzo de 2021, los Servicios de Salud se encuentran en proceso de finalización de obras por arrastre, mientras que la compra de equipos médicos está totalmente ejecutada.

- Ley “Consultorio Seguro”: El 13 de diciembre de 2019, se publicó en el Diario Oficial la Ley “Consultorio Seguro”, entrando en vigencia una nueva legislación que aumenta las sanciones para las personas que agreden a funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones. Debido al aumento exponencial de ataques a funcionarios de recintos de salud, durante 2019 se instalaron sistemas de alarmas de pánico y videograbación en recintos de atención primaria. En conjunto con la Divap y Confusam, se definieron 23 centros asistenciales críticos en donde se realizó la instalación del llamado “Kit de Seguridad”.
- Compras centralizadas: En coordinación con Chilecompras y enmarcados en la estrategia asociada a la adecuada inversión de los recursos públicos, el proceso de compras colaborativas impulsado para ciertas iniciativas piloto lanzadas el año 2018, permitió estandarizar procesos y aprovechar economías de escala, esperando lograr así ahorros en comparación a procesos de compra desagregados de demanda. Esta experiencia permitió coordinar en este plan piloto a 29 servicios de salud y algunos de sus hospitales asociados, buscando así, a través de la agregación de la demanda, mejorar el precio de estos insumos.

Para el periodo contable 2019, se realizaron compras colaborativas en artículos de aseo, de escritorio y tóner, con un ahorro estimado que bordeó los 800 millones de pesos.

A lo anterior, se sumó la compra centralizada de energía y potencia eléctrica en la que participaron 44 establecimientos, luego de lo cual y una vez adjudicada la misma, se proyectan ahorros de alrededor de 30 millones de dólares para los próximos 6 años dadas las características de la licitación.

Programa de formación de especialistas del sector público

Este programa se estructura en tres ciclos de formación:

1. Etapa destinación: aquellos médicos y/o odontólogos egresados que primero cumplen con su destinación en centros de atención primaria u hospitales comunitarios en localidades rurales o urbanas con vulnerabilidad social, por un período de tiempo de tres a seis años, para luego poder acceder a la etapa de formación como especialista. A estos profesionales se les denomina Médicos EDF (Etapa de Destinación y Formación, ex Médicos Generales de Zona). En 2018 ingresaron 358 nuevos médicos generales como refuerzo a los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

2. Etapa formación: corresponde a los médicos y/o odontólogos que están realizando sus estudios en la especialidad seleccionada. En 2018 ingresaron mil 100 nuevas personas a esta etapa, considerando los concursos publicados por el ministerio o los médicos EDF que ya finalizaron su destinación.
3. Período Asistencial Obligatorio (PAO): corresponde a los profesionales que ya finalizaron su etapa de formación, por lo cual, en su calidad de especialistas, están destinados a trabajar durante seis años en hospitales públicos. En 2018 ingresaron 986 nuevos especialistas al sistema público.

Red de urgencia: servicio de atención médico de urgencias (SAMU)

Durante el año 2018 se logró implementar, en el 50% de los centros reguladores del país, tecnologías de comunicación de punta, las que dotaron al sistema de un modelo interconectado mucho más seguro, disponible más del 98% del tiempo y que ha permitido reducir considerablemente las llamadas perdidas.

Además, se han materializado soluciones para enlace radial de ambulancias SAMU, que permiten establecer comunicaciones radiales entre Arica y Punta Arenas con respaldo satelital, logrando una interconexión de más de 4.000 kilómetros. De esta manera, se consolida un sistema robusto y eficiente que disminuye la vulnerabilidad frente a eventuales catástrofes.

Optimización procesos de licencias médicas

Teniendo como principal foco mejorar el modelo de atención a la población, en 2019 se continuó con el levantamiento y rediseño de procesos, reforzando los siguientes ejes: (i) transformación digital, (ii) mejora de los canales disponibles, contemplando nuevas funcionalidades y un mejor interfaz para el usuario, y (iii) vinculación con otros actores asociados al proceso y tramitación de licencias médicas y otros servicios que entrega la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), logrando una interoperabilidad entre organismos públicos. Para ello, se realizaron ajustes normativos dentro de la estructura organizacional, que permitieron generar la estandarización de macro procesos.

Dentro de los principales resultados en materia de licencias médicas, destacan:

- Automatización de procesos internos
- Disminución en los tiempos de tramitación
- Incremento en la cantidad de licencias resueltas
- Incremento en la emisión de licencia médica electrónica, con respecto a la de papel
- Querellas por mal uso de licencias
- Implementación isa-20585: digitalización de licencias médicas modificadas
- Mejoramiento de las dependencias de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin)
- Capacitación a funcionarios

- Obligatoriedad de emisión de licencias médicas electrónicas y Ley Sanna

Fortalecimiento de fondo nacional de salud (Fonasa)

Las necesidades de la población en materia de salud se encuentran en una transición acelerada, confluyendo hacia la realidad que se observa en países desarrollados y esto impone desafíos importantes para todos los actores del quehacer sanitario. Fortalecer el rol de Fonasa es de suma importancia para tener políticas públicas modernas con financiamiento y protección enfocados en objetivos sanitarios y sociales, así como una atención centrada en el bienestar de sus asegurados.

Fonasa puede cumplir un rol más activo en este esquema, fortaleciéndose con la finalidad de ser un verdadero “Seguro Público” que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria. Esto implica que, progresivamente, avance en convertirse en un garante en el sistema de salud para sus beneficiarios.

Con este objetivo en mente, y los desafíos planteados en el Programa de Gobierno en materia de salud, Fonasa durante el 2018 comenzó una modernización tendiente a cumplir con las necesidades de sus beneficiarios, lo que ha arrojado importantes beneficios para la ciudadanía como, por ejemplo:

- En julio del año 2019 se implementó el Decreto GES N° 22, que incorpora cinco patologías GES nuevas, pasando de 80 a 85 patologías. Los problemas de salud incorporados fueron cuatro tipos de cáncer y alzhéimer, los que contarán con las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, al igual que el resto de las 80 patologías. Adicionalmente, se realizaron mejoras en algunas de las canastas existentes.
- Para el año 2020 se logró aumentar el aporte otorgado a la Atención Primaria por beneficiario o beneficiaria a 7 mil 200 pesos. Esto significa un monto total de más de 2 mil millones de pesos y un aumento de un 14% con respecto al año 2019, el mayor aumento en los últimos cinco años.
- Fonasa buscó obtener precios preferentes para medicamentos en farmacias, a través de una licitación pública, sin requerir el uso de recursos fiscales, llamó a todas las farmacias del país a que ofertaran precios preferentes en medicamentos incluidos en un vademécum desarrollado por Fonasa. El criterio utilizado para escoger los fármacos se basó en que: ayuden a cumplir los objetivos sanitarios, sean usados para el tratamiento de enfermedades crónicas, pediátricos, de alto costo y los más vendidos en el mercado farmacéutico durante el año 2018. Las licitaciones obtuvieron precios preferentes para más de 12 mil 700 medicamentos. Los precios obtenidos constituyen un ahorro en el gasto

de bolsillo que va desde el 15% al 87% del precio de lista de cada medicamento, los que entraron en vigencia entre octubre y diciembre del año 2019, de acuerdo a cada licitación, con una vigencia de dos años a partir de esa fecha.

- En un año marcado por la pandemia del COVID-19, el gasto realizado por Fonasa en licencias médicas fue sumamente significativo, donde el 2020, Fonasa autorizó y pagó 4.020.074 licencias equivalente a un promedio mensual de más de 335 mil licencias pagadas. Si bien, estas cifras resultan similares a las de 2019, el gasto destinado al pago de licencias médicas se vio incrementado en un 16% real entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020.
- Establecimiento de precios base Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD) en los Servicios de Salud: En el mundo de la transferencia de los recursos que hace Fonasa, en 2020 se generó una mejora en el mecanismo de compra y pago de servicios, gracias a la Ley de Presupuestos, que incorporó un nuevo programa de financiamiento en la Partida 16 del Minsal, en el capítulo correspondiente a Fonasa, que se denomina “Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico”. Este nuevo modelo, que se aplica a 65 hospitales de alta y mediana complejidad de la Red Pública, busca mejorar el uso de los recursos financieros y hospitalarios, mediante la herramienta GRD. Gracias a este mecanismo se alinea la gestión clínica con una asignación eficiente de los recursos públicos, ya que relaciona el gasto esperado con el nivel de actividad, incluyendo incentivos para mejorar el acceso y oportunidad de la atención.
- GES Segundo Prestador: En esta línea, se destaca que, en 2020, 4 mil 30 casos fueron derivados a un segundo prestador, de los cuales, más del 50% de las derivaciones realizadas a otros prestadores corresponden a personas que presentaron alguno de los siguientes problemas de salud o requirieron de las siguientes prestaciones o tratamientos: (i) endoprótesis de cadera, (ii) cáncer de mama, (iii) colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula, (iv) cáncer colorectal y (v) tratamiento quirúrgico de cataratas.
- Convenios con Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM): Fonasa continúa gestionando convenios con los ELEAM, generando el pago de un conjunto de atenciones y servicios de salud (canastas), para personas mayores que se encuentran residiendo en estas instituciones. Gracias a estos convenios, en 2020 se otorgó atención a 1.721 personas, de las cuales el 70% corresponde a población residente en hogares de la Fundación Las Rosas.

Plan nacional de inmunizaciones

El Ministerio de Salud proporciona en forma gratuita las vacunas contenidas en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) a las que tiene acceso garantizado toda la población, según Decreto de Obligatoriedad vigente. El calendario de vacunación está diseñado para proteger a la población en todas las etapas del curso de vida, en especial cuando existe mayor vulnerabilidad en cada grupo objetivo.

En este contexto y para el año 2019 se incorporan al calendario como vacunas programáticas las siguientes:

- Vacuna contra Hepatitis B al recién nacido.
- Vacuna Hexavalente a los seis y 18 meses: reemplazados por la Vacuna Pentavalente y Polio (iniciada el 1 de diciembre de 2018).
- Vacuna contra Virus Papiloma Humano (VPH) en niños: primera dosis de la vacuna durante el año 2019 y entrega de la segunda dosis a partir del año 2020.

En marzo 2019 se decretó la vacunación obligatoria contra la influenza a los siguientes grupos de la población:

- Personal de salud.
- Embarazadas, a partir de la treceava semana de gestación.
- Niños y niñas de edades comprendidas entre los seis meses a cinco años.
- Adultos de 65 años y más.
- Enfermos crónicos entre seis y 64 años.
- Trabajadores de avícolas y criaderos de cerdos.

En marzo 2020, se extendió la vacunación a escolares que cursan desde primero a quinto básico, y a todas las embarazadas, independiente de la fase de gestación en que se encuentren.

Por otra parte, durante el 2020, se destaca la incorporación de la vacuna contra la Varicela a partir del segundo semestre, logrando inocular a 80.060 personas, que corresponde al 76,2% de la población esperada.

Rebaja el precio de los medicamentos: más competencia y transparencia

Durante el año 2018 se trabajó en el desarrollo del Observatorio de Precios Internacionales de Medicamentos, dependiente de Cenabast, el cual ya está implementado y fue presentado a comienzos de 2019. Este permite, además de transparentar los precios de los proveedores, poder negociar con ellos mediante benchmark o comparadores internacionales.

Con el objetivo de fomentar la transparencia y competencia, en mayo del año 2018 se lanzó el sitio web tufarmacia.gob.cl, que permite a los usuarios comparar

precios de medicamentos en distintas farmacias, destacando los productos bioequivalentes y la georreferenciación, permitiendo el acceso a la opción más conveniente. Se logró establecer 130 convenios con farmacias y cadenas, las cuales voluntariamente se comprometen a informar sus valores en el comparador de precios (61 locales de farmacias independientes, 67 locales de farmacias municipales y dos grandes cadenas, que equivalen a mil 675 locales).

Mayor uso de bioequivalentes y autorizaciones sanitarias

Durante el año 2018, desde el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) se establecieron acciones para avanzar a paso firme hacia una Política de Intercambiabilidad de Medicamentos, considerando que aproximadamente el 65 por ciento de los productos farmacéuticos en circulación no se encontraban afectos a la normativa. En este sentido, las siguientes fueron las principales acciones realizadas:

- Se duplicaron las moléculas afectas de 189 a 383, incorporando 194 nuevas, estableciendo una gradualidad de cumplimiento en 18 y 36 meses, a través del Decreto N° 115 exento, publicado en noviembre del año 2018. A 2022, se proyecta un acumulado de 600 moléculas afectas a demostrar bioequivalencia.
- Considerando los más de 2 mil medicamentos en formas farmacéuticas acuosas que no han demostrado Equivalencia Terapéutica (EQT) y a raíz de la dificultad técnica que la industria farmacéutica tuvo para cumplir con la exigencia, se emite el Decreto N° 112 exento, en noviembre de 2018, mediante el cual se establecen criterios técnicos y se amplía a dos años el plazo para cumplir con la exigencia.
- Se trabajó en la propuesta de modificación del Decreto Supremo N° 3 “Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano”, estableciendo en ese cuerpo normativo, extender la obligatoriedad a todo nuevo registro sanitario de medicamentos, la demostración de Equivalencia Terapéutica en un plazo de cuatro años.
- Por otra parte, como Autoridad Sanitaria, el Instituto de Salud Pública de Chile generó 331 mil 101 autorizaciones y certificados relacionados con registro de medicamentos y cosméticos. En este aspecto, es importante resaltar el trabajo realizado durante el año 2018 para resolver las solicitudes de registro de medicamentos que se encontraban pendientes del período anterior, a través del fortalecimiento del proceso de registro simplificado de medicamentos (actualización del flujo de procesos y ajustes en los sistemas de información). Con todo ello, se logró evaluar 541 solicitudes pendientes del año 2017 y 482 del año 2018, totalizando mil 23 evaluaciones de solicitudes, un 154 por ciento más que lo realizado en el año 2017.

Modificaciones a las canastas farmacéuticas de las garantías explícitas en salud (GES)

El año 2018 culminó con la elaboración del Decreto GES para el período 2019-2022, el cual modificó tratamientos farmacológicos (VIH, Fibrosis Quística y Hepatitis C), que permiten disminuir los aranceles y por ende los copagos de los pacientes, impactando directamente en el gasto de bolsillo para personas con enfermedades de alto costo.

Formulación proyecto de ley de fármacos II

El día 7 de mayo del año 2019 se presentaron nuevas indicaciones del proyecto de ley de Fármacos II (Boletín N° 9914-11), el cual actualmente fue aprobado por la comisión de Hacienda de la cámara, y se encuentra en segundo trámite constitucional en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. A la fecha se han aprobado las siguientes indicaciones:

- Receta obligatoria por Denominación Común Internacional (DCI).
 - Venta de medicamentos en plataformas digitales (canal de distribución de farmacias físicas).
 - Retornar la atribución de fiscalización al Ministerio de Salud, a través de las Seremis.
 - Política de intercambiabilidad.
 - Regulación de dispositivos médicos.
-
- Venta de medicamentos OTC (“Over The Counter”: corresponde a aquellos que no requieren receta) fuera de la farmacia.

Durante los siguientes años, adicional a lo anterior el Gobierno de Chile asumió la responsabilidad de facilitar el acceso a medicamentos de la población, avanzando de manera progresiva, significativa y decidida en la construcción de políticas públicas para el acceso equitativo y universal a estos elementos de vital importancia, realizando diversas acciones y concretando coberturas garantizadas que logren impactar favorablemente la salud y/o calidad de vida de las personas. Es así que se ha avanzado en las garantías farmacológicas por intermedio del GES/AUGE con cinco nuevas patologías cubiertas en sus fármacos y atenciones, además en nueve enfermedades por medio de la Ley Ricarte Soto, el uso de las tecnologías sanitarias asociadas y de alto costo, cubriendo así las necesidades de medicamentos de la población con alto impacto sanitario. Elaborando de esta forma 31 medidas que contempla el Plan Nacional de Medicamentos, en las cuales se trabajó en el aumento de los medicamentos bioequivalentes, lo que se materializó en la campaña institucional “Exige el Amarillo”, cuyo objetivo principal es mejorar la disponibilidad de medicamentos a los usuarios, así como también reducir el gasto de bolsillo de las familias. Junto con esto, las Secretarías Regionales Ministeriales, con la colaboración del ISP, trabajaron para reforzar la fiscalización a las farmacias, a fin de que estas cumplieran con la normativa.

En el marco de mejorar el acceso de medicamentos y disminución de gasto de bolsillo se realizaron tres importantes regulaciones, que permitirán a las personas importar sus medicamentos y así acceder a productos no disponibles en el país,

comprar medicamentos electrónicamente, garantizando la transparencia y mayor competencia en la venta en un sector que no estaba regulado y adquirir medicamentos en la cantidad justa para su tratamiento farmacológico asegurando que todas las farmacias del país ofrezcan el servicio de fraccionamiento de envases.

Manteniendo el foco en mejorar el acceso a medicamentos de alta calidad y bajo costo es que se impulsaron proyectos como Ley de Fármacos II y el Seguro Catastrófico; la implementación de normativas para aumentar la disposición de medicamentos bioequivalentes, y nuevas normas que permitirán garantizar el acceso de los remedios a la población, como la habilitación de almacenes farmacéuticos en lugares donde no existan farmacias o el despacho a domicilio para las personas con dependencia severa.

El último avance en esta materia fue la publicación en el Diario Oficial de la Ley N° 21.198, que amplía las facultades de la Central de Abastecimiento (Cenabast) para que intermedie en la compra de medicamentos para las farmacias privadas y almacenes farmacéuticos, acción que solo estaba circunscrita para hospitales y consultorios del país. La ley pretende generar un escenario más competitivo en materia de precios y acceso a medicamentos, permitiendo por primera vez que almacenes farmacéuticos, farmacias de barrio, comunales y de cadenas, adquieran remedios a través del sistema de compra que realiza Cenabast, a precios más económicos.

Bienestar y cultura de vida sana

Plan nacional de cáncer y proyecto de ley de cáncer

El 4 de diciembre del año 2018, el Presidente de la República y el Ministro de Salud presentaron el Plan Nacional de Cáncer, cuyo objetivo es disminuir tanto la incidencia como la mortalidad atribuible a la enfermedad, a través de estrategias y acciones que faciliten la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, cuidados paliativos y seguimiento de pacientes, para mejorar su sobrevivencia y calidad de vida.

Los ejes de acción del plan se resumen en:

- Promoción, educación y prevención: crear conciencia respecto a la importancia del cáncer y el rol de la sociedad civil en la prevención y tratamiento; fortalecer estilos de vida saludable para el autocuidado de la población y mejorar cobertura de inmunización como estrategia de prevención.
- Cuidados paliativos: garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a todos los chilenos, con acceso a cuidados paliativos como un servicio fundamental para pacientes oncológicos.
- Mejoramiento de la red oncológica: optimizar Centros Oncológicos de Alta Complejidad en Antofagasta, Valparaíso, Santiago, Concepción y

- Valdivia, sumando a la red asistencial once Centros de Complejidad a lo largo de Chile; formar cerca de 130 especialistas oncólogos para incorporarse a la red al año 2022; invertir cerca de 20 mil millones de pesos anuales en equipamiento e infraestructura oncológica, hasta el año 2028, para asegurar acceso a prestaciones de calidad.
- Registro Nacional del Cáncer: fortalecer los sistemas de registro, información y vigilancia epidemiológica, para facilitar la generación, calidad y acceso a la información, a través de un Registro Nacional del Cáncer a partir del año 2020 que signifique un apoyo en la toma de decisiones en salud pública.
 - Calidad de los procesos clínicos: robustecer la rectoría, regulación y fiscalización para asegurar la calidad de los procesos clínicos establecidos para diagnóstico y tratamiento de personas con cáncer. Actualizar guías y protocolos de tratamiento en los 20 cánceres de mayor impacto.

Junto con lo anterior, se actualizaron diferentes documentos relevantes en materia de práctica clínica, protocolos y orientaciones técnicas para el manejo de problemas oncológicos, a fin de entregar una atención de calidad a los pacientes con estos problemas de salud.

Respecto de la infraestructura diagnóstica de la red hospitalaria y servicios asistenciales, se implementaron test de Virus Papiloma Humano en trece servicios de salud, así como también la modernización de la red de mamografías.

Los avances en los siguientes años son:

- En agosto de 2020 fue promulgada la Ley Nacional del Cáncer N° 21.258, publicada en el Diario Oficial el 2 de septiembre de 2020. Durante los meses siguientes se elaboró su reglamento, el cual fue tomado de razón por Contraloría General de la República el 26 de marzo de 2021 y publicado en el Diario Oficial el 6 de abril.
- El reglamento está en periodo de implementación por parte de la Subsecretaría de Salud Pública, que se encuentra abocada en dar cumplimiento a lo estipulado en los artículos transitorios mencionados en la ley.
- La ley, en su Título III (art. 14 al 21) describe el Fondo Nacional de Cáncer, del cual se extrae un reglamento aparte. Este documento se encuentra, actualmente en tramitación de firmas.
- Se mantuvo la implementación del test de Virus Papiloma Humano en trece Servicios de Salud del país, atendiendo a 64 mil 711 personas durante el año 2020.
- Se adquirieron cuatro equipos nuevos de radioterapia para la Red Nacional Oncológica pública. Y se desarrolló una donación de mil millones de pesos para prestaciones oncológicas en tiempos de pandemia, además de la aprobación de fondos para el desarrollo de los Centros Oncológicos Ambulatorios de Atacama, Iquique y Reloncaví.

Plan nacional de VIH

Durante el año 2018 se mejoró el programa de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, incorporando preservativos femeninos y un abordaje integral de enfermedades como la clamidia.

El 2 de septiembre del año 2018, el Ministro de Salud lanzó la Campaña VIH/SIDA 2018. En su primera parte se centró en “ El comercial que salva vidas”, un spot que llama a los jóvenes a hacerse el test y a usar condón.

Adicionalmente, el día 9 de enero del año 2019, se lanzó la campaña “Test rápido VIH verano 2019”, la cual fue encabezada por el Ministro de Salud, junto a la Subsecretaría de Salud Pública, el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Instituto Nacional de la Juventud, representantes de la sociedad civil, actividad a la cual también asistieron la Presidenta del Colegio Médico, la Presidenta del Colegio de Matronas y Matronas y la Seremi de Salud de la Región Metropolitana.

En el contexto de la prevención secundaria del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en 2019 se trabajó en el Protocolo de Implementación de Profilaxis Pre-exposición en Poblaciones de Riesgo, que corresponde al uso de Terapia Antirretroviral (TAR) en personas que no se encuentran viviendo con VIH, o con el objetivo de reducir el riesgo de adquirir la infección.

El ministerio lanzó la campaña VIH 2019, bajo la premisa “Es positivo saber”, con la que se buscó concientizar a la población de la importancia de realizarse el test del VIH y, también, reforzar el uso de métodos de prevención como es el uso del condón.

Se dispuso un fondo de proyectos en las 16 regiones del país para la educación preventiva y toma de test rápido de VIH, ejecutado por organizaciones no gubernamentales en poblaciones clave para el control de la epidemia. En el área de educación y difusión de prácticas de sexo seguro y prevención, se aborda una respuesta multisectorial y descentralizada para el VIH ampliando el trabajo colaborativo intersectorial con instituciones tales como: Colegio de Matronas/es, Colegio de Tecnólogos Médicos, Consorcio de Universidades del Estado de Chile (CUECH), División de Organizaciones Sociales (DOS), entre otros convenios vigentes (con las Fuerzas Armadas, Gendarmería, Injuv, Sernameg, Sename, entre otros).

En el año 2020 se emitió la campaña comunicacional de VIH “Es Positivo Cuidarse”, la cual incluyó medidas en el marco de la pandemia por COVID-19 y se implementaron 30 proyectos en prevención combinada del VIH, en diversas regiones del país, ejecutados por ONG’s, destinados a poblaciones clave, además se dio continuidad a la distribución de preservativos a usuarios de la red pública, inter sector y ONG’s y fue elaborado el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2021-2022.

Implementación GES

Durante el segundo semestre de 2018 se elaboró el decreto que establece las Garantías Explícitas en Salud para el período 2019-2022. Este trabajo involucró la revisión de los distintos tipos de garantías y la evaluación de factibilidad de hacer cambios que permitieran mejorar la atención y la salud de la población. En este decreto se incorporan, entre otras mejoras, nuevas prestaciones para los problemas de salud:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA: Nuevos esquemas terapéuticos en las terapias de inicio, de rescate y en la prevención de transmisión vertical del VIH. Estos nuevos esquemas son una alternativa que permite mejor adherencia y mayor seguridad terapéutica. Además, se incluye el test rápido, test de resistencia genética y un tercer examen de VIH/SIDA en las gestantes.
- Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis C: Inclusión de un nuevo grupo de prestaciones, Sospecha Virus Hepatitis C en Nivel Primario de Atención, orientado a mejorar la detección precoz en personas mayores de 45 años con criterios de riesgo. Además, se establecieron nuevas alternativas de tratamiento, que permiten que los aranceles y sus respectivos copagos estén más ajustados a los costos reales de los tratamientos, lo cual impacta directamente en el gasto de bolsillo de estos pacientes.
- Fibrosis Quística: Se reorganizan los grupos de prestaciones, de manera que los copagos sean acordes al uso de estas. Se incorpora hospitalización domiciliaria para pacientes estables mayores de cinco años.
- Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más: Se agregan las sillas de ruedas neurológicas (antes sólo se incluían sillas de ruedas estándar) y se incorporan nuevos tipos de andadores, bastones, cojines y colchones anti escaras.

Acuerdo nacional por la infancia

El Programa Nacional de Salud de la Infancia tiene como principal objetivo reducir la mortalidad y morbilidad infantil en niños menores de diez años.

Durante el año 2018 se avanzó en las siguientes iniciativas:

- La implementación del Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en la Salud Mental de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) pertenecientes a la red del Servicio Nacional de Menores (Sename), a través de un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, el cual fue implementado en doce Servicios de Salud, alcanzando una cobertura de 55 comunas de las 346 a nivel nacional.
- El fortalecimiento de la estrategia de vinculación entre la Atención Primaria de Salud y el Servicio Nacional de Menores, logrando que 231

- residencias del país se vinculen con 159 equipos de salud primaria, mejorando con ello el acceso a la atención de salud por parte de los NNAJ residentes en la red.
- El desarrollo de estas estrategias permitió realizar un total de 21 mil 59 atenciones de salud a NNAJ, incluidos aquellos que residen en Centros de Internación Provisoria y de Régimen Cerrado (CIP-CRC), residencias y beneficiarios de programas ambulatorios.
 - Capacitación de médicos generales y a los miembros de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) para mejorar su formación en competencias de detección precoz y tratamiento de salud mental infantoadolescente de manera permanente.
 - Respecto al Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil en niños y niñas de cinco a nueve años (PASMI), se aprobó el presupuesto que permite ampliar la cobertura a 17 nuevas comunas, alcanzando así un total de 40 comunas a nivel nacional.

En 2019 se actualizó la norma técnica y los estándares para la supervisión de la salud de niños y niñas, con el objetivo de (i) incluir un enfoque promocional y preventivo, (ii) apoyar a padres, madres y cuidadores en el proceso de crianza, fomentando el desarrollo integral de sus hijos, y (iii) integrar en forma progresiva a niños y niñas con necesidades especiales en salud, de bajo riesgo, a la atención primaria, brindando una atención integrada con los niveles de mayor complejidad.

Plan adulto mejor

Durante el año 2018, en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes contó con 417 equipos de profesionales, quienes trabajaron en pro de la mantención y mejora de la funcionalidad de 168.639 adultos mayores ingresados al programa. Se efectuaron 343.776 sesiones, lo que significó un crecimiento del 3% respecto del año 2017. A diciembre del año 2018, desde la implementación de este programa en el año 2015, se registraron 572.973 ingresos.

Por otro lado, se trabajó en la elaboración de orientaciones técnicas para la implementación de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), con el objetivo de entregar las directrices para la resolución de problemas de salud agudos en personas mayores con fragilidad. El día 17 de enero del año 2019, el Ministro de Salud, junto a la Primera Dama, inauguraron oficialmente la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I., de La Florida, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, la cual presta atención interdisciplinaria y especializada a personas mayores frágiles afectadas por procesos agudos, la prevención de la dependencia y la recuperación funcional inicial de los pacientes.

Se ha trabajado junto con Fonasa en la elaboración de canastas de prestaciones por niveles funcionales en Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores (ELEAM), que se diferencian en dependencia leve, moderada y severa. Las canastas cuentan con prestaciones por profesionales, como enfermeros, kinesiólogos y auxiliares de enfermería, lo que permite a Fonasa realizar un

acompañamiento y pago de prestaciones en ELEAM públicos y privados, acorde a las necesidades de salud.

Se realizaron capacitaciones a 75 médicos de APS en temas de geriatría, 18 en Mental Health Gap (programa de acción para superar las brechas en salud mental) y 41 profesionales en Vivifrail (entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en personas mayores).

Durante el año 2019 se trabajó en la elaboración y desarrollo técnico de un Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030, como una iniciativa que refuerce el compromiso con la salud integral de las personas mayores, y que tienen como objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las personas mayores, promoviendo el envejecimiento positivo, activo y saludable; contando con un sistema de salud integral que les permita mantener y mejorar su estado de salud y funcionalidad, accediendo a prestaciones acorde a sus necesidades, mediante un trabajo intersectorial, coordinado e integrado entre los distintos niveles de la red asistencial, con participación de la sociedad en su conjunto y ofreciéndoles protección financiera en salud. Este plan se organiza en seis líneas estratégicas: (i) Educación, (ii) Promoción y prevención, (iii) Provisión de servicios, (iv) Fortalecimiento del recurso humanos, (v) Fortalecimiento de los sistemas de información y su uso, y (vi) Rectoría, regulación y fiscalización que dan pie a un Plan de acción que identifica acciones y estrategias para su implementación.

En el año 2021, cinco UGA's se encuentran funcionando, cumpliendo los requisitos y estándares definidos en las orientaciones técnicas. Tres han sido inauguradas, en: (i) Hospital San Pablo de Coquimbo, (ii) Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida y (iii) Hospital El Carmen de Maipú (potencial centro formador de la especialidad), mientras que dos se encuentran pendientes de inaugurar, en: (i) Hospital Sótero del Río de Santiago y (ii) Hospital Las Higueras de Talcahuano, ambos potenciales centros formadores de la especialidad. Tres UGA's se encuentran en proceso de normalización e implementación para poder funcionar (en Hospital Regional de Coyhaique, Hospital San Juan de Dios de Santiago e Instituto Nacional de Geriatría).

Según las proyecciones realizadas, el número de geriatras que se alcanzará al año 2022 será de 158, lo que corresponderá a un aumento del 52%, gracias a lo cual se cumplirá el compromiso de gobierno de aumentar un 50% el número de geriatras en el país.

Donación y trasplante

Durante el año 2018 hubo un descenso en el número de donantes entre enero y agosto, producto de múltiples causas, entre las que se encuentra el dictamen de la Contraloría General de la República, fechado en diciembre del año 2017, en que, analizada la Ley de Trasplantes, prohibió consultar a los familiares de aquellos fallecidos que estuvieran inscritos en el Registro Nacional de No Donantes. Esto tuvo un impacto directo, ya que, con cuatro millones de inscritos como no

donantes, del total de fallecidos, cerca de 40 por ciento estaba imposibilitado por ley de plantear la donación a la familia. Sin embargo, debido a las debilidades que presentó este registro, en agosto de 2018, la Contraloría General de la República, por medio del Dictamen N° 17.656, de 2018, indicó que, para privilegiar siempre la última voluntad del fallecido, cuando existan dudas de su calidad de donante o no, sea consultada la familia.

El año 2018 se modificó la Ley de Trasplantes que se encontraba vigente, buscando regularizar el Registro de No Donantes y delimitar el rol de la familia en los procesos de decisión sobre la donación de órganos del fallecido. Esta modificación legal fue publicada en el Diario Oficial el 12 de marzo 2019, por lo cual, durante ese año se realizaron capacitaciones a las Unidades de Procuramiento Hospitalario y al personal sanitario, con el objetivo de actualizar la forma en que se debe enfrentar a las familias a contar del año 2020.

En 2019 se generó la tasa nacional de donantes más alta que haya experimentado el país, y la mayor cantidad de trasplantes, alcanzando los 533, un 53 por ciento más que el año 2018.

En el 2021, Chile cuenta con una red de procuramiento activa en el 100% de los Servicios de Salud, cada vez más profesionalizada, con capacidad de generar donantes, lo que ha permitido mejorar la calidad del proceso de mantención de donantes, traduciéndose, también, en el incremento del número de donantes multiorgánicos (obteniéndose más de dos órganos diferentes para trasplante), lo que permitió realizar una mayor cantidad de trasplantes, comparativamente a otros años (independiente del número de donantes generados).

Sistema elige vivir sano

En el Programa Elige Vida Sana, a diciembre del año 2018 ingresaron un total de 70 mil 136 personas. De estos, el 46% completó su intervención, el 57% incrementó su condición nutricional y el 79% mejoró su condición física.

En el marco del Plan Nacional de Prevención y Manejo de la Obesidad Infantil 2020-2030, se dio inicio al desarrollo de las siguientes acciones:

- Se inició el proceso de reformulación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) con participación de un grupo de asesores expertos, que concluyó con la entrega de una propuesta de reformulación de los productos de ambos programas, incorporando el actual perfil epidemiológico y nutricional de la población objetivo, que se caracteriza por una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles y malnutrición por exceso en todo el ciclo vital.

- Se inició la elaboración de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Malnutrición de Micronutrientes para la población nacional, con orientación de un grupo asesor de expertos en la materia.
- Se implementó la tercera etapa de la Ley de Alimentos, haciendo más estricta la cantidad de nutrientes críticos permitidos. Junto con ello, se ejecutó un proceso de capacitación nacional, gratuito y presencial para las micro y pequeñas empresas que elaboran alimentos, en el que participaron más de 1.000 personas; y se actualizó el Manual de Etiquetado de alimentos, con la colaboración intersectorial del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo y el Ministerio de Agricultura.
- Se desarrolló durante el 2019, un sistema centralizado de Vigilancia de Publicidad de Alimentos en el contexto de la Ley N° 20.606 y 20.869, con el que se analizaron más de cinco mil piezas de publicidad pagada (spots, avisos y otros) expuestas en televisión abierta, de pago, prensa escrita, vía pública, radio e internet. Gracias a estos estudios se detectaron posibles incumplimientos a la regulación en el 11,6 por ciento de los casos, los que fueron derivados a fiscalización.
- Se impulsó la creación y el desarrollo de un subgrupo de trabajo en malnutrición infantil en el marco del Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico (APEC), destinado a la cooperación internacional en esta materia.
- Se implementaron programas de Alimentación Saludable y Actividad Física, que difundieron conocimientos para la práctica cotidiana de hábitos saludables, reforzados con materiales comunicacionales multiplataforma.
- Se firmaron convenios para implementar planes de promoción de salud que promuevan la alimentación saludable y la actividad físicas en 341 de las 345 comunas de Chile, de estas, 109 formalizaron ordenanzas para la creación de entornos saludable y 147 mejoraron la instalación de infraestructura y equipamiento para la práctica de actividad física. Por último, 165 comunas implementaron acciones de difusión y comunicación en temáticas de alimentación saludable y actividad física.

Implementación de la segunda etapa de las leyes N° 20.606 (sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad) y N° 20.869 (sobre publicidad de los alimentos)

Esta segunda etapa correspondió a la vigencia de límites más estrictos de nutrientes críticos, determinantes de la restricción de publicidad dirigida a menores de catorce años; venta al interior de los establecimientos educacionales y uso de sellos de advertencia “Alto en”; restricción de publicidad en cine y televisión entre las 06:00 a 22:00 horas y la incorporación del “Mensaje que promueve estilos de vida saludable” en la publicidad de alimentos.

Además, se prohibió la publicidad en alimentos sucedáneos de leche materna en niños menores de un año, con el fin de promover la lactancia materna y con ello impactar en las tasas de obesidad infantil, beneficios en el sistema inmune y cognitivos de los infantes.

Plan nacional de salud mental

Durante los años 2019 y 2020 distintos equipos ministeriales participaron en la elaboración del Plan de Acción de Salud Mental 2020-2025, el cual actuará como carta de navegación para dar respuesta a los principales desafíos en esta materia.

El objetivo del Plan de Acción es “mejorar la calidad de vida de las personas en el país, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para disminuir la prevalencia de problemas de salud mental, promover el bienestar, prevenir las enfermedades mentales, brindar atención garantizada de salud mental e inclusión social”, a través de las siguientes líneas estratégicas:

- Educación, promoción y prevención, para fomentar la adopción de estilos de vida y ambientes saludables, prevenir y detectar tempranamente la aparición de problemas de salud mental.
- Provisión de servicios en salud mental, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- Fortalecimiento de la Red de salud mental.
- Fortalecimiento de los sistemas de información y su uso.
- Rectoría, regulación y fiscalización, para fortalecer las directrices técnicas y marcos normativos en materia de salud mental.
- Financiamiento acorde para cumplir con los objetivos propuestos.

El compromiso presidencial pone énfasis en llevar a cabo una cirugía mayor a la salud, para mejorar el acceso, calidad y cobertura financiera de las atenciones de salud de todos los chilenos, es por esto que durante el periodo 2018-2021 todos nuestros esfuerzos apuntaron a fortalecer la salud de nuestro país, a través de la implementación de distintas estrategias que se llevaron a cabo con responsabilidad y urgencia.

Enrique Paris Mancilla
MINISTRO DE SALUD

2. Resumen Ejecutivo Servicio

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

Sus objetivos estratégicos han sido formulados con el fin de apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas; también se busca desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación y así entregar las prestaciones conforme lo requerido por la ciudadanía; Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud; Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y hospitalario de los Servicios de Salud y Optimizar el uso eficiente de los recursos. Estos objetivos entregan los lineamientos en los cuales se enmarca la gestión de nuestra Subsecretaría.

Listas de espera e intervenciones quirúrgicas

Al 31 de diciembre del año 2021, las interconsultas para derivación a una atención de Especialidad que se encuentran pendientes de resolver corresponde una relación de 1,18 interconsultas de especialidad pendiente por persona y de 1.12 intervenciones quirúrgicas electivas por persona, lo cual se traduce en que se ha generado un aumento de 05 días de espera para consultas nuevas de especialidad y en el caso de intervenciones quirúrgicas, a diciembre 2021 el promedio de días de espera es de 597 días.

En el contexto de la presente pandemia y en la adopción de las medidas sanitarias con el objeto de evitar y disminuir el contagio de los usuarios y funcionarios en los establecimientos de salud es que se ha visto disminuida la oferta de atenciones en los establecimientos lo que ha generado principalmente un incremento en los tiempos de espera generales de las listas de espera y en forma secundaria el volumen general de las listas, esto en consideración que la oferta de las atenciones han sido priorizadas biomédicamente con foco en los diagnósticos con riesgos vital y secuela funcional.

Plan Nacional de Inversiones

- **Proyectos hospitalarios:** En términos de inversión Hospitalaria a diciembre del año 2021 se terminaron las obras de 16 hospitales; 2 en el año 2018, 2 durante 2019, 6 al año 2020 y 6 más durante 2021) quedando 35 obras en pleno proceso de construcción, de los cuales 11 se ejecutan bajo modelo contrato “diseño-construcción”. Según las proyecciones actuales del Plan Nacional de Inversiones, a marzo 2022 se contará con 3 nuevas obras, estos son: Hospital de Alto Hospicio (terminado en febrero de 2022), Hospital Philippe Pinel de Putaendo y Hospital de Carahue (ambos terminando sus obras y avanzando en paralelo con su puesta en marcha). Con lo anterior -y sumando los 16 proyectos terminados entre 2019 y 2021-, se espera contar con 19 Hospitales terminados a marzo del 2022.
- **Atención Primaria de Salud (APS):** A diciembre del año 2021 se identifican los siguientes logros: 102 recintos APS terminaron sus obras, 35 están en pleno proceso de construcción, 27 en licitación de obras, 89 proyectos diseño y 86 en estudio. En paralelo, desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales se tramitó un total de 15 Autorizaciones Sanitarias provisionales que fortalecieron la red APS durante la pandemia, lo que permitió beneficiar a 632.000 personas aproximadamente.
- **Mi Consultorio se Pone a Punto:** En el marco del Programa de Fortalecimiento de Atención Primaria, se ha desarrollado un Programa de Conservación de Infraestructura en Atención Primaria de Salud, en los diferentes recintos asistenciales de Atención Primaria, con el fin de mejorar sus condiciones sanitarias. En su primera versión, dicho Programa alcanzó un monto de ejecución total de MM\$ 14, beneficiando directamente a un total de 152 comunas, a través de la intervención de 426 proyectos de inversión. Durante el año 2021 se continuó con el Programa, el que obtuvo en su segunda versión un monto de inversión de MM\$3,3, alcanzando 30 comunas y 53 recintos de salud.

Fortalecimiento y resolutivez de la APS

- El programa de Resolutivez es una estrategia que tiene como objetivo favorecer el acceso oportuno a especialidades médicas de gran demanda, que presentan listas y tiempos de espera significativos y que pueden ser resueltas en el primer nivel de atención (APS), otorgando prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, considerando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico con un enfoque de salud familiar e integral y cercanas al territorio, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- Desde el año 2018 se integraron las Unidades de Atención primaria de Otorrinolaringológicas (UAPORRINO) y en el año 2020 se incorpora la atención a mujeres en etapa de climaterio.
- Otra acción destacada es la continuidad de las atenciones durante el año 2020, año más restrictivo en términos de movilidad por causa de

- la pandemia, debiendo inclusive fomentar acciones remotas según las fases de la Pandemia.
- Las consultas Médicas de Oftalmología realizadas durante este periodo fueron 234.889, 229.455, 100.294 y 141.641 respectivamente. Correspondiente a las consultas Médicas de Otorrinolaringología en este periodo fueron 27.037, 28.745, 15.715, y 19.426 respectivamente
 - Los procedimientos de imágenes diagnósticas realizados durante el periodo 2018 -2022 fueron 2.170.932, 2.330.803, 1.241.7656 y 1.762.710 respectivamente.

Salud digital

La SRA a través del Departamento de Salud Digital utiliza un modelo de salud digital centrado en la persona que permite, con sustento en las tecnologías de información y comunicaciones, apoyar al sistema sanitario tanto en sus procesos asistenciales como en la promoción y prevención. Su objetivo principal es mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, aportando eficiencia al sistema y satisfacción a los usuarios.

Se han incrementado las prestaciones entregadas en telemedicina aumentando las teleconsultas de 36.692 el año 2019 a 775.744 el año 2021; también se incrementaron las teleiterconsultas llegando a 97.474 el año 2021; por otro lado Hospital Digital ha incrementado sus prestaciones de 36.692, realizadas el año 2019 a 42.936 el año 2021.

Plan Nacional del Cáncer

El propósito de la implementación del Plan Nacional de Cáncer y sus distintas líneas de acción, es avanzar en lograr una oportuna atención de esta patología en todo el país, abordando la situación con una mirada integral desde la salud pública, incluyendo la promoción de la salud y prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, otorgando un tratamiento adecuado, que también considere la necesidad de cuidados paliativos, el seguimiento y la rehabilitación; de modo de garantizar un acceso a la atención integral y transversal a nivel nacional.

Se ha Implementado el Modelo de Gestión de la Red Oncológica, con referentes en los 29 servicios de salud, incorporando la figura de gestor de casos oncológicos, cuya finalidad es el seguimiento del paciente a través de la red propia y de referencia; se ha realizado Teleasistencia desde centros de mayor complejidad: Asesoría de expertos hematólogos, oncólogos, radioterapeutas, mediante la creación de tele comités con el objetivo de disminuir la derivación y apoyar a médicos de regiones, evitando el traslado de pacientes y entregando prestaciones o generando derivaciones oportunamente.

Salud Mental

En el año 2018, se oficializó el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, luego de un amplio proceso participativo. De este modo, se inició su proceso de implementación progresiva en la especialidad. Posterior a esto, se comenzó el proceso de actualización del diseño de la Red Temática de Salud Mental, mediante una mesa de trabajo de carácter nacional con los Servicios de Salud, junto a DIVAP y DIPRECE.

Al mismo tiempo, se avanzó en el cumplimiento de los compromisos del Acuerdo Nacional por la Infancia. El año 2018, se implementó el Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de; Arica, Antofagasta, Del Maule, Concepción, Del Reloncaví y Metropolitano Occidente; sumándose así a los Servicios de Salud de Coquimbo, Valparaíso - San Antonio, Viña del Mar - Quillota, Valdivia, Magallanes, y Metropolitano Sur Oriente que el año 2017 comenzaron su implementación.

El Programa de Salud Mental en APS ha logrado un importante incremento de recursos en el periodo 2018-2021, debido a la expansión presupuestaria asignada al componente de Detección temprana de trastornos de salud mental en el año 2020, y a la incorporación de recursos de la estrategia Saludablemente en el año 2021. Esta expansión significó un aumento de aproximadamente un 80% del presupuesto del Programa. En cuanto a la detección temprana, el aumento presupuestario permitió aplicar más de 70.000 tamizajes entre los años 2020 y 2021, logrando instalar gradualmente y de modo transversal en los equipos de APS, prácticas de pesquisa temprana. Esta estrategia permite acercar acciones de prevención y el tratamiento a personas con problemas o dificultades de salud mental en fases menos agudas y/o no consultantes.

Personas Mayores

Uno de los principales ejes del programa de Gobierno 2018-2022 es la articulación y fortalecimiento de una Política de Envejecimiento Positivo, dado el aumento progresivo y sostenido del porcentaje de Personas Mayores con la consiguiente carga de enfermedades crónicas.

Entre los años 2018 y 2021, se han implementado 7 Unidades Geriátricas Agudas (UGA).

Respecto del incremento del número de geriatras, al 2020 existen 53 especialistas en formación, lo que implica un aumento del 50% de los existentes a nivel nacional.

Por último, El Plan Nacional de Salud Integral Para Personas Mayores y Su Plan de Acción 2020-2030, publicado en el mes de mayo 2021, pretende ser la mejor guía para el desarrollo de la geriatría y gerontología los próximos 10 años.

3. Resultados de la Gestión año 2018-2021

3.1. Resultados asociados al Programa de Gobierno, mensajes presidenciales y otros aspectos relevantes para el jefe de servicio

Inversión en establecimientos Hospitalarios

Durante el periodo de gobierno se iniciaron una serie de estudios Preinversionales hospitalarios (EPH) de recintos de baja, mediana y alta complejidad, relativos a proyectos que buscan fortalecer la red asistencial del país. Entre las iniciativas de inversión que destacan, se encuentra; el Hospital Regional de Coyhaique, Hospital Médico Quirúrgico de los Ángeles, Hospital Guillermo Grant Benavente, Hospital San Borja Arriarán, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital San José de Maipo, Hospital de Panguipulli, entre otros. Además, una serie de estudios de proyectos hospitalarios fueron cerrados y obtuvieron su RS Diseño en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), destacando el Instituto Nacional de Neurocirugía, Instituto Nacional del Cáncer, entre otros.

En paralelo al trabajo relativo a proyectos del Plan Nacional de Inversiones, se realizaron una serie de estudios de iniciativas de menor alcance, pero con gran impacto en la red asistencial, por ejemplo; la reparación del Hospital San Borja Arriarán por el siniestro que lo afectó, Diálisis Hospital Vicuña, entre otras iniciativas. Además, se avanzó en el desarrollo de los estudios requeridos en el marco del Plan Nacional del Cáncer, destacando el cierre de EPH de una serie de proyectos; Mejoramiento Servicio Hematología Intensiva (Hospital Guillermo Grant Benavente), Construcción Unidad de Oncología Integral Región De La Araucanía, Construcción Centro Oncológico de la Región de Atacama, Ampliación Anatomía Patológica Hospital Ernesto Torres Galdámez, Conservación Infraestructura Hospital Base Valdivia, Farmacia Oncológica, entre otros.

Por lo tanto, durante el periodo 2018-2021 en términos de EPH, se dio termino a estudios de distinta magnitud, tanto correspondientes al Plan Nacional de Inversiones como al Plan Nacional de Cáncer, cerrando un total de 20 EPH durante dicho periodo.

Por otro lado, se concretaron y aprobaron 16 diseños de Partidos Generales y Anteproyectos hospitalarios referenciales que forman parte del Plan de Inversiones, mediante Asociación Publica Privada. De este Plan, iniciaron la etapa de construcción los correspondientes a la Red Maule (Hospital de Parral, Hospital de Constitución y Hospital de Cauquenes), la Concesión Hospital de Buin - Paine, y la Red Bío Bío (Hospital de Coronel, Hospital de Lota, Hospital

de Nacimiento y Hospital de Santa Bárbara). Además, se adjudicó la Concesión Hospital de La Serena y se encuentran publicados los correspondientes a Concesión Hospital de Coquimbo, la Red Los Ríos - Los Lagos (Hospital de Río Bueno, Hospital de La Unión, Hospital de Los Lagos y Hospital de Puerto Varas), la Red O´Higgins(Hospital de Rengo y Hospital de Pichilemu), la Concesión Instituto Nacional del Cáncer y Concesión Instituto de Neurocirugía.

También se concretaron diseños de Anteproyectos y Proyectos de iniciativas tradicionales, como Anteproyecto Hospital San Vicente de Tagua Tagua, proyecto de Ampliación de Pabellones del Hospital Hernán Henríquez de Temuco, proyecto de Radioterapia en el Hospital Exequiel González Cortés de Santiago, Habilitación Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría Infanto-Adolescente de Arica y Hospital de Illapel.

Por otro lado, en el área de Arquitectura, se elaboraron las Guías de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana y Alta complejidad. Se elaboraron y actualizaron Criterios de Diseño para la especialidad de Eficiencia Energética y Sustentabilidad para proyectos hospitalarios, además de Guías de Diseño de Sistemas Eficientes para Establecimientos de Atención Primaria.

En el contexto de pandemia del Covid-19, también se realizó apoyo y seguimiento de inversiones de emergencia, como los hospitales de campaña y modulares instalados en las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana y Biobío, además de levantar un catastro y hacer seguimiento de los aspectos críticos del suministro de oxígeno en hospitales de la red asistencial.

En términos de inversión Hospitalaria a diciembre del año 2021 se terminaron las obras de 16 hospitales; 2 en el año 2018, 2 durante 2019, 6 al año 2020 y 6 más durante 2021) quedando 35 obras en pleno proceso de construcción, de los cuales 11 se ejecutan bajo modelo contrato “diseño-construcción”.

Según las proyecciones actuales del Plan Nacional de Inversiones, a marzo 2022 se contará con 3 nuevas obras, estos son: Hospital de Alto Hospicio (terminado en febrero de 2022), Hospital Philippe Pinel de Putaendo y Hospital de Carahue (ambos terminando sus obras y avanzando en paralelo con su puesta en marcha). Con lo anterior -y sumando los 16 proyectos terminados entre 2019 y 2021-, se espera contar con 19 Hospitales terminados a marzo del 2022.

Inversión en establecimientos de Atención Primaria

En Atención Primaria (APS) a diciembre del año 2021 se identifican los siguientes logros: 102 recintos APS terminaron sus obras, 35 están en pleno proceso de construcción, 27 en licitación de obras, 89 proyectos diseño y 86 en estudio.

En paralelo, desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales se tramitó un total de 15 Autorizaciones Sanitarias provisionales que fortalecieron la red APS durante la pandemia, lo que permitió beneficiar a 632.000 personas aproximadamente.

Además, se concretó la actualización del Programa Médico Arquitectónico (PMA) y Programa Médico de Equipos (PME), para los Consultorios General

Urbano y Rural (CESFAM); actualización que permite modernizar los recintos asistenciales, de acuerdo a las necesidades actuales de la población.

El programa “Mi Consultorio se Pone a Punto”

En el marco del Programa de Fortalecimiento de Atención Primaria, que plantea el mejoramiento de la satisfacción usuaria y calidad percibida en la atención de salud, se ha desarrollado un Programa de Conservación de Infraestructura en Atención Primaria de Salud, en los diferentes recintos asistenciales de Atención Primaria, con el fin de mejorar sus condiciones sanitarias. En su primera versión, dicho Programa alcanzó un monto de ejecución total de MM\$ 14, beneficiando directamente a un total de 152 comunas, a través de la intervención de 426 proyectos de inversión.

Durante el año 2021 se continuó con el Programa, el que obtuvo en su segunda versión un monto de inversión de MM\$3,3, alcanzando 30 comunas y 53 recintos de salud.

En tanto, el Programa de Equipos “Vacunatorio a punto”, permitió la reposición de 20 refrigeradores domésticos por refrigeradores clínicos para vacunas en APS dependientes de los Servicios de Salud y Hospitales, que actualmente son parte de la estrategia #YoMeVacuno.

Inversión programas de apoyo

Durante el 2018 se decretaron M\$ 93.155.798, que permitieron mantener operatividad de los establecimientos en la red, desarrollándose el principalmente el Programa Pabellón a Punto con presupuesto de más de 70 mil millones de pesos en Equipos y equipamiento para quirófanos de la red asistencial. También se repusieron más de 70 ambulancias para la red asistencial, 2 Tomógrafos computarizados, Equipos Rayos X, Mamógrafo Digital con Tomosíntesis, Máquinas de Circulación Extracorpórea, entre otros.

El año 2019 se decretaron M\$ 91.214.909, que incorporó equipos relevantes asociados al Plan Nacional del Cáncer; dos equipos Spect CT, 1 Acelerador Lineal, tres Tomógrafos Computarizados y 31 mamógrafos para la Atención Primaria.

Del programa de reposición de equipos y equipamiento médico, destacan la reposición de dos Resonadores Magnéticos, cuatro Angiógrafos, 1181 catres clínicos, 103 sillones dentales, 22 equipos de Rayos X y 122 ambulancias para la red asistencial.

Durante el año 2020 se avanzó en el Plan nacional del Cáncer, con la reposición de tres equipos Acelerador lineal y equipos de Anatomía Patológica. Además en el marco de la emergencia sanitaria, se repusieron 253 ventiladores mecánicos y 50 incubadoras de neonatología y 58 ambulancias de la red asistencial.

Ya el año 2021 se decretaron M\$ 39.105.246, que consideró, un Acelerador Lineal, un Angiógrafo, Reconversión Tecnológica de dos Resonadores Magnético, 9 Tomógrafos computarizados, 10 Mamógrafos, 8 Equipos de Rayos X, 32 Torres de Endoscopia, 81 Ambulancias para la red asistencial, entre otros. Adicionalmente, se gestionó la donación proveniente del Gobierno de

Japón de 9 monitores desfibriladores (en funcionamiento), 10 equipos de Rayos X (que serán instalados durante este año) y dos Tomógrafos computarizados para la Red asistencial (por adquirir).

Mantenimiento Hospitalario del Sector Salud.

En materia de mantenimiento de Equipo Médico, el año 2021 se logró obtener una expansión presupuestaria, que permitirá entregar recursos para ejecución 2022 un total de M\$ 28.536 para nuevos convenios de mantenimiento, que i para los 216 establecimientos de la red asistencial del país.

Programa de Acceso Oportuno a Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a ley de responsabilidad penal adolescente (programas mejor niñez y sename)

El Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental (SISI) es una estrategia elaborada el año 2016 conjuntamente entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA); con el objetivo generar una estrategia de carácter estructural, que permita dar una respuesta oportuna, integral y de calidad a las necesidades de salud de cada NNAJ vinculados actualmente a los programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y de SENAME.

El Sistema aborda la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo que contempla acciones orientadas al continuo de atención en salud, es decir, acciones de tipo promocional, preventivo, tratamiento y/o rehabilitación.

Su objetivo central es fortalecer y mejorar la salud integral de los NNAJ que participan en los programas de la red Mejor Niñez y SENAME, buscando promover ambientes saludables, prevenir la aparición de nuevos problemas de salud, facilitar el acceso oportuno a la red de salud pública (incluyendo las acciones ejecutadas por SENDA), asegurar acciones de tratamiento y continuidad de cuidados; para lo cual es fundamental la coordinación intersectorial, a través de acciones colaborativas entre los diferentes sectores intervinientes, como son MINSAL, Mejor Niñez, SENAME y SENDA.

El trabajo conjunto de estos sectores contribuye a desarrollar acciones que mejoren la calidad de vida y bienestar de los NNAJ que se encuentran en los programas de ambas instituciones. De esta forma se comprende que la salud y el bienestar, no sólo son resultado de las acciones sanitarias que emprende el sector salud, sino también de la sinergia que se produce al trabajar colaborativamente entre las instituciones participantes (MINSAL, Mejor Niñez, SENAME, SENDA y Ministerio de Justicia) en los diferentes niveles de gestión (nacional, regional y local).

Su población objetivo corresponde a niños, niñas, adolescentes, jóvenes e incluso algunos adultos que se encuentran en programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y SENAME, quienes presentan situaciones de vulneración de derechos o están bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, y se encuentran afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Con el fin de responder de mejor manera a las necesidades identificadas, el SISI contempla recursos económicos, para el refuerzo de:

- a) Atenciones de salud general y salud mental en Atención Primaria: prestaciones de salud general como médico, enfermero/a, nutricionista y otros; prestaciones de salud mental de médico, psicólogo/a y trabajador/a social en la atención primaria.
- b) Recurso humano de los equipos de salud mental comunitaria de especialidad, además de refuerzo en equipamiento y gastos operativos, ya que este Sistema demanda mayor atención y mayor participación en reuniones técnicas, capacitaciones y otras actividades regulares del centro.
- c) Contratación Equipos Gestores Intersectoriales conformado por un representante del Servicio de Salud, Dirección Regional de SENAME y de SENDA. Dentro de sus funciones se encuentran: difundir el Sistema Intersectorial, sus lineamientos en los territorios, coordinar jornadas vinculadas al Sistema Intersectorial, impulsar la coordinación de oferta territorial, asegurar la elaboración e implementación de protocolos, realizar levantamiento de nudos críticos y coordinar Planes de Acción en los territorios para la implementación de sus distintos ámbitos de acción.

En este marco, la Atención Primaria implementa el “Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a programas de Mejor Niñez y SENAME”, cuyo propósito es mejorar las condiciones de salud de los NNAJ con vulneración de derechos y adolescentes que han infringido la Ley. Como depende de la implementación del SIS, actualmente este PRAPS se encuentra en 22 Servicios de Salud. Tiene 2 componentes: salud general y salud mental, cuyas estrategias para la atención son dos:

1° Atenciones que se realizan en el establecimiento de APS, según el domicilio del NNAJ para todos aquellos que se encuentran en programas ambulatorios de Mejor Niñez, en medio libre de SENAME y también para aquellos en el sistema de cuidado alternativo residencial (residencias de administración directa - CREAD, Residencias Familiares- y residencias administradas por Organismos Colaboradores Acreditados -OCA) de Mejor Niñez.

2° Atenciones que realiza el equipo de salud de APS en el establecimiento privativo de libertad CIP-CRC. En este caso el equipo de sector debe trasladarse al CIP-CRC, siendo una estrategia que sólo se implementan en las comunas que cuentan con dicho centro en su territorio.

Logros/Avances 2018-2021

El SISI, y por lo tanto, el PRAPS SENAME/Mejor Niñez, se implementan progresivamente desde el año 2017 a la fecha, según el siguiente detalle de Servicios de Salud:

2017	2018	2019	2020	2021
Coquimbo	Arica	Iquique	Atacama	Continúan los 18 Servicios de Salud del 2020
Viña del Mar-Quillota	Antofagasta	O'Higgins	Araucanía Norte	
Valparaíso-San Antonio		Mauco Bío	Metro. Oriente	
Valdivia	Concepción	Araucanía Sur	Metro. Sur	
Magallanes	Reloncaví	Aisén		
Metro. Sur Oriente	Metro. Occidente	Metro. Central		
	Más los 6 Servicios de Salud del año 2017	Más los 12 Servicios de Salud del año 2018	Más los 18 Servicios de Salud del año 2019	

Año 2018:

El SISI queda incorporado dentro de los compromisos Ministeriales del Acuerdo Nacional por la Infancia (ANPI), lo cual permitió avanzar en su implementación desde 6 a 22 Servicios de Salud durante el período de gobierno 2018 a 2021 (medida 87).

Implementación PRAPS SENAME con un cumplimiento del 100% de la meta y cobertura efectiva de 15.036 NNAJ atendidos. Se implementa en 12 Servicios de Salud. (Estrategia instalada de forma permanente).

Indicadores SISI (Fuente: Informe anual DEIS).

90,1% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentran inscritos en APS, que equivale a 4.895 NNAJ.

35,58% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentra con el control de salud vigente en los 6 SS que iniciaron el SISI el año 2017 que equivale a 640 NNAJ.

87,1% de los niños y niñas de 0 a 24 meses en programas de cuidado alternativo residencial se encuentran con vacunas al día del plan nacional de inmunización vigente que equivale a 277 NN.

Planes de trabajo anual entre residencias Mejor Niñez y APS.

158 establecimientos de Atención Primaria se vinculan con 227 residencias en el país.

Todos los establecimientos de APS del país que se vinculan con una residencia, elaboran (junto al equipo de la residencia) un Plan de Trabajo Anual. (estrategia instalada de forma permanente).

Planes de abordaje integral en APS de la población Mejor Niñez y SENAME por Servicio de Salud.

Cada Servicio de Salud elabora una planificación del abordaje integral de salud en APS de los NNAJ de su territorio que se encuentran en Mejor Niñez y SENAME, lo cual facilita la implementación de estrategias territoriales para mejorar la gestión de los SS y sus establecimientos de APS, optimizando los procesos clínicos y resultados de las acciones sanitarias dirigidas a este grupo de la población.

Se espera que esta planificación sea realizada no sólo por el Referente SENAME o Gestor Intersectorial de cada SS, sino también a otros referentes vinculados con esta población, y que también participe la Dirección Regional de SENAME.

Monitoreado por DIVAP en los meses de marzo (planificación), septiembre (avances) y diciembre (resultados) de cada año. (Estrategia instalada de forma permanente).

Plan de aseguramiento de las prestaciones del Chile Crece Contigo (0 a 3 años).

Estrategia desarrollada en conjunto con MIDESO y SENAME, para el fortalecimiento del proceso de acompañamiento de los niños y niñas de 0 a 3 años, que se encuentran en residencias SENAME, en el marco del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) e identificación de las necesidades de adecuación de los servicios de ChCC al contexto residencial.

Actualización y difusión de lineamientos técnicos para la coordinación CHCC-SENAME.

Monitoreo del acceso a salud de 2.033 NNA de 0 a 3 años en las estrategias de: controles de salud al día, entrega de ajuar al recién nacido/a, atención en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, participación de la persona significativa con quien se proyecta el egreso en los Talleres Nadie Es Perfecto y prestaciones sociales gestionadas por las Redes Comunes del CHCC.

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red:

Se incorpora la población SENAME en la matriz de cuidado de APS, por lo cual, los equipos de salud vinculados a una residencia, deben programar las siguientes actividades: controles de salud según ciclo vital por enfermera y matrona a toda la población SENAME inscrita validada del territorio y el control de salud mental por trabajador/a social a la población SENAME bajo control en salud mental APS. (Estrategia instalada de forma permanente)

Resumen Estadístico Mensual:

Incorporación de indicadores de seguimiento en el REM serie A y serie P13 (población potencial, población bajo control y variables de seguimiento - población en control con método de regulación de fertilidad, gestantes en control con riesgo psicosocial, población infantil en control, población en control de salud integral de adolescentes según área de riesgos, población en control de salud mental y población en programa de acompañamiento psicosocial- (Estrategia instalada de forma permanente).

Año 2019:

Elaboración y difusión de los lineamientos de vinculación APS-SENAME

Ord. N°500 del 31.01.2019 dirigido a los Directores de Servicios de Salud.

Ord. N°752 del 18.02.2019 dirigido a la Directora de SENAME

Implementación PRAPS SENAME con un cumplimiento del 100% de la meta y cobertura efectiva de 29.881 NNAJ atendidos. Se implementa en 18 Servicios de Salud (Estrategia instalada de forma permanente).

Indicadores SISI (Fuente: Informe anual DEIS):

90,2% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentran inscritos en APS, que equivale a 3.824 NNAJ.

80,8% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentra con el control de salud vigente que equivale a 4.836 NNAJ.

81,4% de los niños y niñas de 0 a 24 meses en programas de cuidado alternativo residencial se encuentran con vacunas al día del plan nacional de inmunización vigente que equivale a 434 NN.

Se da continuidad al Plan de aseguramiento de las prestaciones del Chile Crece Contigo:

Monitoreo del acceso a salud de 2.037 niños y niñas (932 de 0 a 4 años y 1.105 de 5 a 9 años)

Se incorpora la Subsecretaría de Educación Parvularia y MINEDUC.

Se agregan las siguientes prestaciones:

Prestaciones de salud en gestantes, niños y niñas de 5 a 9 años: Control prenatal y entrega Guía gestación, - Control de salud infantil de 5 a 9 años, Evaluación Diagnóstica Integral PASMI (Programa de Reforzamiento de la

Atención de Salud Infantil 5 a 9 años) en las comunas que cuentan con el programa.

Ingreso a jardín infantil

Prestaciones de Educación general en gestantes y niños(as) 5-9: Gestionar acceso a matrícula, acciones que faciliten la adaptación y permanencia de los niños y niñas en la escuela, evaluar inserción niños y niñas de 4 a 5 años en NT1 y NT2 provistos por Educación Inicial en vez de Educación General, entrega RINJU a niños y niñas cursando NT1 (Prekínder)

Tamizajes de consumo en NNAJ de programas SENAME:

Difusión del documento lineamientos para la detección, intervención y derivación de NNAJ por consumo de alcohol y/o drogas, elaborado en conjunto entre SENAME (protección, justicia juvenil y unidad de salud), SENDA y MINSAL.

Instructivo de atención en APS para los tamizajes de consumo aplicados por funcionarios capacitados de SENAME (residencias de administración directa y CIP-CRC) (Ord. N°1764 del 18.04.2019.)

Inmunizaciones:

Se incorpora en los lineamientos técnicos operativos de la vacuna antiinfluenza, a los NNAJ de establecimientos de atención cerrada de SENAME. (Estrategia instalada de forma permanente)

Implementación de vacunación contra el virus Papiloma Humano (VPH) en mujeres y hombres de 9 años hasta los 25 años 11 meses 29 días que se encuentran en residencias SENAME (Ord. N°4187 del 09.09.2019) (Estrategia instalada de forma permanente)

Año 2020:

1. Implementación PRAPS SENAME con un cumplimiento del 100% de la meta y cobertura efectiva de 38.921 NNAJ atendidos. Se implementa en 22 Servicios de Salud (Estrategia instalada de forma permanente)

2. Indicadores SISI (Fuente: Informe anual DEIS)

95,51% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentran inscritos en APS, que equivale a 4.958 NNAJ.

88,92% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentran inscritos en APS, que equivale a 50.104 NNAJ.

23,2% de NNAJ de residencias y CIP-CRC se encuentra con el control de salud vigente que equivale a 1.202 NNAJ.

82,73% de los niños y niñas de 0 a 24 meses en programas de cuidado alternativo residencial se encuentran con vacunas al día del plan nacional de inmunización vigente que equivale a 241 NN.

Realizar las inmunizaciones contra la influenza en residencias y CIP-CRC de SENAME, tanto a los NNAJ como los funcionarios.

Mantener el trabajo de los equipos de APS con las residencias vinculadas en términos de enfocarse exclusivamente en la prevención y/o mitigación de la pandemia.

Los planes de trabajo APS-SENAME, tanto de los equipos locales como la planificación de cada Servicio de Salud, debieron ser modificadas para enfrentar la pandemia y las nuevas necesidades de los NNAJ y residencias.

El plan de aseguramiento de las prestaciones CHCC con las residencias tuvo afectación en los resultados de las acciones. No obstante se monitorearon 2.217 niños y niñas de 0 a 9 años.

Incorporar en documentos ministeriales el abordaje de los NNAJ en residencias y CIP-CRC de SENAME

Continuidad de Atención a Niños y niñas en APS, en el contexto de Alerta Sanitaria COVID-19.

Atención a adolescentes en centros de APS, en el contexto de alerta sanitaria COVID-19.

Orientaciones para la atención de salud mental en APS en contexto COVID-19.

Implementación de la serie F de Resúmenes Mensuales Estadísticos (REM F), que contiene datos de actividades de salud priorizadas en contexto de pandemia, identificando a los NNAJ de SENAME en las secciones: A de seguimiento en APS por llamada telefónica, D de atención odontológica, E1 de acciones telefónicas de salud mental y E2 de controles de controles de salud mental remotos.

Año 2021:

Implementación PRAPS SENAME con una meta de 62.923 NNAJ atendidos. Se implementa en 21 Servicios de Salud. La cobertura efectiva estará disponible en febrero 2022 (Estrategia instalada de forma permanente).

Obtención Recomendación Favorable (RF) de este programa social en MDSyF (Sistema Intersectorial SISI)

Continuidad a la estrategia de vinculación APS-SENAME en términos de enfocarse exclusivamente en la prevención y/o mitigación de la pandemia.

Al 30.12.2021 existe un total de 155 establecimientos de APS que se vincularon con 227 residencias de SENAME.

Los planes de trabajo APS-SENAME, tanto de los equipos locales como la planificación de cada Servicio de Salud, se focalizaron en los ámbitos de coordinación sectorial, articulación intersectorial y el acceso a las prestaciones de salud.

El plan de aseguramiento de las prestaciones CHCC 2021 se discontinuó debido al cambio de referente desde MDSyF. No obstante, se monitorearon 1.571 niños y niñas de 0 a 9 años.

Se incorpora grupo prioritario de vacunación COVID-19 a las residencias y Centro Privativos de Libertad, tanto a los NNAJ como a los funcionarios.

Programa de Resolutividad en APS

El programa de Resolutividad es una estrategia que tiene como objetivo favorecer el acceso oportuno a especialidades médicas de gran demanda, que presentan listas y tiempos de espera significativos y que pueden ser resueltas en el primer nivel de atención (APS), otorgando prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, considerando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico con un enfoque de salud familiar e integral y cercanas al territorio, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

El Programa de Salud plantea tres componentes a desarrollar en los centros de salud familiar (CESFAM) u otros centros de salud debidamente habilitados, para reforzar los establecimientos locales con recursos financieros adicionales, acordes a su población.

El primer componente es Resolución de Especialidades Ambulatorias, siendo estas especialidades algunas de las más demandadas (Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología y Gastroenterología), el segundo componente son los Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores), y el tercer componente es la Atención de mujeres en etapa de climaterio.

Logros/Avances 2018-2022:

Desde el año 2018 se integraron las Unidades de Atención primaria de Otorrinolaringológicas (UAPORRINO) y en el año 2020 se incorpora la atención a mujeres en etapa de climaterio.

Otra acción destacada es la continuidad de las atenciones durante el año 2020, año más restrictivo en términos de movilidad por causa de la pandemia, debiendo inclusive fomentar acciones remotas según las fases de la Pandemia.

Las consultas Médicas de Oftalmología realizadas durante este periodo fueron 234.889, 229.455, 100.294 y 141.641 respectivamente. Correspondiente a las consultas Médicas de Otorrinolaringología en este periodo fueron 27.037, 28.745, 15.715, y 19.426 respectivamente.

Los procedimientos de imágenes diagnósticas realizados durante el periodo 2018 -2022 fueron 2.170.932, 2.330.803, 1.241.7656 y 1.762.710 respectivamente.

Cabe destacar que el año 2020 existió una disminución importante provocada principalmente por la Pandemia y que en el año 2021 ha existido un aumento reflejado por las medidas que se han adoptado desde el nivel central.

Los datos mencionados anteriormente fueron recopilados desde la plataforma DEIS, REM A29.

Es importante recalcar, que a nivel País, ya existen 156 UAPO Y 18 UAPORRINO, las cuales permiten cumplir el objetivo de mejorar la capacidad resolutive de la APS

Las prestaciones durante el periodo son las siguientes:

	2018	2019	2020	2021
CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS (OFTALMOLOGIA, OTORRINO, DERMATOLOGIA)	2.035.918	2.093.750	980.620	1.706.715
CONSULTAS CLIMATERIO	91	100	586	3.820
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	37.656	39.264	20.819	29.166
CIRUGIA MENOR	94.909	95.399	35.184	54.897
INFORME FONDOS DE OJO	118.195	152.659	63.191	98.451

Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil - PASMI

El Programa de Apoyo a la Salud Mental infantil forma parte de la extensión del Subsistema Chile Crece Contigo. Es un programa que refuerza las prestaciones existentes de salud mental en APS en el grupo etario de 5 a 9 años. Su objetivo es aumentar la cobertura de tratamiento integral y la efectividad de los procesos de atención asociados a niños y niñas con trastornos mentales en el grupo etario señalado.

PASMI compone de las siguientes prestaciones: Evaluación Diagnóstica Integral (EDI), controles de salud mental por profesionales médicos/as, psicólogos/as, y/o trabajadores sociales, con intervenciones bajo un enfoque familiar, visita domiciliaria integral, visitas al ámbito educativo de los niños y niñas, intervención grupal a padres, madres y/o cuidadores para la promoción de competencias parentales en taller Nadie es Perfecto Conducta. Por otro lado, se brinda a los profesionales de APS la posibilidad de asesorarse por especialistas del nivel secundario en consultorías de salud mental infantil y de fortalecer sus competencias en la atención de niños y niñas con problemas y/o trastornos de salud mental. PASMI interactúa en APS con distintos programas del sector en el grupo etario de 5 a 9 años.

PASMI, inicia como piloto a finales del 2016 con 17 comunas, aumentando progresivamente, hasta alcanzar el año 2021, 81 comunas a nivel nacional. Los criterios de expansión se basan en un índice de vulnerabilidad comunal que incorpora elementos como: pobreza, pobreza multidimensional, baja concentración de controles de salud mental infantil de 5 a 9 años, cobertura de población bajo control de salud mental de 5 a 9 años y estado nutricional en categoría obesidad u obesidad severa, dada la relación existente entre estado nutricional y salud mental. En función de este índice se solicita a los referentes técnicos de los SS analizar la factibilidad de implementación en dichas comunas. Ejecutándose finalmente en aquellas priorizadas por el índice de vulnerabilidad comunal y el criterio de los Servicios de Salud.

Logros/Avances 2018-2021

■ Implementación del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil.

PASMI, inicia como piloto el 2016 con 17 comunas, aumentando progresivamente en los años siguientes. En la tabla se puede apreciar el número de comunas, Servicios de Salud, presupuesto y población objetivo por cada año de implementación desde el 2018 al 2021.

	2018	2019	2020	2021
Nº Comunas	24	40	78	81
Nº Servicios	20	29	29	29
Presupuesto	M\$1.193.642	M\$2.119.544	M\$3.262.198	M\$3.335.598
Población objetivo	18.621	25.444	37.484	43.969

- Acuerdo Nacional por la Infancia (ANPI)
- 2018. PASMI se incorpora al ANPI con la medida N° 25: “Aumentar progresivamente hacia la cobertura nacional del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) para niños de 0 a 9 años que actualmente cuenta con cobertura en solo 23 comunas, para así fortalecer la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental”. No obstante, durante estos 4 años y a pesar de las múltiples solicitudes aprobadas vía evaluación ex ante, no se alcanzó el financiamiento necesario para el escalamiento nacional, llegando a implementarse en 81 comunas a nivel país
- Formación Nadie es Perfecto Conducta
- 2018. Creación y producción de materiales para facilitadores:
- Manuales del facilitador Nadie es Perfecto Conducta. (Impreso por MDSyF)
- Libro para padres NEP Conducta.

- Afiches promocionales del taller NEP Conducta
- Folleto taller NEP Conducta
- Tarjetas de reflexión taller NEP Conducta
- 2018-2020. Entrenamiento presencial de facilitadores NEP conducta:
- Diciembre de 2018 se formaron 24 facilitadores de las 24 comunas donde se implementaba el programa con seguimiento para la acreditación año 2019 (8 VC).
- Marzo de 2020 se formaron 18 nuevos facilitadores de la Atención Primaria de Salud.
- Transferencia técnica a los equipos:
- 2018. Jornada Nacional PASMI: Con el objetivo de entrenar habilidades clínicas de los profesionales APS para fortalecer la efectividad del proceso de atención en salud mental de 5 a 9 años. Asistieron 80 profesionales de las 24 comunas.
- 2018. Seminario de Salud Mental Infantil “Desafiados en la atención de niños y niñas con conducta disruptiva”: Organizado en conjunto con la Escuela de Psicología (UAI, Viña del Mar). Su objetivo fue reflejar las últimas investigaciones y a su vez los esfuerzos en la aplicación de políticas públicas que permitan logros en la salud mental de niños y niñas de Chile como ChCC. Asistieron 80 profesionales de las 24 comunas.
- 2019. Jornada Inducción a la Gestión del Componente Salud de ChCC: Su objetivo fue introducir y entregar insumos necesarios sobre diferentes procesos de gestión del Componente Salud a los nuevos profesionales responsables de la gerencia de ChCC en los Servicios de Salud, incluido referentes PASMI.
- 2020. VDC Nacional Bienestar en contexto de Contingencia Social: Ciclo de 5 videoconferencias ChCC dirigidas a profesionales de salud, enmarcadas en el contexto social país, cuyo objetivo fue brindar herramientas que favorezcan el bienestar y disminuir los niveles de estrés a consecuencia de la crisis social. Se convoca profesionales PASMI.
- 2020. Webinar “Protección materno-infantil en el contexto de pandemia Covid-19” Ciclo de 6 sesiones de seminarios ChCC para entregar conocimientos actualizados que refuercen la atención de mujeres gestantes, niños y niñas, dirigidas a la detección temprana y atención efectiva del riesgo psicosocial en pandemia. Se convoca profesionales PASMI.
- 2020. Webinar PASMI. Protegiendo la Salud Mental Infantil en contexto de Covid-19: Ciclo de 8 sesiones con el objetivo de contribuir a la protección de la salud mental de niños y niñas, entregando conocimientos actualizados y basados en evidencia a profesionales de la red asistencial para el refuerzo de la atención de salud mental infantil en el contexto de pandemia por Covid-19. Este ciclo se entregó en dos modalidades:
- Sesiones abiertas “protegiendo la salud mental infantil”: 2 sesiones de difusión masiva realizadas por Dr. Vincent Felitti y Dr. Dan Siegel sobre promoción de bienestar y prevención de trastornos de salud mental, abiertas a todos los profesionales que realizan intervenciones con niños y niñas tanto de la red asistencial de salud como del intersector.

- Sesiones focalizadas de intervención en salud mental infantil: Consistió en seis sesiones de capacitación dirigidas a profesionales de la Atención Primaria de Salud que realizan atenciones de salud mental a niños y niñas de 5 a 9 años.
- Generación de materiales para la atención:

2021. Se desarrollaron materiales para la atención de salud mental de niños y niñas de 5 a 9 años con una perspectiva integral, relacional y respetuosa que favorezcan el proceso terapéutico y permitan alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidado integral. Estos recursos clínicos son utilizados por profesionales del Programa en la APS, en las comunas donde se implementa. Los materiales son los siguientes:

1. 120.000 Dípticos de Difusión del Programa
2. 600 Pósters ¿Cómo me siento hoy?
3. 600 Set Stickers PASMI.
4. 600 2 Cuentos: El abuelo en Busca del Sol y El Camino de Tom para Vencer sus Miedos.
5. 45.000 2 Libros de Interacción: Descubriendo quién soy e Investigando qué nos pasa.
6. En desarrollo, 2 Juegos de Conexión: Tinkuy y el mundo animal de las emociones.

Para la confección de los últimos se realizó un concurso de materiales PASMI en la red asistencial, siendo la idea original de los distintos profesionales ganadores del concurso, sin embargo, la edición, diseño, impresión y distribución fue de responsabilidad del equipo ChCC, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Todos los materiales se encuentran impresos, exceptuando los juegos de conexión que se encuentran en etapa de licitación para su ilustración, diseño y producción.

- Resultados Programáticos: PASMI al incorporar nuevas comunas, presentó un avance significativo en todos los indicadores programáticos hasta el año 2019. A partir del año 2020, se puede apreciar una baja considerable, aumentando levemente el año 2021 sólo en el número de ingresos, egresos por alta clínica y concentración de controles. Sin embargo, los indicadores no han logrado repuntar, si se considera que en relación al 2019.

Salud de la Mujer

El Propósito del Programa Salud de la Mujer es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Logros/Avances 2018-2021

Se fortalecen las prestaciones de atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud, incorporando componente canasta integral de climaterio en Programa Resolutividad en APS.

Desde el año 2022 se incorporan en Programa Ministerial de la Mujer, los productos anillo vaginal y terapia hormonal de la menopausia (THM) dual. Esto permite mantener una canasta de: 11 Métodos anticonceptivos, 6 THM, 2 productos práctica sexual segura (lubricante y preservativos masculino), 1 dispositivo rápido de diagnóstico de embarazo.

Documento elaborados en colaboración Intraministerial:

- “Guía de experiencia significativa y recomendaciones para equipos de salud: Pertinencia cultural en el trabajo con pueblo indígenas en el ámbito de salud sexual y salud reproductiva”.
- Normas: Cesárea, acompañamiento en el parto y duelo perinatal.
- Guía Clínica manejo integral de la endometriosis.
- Orientaciones para el manejo de casos SARS-Cov2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o díadas, que incorpora lineamientos de acceso a métodos anticonceptivos; junio 2020.
- Orientaciones técnicas continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia COVID-19”, con el objetivo de establecer lineamientos para la continuidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la Red de Salud, y el restablecimiento gradual de prestaciones, en el contexto de las etapas de evolución de la pandemia por COVID-19 en el país, con el fin de resguardar la provisión de servicios y prevenir el aumento de contagios por SARS-CoV-2; octubre 2020.

Capacitación en ecografía obstétrica a matronas en establecimientos de APS

- Capacitación en ecografía obstétrica a matronas en establecimientos de APS
- 2018 Elaboración de Estándares para la formación en Ecografía Obstétrica- Ginecológica para Matronas y matrones de la Atención Primaria de Salud.
- Desde el año 2019 se cuenta con recursos para capacitación a Matronas en Ecografía. Obstétrica- Ginecológica
- El 22 de septiembre 2020 según Resolución Exenta N° 799 amplía plazo a 6 años para certificar las competencias teóricas y prácticas de matronas y matrones, plazo que culmina el 14 de marzo 2024.
- A Noviembre 2021 existe una brecha para capacitar en nivelación en Ecografía del segundo y tercer trimestre a 179 de matronas con dependencia Municipal.
- Necesidad de formación de matronas en Ecografía Obstétrica Ginecológica 750 Matronas a nivel país.
- Anualmente se cuenta con recursos para capacitar en nivelación de Ecografía del segundo y tercer trimestre 90 Matronas con dependencia Municipal a nivel país.
- Año 2022 se cuenta con recursos para capacitar en Ecografía Obstétrica Ginecológica a 152 Matronas con dependencia de Servicios de Salud.
- Diploma; Curso de Nivelación en Ecografía Obstétrica y Ginecológica para la atención primaria de salud se realiza en: Universidad Austral y Universidad Valparaíso.
- Disminuir brecha de Ecógrafos faltantes en la atención Primaria.

- Aumentar cobertura de Examen de Ecografía a embarazadas en la Atención Primaria.

Nuevas estrategias implementadas en el periodo:

a) Tamizaje de Hepatitis B en gestantes, en proceso de implementación desde el último trimestre del año 2021, considera solicitud del examen con toma de muestra a gestantes que ingresan a control prenatal y el procesamiento en laboratorios de referencia definido por Red de salud.

b) Test rápido de VIH a nivel país: En el marco de ampliar del acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras ITS, durante el último trimestre del año 2018 se implementa el Test visual/rápido VIH (TRVIH) en Atención Primaria de Salud de manera progresiva. En el año 2019 fue implementado en el 100% Consultorios del país (591), alcanzando una cobertura comunal de un 99% (341/345 comunas). Si bien no se cuenta con Consultorios en todas las comunas, la cobertura a nivel comunal considera la oferta a través de otros dispositivos tales como postas, Centros comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y Hospitales comunitarios o bien a través de estrategias vía Ronda médica para los casos más extremos.

El encargado de comprar y abastecer con Kits a los establecimientos de salud es el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS:

- N° total de establecimientos de salud implementado corresponde a 1.303, distribuidos de la siguiente manera:

CESFAM/CGU/CGR:	Centro Comunitario de Salud Familiar	Posta de Salud Rural	Hospitales de baja complejidad
591	109	520	83

- N° de Test realizados:

2018	2019	2020	2021 (al 03.12.2021)
28.174	127.531	47.552	75.215

c) Tamizaje de detección molecular de VPH en 13 Servicios de Salud. En este proceso de implementación progresiva, los siguientes servicios de salud iniciaron el fortalecimiento del diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino:

Arica, Antofagasta, Coquimbo , Metropolitano Central, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia y Osorno.

Para el primer año, se obtuvieron recursos mediante reasignación presupuestaria desde la Subsecretaría de Salud Pública se dispuso de un presupuesto de alrededor de 3.000 MM para compra de determinaciones (\$1.185.954.000) y refuerzo de recurso humano mediante el establecimiento de convenios entre la SSP y los SS (\$1.754.2400.000) por Subt. 24, y a su vez, los SS con sus respectivas Municipalidades y Hospitales. Durante el año 2020, se realizó una reasignación presupuestaria que permitió una extensión del 30% del contrato por el monto de \$307.949.400 y en el año 2021 y mediante Ord. C71 N°660, se informó a los 13 SS sobre el marco presupuestario con que contaban para realizar la compra descentralizada de determinaciones. El monto total informado fue de \$ 1.541.800.

En el proceso de implementación gradual se han realizados capacitaciones con más de 3000 profesionales asistentes. Además se estableció una red de 11 Laboratorios de detección molecular de VPH que permite el procesamiento de muestra de los 13 S.S.

El número de mujeres con tamizajes de VPH es:

2019	2020	2021 (al 03.12.2021)
4.613	64.711	62.322

En el marco de implementación se incorporaron nuevos procesos en diferente ámbito de la red de atención asociada a la detección precoz de cáncer cervicouterino, y se desarrollaron los siguientes documentos e iniciativas:

- Elaboración de Manual de Implementación Test molecular de virus de papiloma humano.
- Adaptación de algoritmo de derivación que incorpora el Co-test.
- Interoperabilidad de Software Infinity y CITOWEB LIS locales.
- Actualización de CITOWEB (incorporar nueva SEC).
- Colaboración de OPS-Chile que permitió financiar, pagina web, campaña comunicacional, material de apoyo para equipos de APS. La principal fuente de vinculación de los contenidos de la campaña se encuentra en la página web <http://tuvidaimporta.cl/>, el material gráfico desarrollado se ha difundido a Servicios de salud, SEREMIS y Redes sociales de MINSAL

d) Incorporación Control pre concepcional en financiamiento per cápita del Plan de Salud familiar en APS. Además se encuentra en elaboración Orientación técnica para reforzar su implementación.

6.- Formación de entrenadora/es y facilitadora/es en educación prenatal: estrategia liderada con ChCC, que permitió la estandarización de la educación prenatal en la APS y se realizó en base al desarrollo de un manual del facilitador, un rotafolio educativo y una serie de videos llamado Mamá Activa.

Programa de Salud Cardiovascular

Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial en Chile

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y multifactorial con importancia en salud pública por su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. En Chile es responsable del 7,7% del total de años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura o discapacidad. Es conocida por ser el principal factor de riesgo aislado de morbilidad cardiovascular, cerebrovascular y renal. Se estima que 56,4% de las muertes por enfermedad isquémica cardíaca, 56,3% de la enfermedad cerebrovascular, 100% de la enfermedad hipertensiva del corazón, y 55,6% de la enfermedad renal crónica son atribuibles a la presión arterial (PA) sistólica elevada.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 la prevalencia de HTA fue de 27,6% no habiendo diferencia significativa entre hombres y mujeres. La carga al sistema de salud, derivada de la baja cobertura efectiva, es onerosa.

En virtud de esta situación, el Ministerio de Salud priorizó en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, el control de la presión arterial elevada, en concordancia con las metas formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigidas a reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad por las enfermedades cardiovasculares, entre las cuales está una reducción relativa de la prevalencia de presión arterial elevada de un 25% en relación a la línea basal para el 2025, y una disminución de 30% de la mortalidad prematura al 2030.

Dando respuesta a esta problemática a nivel mundial, la OMS junto al Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los EE. UU., promueven la implementación de la Iniciativa Global HEARTS, y en nuestra Región, HEARTS en las Américas. Su objetivo es lograr un aumento significativo en la proporción de personas hipertensas que alcanzan cifras de presión arterial bajo 140/90 mmHg, y así, contribuir a reducir la morbilidad cardiovascular asociada a esta condición. HEARTS aporta un enfoque estratégico para fortalecer el manejo de las enfermedades cardiovasculares en los establecimientos de atención primaria y la hipertensión es un modelo para utilizar en el control de otras enfermedades no transmisibles como son la diabetes, dislipidemia, entre otras.

Los elementos claves para el control de la HTA son:

- Uso de protocolos de tratamiento simples.
- Acceso a medicamentos
- Trabajo en equipo
- Sistema de monitoreo
- Retroalimentación a equipos

En Chile, el 2018 comenzó la implementación de la iniciativa HEARTS dirigida a mejorar la efectividad del tratamiento antihipertensivo en el contexto del Programa de Salud Cardiovascular. El objetivo es expandir esta experiencia a toda la atención primaria del país al 2025.

Objetivo de HEARTS:

- Aumentar la cobertura diagnóstica y la tasa de control de la población hipertensa.
- En una segunda etapa, extrapolar esta iniciativa con otras patologías como la DM2, dislipidemia y prevención secundaria.

Fase de preparación:

Constituir grupos gestores a nivel local, de Servicio y Regional;

- Equipo PSCV de cada CESFAM que esté integrado por el encargado del adulto y adulto mayor;
- Encargado a nivel del SS y de la SEREMI.
- Además, sumar a los principales actores del territorio (nivel primario y secundario). Cada miembro del equipo gestor debe tener sus responsabilidades definidas a priori.
- Se recomienda definir a un líder de la estrategia, que tenga reconocida ascendencia técnica.

Sensibilizar al equipo de salud multidisciplinario integral (directivos, médicos, enfermeras, nutricionistas, matronas, químicos farmacéuticos, TENS) sobre importancia de la hipertensión arterial (HTA) como problema de salud pública, incluyendo cifras poblacionales, pero también a nivel local, además de evidenciar los riesgos asociados para los pacientes con datos poblacionales locales.

Promover la capacitación y certificación de los profesionales del equipo de salud cardiovascular en atención primaria del Curso virtual OPS
Implementación del paquete técnico HEARTS en la Atención Primaria de Salud.

Difundir los paquetes técnicos HEARTS

- Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes
- Evidencia: Protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia
- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales
- Trabajo basado en equipos multidisciplinarios
- Sistema de monitoreo
- Guía de implementación

Mejorar certeza diagnóstica

- Capacitación en la correcta medición de la presión arterial (PA)
- Estimular el uso de protocolos con técnica estandarizada de toma de presión arterial.
- Aumentar el acceso a dispositivos electrónicos digitales validados.

- Supervisar la toma de PA durante la preparación de las personas que asisten a control.
- Aumentar acceso al monitoreo ambulatorio de la PA (MAPA) de 24 horas en pacientes seleccionados (ej. hipertensión de delantal blanco, enmascarada, “borderline”, otros).
- Educar a los pacientes en la correcta toma de la presión arterial.
- Conocimiento de los protocolos estandarizados y simplificados para el manejo de la HTA en los establecimientos en atención primaria.
- Creación de manual, protocolos, guías, plantillas, según realidad local, accesibles para todo el personal.
- Favorecer el aprendizaje continuo y gratuito a través de los cursos virtuales de la Organización Panamericana de Salud para el equipo de atención primaria.

Lodros/Avances 2018-2021

- Oficio de respaldo de Estrategia HEARTS y algoritmos de tratamiento, Ord. B23 N°3038 del 27 de junio de 2019.
- Recomendaciones de uso de esfigmomanómetros validados. [Ord. C51 N° 166 del 25-01-2021](#)
- Actualización de protocolo de tratamiento, que incorpora consejería de estilos de vida saludable y clasificación de riesgo cardiovascular, ([Ord. 3983 del 07-10-2021](#))
- Reconocimiento internacional de World Hypertension League (WHL) con el “Premio de Excelencia Organizacional en Prevención y Control de la Hipertensión Arterial 2021 por su Programa de Control de Hipertensión”, que reconoce los logros alcanzados en la implementación de la estrategia HEARTS en nuestro país. 17 de mayo 2021.

Inclusión de Alternativa Terapéutica en el Tratamiento de Diabetes Mellitus 2 en atención primaria

En Chile, la prevalencia de la DM2 ha ido aumentando en las últimas décadas, llegando al 12,3% en la población de 15 años y más, y a 31,2% en personas de 65 años y más el año 2017.

En el sistema público, las personas con DM2 tienen acceso a prestaciones de salud a través del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en el primer nivel de atención y, en caso de ser necesario, a nivel de especialidad. A junio 2019, 906.101 personas con DM2 se encontraban bajo control en el PSCV, de los cuales 451.231 eran personas mayores (49,8%).

Los costos asociados a este problema de salud son muy significativos, considerando la alta prevalencia de la DM2 en Chile. Es importante destacar que un buen control metabólico de las personas con DM2 se asocia a una disminución de complicaciones y por lo tanto, a sus costos. A lo anterior, es necesario además sumar la mejoría en la calidad de vida de las personas.

El tratamiento de la DM2 se basa en dos pilares fundamentales: el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico. La Guía de Práctica Clínica (GPC) de DM2 del Ministerio de Salud de Chile, del año 2017, recomienda comenzar el tratamiento en todas las personas con DM2 con Metformina, a menos que tengan contraindicaciones o intolerancia al medicamento.

Como fármaco de segunda línea, se sugiere el uso de un iDPP4, y como alternativa, una sulfonilurea.

Actualmente, el GES considera dentro de su arsenal terapéutico de Atención Primaria de Salud (APS) los siguientes medicamentos: Metformina (fármaco de 1ra línea), Glibenclamida e Insulina.

Además de lo financiado por GES, existe el programa Fondo de Farmacia (FOFAR), que financia Glibenclamida y Metformina, sumando la variación Metformina liberación prolongada (XR) para un sub grupo de personas con DM con intolerancia.

El tratamiento de la diabetes mellitus requiere sin lugar a duda un manejo multidisciplinario, en los cuales la educación, los estilos de vida saludables, controles y tratamiento tienen un rol fundamental. Sin embargo, en el contexto del tratamiento farmacológico, los tratamientos actualmente disponibles son insuficientes.

La Glibenclamida, es un fármaco antidiabético oral perteneciente a la familia de Sulfonilureas de segunda generación, comercializada a partir de 1961. Tiene una alta potencia como hipoglicemiante y una vida media larga, lo que se asocia a un elevado riesgo de hipoglicemia, especialmente en poblaciones susceptibles.

Evidencia disponible indica que Glibenclamida provoca más hipoglicemias que otros secretagogos y otras sulfonilureas.

De acuerdo a diversos estudios y guías clínicas, esta sulfonilurea está contraindicada en personas mayores frágiles que tienen especial vulnerabilidad a la hipoglicemia (mayores de 65 años dependientes, con trastornos cognitivos, enflaquecidos o con trastornos de la alimentación y mayores de 70 años independiente de su estado funcional) y en personas con enfermedad renal crónica (ERC) etapa 3b a 5, daño hepático crónico severo, trastornos de la alimentación, déficit cognitivo, antecedente de hipoglicemia severa y en personas usuarias de insulinas basales. Incluso algunas guías clínicas internacionales no recomiendan el uso de glibenclamida en pacientes con ERC etapa 3a.

Lo anterior es concordante con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que estipuló que la Glibenclamida debería evitarse en personas de 60 años y más. Además, el uso de Glibenclamida en personas mayores se ha considerado como riesgoso o potencialmente inapropiado en diferentes grupos de consenso como criterios de Beers de la Sociedad Americana de Geriátrica y con los criterios europeos STOPP/START.

En este contexto, DIVAP logra aumentar las alternativas terapéuticas disponibles de uso oral en DM2, lo que se asociaría a reducción de

complicaciones, agudas y crónicas, priorizando a la población que más se beneficiaría de este cambio.

Los riesgos de hipoglicemias asociados a la Glibenclamida y la disponibilidad de nuevas terapias con buenos perfiles de seguridad hacen necesaria la incorporación de alternativas farmacológicas para las personas de 65 años y más, más vulnerables, así como personas con DM2, enfermedad renal y enfermedad cardiovascular, para quienes el beneficio de una familia de ADO es de tal magnitud, que no puede ignorarse.

Esto permitirá disminuir las complicaciones asociadas al uso de Glibenclamida en la población de mayor riesgo, así como entregar alternativas de tratamiento antidiabéticos de uso oral, antes del inicio de insulina, los cuales además se asocian con una disminución significativa de complicaciones por DM2. Lo anterior, sin lugar a duda, debe ir asociado al trabajo interdisciplinario en la APS, educación, aumento de automonitoreo y acceso a consulta por especialista diabetólogos a través de Hospital Digital, lo que se traducirá en una disminución de las complicaciones y aumento en las tasas de control.

Basado en las características de la población presentada, así como las familias farmacológicas recomendadas a utilizar en determinadas poblaciones, se requiere actualizar los fármacos para las personas con DM2 en ciertos grupos de mayor riesgo.

* iDPP4 para personas de 65 años y más, con enfermedad renal crónica etapa 3 a 5, o personas de 65 años o más frágiles.

* iSGLT2 para Enfermedad Cardiovascular establecida (IAM, ACV, Insuficiencia cardiaca y/o Edema pulmonar agudo y VFG 30-60 ml/min con albuminuria. (Segunda etapa del escalonamiento de tratamiento).

Logros/Avances 2018-2021

En el segundo semestre 2021, mediante la redistribución de recursos propios de la DIVAP, se logró incorporar la inclusión de IDPP4, en específico Vildagliptina de 50mg, para un grupo objetivo de personas mayores pertenecientes a la población bajo control de DM2 de la APS de 75 años y más con ERC, que de acuerdo a prescripción médica pueden utilizar 1 a 2 cm al día. Esta estrategia además incluye un trabajo colaborativo con Hospital Digital (HD), favoreciendo el trabajo en red, con la evaluación de los diabetólogos a la población priorizada. A su vez se informa en el 2021 se adquirirá 719.981 cm y para el 2022 son: 3.989.145 cm. Su ejecución parte el primer trimestre 2022, según señala el Ordinario C51 N° 3946 del 9 de dic 2021.

La solicitud de incorporar este fármaco se ha venido realizando de manera sistemática desde el año 2018, en 4 oportunidades, por parte de DIVAP, y por el equipo GES en 2, en solicitud de incorporar a la canasta GES de DM2, sin obtener respuesta positiva, a pesar de haber sido incorporado en las orientaciones técnicas de DM2, como alternativa terapéutica a la Metformina.

La distribución de este fármaco se realizó a los 29 Servicios de salud de nuestro país en base a la población bajo control de personas con DM2, informada en REM P04 de diciembre 2019, última base de datos que no estaba afectada por pandemia.

Al ser recursos propios de la DIVAP, esta estrategia es paralela a FOFAR y Programas ministeriales, siendo monitorizada con herramientas de gestión provistas por Hospital digital, de manera semanal, con informes mensuales de avance.

Acreditación en Calidad

El Decreto N° 22, del 7 de septiembre 2019, señala que, durante la vigencia del presente decreto, no será exigible la acreditación de los prestadores institucionales de atención abierta de baja complejidad, no obstante se ha venido desarrollando un arduo trabajo de acompañamiento, con conjunto con DIGERA, donde se encuentra la referencia técnica de la temática, a los equipos de atención primaria, para intencionar este proceso.

Por el mismo motivo, se implementó un Compromiso de Gestión N° 20 de Calidad y seguridad asistencial, a través del indicador 20.1, que exige a los Servicios de Salud alcanzar anualmente el 20% de los establecimientos de APS acreditados y/o con solicitud presentada ante la Superintendencia de salud, el cual para el año 2022 también incorpora un indicador 20.4 que exige el 50 % de los profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia de atención primaria (SAPU, SAR y SUR), posean capacitación vigente en Precauciones Estándares.

En contexto de Alerta Sanitaria por SarS-Cov2, es que la Intendencia de Prestadores, mediante Oficio Circular IP N°3, procedió a suspender los procesos de acreditación en trámite, en forma inmediata, a partir del 16 de marzo 2020 y dictó las instrucciones al efecto y en el Oficio Circular IP/N°4, de 18 de marzo de 2020, que complementó el anterior, además el 24 de junio 2020 mediante el Oficia Circular N° 46, donde dicta instrucciones sobre el procedimiento administrativo destinado a la inscripción transitoria en el registro de prestadores individuales de salud de los médicos titulados en el extranjero cuyo título no esté revalidado o habilitado en Chile, de conformidad a lo dispuesto en el Decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria y sobre la modificación o cancelación de tales inscripciones.

El 12 de agosto de 2020, la Superintendencia de Salud dicta Oficio Circular IP N° 13, el cual instruye respecto del alcance retrospectivo de las mediciones y constataciones para determinadas características y elementos medibles en los procesos de re acreditación que indica por parte de las entidades acreditadoras, el cual se complementa con el Oficio Circular IP N°16, del 4 de diciembre de 2020, que dispuso el progresivo y gradual levantamiento de la suspensión de los procedimientos de acreditación, reacreditación y de evaluación de los Planes de Corrección, basadas en el estricto respeto al principio de voluntariedad de los prestadores institucionales interesados en someterse a estos procedimientos durante este período de emergencia sanitaria, sólo cuando se estime que los prestadores institucionales se encuentren en condiciones de someterse a dichos procedimientos y sólo cuando

se cuente con el consentimiento previo expreso del prestador institucional respectivo.

A través de la Circular Interna IP/N°8, de 5 de marzo de 2021, se ha establecido nuevas designaciones aleatorias si el prestador desea incorporarse al procedimiento de designación aleatoria, siempre que se encuentre en una comuna en Fase 2 o superior del “Plan Paso a Paso y las evaluaciones presenciales en terreno deberán ser sólo en fase 3 o superior.

Con fecha 11 de marzo 2021, la Intendencia de Prestadores instruye a través de la Circular IP N° 50, a las Entidades Acreditadoras respecto de normas especiales y transitorias para aplicar en los procedimientos de acreditación y reacreditación que se ejecuten durante la vigencia del Decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre alerta sanitaria por coronavirus Covid-19. Se presenta una nueva Circular IP N° 53, con fecha 02 de Julio 2021 que sustituye la IP N° 50, dicta nuevas instrucciones a las entidades Acreditadoras.

El 10 de diciembre 2021 mediante el Oficio Circular IP N° 5 en el cual a partir del 31 de enero 2022 se dispone la expiración de la suspensión que afecta a los procedimientos de acreditación y re acreditación de todos los tipos de prestadores institucionales de salud, con la sola excepción de los prestadores institucionales de atención cerrada cualquiera sea su nivel.

Logros/Avances 2018-2021

- Durante el año 2019 fueron acreditados 9 establecimientos.
- Durante el año 2020, se acreditaron diez nuevos establecimientos de APS.
- En relación al año 2021, se acreditaron 2 establecimientos de atención primaria.
- Durante el segundo semestre del año 2021, además 4 de los 6 establecimientos de la red de atención primaria que se presentaron al proceso, acreditan con observación.
- Entre el periodo 2019 a 2021 se acreditaron 25 nuevos establecimientos, alcanzando un total de 49 establecimientos de APS acreditados entre los años 2013 y 2021:

Servicio de Salud	Establecimientos Acreditados (2013 - 2021)
Aconcagua	2
Aysén	0
Antofagasta	0

Araucanía Norte	0
Araucanía Sur	0
Arauco	0
Arica	0
Atacama	3
Biobío	0
Chiloé	0
Concepción	6
Coquimbo	1
Del Libertador B.O'Higgins	2
Del Maule	4
Del Reloncaví	0
Iquique	0
Magallanes	0
Metropolitano Central	1
Metropolitano Norte	0
Metropolitano Occidente	2

Metropolitano Oriente	7
Metropolitano Sur	3
Metropolitano Sur Oriente	1
Ñuble	8
Osorno	0
Talcahuano	5
Valdivia	4
Valparaíso San Antonio	0
Viña del Mar Quillota	0
Total	49

Durante los años 2020 y 2021, a raíz de la pandemia, se suspendió la evaluación del indicador 20.1 COMGES, debido a priorización de actividad asistencial y colaboración de los equipos de calidad en capacitación del personal en materias de IAAS y precauciones estándar, gestión de los EPP, atención de casos sospechosos y confirmados, desarrollo de protocolos atinentes, entre otros.

Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)

El programa MAIS nace como programa de reforzamiento de la APS (PRAPS), con el nombre Estimulo CESFAM, el año 2008 como apoyo al cambio de modelo de atención biomédico a uno con enfoque biopsicosocial, centrado en la familia, con una mirada sistémica sobre el proceso salud- enfermedad, orientada a una mejoría en la calidad de vida de las personas y comunidades. Con el fin de ir evaluando este paso se han diseñado instrumentos de certificación en el desarrollo del Modelo desde el año 2008, que posteriormente se han modificado conforme los avances de este, en el año 2009, el año 2014, en donde se origina el Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo de

atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria, siendo modificado 2020 y que se mantiene vigente.

El programa cuenta con 3 componentes:

Componente 1. Certificación de los centros de salud

El proceso de certificación tiene una vigencia de 2 años y consta de las siguientes fases; a) autoevaluación anual por los equipos del establecimiento, b) Evaluación bianual desde los Servicios de Salud y c) Elaboración de plan de mejora, conforme las brechas identificadas.

Se miden 9 ejes: Promoción, Prevención, Salud Familiar, Participación de la comunidad en salud, Calidad, Intersectorialidad y territorialidad, Gestión del desarrollo de las personas y de la organización, Tecnología y Centrado en atención abierta. Se obtiene un porcentaje en cada uno de ellos y un puntaje final.

La tabla siguiente muestra los centros que enviaron su autoevaluación al Servicio de Salud y aquellos que se han certificado, es decir que realizaron su autoevaluación y el Servicio de Salud realizó la Evaluación. Al igual que en otros ámbitos, el MAIS no estuvo ajeno a la pandemia y dicho proceso de certificación se vio mermado fuertemente en el año 2020, repuntando el año 2021, pero aun muy distante de lo realizado el año 2018. Ello dado principalmente porque el recurso humano fue reconvertido a otras funciones propias de la pandemia vigente en el país.

tabla 1. n° de establecimientos que realizan autoevaluación y certifican años 2018 al 2021

Establecimientos	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021
Con Autoevaluaciones enviadas	1496	1939	1110	1534
Con Evaluaciones Finalizados	471	816	96	370

Fuente: Plataforma MAIS

Componente 2. Plan de mejora

Los equipos de cada uno de los establecimientos participantes realizan un plan de mejora a dos años plazos para disminuir las brechas encontradas en el proceso de certificación, que se actualiza anualmente. El interés principal de esta evaluación es incorporarlos a un proceso de mejora continua y fomentar así una atención de calidad para las personas, familias y sus comunidades.

El plan de mejora que realiza cada establecimiento está orientado a subsanar las brechas de implementación del Modelo. Evaluaciones realizadas al respecto han permitido visualizar los planes de mejora dentro del contexto de subsanación de brechas en la implementación del MAIS en el país, en donde la mayoría de ellos están explicitados con consistencias, es decir, son planes que pueden seguirse y pueden servir para llevarse a la práctica de forma planificada y programática.

Componente 3. Estrategia de cuidado integral centrado en la persona en contexto de multimorbilidad

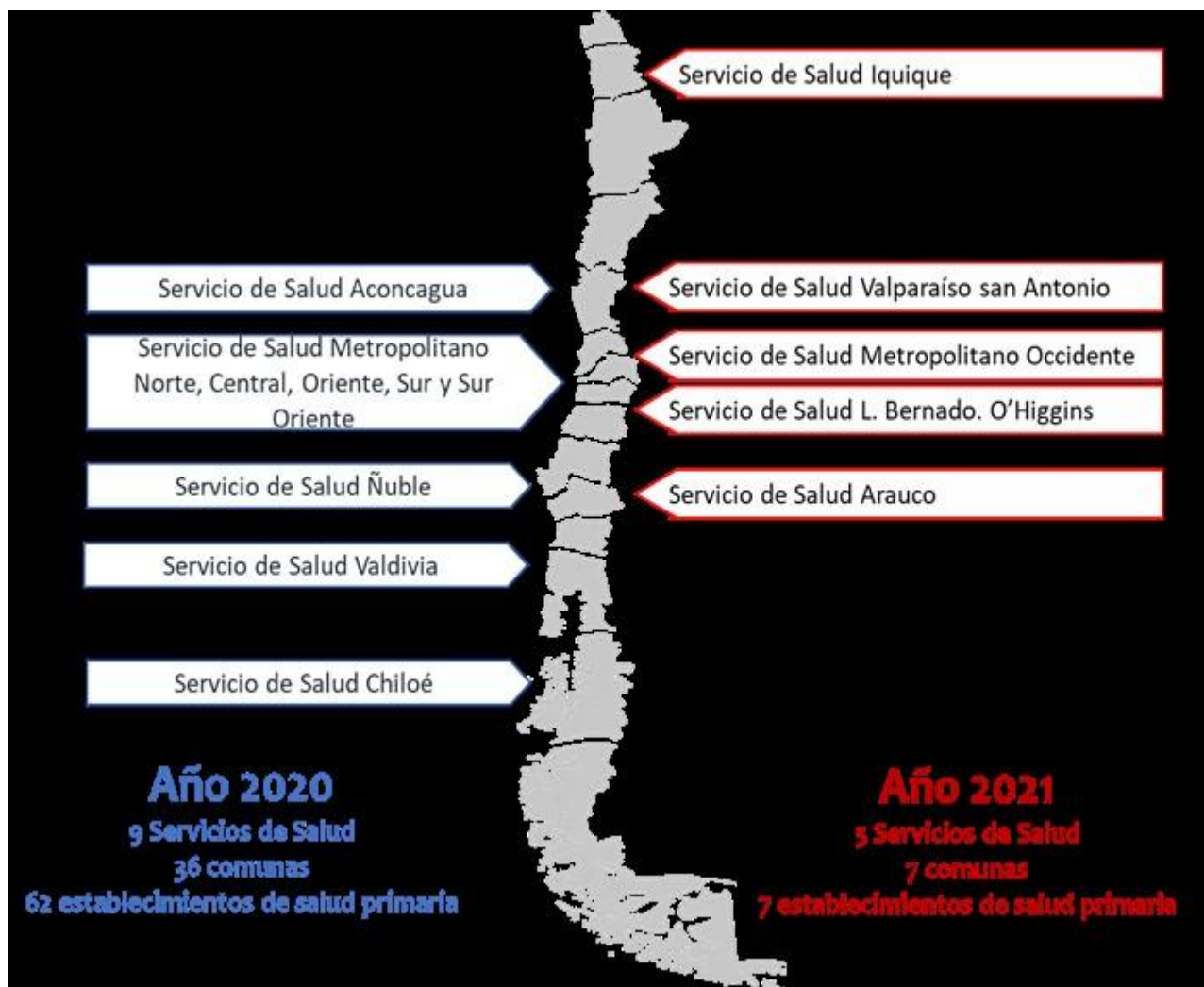
En Chile como en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema en aumento, tanto en magnitud como en complejidad, donde la mayoría de la población adulta presenta una o más condiciones crónicas; por lo que uno de los desafíos actuales de los sistemas de salud es cómo abordar la multimorbilidad. En Chile 11 millones de adultos de 15 años y más viven con 2 o más condiciones crónicas simultáneamente (ENS, 2017). Las personas con multimorbilidad, comparadas con quienes presentan sólo una condición crónica, tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. Ante esta situación, los sistemas de salud evidencian la fragmentación en la provisión de servicios, generada por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas. Y, todo ello, junto con incrementar el consumo de recursos sanitarios, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que atendemos y sus cuidados.

La idea fuerza de cambio de la ECICEP dice relación con pasar de la fragmentación por programas, patologías al cuidado integral centrado en la persona, a través de atenciones de salud diferenciadas de acuerdo con el nivel de riesgo de salud de cada persona. Esta clasificación es obtenida mediante un proceso de estratificación de riesgo (conteo simple ponderado de patologías crónicas) desarrollado en atención primaria y que está disponible en todos los centros de salud primarios, que cuentan con registro clínico electrónico. Este permite redireccionar los recursos sanitarios conforme dicho riesgo (G0; sin riesgo o sin riesgo identificado; G1 riesgo leve; G2 riesgo moderado; G3 riesgo alto).

La ECICEP viene a complementar el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria (MAIS) y está dirigida a la población de 15 y más años que se atiende en el sistema público de salud. La implementación incorpora cinco ámbitos principales de cambio, Estratificación de la población según riesgo; agendamiento y registro único integrado; cuidado integral centrado en la persona; continuidad del cuidado y de forma transversal releva la gestión del cambio

Esta inicia su proceso de instalación el año 2020, en el marco del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), incorporando financiamiento desde el tercer componente de dicho PRAPS. La implementación considera una instalación basal en todos los servicios de salud; sensibilización en la urgencia del cambio, el uso de la estratificación de la población y formación de los equipos. Así como también una escalabilidad progresiva, en

donde el proceso de incorporación a la ECICEP ha sido de carácter paulatino y voluntario. En la actualidad se han incorporado con recursos MAIS, a 14 servicios de salud, 43 comunas y 69 establecimientos a lo largo del país



Logros/Avances 2018-2021

- El compromiso de los equipos del país por llevar adelante esta tarea que no es solo la autoevaluación de los establecimientos y evaluación por parte de los Servicios de Salud, sino el acompañamiento de ellos en el desarrollo de su plan de mejora, en un contexto muy complejo de pandemia.
- Las alianzas para la evaluación en terreno, los equipos de los Servicios de Salud han tenido que buscar diferentes modalidades de trabajo, formando equipo con otros referentes, equipos informáticos o de participación, personal de las SEREMIAS, fomentando un trabajo transversal.
- Disponer de una plataforma de seguimiento del MAIS
- Elaborar el marco estratégico, conceptual de la Estrategia de cuidado integral centrado en la persona en contexto de multimorbilidad (ECICEP), que se sustenta en los 3 principios del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y el marco operativo que apoya su instalación. Inicio de su implementación con recursos asignados el año 2020.

- Incorporar al registro clínico electrónico (RCE) de los centros de salud primarios, la estratificación de su población según riesgo, el agendamiento según riesgo, las alertas de apoyo a la gestión clínica, el registro único integrado (RUI), que permite una visualización de las condiciones crónicas de la persona en contexto de multimorbilidad.
- Formación de 210 facilitadores de implementación de la ECICEP en Servicios de Salud y MINSAL.
- Elaboración de material audiovisual que apoya la sensibilización en la gestión del cambio.
- El diseño conjunto entre ambas subsecretarías de marco evaluativo de la ECICEP, basado en registro clínico electrónico.

Plan Nacional de Cáncer en Atención Primaria de Salud

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS), situación que también afecta a la población chilena, luego de las afecciones al sistema circulatorio y cardiovascular, y se proyecta que al principio de esta década, llegará a ser la primera causa de muerte en el país. El cáncer es un problema de salud pública que genera repercusiones sociales y económicas, que afectan a las personas, sus familias y comunidades, así como al sistema de salud y al país en su conjunto. En este contexto, el Ministerio de Salud ha priorizado al cáncer, realizando esfuerzos organizados y sostenidos que apuntan a la enfrentar esta enfermedad a través del Plan Nacional de Cáncer en el 2018, cuyo objetivo es “Disminuir la incidencia y morbimortalidad atribuible al cáncer a través de estrategias y acciones que fomenten la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, cuidados paliativos y seguimiento, mejorando la sobrevivencia de las personas con cáncer, favoreciendo su calidad de vida, y la de sus familias y comunidades”, que fue ratificada con la Ley nacional de Cáncer, promulgada en septiembre 2020, que otorgo un marco normativo a la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer.

El Plan Nacional se encuentra a cargo del Dpto. de Cáncer de la Subsecretaría de Salud Pública y en Atención Primaria nos comprometimos en las áreas que tienen relación con la pesquisa y prevención del Cáncer desde la creación de conciencia en la comunidad hasta la prevención de algunos cánceres de detección temprana como Cáncer Cérvico uterino y de mamas, Cáncer Gástrico entre otros; con actividades preventivas y con el fortalecimiento de factores protectores, como Exámenes Preventivos en curso de vida, Elige Vida Sana, Detección e intervención de Riesgo y derivación asistida, etc.

Para lo anterior, se incorporó equipamiento para apoyar el diagnóstico como en cáncer de mamas, con la instalación de mamógrafos móviles y fijos; instalación de toma de muestra de VPH en APS y la extensión de vacunación de VPH en niños. Además, hemos orientado el uso de los recursos de los programas de refuerzo en resolutivez e imágenes diagnósticas a la detección temprana de cáncer gástrico y biliar.

Logros/Avances 2018-2021

I. Tamizaje de cáncer:

1-. Mamografías: El tamizaje en la Atención Primaria se genera bajo la línea de los programas de refuerzo el PRAPS de Imágenes diagnósticas en el año 2005. Uno de sus fundamentos es la detección precoz y apoyo diagnóstico en el cáncer de mamas y en él la mamografía es el examen gold estándar para la detección del cáncer de mama. La cobertura ideal de mamografía vigente para disminuir la mortalidad es de un 80%.

La cobertura de mamografía vigente (mamografía en los últimos 3 años) respecto a la población femenina de 50-69 años inscrita y validada por FONASA es:

- Año 2019: 39,1%
- Año 2020: 34,6%
- Año 2021: 34,3%

2-. Detección de Ca. Cervicouterino:

El tamizaje de cáncer cervicouterino se realiza mediante el examen citológico papanicolau (PAP) en mujeres 25 a 64 años; es un examen de bajo costo, se realiza cada 3 años.

La cobertura se mide en base al N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente por 3 años, pero los resultados de cobertura han disminuido en el último periodo, por efectos de pandemia, según detalle:

- Año 2019: 56,17%
- Año 2020: 46,68%
- Año 2021: 42,89%

Durante el año 2020, la cobertura nacional disminuyó en 8 % que corresponde a 240.542 mujeres que perdieron vigencia durante este año, sumado a la pérdida de cobertura del año 2021. Lo anterior, ha mantenido a esta estrategia como una meta sanitaria de APA para alcanzar un 80% de cobertura.

3-. Detección de VPH

El virus papiloma humano (VPH) se transmite principalmente por vía sexual, es una infección muy común que se adquiere poco después del inicio de la vida sexual.

El Test de VPH se implementa de manera inicial en 13 Servicios de Salud : Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitano Central, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia y Osorno. En el primer año (2019) se establecieron los convenios de refuerzo del recurso humano en los niveles de salud primario (CESFAM, postas rurales y hospitales comunitarios) y secundario (10 laboratorios y Unidades de Patología Cervical) transfiriéndose \$1.754.2400.000 por subtítulo 22 y 24.

En su inicio de implementación 2019 -2020, la toma de muestra se implementa en 133 comunas alcanzando un 90 % de implementación comunal en los 13 S.S.

I. Exámenes Preventivos:

En atención primaria, el EMP es una meta que esta desglosada por rango etareo, lo que se sustenta en la realización de distintas estrategias de tamizaje y posteriormente el plan de acción; pero en el Plan Nacional de Cáncer no hay diferenciación de edad en EMP y por tanto, el análisis de los datos puede contener cifras sesgadas. Sumado a lo anterior, el examen preventivo del adolescente, evalúa otros factores de riesgo y protectores además de los incluidos en un EMP.

En atención primaria, los exámenes preventivos, incluyen consejerías en alimentación saludable, consejerías breves de cesación de tabaco, consejería en actividad física, entre otras.

Los EMP son evaluados periódicamente por indicadores de Atención Primaria, sin embargo los resultados de cobertura del último trienio se vieron afectados por la pandemia.

III. Otras estrategias

Respecto de otros Programas de refuerzo que tributan a la pesquisa y tamizaje de cáncer, podemos mencionar cáncer de vesícula, y cáncer gástrico, según detalle:

1-. Pesquisa Cáncer vesícula:

la prestación de ecotomografía abdominal a personas de 35-49 años preferentemente y de otras edades con sintomatología sugerente de patología de vía biliar, es financiada a través del programa de reforzamiento de atención primaria "Imágenes Diagnosticas", que tiene un presupuesto acotado para una determina cantidad de prestaciones; sin expansión presupuestaria para el año 2021.

2-. Pesquisa Cáncer gástrico:

La endoscopia digestiva es una prestación financiada en el programa de reforzamiento de Atención primaria "Resolutividad", que tiene un presupuesto acotado para una determina cantidad de prestaciones; sin expansión presupuestaria para el año 2021, también sujeta a la compra de servicios a terceros en las comunas.

En el año 2021, la producción de este procedimiento fue de 78.336 endoscopias, 106.06% mas de la programación de estos procedimientos a realizar durante el año.

Red de Alta Complejidad Oncológica

Plan Nacional de Cáncer

El propósito de la implementación del Plan Nacional de Cáncer y sus distintas líneas de acción, es avanzar en lograr una oportuna atención de esta patología en todo el país, abordando la situación con una mirada integral desde la salud pública, incluyendo la promoción de la salud y prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, otorgando un tratamiento adecuado, que también considere la necesidad de cuidados paliativos, el seguimiento y la rehabilitación; de modo de garantizar un acceso a la atención integral y transversal a nivel nacional.

Trasplante de Médula Ósea 2018: Se reorganiza el comité de Revisión de casos para Trasplante de Médula Ósea, (Res. Exenta N°320, 7 de marzo 2018) conformado por especialistas del ámbito Público-Privado, que sesionan semanalmente durante todo el año y funciona de acuerdo con Protocolo vigente. Por otro lado, se gestionaron los recursos financieros para realizar aquellos Trasplantes de Médula Ósea que no contaban con Donante Familiar Idéntico (100% Compatibilidad). La cantidad de trasplantes realizados en el año 2018 alcanzó un total de 192, de los cuales 110 se realizaron en el Hospital del Salvador, 42 trasplantes a beneficiarios de Fonasa realizados en Clínicas Privadas, 30 en el Hospital Dr. Calvo Mackenna y 10 en el Hospital Regional de Valdivia. Durante el año 2021, hubo 40 pacientes en Lista de Espera para requerimiento de Trasplante de Médula Ósea por falta de pago desde Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Estrategias de Gestión de la Red Oncológica - Junio 2018: Se inicia la implementación, elaborado durante el año 2017, con el objetivo de fortalecer la articulación de la red, se implementan 15 comités técnicos locales de los 29 Servicios de Salud, 4 Comisiones Oncológicas Macro regionales que agrupan a todos los Servicios de Salud que componen cada macro región, se logró contar con 5 Referentes Exclusivos Oncológicos y 7 gestores de casos de los 29 servicios de salud, destacando en esta implementación la Macro región Sur (Concepción, Biobío, Ñuble, Arauco, Talcahuano y Araucanía Norte) en su nivel de avance.

Durante el Año 2021:

- Implementación del Modelo de Gestión de la Red Oncológica.
- Referentes de cáncer nombrados por Resolución exenta en los 29 servicios de Salud.
- Consejos Técnicos locales en materias de cáncer funcionando en forma mensual en los 29 servicios de salud para seguimiento de indicadores del Plan Nacional de Cáncer y Modelo de Gestión de la Red.
- Reuniones macrorregionales oncológicas con Directivos de cada Servicio de Salud
- Incorporación de la figura de gestor de casos oncológicos, cuya finalidad es el seguimiento del paciente a través de la red propia y de referencia, en consonancia con el Art. 25 del Reglamento de la Ley de cáncer (Decreto 42)
- Incorporación de indicadores de gestión oncológicos en Compromisos de gestión (COMGES) destinados a disminución de listas de espera e implementación de modelo de gestión)

- Teleasistencia desde centros de mayor complejidad: Asesoría de expertos hematólogos, oncólogos, radioterapeutas, mediante la creación de tele comités con el objetivo de disminuir la derivación y apoyar a médicos de regiones, evitando el traslado de pacientes y entregando prestaciones o generando derivaciones oportunamente.
- Creación de comités oncológicos vía telemática, con apoyo desde el nivel central.
- Reducción de listas de espera quirúrgica oncológica y retrasos GES
- Estudio de oferta de prestaciones en todos los dispositivos de la Red (incluyendo APS) en cada una de las prestaciones de diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Incorporación de recursos por expansión presupuestaria 2018:

Se asignan recursos para la compra de equipamiento de Colonoscopia para 6 Servicios de Salud, los cuales fueron entregados a: Arica, Ñuble, Biobío, Osorno y Del Reloncaví.

Además, se aprobó la compra de 1 mesa estereotáxica para el Hospital de Valdivia.

Durante el año 2019, se asignan recursos para la ejecución 2019 asociados a la adquisición de 31 mamógrafos para distintos centros de Atención Primaria del País; equipamiento de reposición para la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital de Arica; 1 acelerador Lineal para Radioterapia para el Hospital Carlos Van Büren y otro para el Instituto Nacional del Cáncer; 1 equipo de SPECT CT para el Hospital San Juan de Dios en Santiago, 1 para para el Hospital Regional de Concepción y otro para el Hospital de Valdivia; un equipo de CT para el Hospital el Pino 21 de la comuna de San Bernardo en la Región Metropolitana, 1 para Osorno y otro para Puerto Montt; 1 mesa de Biopsia estereotáxica para el diagnóstico de Cáncer de mama para el Hospital Regional de Talca.

En mayo inicia funcionamiento Acelerador Lineal para Radioterapia de Hospital Van Buren (Reposición), realizando Radioterapia 3D conformacional y Radioterapia VMAT. Además, en el mes de abril comenzó la derivación por licitación FONASA de pacientes a Radioterapia 3D Conformacional y se inicia prestación de Braquiterapia de baja tasa en Hospital de Magallanes.

En el mes de agosto se inicia el funcionamiento del Laboratorio de Citometría de Flujo del Hospital Roberto del Río en la Región Metropolitana, y se reconoce como centro de referencia nacional para la realización de Inmunofenotipo de leucemias y linfomas pediátricos y/o enfermedad residual en cáncer Infantil, y en el mes de octubre el Servicio de Salud Biobío realizó una corrida en el contexto de la semana del Cáncer donde acompañan representantes del Minsal y donde participan más de 500 personas.

Durante el año 2020:

- Fortalecimiento de Unidades de Patología cervical (ST 21) para aumento de oferta de diagnóstico de Cáncer cervicouterino en establecimientos del nivel secundario de atención.
- Incorporación de equipos de colonoscopia mediante expansión presupuestaria DIGERA.
- Mejoramiento de Unidades de Anatomía Patológica con financiamiento para equipos y RRHH.
- Adquisición de 34 mamógrafos instalados en establecimientos de atención primaria y hospitales de baja complejidad del país.
- Fortalecimiento del RRHH para Unidades Oncológicas de distintos establecimientos del país en el:
 - 50 cargos de la ley 19.664
 - 18 cargos de la ley 15.076
 - 107 cargos de la ley 18.834

Año 2021:

- 71 cargos de la Ley 19.964
- 298 cargos ley 18834

Plan de recuperación de la actividad Oncológica en contexto de pandemia COVID 19, periodo 2020-2021

- Indicación de mantención de actividad oncológica, independientemente de la suspensión de cirugía electivas y otras indicaciones que restringieron la actividad.
- Derivación de pacientes a segundo prestador GES FONASA por garantías en riesgo incumplimiento e incumplidas.
- Se implementa la Red Nacional de derivación de pacientes con Leucemias Agudas.
- Aumento de oferta en centros de radioterapia mediante extensión horaria para dar respuesta a la lista de espera existente.
- Teleasistencia desde centros de mayor complejidad: Asesoría de expertos hematólogos, oncólogos, radioterapeutas, mediante la creación de tele comité.
- Elaboración desde DIGERA/MINSAL de documento de Resguardo de actividad Crítica, en la que se considera la actividad oncológica. La indicación en este documento es resguardar las camas de hematología para tratamiento de leucemias agudas y trasplante de médula ósea tanto de adulto como de niños.
- Convenio entre FALP - Fonasa y Minsal, en mayo 2020, en el que FALP dona \$MM1.000 para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer y requieran resolución quirúrgica, radioterapia y radiocirugía. Este convenio continúa hasta la fecha.
- Se realiza gestión de pacientes oncológicos centralizada, con la creación de un comité que prioriza la derivación de pacientes de acuerdo con criterios clínicos.
- Modificación transitoria de las Redes de Atención que permite implementar cartera de servicios de regiones principalmente y evitar la derivación a otras ciudades.

- Redes de derivación temporal de niños con diagnóstico de COVID en hospitales pediátricos exclusivos. (H. Calvo Mackenna, H. Exequiel Gonzalez, H. Roberto del Río). El objetivo es que estos centros mantengan su actividad de alta especialidad, por ejemplo, oncológica.

Aumento de oferta en la Red Pública

- En colaboración con Inversiones, realización de 36 EPH, que contribuye a mejorar la oferta mediante la instalación de equipos, infraestructura y RRHH.
- Extensión horaria en establecimientos que realizan Quimioterapia y Radioterapia.
- Aumento de oferta en centros de radioterapia mediante extensión horaria para dar respuesta a la lista de espera existente.

SALUD MENTAL

Salud Mental en la APS

El Programa de Salud Mental en APS se origina en el año 2008, momento en el cual se agrupan varios programas que se ejecutaban en APS: Depresión, Violencia Intrafamiliar, Alcohol y Drogas, entre otros. A partir de este momento, comienza a funcionar el Programa de Salud Mental Integral, el cual estuvo vigente hasta el año 2015, momento en el que se inicia la percapitación de este Programa.

A partir de entonces, los establecimientos municipales comienzan a financiarse a través del per cápita, y el Programa de Salud Mental en APS financia las acciones de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

Los componentes del programa refuerzan acciones de promoción de salud mental, prevención de salud mental asociado a algunas materias en específico (prevención del suicidio, violencia de género entre otras), y el componente de tratamiento. Junto a lo anterior, se enfatiza el trabajo colaborativo con grupos de autoayuda, y la realización de las consultorías de salud mental, importante estrategia de articulación de la Atención Primaria con el nivel de especialidad.

A partir del año 2020, en el marco de una expansión presupuestaria del Programa, se agrega un nuevo componente: Detección Temprana de trastornos de salud mental. Este componente está dirigido a establecimientos de atención primaria de dependencia municipal, y consiste en la realización de distintos tamizajes para detección temprana de problemas de salud mental entre los 18 meses y los 59 años, incorporando la consejería de salud mental y la referencia asistida en los casos que sea necesario. El año 2021 este componente está dirigido a 40 centros de salud, correspondientes a 28 comunas de 12 Servicios de Salud.

El año 2021, y en el marco de la estrategia Saludablemente, se incorporan recursos por más de 4 mil millones de pesos, los cuales se dirigen a las siguientes líneas estratégicas: Refuerzo de Recurso Humano para Centros de Salud Familiar (en modalidad de 22 y 44 horas), y la línea de Refuerzo Recurso

Humano para SAPU/SAR, en la cual se incorporan Duplas Psicosociales en 201 servicios de atención primaria de urgencia municipal. Ambas líneas se inician paulatinamente en los últimos meses del año 2021, por lo que luego de un período de instalación en los distintos territorios, se espera una implementación más avanzada para el 2022.

Logros/Avances 2018-2021

El Programa de Salud Mental en APS ha logrado un importante incremento de recursos en el periodo 2018-2021, debido a la expansión presupuestaria asignada al componente de Detección temprana de trastornos de salud mental en el año 2020, y a la incorporación de recursos de la estrategia Saludablemente en el año 2021. Esta expansión significó un aumento de aproximadamente un 80% del presupuesto del Programa. En cuanto a la detección temprana, el aumento presupuestario permitió aplicar más de 70.000 tamizajes entre los años 2020 y 2021, logrando instalar gradualmente y de modo transversal en los equipos de APS, prácticas de pesquisa temprana. Esta estrategia permite acercar acciones de prevención y el tratamiento a personas con problemas o dificultades de salud mental en fases menos agudas y/o no consultantes. De acuerdo a los datos aportados por esta estrategia, 3 de cada 10 personas con sospecha de padecer algún problema de salud mental, recibe confirmación diagnóstica del mismo y tratamiento oportunamente.

Por otro lado, en este período se afianzó la estrategia de Consultoría de Salud Mental, de manera presencial y remota. Este indicador se constituyó como Compromiso de Gestión a partir del año 2019, fortaleciendo el espacio y siendo priorizado por los Directivos de los Servicios de Salud.

Otro logro del período es el esfuerzo sistemático y sostenido de los equipos de salud en mantener los tratamientos a los usuarios del programa a pesar del contexto sanitario y las múltiples labores que asumió la Atención Primaria, reforzando estrategias como el uso de las tecnologías y visitas domiciliarias, entre otras. Se observa que el indicador de concentración de actividades no ha disminuido considerablemente en contexto COVID. Cabe resaltar que en la evaluación preliminar del año 2021 (Enero a Noviembre), se observan mejoras en la cobertura de aplicación de instrumento de evaluación, porcentaje de altas clínicas y en la concentración de controles de salud mental. Todos estos indicadores deben ser ratificados en la evaluación final del año 2021.

Por último, desde el año 2019 se encuentra en fase de desarrollo la iniciativa de rediseño de la estrategia de atención de salud mental en Atención Primaria, cuyo objetivo primordial es redefinir los tratamientos otorgados en salud mental, favoreciendo acceso, oportunidad y mejorando la calidad global de la atención entregada en el ámbito de salud mental. Los hitos cumplidos a la fecha son levantamiento de evidencia internacional y desde los territorios (situada), lo que corresponde al diagnóstico; diseño de instrumentos de evaluación y monitoreo, construcción de lineamientos para la implementación e implementación durante el año 2022.

Producción:

	2018	2019	2020	2021
Población Bajo Control	67.246	67.482	61.052	69.507
Personas que ingresan a intervención promocional	11.391	10.216	2.366	3.262
Personas que ingresan a intervención preventiva	22.711	20.367	3.765	4.652
Número de Instrumentos de evaluación de estado de salud mental aplicados al ingreso y al egreso	9.953	18.640	10.804	18.471
Cobertura de atención	32,80%	21,17%	20.06%	21,72%
Altas Clínicas	9.101	9.938	5.728	8.919
Porcentaje de Altas	S/I	13,55%	8,52%	11,51%
Controles de Salud Mental realizados	368.700	371.205	303.163	437.203
Concentración de actividades	4,71	5,06	4,51	5,64

Salud Mental en Atención Secundaria

En el año 2018, se oficializó el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, luego de un amplio proceso participativo. De este modo, se inició su proceso de implementación progresiva en la especialidad. Posterior a esto, se comenzó el proceso de actualización del diseño de la Red Temática de Salud Mental, mediante una mesa de trabajo de carácter nacional con los Servicios de Salud, junto a DIVAP y DIPRECE.

Al mismo tiempo, se avanzó en el cumplimiento de los compromisos del Acuerdo Nacional por la Infancia. El año 2018, se implementó el Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de; Arica, Antofagasta, Del Maule, Concepción, Del Reloncaví y Metropolitano Occidente; sumándose así a los Servicios de Salud de Coquimbo, Valparaíso - San Antonio,

Viña del Mar - Quillota, Valdivia, Magallanes, y Metropolitano Sur Oriente que el año 2017 comenzaron su implementación.

Además, se distribuyeron recursos para el fortalecimiento de dos Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) Infanto Adolescente en los Servicios de Salud de O'Higgins y Aysén, lo cual permitió aumentar la capacidad de ambas unidades. De igual manera, se asignaron recursos para la implementación de una nueva UHCIP Infanto Adolescente en el Servicio de Salud de Osorno.

Finalmente, se presenta Convenio de colaboración Técnica SENDA-MINSAL-SENAME protección, para brindar atención oportuna y de calidad para el abordaje de consumo de alcohol y otras drogas a NNA, vinculados a la red SENAME en la línea técnica de protección, a través del trabajo interinstitucional coordinado y eficiente.

El año 2019, se prioriza Salud Mental dentro de los Compromisos de Gestión (COMGES) con los 29 Servicios de Salud del país, incorporándose el proceso de Actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental.

Se siguió avanzando en el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional por la Infancia. Se implementó el Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de Iquique, Metropolitano Central, O'Higgins, Biobío, Araucanía Sur y Aysén.

El año 2020, se siguió avanzando en el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional por la Infancia, contando con una expansión presupuestaria que permitió la implementación de distintas estrategias. Por un lado, se continuó con la implementación al Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de Atacama, Araucanía Norte, Metropolitano Oriente y Sur.

Por otro lado, se otorgaron recursos para la implementación de dos nuevas UHCIP Infanto Adolescente en los Servicios de Salud de Arica y Metropolitano Sur Oriente. Además, se distribuyeron recursos para la instalación de los primeros cuatro Equipos Asertivos Comunitarios del país en los Servicios de Salud de Viña del Mar - Quillota y Valparaíso - San Antonio, una nueva estrategia que busca mejorar la atención ambulatoria para poblaciones específicas (infanto adolescente en este caso) que requieren intervenciones de mayor intensidad y frecuencia, con un fuerte componente de atención en su lugar de residencia.

Finalmente, se fortalece la Psiquiatría de Enlace con foco en población infanto adolescente con un equipo para el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y un equipo para el Servicio de Salud Coquimbo.

En el contexto de la pandemia COVID-19, se lanzó la iniciativa presidencial Saludable-Mente. A nivel de fortalecimiento de la oferta en Salud Mental de especialidad, se trabajó y se aprobaron recursos presupuestarios para cuatro estrategias a implementar durante el año 2021:

- Implementación de Psiquiatría de Enlace y Psiquiatría en Urgencias en 27 Hospitales de alta complejidad de la red de salud.
- Implementación del modelo de gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) e implementación de dos Centros de Salud Mental Comunitaria (SS Atacama y Osorno).
- Fortalecimiento de 80 equipos de la red ambulatoria de especialidad de Salud Mental del país.
- Fortalecimiento de los equipos de mesogestión en los 29 Servicios de Salud en la estrategia de gestión de la complejidad y prevención de suicidio.

Además, se implementó en el periodo de pandemia un sistema de monitoreo a toda la red temática de Salud Mental especialidad abierta y cerrada, orientando la toma de decisiones basadas en la información reportada por los equipos de atención y los Servicios de Salud.

Se potencia a través del Programa ley de Alcoholes el fortalecimiento de estrategias para personas que son beneficiarias por la ley N°19.925, como para los usuarios que presentan consumo de alcohol y drogas en el contexto pandemia por COVID-19.

Finalmente, se generaron lineamientos técnicos para la atención de Salud Mental de especialidad en el contexto de pandemia.

El año 2021, se inició la implementación de las cuatro estrategias desarrolladas en el contexto de la iniciativa presidencial Saludable-Mente, basada en la Expansión Presupuestaria Saludablemente, lo cual implicó una inyección de 391 nuevos cargos a la Red Temática de Salud Mental, además de la asignación de recursos para gasto operativo y atención remota.

Con relación al ANPI se asignaron recursos para el fortalecimiento de un Centro de Salud Mental Comunitario en el Servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio y para un Hospital de Día Infanto Adolescente en el Servicio de Salud Valdivia. Además, se fortaleció el equipamiento de distintos dispositivos en los Servicios de Salud Metropolitano Oriente, Sur Oriente, Ñuble, Osorno y Valparaíso - San Antonio.

Se avanzó en el fortalecimiento de la red asistencial respecto a atención abierta en salud mental (CSMC, consultas ambulatorias de especialidad y hospital de día) mediante la puesta en marcha de 5 hospitales: Félix Bulnes, Pitrufquén, Curicó, Angol, Bi-Provincial Quillota - Petorca.

Se implementaron nuevas Unidades de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría en 5 hospitales: Pitrufquén (16 camas); Bi-Provincial Quillota-Petorca (24 camas); Carlos Cisternas, Calama (3 camas); Provincial de Curicó (10 camas) y Ovalle (16 camas). Además, comienzan proceso de desarrollo las Unidades de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría en 7 hospitales: Melipilla (20 camas); Las Higueras (30 camas); Provincial Marga Marga (24

camas); Quellón, Provincia De Chiloé (6 camas); Claudio Vicuña, San Antonio (16 camas); Gustavo Fricke (33 camas) y Alto Hospicio (6 camas).

Se inicia mesa de trabajo nacional con referentes territoriales para el proceso de Reformulación de Hogares y Residencias Protegidos con Recomendación Favorable y paralelamente se ha avanzado en la Reformulación Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia con Recomendación Favorable, ambos desde el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Se inició etapa de cierre del proceso de Actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental, incorporando la estandarización de requerimientos de proyectos de inversión.

Se inicia trabajo respecto a las condiciones contractuales y requerimientos técnicos que se enmarcan en Convenio de colaboración técnica y Financiera SENDA-MINSAL, identificando nudos críticos y desarrollos estratégicos con los referentes de los 29 Servicios de Salud.

Se continuó con el sistema de monitoreo de la Red Temática de Salud Mental de Especialidad en contexto Covid-19 y se elaboró en conjunto con DIVAP y DIPRECE un Informe Nacional Funcionamiento de la RTSM en Contexto COVID-19/2020. Al mismo tiempo, se trabajó en conjunto con DIPRECE y DEIS en la creación del Registro de Atención Diaria de Urgencias para Trastornos Mentales (F00 -F99) y Lesiones Auto infligidas Intencionalmente (X60-X84) en plataforma SADU.

Participación de la Comisión del Cuidado del Personal de Salud, instancia dependiente de la Mesa Técnica de Salud Mental en la gestión de Riesgos de Desastres, con el objetivo de otorgar asesoría técnica a las autoridades y en la coordinación de acciones orientadas al cuidado y protección de la Salud Mental del personal de salud.

Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (dir)

El programa de detección, intervención y referencia asistida en alcohol, tabaco y otras drogas (ex vida sana alcohol), en adelante DIR, se implementa desde el año 2011 bajo el modelo de intervenciones breves para reducir el consumo de riesgo, recomendado por la Organización Mundial de la Salud desde comienzos de siglo, para ser implementado en la atención primaria de salud (Babor et al, 2001a; Babor et al, 2001b; Anderson et al, 2008).

Desde su instalación ha crecido progresivamente. Su expansión se ajustó a la disponibilidad presupuestaria y tuvo como principal criterio el tamaño de la población usuaria, cautelando también la representación de los servicios de salud con comunas de poblaciones pequeñas.

Este programa se enmarca dentro del eje sanitario N°3 de la Estrategia Nacional de Salud, el cual busca “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo, asociados a la carga de enfermedad de la población” (MINSAL, 2011a), anticipándose al desarrollo de la enfermedad y enfrentando los factores de riesgo a través de estrategias vinculadas a la prevención y promoción.

Para dar cumplimiento a sus objetivos, se establecen tres componentes y sus indicadores asociados, a saber: Aplicación de un tamizaje para evaluar el patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, diferenciado para adolescentes y adultos; la realización de intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de riesgo, conforme los resultados de la evaluación del patrón de riesgo de previo, esto es, intervenciones breves para adultos e intervenciones motivacionales para adolescentes; y, por último, la referencia asistida de las personas que presenten consumo de alcohol y/u otras drogas de alto riesgo.

Una de las principales orientaciones proporcionadas a los equipos apunta a que las intervenciones sean realizadas por los equipos de salud de los establecimientos de APS - tanto profesionales como técnicos capacitados en el modelo de intervención breve - en el marco de acciones regulares de salud como EMP, control de salud integral del adolescente, control de embarazo, control de enfermedades crónicas, consultas de morbilidad, acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud, etc.

Para el presente período, el programa establece como propósito contribuir a elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/ los adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores.

Logros/Avances 2018-2021:

- En el año 2018, se incorporan al EMP y EMPAM, la aplicación del cuestionario ASSIST y CRAFFT para la pesquisa de alcohol, tabaco y otras drogas. A partir de ese año, se encuentran incorporados todos los instrumentos de tamizaje de consumo en coherencia con el PRAPS DIR.
- En el año 2019 se incorpora al PRAPS Espacio Amigable, la aplicación del instrumento CRAFFT.
- En el año 2020 se incorpora la aplicación del instrumento CRAFFT al Control de Salud Integral del Adolescente y se incorporan sus preguntas a la ficha CLAP. Esto permite fortalecer el desarrollo técnico del programa en el curso de vida adolescente.
- El año 2020, a partir de una mesa de trabajo, se realiza una modificación del PRAPS, separando los tramos etarios de aplicación de tamizajes. Lo anterior, tiene por objetivo focalizar la intervención en poblaciones que según prevalencias vigentes, presentan mayor consumo de riesgo de sustancias.
- En el año 2020, tras el inicio de la pandemia, el programa DIR se reconvierte rápidamente a realización vía remota. Para esto, se elabora el documento técnico “Recomendaciones para el abordaje del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el contexto COVID 19. Realizado

entre DIPRECE y DIVAP. Además, se realiza capacitación mediante zoom para socializar el documento.

- Aumento de cobertura en las comunas que implementan el programa. El año 2018, el programa estaba en 173 comunas. Al año 2021, el programa se encuentra en 186 comunas.
- Durante los años 2018 y 2019, se fortaleció la estrategia de formación de competencias en el marco del programa DIR, capacitando a 1.000 funcionarios por año. Los años 2020 y 2021, producto de la pandemia, las capacitaciones se realizaron vía remota. En este punto, los años 2019 y 2020, sumado a las capacitaciones del programa, se realizaron los cursos gestionados “Conocimiento y Herramientas para la detección intervenciones breves y referencia a tratamiento de consumo de alcohol y drogas”, de 120 horas de duración, en el cual participaron 300 personas por año. El año 2021, comprendiendo la necesidad de dar continuidad al programa y de transversalizar conocimientos de la estrategia DIR, se realiza capacitación a 550 funcionarios de la red.
- Durante los años 2018 y 2019, se observó un significativo aumento de la cobertura de tamizajes por consumo de sustancias, observándose una disminución en el contexto de pandemia.

Producción:

Nº intervenciones	2018	2019	2020	2021
Evaluación por patrón de consumo	1.268.401	1.509.115	507.206	802.230
Intervenciones Breves	75.854	88.585	28.397	42.909
Referencia Asistida	27.259	26.869	9.041	12.688

Programa Campaña de Invierno

La Campaña Invierno consiste en el refuerzo asistencial en todos los niveles de atención por el aumento estacional de patologías respiratorias, con personal profesional y técnico especializado, contratado transitoriamente; aumento en la disponibilidad de fármacos y de la capacidad de diagnóstico etiológico. Un segundo aspecto de la Campaña consiste en el uso de los medios de comunicación para orientar a la comunidad sobre factores de riesgo, oportunidad y direccionalidad de la consulta. Se constituye a través de un trabajo conjunto entre DIGERA y DIVAP de la Subsecretaría de Redes Asistenciales con el apoyo de la Subsecretaría de Salud Pública, SEREMIS, ISP, CENABAST.

Para el refuerzo de la capacidad de atención por causa respiratoria en Campaña de invierno, tanto a nivel primario como secundario, se realiza

transferencia de recursos desde el nivel central a los establecimientos de atención primaria municipalizados y dependientes de servicios de salud, así como a los hospitales que conforman la Red Asistencial a través de los 29 Servicios de Salud quienes constituyen la población potencial y objetivo del programa.

La campaña de invierno se implementa desde el año 1994.

Para los establecimientos de atención primaria tanto municipales como dependientes se transfieren recursos para reforzar atención de morbilidad respiratoria (contratación de médico/a - kinesiólogo/a- enfermero/a) para CESFAM, dispositivos de urgencia, atenciones domiciliarias y profesionales de enfermería y TENS para vacunación anti-influenza.

Los recursos también están destinados a compra de fármacos, insumos clínicos y de laboratorio y equipamiento menor así como la contratación de movilización para actividades extramurales (atenciones domiciliarias, vacunación en establecimientos educacionales u otros).

Los resultados se evalúan en relación a los siguientes indicadores:

- Porcentaje de atenciones de urgencia por causa respiratoria durante la campaña de invierno (abril a Septiembre) del año t.
- Variación porcentual de pacientes con indicación de Hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) que acceden a cama de dotación en tiempo menor o igual a 12 horas.

La campaña de invierno, anualmente presenta dificultades en la entrega de los recursos. Lo anterior, debido principalmente a la oportunidad con que los Servicios de Salud envían la planificación respectiva; a la premura con que los Servicios de Salud firman los convenios con el Ministerio de Salud y a la oportunidad con que los Servicios de Salud envían la evaluación de la planificación y sus rendiciones de gastos en campaña. Desde la referencia técnica de la campaña en Atención primaria, se debe asumir temáticas que tienen relación al ámbito administrativo y financiero para resolver, en la medida de lo posible, que los recursos sean transferidos en la oportunidad que son requeridos.

La campaña de invierno ha sido revisada en sus procesos por auditoría interna, como parte del plan de mejora continua.

Logros/Avances 2018-2021:

Durante el año 2018 las atenciones de urgencia por causa respiratoria durante el período de campaña de invierno aumentaron en un 32,9% respecto al promedio anual.

En el año 2019 el aumento de consultas por causa respiratoria durante campaña de invierno alcanzó un 47,4 %. Ambas condiciones de exceso de consultas son resueltas por personal y recursos de refuerzo asociado a la campaña.

El año 2020 está marcado por la aparición del SARSCoV2 y la pandemia COVID 19. Los períodos de confinamiento, el distanciamiento físico el uso de mascarillas y EPP y la disminución de actividades escolares y masivas resultaron en disminución los virus habituales durante el invierno por lo que disminuyeron drásticamente las consultas por estas causas respiratorias en dispositivos de urgencia y establecimientos de atención primaria. Durante el año 2021 la situación se mantuvo de manera similar sin embargo dado el levantamiento de las medidas de confinamiento y aumento de actividades económicas, escolares y laborales se observó durante todo el año 2021 una tendencia al alza de atenciones por causa respiratoria en dispositivos de urgencia, lejos aún de la situación pre-pandemia.

En este contexto se instruyó a los Servicios de Salud que los recursos de campaña de invierno pudiesen complementar los recursos transferidos para estrategias de respuesta de la APS a la pandemia (atenciones domiciliaria, refuerzo de salas IRA y ERA, refuerzo de dispositivos de urgencia).

Tabla comparativa atenciones en dispositivos de urgencia por causa respiratoria y COVID 19

Años 2018-2021

Año	Atenciones Respiratorias Totales	Atenciones Respiratorias Influenza	Atenciones Respiratorias Neumonía	Atenciones COVID 19
2018	4.862.975	69.111	173.752	0
2019	4.986.049	95.320	179.704	0
2020	1.251.337	10.028	55.297	1.040.777
2021	1.374.944	7.895	52.937	2.069.209

Por otra parte la campaña de invierno hasta el año 2020 era categorizada como Iniciativa social por parte del Ministerio de desarrollo social y Familia. Durante el año 2021 se presentó a proceso ex ante para reformular su diseño incorporando componentes de nivel secundario como Hospitalización y Vigilancia Epidemiológica obteniendo Recomendación Favorable.

Durante este período también es necesario mencionar que se obtuvo aumento de recursos para los años 2020 y 2021 disminuyendo los recursos que debía

aportar la DIVAP con recursos propios a través de proyectos Apoyo a la Gestión Local (AGL) o Apoyo a las Acciones en Salud presentados por las comunas o Servicios de Salud, cuyo otorgamiento dependían de la disponibilidad presupuestaria no estando asegurados anualmente.

Donación, Procuramiento y Trasplante.

En el año 2018 se modificó la Ley de Trasplantes que se encontraba vigente, buscando regularizar el Registro de No Donantes y delimitar el rol de la familia en los procesos de decisión sobre la donación de órganos del fallecido. Esta modificación legal, fué publicada en el Diario Oficial el doce de marzo 2019, por lo cual, el citado listado se redujo de aproximadamente cuatro millones de personas previamente inscritas, a unas cuantas decenas de miles.

Desde entonces, la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos (CNPT) mantiene continuas capacitaciones a las Coordinaciones Locales de Procuramiento intrahospitalarias (CLP) y al personal sanitario, de establecimientos públicos y privados, con el objetivo de establecer la forma en que se debe acompañar a las familias y el reconocimiento de éstas a la condición de donante del paciente, ante la evolución a muerte por criterio neurológico.

De acuerdo con lo anterior, la CNPT ha emanado desde el año 2020, directrices a través de la Guía Clínica de Abordaje a Familias de Donantes y No Donantes en contexto de Muerte por Criterio Neurológico.

Es así como el año 2019 se convierte, desde la perspectiva del total de donantes efectivos y de los trasplantes efectuados, en el mejor año desde la creación de la CNPT (2011), superando al año 2017. Con esas cifras, la tendencia parecía ir al alza y la actividad registrada en el año 2018 solo representaba una caída puntual, más aún cuando el inicio del año 2020 se veía auspicioso con respecto a la actividad generadora de donantes (y con ello, un aumento en el número de trasplantes), Gráfico N°1.

Lo observado durante los primeros meses del año 2020 muestra una tendencia similar, e incluso superior, a lo registrado para el 2019, sin embargo, la pandemia comenzó a afectar la actividad en mayo de ese año, Gráfico N°2.

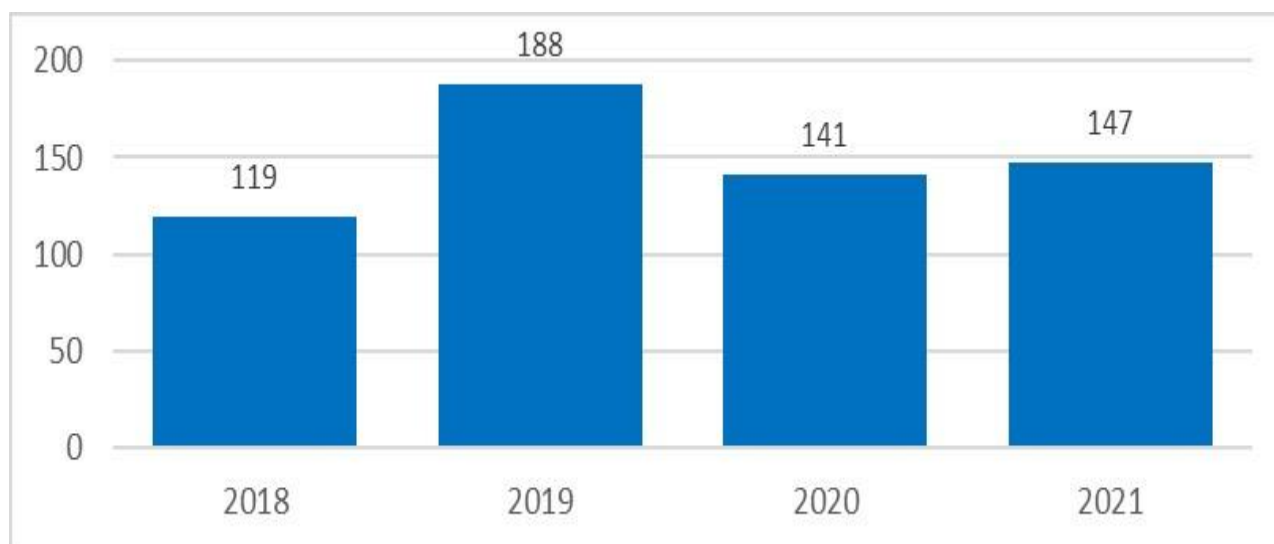


Gráfico N°1: Número de donantes, años 2018 -2021

Fuente: Sistema Integrado de Donación y Trasplante, SIDOT. Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante, 2021.

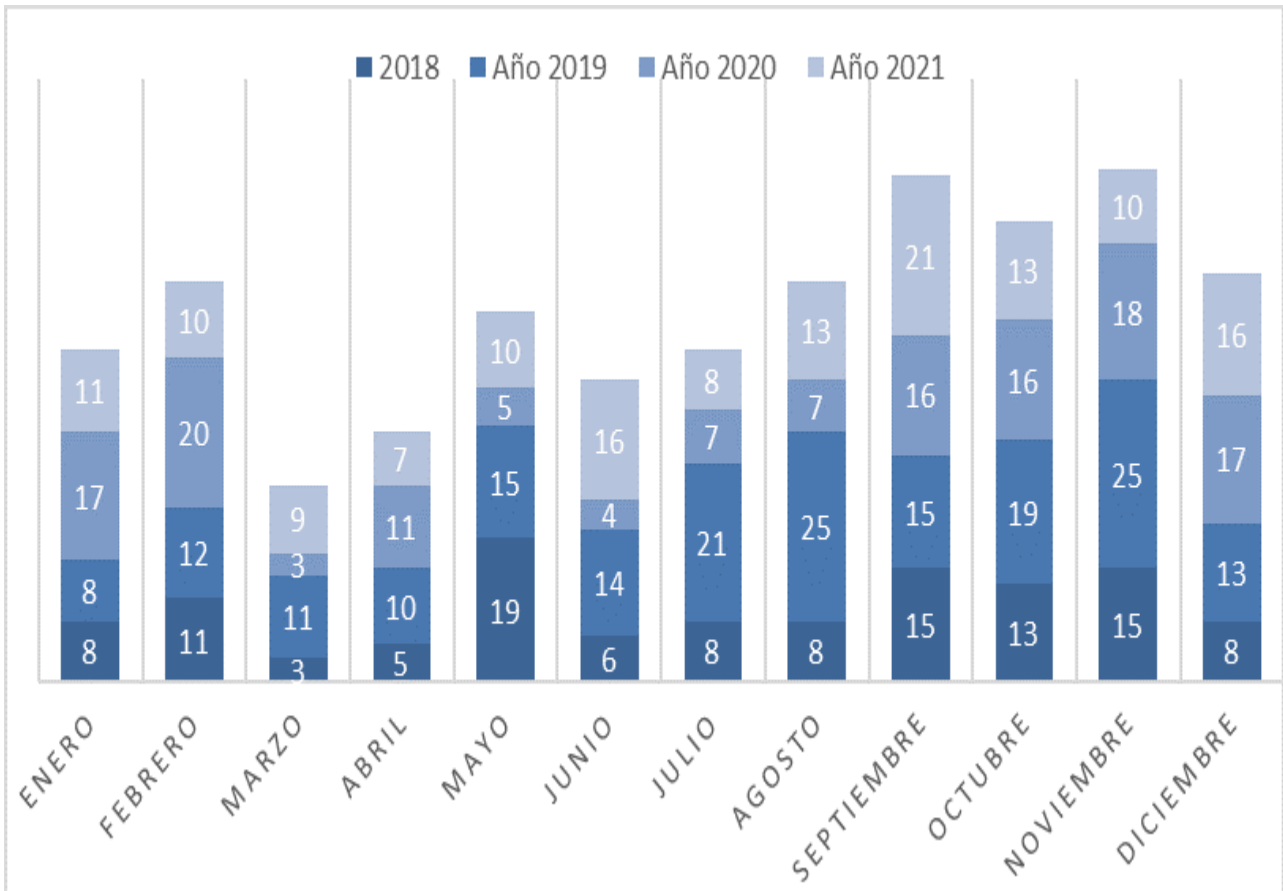


Gráfico N°2: Número de donantes por mes años 2018 -2021

Fuente: Sistema Integrado de Donación y Trasplante, SIDOT. Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante, 2021.

El fortalecimiento continuo de la CNPT a la red de Coordinaciones Locales de Procuramiento, ha permitido sostener la actividad durante la pandemia y, aunque reducida, ha logrado obtener órganos y en algunos casos tejidos, destinados a responder a las demandas de las listas de espera y a subsanar urgencias relacionadas con insuficiencias de presentación hiperaguda y fulminante, Gráfico N°3.

Constituyen factores importantes, que durante este período (2018-2021) han permitido mantener activo el proceso de generación de donantes, los siguientes recursos:

- Indicador BSC C.3.1: Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes de órganos en UPC y UEH adulta y pediátrica.
- Indicador Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles y potenciales donantes de órganos en UPC de centros privados.
- COMGES: “Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica” en los centros de salud con capacidad de generar donantes.



Gráfico N°3: Número de trasplantes por año, 2018 -2021

Fuente: Sistema Integrado de Donación y Trasplante, SIDOT. Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante, 2021.

Es importante analizar la actividad de trasplante en algunos órganos en particular, destacándose la actividad del año 2021 en cuanto al total de trasplantes cardíacos, pulmonares y hepáticos realizados. No obstante, la caída del total de trasplantes renales propone el establecimiento de nuevas estrategias por parte de la CNPT, para dar respuesta a la demanda, expresada por una lista de espera de alrededor de 1.900 pacientes, Tabla N°1.

TRASPLANTE	2018	2019	2020	2021
TOTAL	349	533	358	351
Cardíaco	30	45	17	28
Pulmonar	13	21	20	22
Hepático	87	145	104	108
Pancreático	7	11	5	3
Renal	212	311	212	190

Donantes efectivos	119	188	141	147
---------------------------	------------	------------	------------	------------

Tabla N°1: Número de órganos trasplantados por años 2018 -2021

Fuente: Sistema Integrado de Donación y Trasplante, SIDOT. Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante, 2021.

Durante el período 2018 a 2021, se han implementado importantes desarrollos en materia de gestión de registros, mejorando el seguimiento y la trazabilidad de los donantes y receptores de órganos y tejidos en el sistema informático SIDOT. A partir de estas mejoras, es posible obtener importantes datos estadísticos relacionados con la sobrevida, mortalidad, pérdidas de injertos, entre otras importantes variables.

Otro importante avance concretado durante este periodo ha sido el aumento progresivo de la notificación, pesquisa y seguimiento de posibles y potenciales donantes, Tabla N°2.

	2018	2019	2020	2021
Pesquisa	705	720	866	1.145
Notificación	880	1.707	1.748	2.231
TOTAL EN SEGUIMIENTO	1.585	2.427	2.614	3.37

Tabla N°2: Número de pacientes pesquisados y notificados por año, 2018 -2021

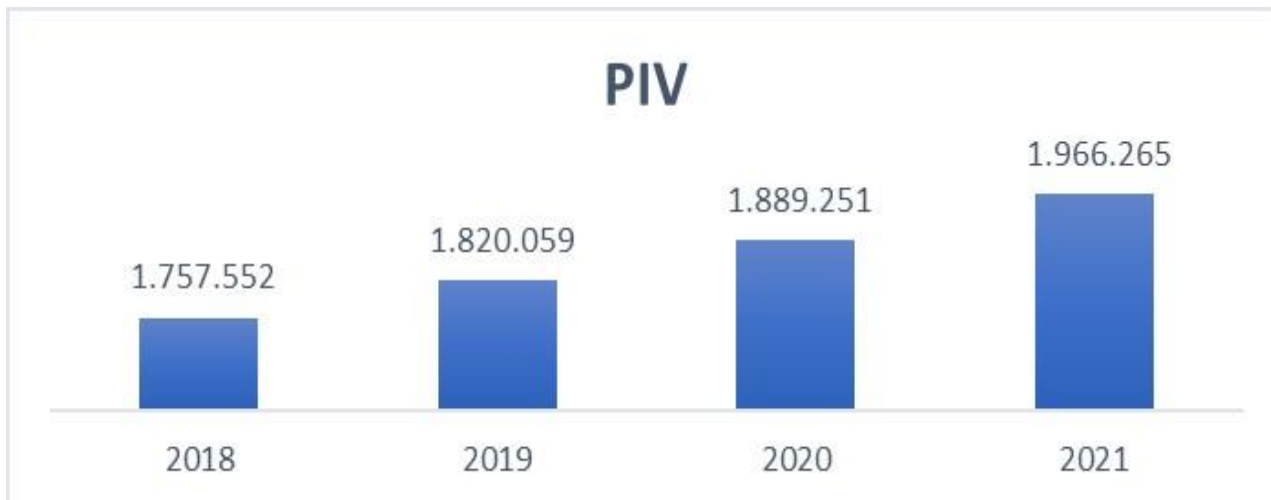
Fuente: Sistema Integrado de Donación y Trasplante, SIDOT. Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante, 2021

Si bien la pandemia afectó la actividad producto del fuerte requerimiento de redireccionar los recursos para la resolución y tratamiento de los pacientes en insuficiencia respiratoria aguda grave a causa del SARS-CoV-2, de ninguna manera implicó suspender el proceso de notificación, pesquisa, seguimiento de posibles y potenciales donantes y la generación de donantes efectivos en los centros asistenciales de la red.

Curso de Vida de Personas Mayores

Personas Mayores en Atención Primaria de Salud

La Población Inscrita Validada de Personas Mayores de 65 años y más en Chile, ha tenido un aumento significativo durante los últimos 4 años, correspondiendo a un 11,4 % de la población total estimada a través del CENSO en el año 2017. La tabla muestra la distribución de población inscrita validada de 65 años y más durante los últimos 4 años.



Fuente: Población inscrita validada 2018, 2019, 2020 y 2021

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances de la geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño.

Esto ha llevado a que el Ministerio de Salud haya instalado, ya hace una década, la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable.

A partir de esta medición, donde cada persona mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteo articular.

Es así como el Programa tiene como visión que las personas mayores de 65 años permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida.

Objetivos Específicos:

1. Actuar como contraparte técnica del curso de vida de Personas Mayores y sus procesos transversales.
2. Colaborar en la gestión y supervisión de las políticas y planes en el ámbito del adulto.

3. Coordinar y articular con los distintos referentes DIVAP e interministeriales en pro del buen desarrollo de políticas e implementaciones del adulto.
4. Fortalecer el trabajo en red en el curso de vida de personas mayores.
5. Realizar acompañamiento técnico para que los equipos de salud de atención directa a personas mayores que desarrollen actividades orientadas a la ejecución de acciones relacionadas con la promoción de la salud, intersectorialidad, interculturalidad y gestión territorial.
6. Apoyar a otras Divisiones en el fortalecimiento de prestaciones enfocadas a las personas mayores, entregando una mirada territorial desde la implementación y ejecución de las distintas actividades en la red de atención primaria.
7. Identificar los desafíos en el trabajo en red en el curso de vida de personas mayores desde el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.

Dentro de las orientaciones destinadas a APS:

- Mejorar el acceso, cobertura y calidad del Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores en la atención primaria de salud, favoreciendo la detección precoz del riesgo de pérdida de la funcionalidad.
- Identificar criterios de calidad que aseguren una atención acorde a las necesidades de las personas mayores.
- Identificar el proceso de atención de las personas mayores, resguardando una atención integral e integrada, en forma oportuna y de manera multidisciplinaria para mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia.
- Incorporar herramientas técnicas que permitan la atención en salud según condición de funcionalidad de las personas adultas mayores, favoreciendo el diagnóstico oportuno y de calidad.
- Implementar planes de atención acorde a los hallazgos detectados resguardando la continuidad de los cuidados.

Proceso de atención de las Personas Mayores en Atención Primaria:

Los procesos de atención hacia las personas adultas mayores realizados actualmente en atención primaria se inician con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), el que está dirigido a todas las personas de 65 años y más.

Considerando que la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011- 2020, en las personas mayores, tiene como objetivo la mantención de la funcionalidad, para prevenir la discapacidad y la dependencia, se hace necesario plantear o reconstruir nuevas estrategias de intervención que sean costo-efectivas, que involucren las acciones y/o prestaciones ofrecidas actualmente por la red asistencial, en especial la atención primaria en la atención de este grupo de personas.

En el proceso de atención, la Valoración Integral de Salud de la Persona Adulta Mayor en Atención Primaria, ha sido definida como “el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales de la persona adulta mayor, mediante una evaluación clínica, mental, social y funcional, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente”.

La importancia de monitorear la cobertura de EMPAM genera resultados a largo plazo en la salud de la población de mayor edad, disminuyendo la pérdida de funcionalidad y fomentando la autonomía de la población mayor.

■ Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Corresponde a una intervención promocional y preventiva para las personas de 60 años y más, mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y el trabajo intersectorial, abordando diferentes aspectos involucrados en la condición funcional de las personas mayores como son la práctica de actividad física, prevención de caídas, estimulación cognitiva, habilidades de autocuidado y estilos de vida saludable, mejorando la capacidad individual, organizacional e intersectorial para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada localidad donde se implementa.

■ Seguimientos ELEAM

De acuerdo con SENAMA, los establecimientos de larga estadía para la persona mayor (ELEAM) son residencias o centros de apoyo, que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de la salud y funcionalidad de quienes lo integran. A 2021 se cuenta con 1224 ELEAM Abiertos a nivel nacional.

Debido a la contingencia, a lo largo del año 2020, el programa de personas mayores en conjunto con SENAMA se elabora la Guía práctica de manejo COVID-19 en establecimiento de larga estadía para adultos mayores (ELEAM).

A nivel país a APS cuenta con el seguimiento y acompañamiento centros de larga estadía con el objetivo de pesquisar a tiempo alteraciones de salud y tener a la población bajo control.

■ Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.

Corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en las personas con dependencia severa: física, psíquica o multidéficit y su cuidador. Un 24% de los mayores de 60 años tiene algún nivel de dependencia Y un 50 % de ellos, la dependencia es severa el cual corresponde a 330.347 personas.

A nivel nacional el 70,5% de población total del programa de dependencia severa, corresponde a personas mayores de 65 años y más. Además, se puede apreciar un aumento sostenido y significativo en el tiempo en las cifras de personas mayores con dependencia severa. Un factor importante que considerar en este número es el asociado a la actual pandemia, debido al tiempo de disfuncionalidad que produce en este grupo etario, quedando con secuelas de diverso tipo perdiendo su autonomía y autovalencia en gran parte.

- Implementación de entrega de medicamento a domicilio en contexto Pandemia.

Tiene como objetivo mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los tratamientos farmacológicos, evitar el no cumplimiento y mejorar la adherencia. Se enfoca en las personas mayores con dependencia severa a través de la entrega de medicamentos en domicilio.

Su implementación disminuye los costos y tiempos de las gestiones realizadas por cuidadores y/o representantes en establecimientos de salud de Atención Primaria relacionadas con los traslados y retiro de medicamentos en establecimiento APS.

La entrega de medicamentos se puede realizar en la residencia particular de la persona, Establecimientos de Larga Estadía del Servicio Nacional del Adulto Mayor (ELEAM), o en Centros Diurnos del Servicio Nacional del Adulto Mayor, a través del programa FOFAR:

- Plan Nacional de Demencia:

El 1 de julio de 2019 se promulga el nuevo Decreto GES N°22, el cual incorpora como problema de salud N°85 la enfermedad de Alzheimer y otras demencias; garantizando que todas las personas afectadas por esta enfermedad accedan a diagnóstico y tratamiento.

La Atención Primaria realiza el diagnóstico y entrega el tratamiento de las demencias leves y moderadas, considerando prestaciones tales como las consultas médicas y de otros profesionales (psicólogo/a, terapeuta ocupacional, enfermero/a-matrón/a o nutricionista); visita integral de salud mental, consultoría, intervención psicosocial grupal, exámenes.

El GES N° 85, tras su promulgación en la ley, ingresa al sistema de financiamiento per cápita, por lo que se hace necesario dar continuidad al Programa de Reforzamiento del GES N°85 en los establecimientos de Atención Primaria dependientes del Servicio de Salud, el cual comienza su ejecución desde el año 2020 (PRAPS de Atención Integral para personas con demencia en establecimientos dependientes de SS).

Logros/Avances 2018-2021

- Dentro de las Considerando evaluaciones estadísticas podemos mencionar a nivel país en el año 2018, la cobertura de EMPAM corresponde a 54,8% de las de personas bajo control según cuestionario de funcionalidad, lo que equivale a 963.398 personas

que cuentan con examen de funcionalidad vigente. Durante el año 2019, se logró un total de 957.690 de exámenes realizando, logrando que el 52,6% de las de personas bajo control según cuestionario de funcionalidad.

En el mes de marzo del 2020 se decreta alerta sanitaria por la declaración de pandemia por SARS-COV2, afectando fuertemente la implementación y ejecución habitual del programa teniendo una disminución en los exámenes realizados del programa los que corresponden a 651.802. Frente a esta situación los equipos realizaron distintas estrategias para mantener la continuidad de las actividades, dentro de ellas se consideraron atenciones y seguimientos remotos. Mediante las estrategias mencionadas se logró que 34,5% de las de personas mayores pudiera contar con su examen de medicina preventiva ya sea vía remota o presencial.

Durante el 2021 se mantiene la situación de pandemia, afectando nuevamente la ejecución del programa y las atenciones comprometidas. De todos modos, en comparación al año 2020, se observa una disminución de las actividades presenciales y porcentajes de cumplimiento. Con los datos del corte al 31 diciembre, identificamos 474.793 exámenes realizados los que corresponden a un 24.1% de las de personas bajo control según cuestionario de funcionalidad.

- Desarrollo de estrategias y lineamientos en actividades respectivas al curso de vida de personas mayores como lo son:
- Guía práctica de manejo COVID-19 en establecimiento de largo estadía para adultos mayores (ELEAM)
- Orientación Técnica de Atención Preferente de Personas Mayores, personas con discapacidad y cuidadores.
- Orientación técnica para la continuidad de la Atención en APS, en contexto Pandemia COVID-19 Implementación Célula de Geriatria, Hospital Digital.
- Programa extrapresupuestaria para apoyo de pañales a usuarios del programa de Dependencia Severa.
- Entrega de medicamentos y alimentos en domicilio para personas mayores a través del programa de fortalecimiento de recursos, en contexto Pandemia COVID-19.
- Durante el 2019 se integró el programa al desafío de SENAMA y Laboratorio de Gobierno de formular las bases para el diagnóstico e implementación del Modelo Sociosanitario de atención de personas mayores, trabajo que actualmente tiene continuidad a través del Proyecto Piloto ICOPE Chile desarrollado por SENAMA-DIVAP y Geropolis de la Universidad de Valparaíso, en colaboración con el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que pretende conocer el alcance de un modelo de atención integral y comunitario de evaluación de pérdida de capacidad intrínseca en personas mayores, necesidades sociales y de apoyo al cuidador, mediante el trabajo conjunto del sector salud y social de las comunas participantes.

Implementación GES N° 85 Alzheimer y otras demencias; garantizando que todas las personas afectadas por esta enfermedad accedan a diagnóstico y tratamiento.

Personas Mayores en Atención Secundaria

Uno de los principales ejes del programa de Gobierno 2018-2022 es la articulación y fortalecimiento de una Política de Envejecimiento Positivo, dado el aumento progresivo y sostenido del porcentaje de Personas Mayores con la consiguiente carga de enfermedades crónicas.

Principales logros:

Periodo 2018

Se elaboran, publican y socializan Orientaciones Técnicas para la implementación de las Unidades Geriátricas Agudas (UGA).

Se implementa e inaugura la primera UGA oficial de nuestro país instalada en el Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida con 7 camas inicialmente, sala de estimulación precoz implementada y equipo multiprofesional rehabilitador dirigido por geriatras.

Periodo 2019

Se presentan 8 proyectos de expansión para la implementación de UGAs, de los cuales, quedan con recursos asignados 6 de ellas, en distintos subtítulos de acuerdo a sus requerimientos particulares:

- Hospital San Pablo de Coquimbo
- Hospital Las Higueras de Talcahuano
- Hospital Regional de Coyhaique
- Hospital El Carmen de Maipú
- Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco
- Hospital San Juan de Dios de Santiago
- Hospital Dr. Sótero del Río.

Se inician los trabajos de implementación y desarrollo del modelo en los hospitales San Pablo de Coquimbo, Las Higueras de Talcahuano, Regional de Coyhaique, El Carmen de Maipú y Dr. Sótero del Río.

Durante el año 2019 se inician los funcionamientos en los Hospitales San Pablo de Coquimbo, Las Higueras de Talcahuano y el Carmen de Maipú

Periodo 2020

Inicialmente los recursos asignados para el proyecto en el Hospital Hernán Henríquez Aravena son reasignados para lidiar de una mejor manera la pandemia del COVID-19.

Se decretan cargos de expansión en subtítulo 21, en los Hospitales San Pablo de Coquimbo, Las Higueras, El Carmen y San Juan De Dios de Santiago.

Se comienza con el funcionamiento del modelo UGA en el Hospital Dr. Sótero del Río con profesionales contratados por estrategia COVID.

Periodo 2021

Se decretan y proveen cargos subtítulo 21 al Hospital Regional de Coyhaique.

Al considerar las Unidades Geriátricas Agudas del Hospital San Juan de Dios de Santiago y del Hospital Regional de Coyhaique se están normalizando sus modelos de atención al estándar establecido en la Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores frágiles en las UGA's.

La tabla que se presenta a continuación representa el estado de desarrollo de las Unidades Geriátricas Agudas a nivel nacional proyectadas para implementar durante el período 2018-2022.

Establecimiento Hospitalario	Programación	Estatus al 1 de Marzo 2022
UGA H. Dra. Eloísa Díaz, La Florida	Ejecutado. Inaugurada 2018	Funcionando con 9 camas
UGA H. San Pablo, Coquimbo	Ejecutado Sub 21, 22 y 29	Funcionando con 12 camas
UGA H. Las Higueras, Talcahuano	Ejecutado Sub 21, 22 y 29	Funcionando con 12 camas
UGA H. El Carmen, Maipú	Ejecutado Sub 21, 22 y 29	Proyectado 24 camas, funcionando con 36 camas
UGA H. Regional Coyhaique	Ejecutado Sub 21 y 29	Funcionando con 7 camas. En recuperación y habilitación sala de estimulación precoz transformada por COVID
UGA H. San Juan De Dios, Santiago	Ejecutado Sub 21	Funcionando con 14 camas UGA y 2 de final de vida. Pendiente

UGA C.A. Dr. Sótero Del Río	Ejecutado Sub. 22 y 29	Funcionando con 20 camas, dirigido por Geriatra. Modelo incompleto por brecha importante de RRHH que no se pudo formular por COVID
UGA H. Hernán Henríquez Aravena, Temuco	Se disponibilizan recursos asignados al proyecto a COVID a inicio 2020	No se ejecuta proyecto
UGA. H. Clínico Regional de Valdivia	Programado para desarrollo año 2021	Equipamiento y adecuación de infraestructura proyectada con recursos propios. Acondicionamiento estructural con recursos donados. No se priorizó formulación presupuestaria para Sub 21
UGA H. de Puerto Montt	Programado para desarrollo año 2021	Proyecto elaborado con modelo multidispositivo: UGA- Unidades de Recuperación funcional- Unidad de Memoria y Centros comunitarios de personas con demencia
UGA H. Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar	Programado para desarrollo año 2022	No se realiza formulación presupuestaria 2021 por COVID
UGA H. San José, Santiago	Programado para desarrollo año 2022	No se realiza formulación presupuestaria 2021 por COVID
UGA H. Dr. César Caravagno Burotto, Talca	Programado para desarrollo año 2022	No se realiza formulación presupuestaria 2021 por COVID

Adicionalmente, durante los años 2020 y 2021 se trabajó fuertemente en el acompañamiento territorial de los brotes epidemiológicos de COVID-19 en los

Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) en un trabajo muy coordinado y colaborativo entre Servicios de Salud, SEREMI, SENAMA y Ministerio de Salud.

En forma paralela, se ha trabajado con los Servicios de Salud y establecimientos la implementación de la Ley N°21.168 y su Reglamento: Ley de Atención Preferente para Personas Mayores y Personas con Discapacidad y, recientemente, la Ley N°21.380 que hace extensivo los beneficios de la Atención Preferente a los cuidadores y cuidadoras de estos grupos de personas.

El tercer pilar del eje saludable, es aumentar el número de geriatras en un 50% respecto de línea base 2018 y la formación de equipos de salud especializados en geriatría y gerontología.

Esta iniciativa pretende, por un lado, aumentar el número de geriatras en Chile con un horizonte al 2022, y relevar la importancia de esta especialidad médica, además de ofrecer una sólida base en el área a profesionales que trabajan con personas mayores, entregándoles conocimientos y certificación, con una mirada sociosanitaria, la cual considera a profesionales de las áreas de la salud y de servicios sociales.

Respecto del incremento del número de geriatras, al 2020 existen 53 especialistas en formación, lo que implica un aumento del 50% de los existentes a nivel nacional.

Es fundamental para la formación de estos especialistas la continuidad de la implementación progresiva de UGAs y Unidades de Memoria y otros dispositivos de apoyo para personas con Alzheimer y otras demencias, cuya instalación depende la disponibilidad presupuestaria para recuperar la expansión en los siguientes años en GES Demencia que fue disponibilizada para COVID-19 para el 2020, la sinergia de estas estrategias para abordar el envejecimiento permite el desarrollo integral de estos especialistas.

Paralelamente, a los esfuerzo de abogacía con las casas de estudio superior para fomentar la implementación de programas de especialidad de geriatría para médicos y profesionales del equipo multidisciplinario, se desarrolló una célula de especialidad de geriatría a través de Hospital Digital que permite acercar la especialidad a los niveles primario y secundario principalmente a través de Interconsultas Asincrónicas y Aterritoriales con gran valoración de la estrategia por parte de los profesionales de la Red Asistencial.

Por último, El Plan Nacional de Salud Integral Para Personas Mayores y Su Plan de Acción 2020-2030, publicado en el mes de mayo 2021, pretende ser la mejor guía para el desarrollo de la geriatría y gerontología los próximos 10 años.

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Programa promocional y preventivo para personas de 60 años y más, desarrollado en la atención primaria a través de dos componentes:

- Intervención sociosanitaria para la Estimulación Funcional de personas mayores con ciclos de tres meses de intervención en estimulación funcional y autocuidado
- Fomento del Autocuidado y Envejecimiento Activo en la red local, que cuenta con capacitación de Líderes Comunitarios de organizaciones sociales para continuidad de la intervención y Planes de Trabajo Intersectorial para fomento del envejecimiento positivo y activo.
- Se encuentra en 225 comunas del país, con 450 duplas profesionales destinadas al trabajo directo con personas mayores, promoviendo la participación social, actividad física, cognitiva y los estilos de vida saludable, con un fuerte componente de trabajo comunitario en salud para la prevención de la dependencia.

Logros/Avances 2018-2021:

- Se mantuvo la presencia territorial del programa, mediante el trabajo de equipos profesionales promotores de la autovalencia en personas mayores, alcanzando al mes de octubre de 2021 un total de 473.597 ingresos acumulados entre los años 2018 a 2021.
- Se dio continuidad al programa en período pandémico, adaptando la intervención con actividades remotas y domiciliarias según la pertinencia cultural y territorial de cada comuna. Se estableció además la acción de acompañamiento remoto para mantener el contacto y el seguimiento de las personas mayores. Entre los años 2018 y 2021 según datos al mes de octubre de 2021 se registraron un total de 1.079.214 sesiones del programa a nivel nacional.
- Se apoyó fuertemente a los CESFAM con los equipos del programa en actividades propias de la labor asistencial en pandemia por COVID-19, como la entrega de medicamentos y alimentos en domicilio, trazabilidad, selección de demanda, entre otras.
- Durante el 2019 se integró el programa Más Adultos Mayores Autovalentes al desafío de SENAMA y Laboratorio de Gobierno de formular las bases para el diagnóstico e implementación del Modelo Sociosanitario de atención de personas mayores, trabajo que actualmente tiene continuidad a través del Proyecto Piloto ICOPE Chile desarrollado por SENAMA-DIVAP y Geropolis de la Universidad de Valparaíso, en colaboración con el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que pretende conocer el alcance de un modelo de atención integral y comunitario de evaluación de pérdida de capacidad intrínseca en personas mayores, necesidades sociales y de apoyo al cuidador, mediante el trabajo conjunto del sector salud y social de las comunas participantes.
- Se obtuvo recomendación favorable de MDSyF para el programa durante el año 2020.

Considerando evaluaciones estadísticas podemos mencionar:

A nivel país en el año 2018, la cobertura de ingreso corresponde a 154.969 personas ingresadas al programa, logrando que el 98% de las de personas egresadas mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, considerando un promedio de 14 sesiones por mes para sus asistentes.

Durante el año 2019, se logró un total de 152.787 de ingresos al programa, logrando que el 100% de los egresados del programa mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario, con un promedio de 14 sesiones por mes.

Este año se suma a las líneas de acción el trabajo intersectorial, pudiendo identificar 2.993 servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período, 4.784 organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el programa en el período y 8.426 organizaciones ingresadas al programa de estimulación funcional del programa en el período. Estos insumos y líneas de trabajo se consideran vitales para fomentar el envejecimiento activo y positivo desde las comunidades.

En el mes de marzo del 2020 se decreta alerta sanitaria por la declaración de pandemia por SARS-COV2, afectando fuertemente la implementación y ejecución habitual del programa teniendo una disminución en los ingresos del programa los que corresponden a 67.570. Frente a esta situación los equipos realizaron distintas estrategias para mantener la continuidad de las actividades, dentro de ellas se consideraron sesiones telemáticas, entrega de material didáctico y guiado para realizar sesiones a distancia e instancias de comunicación masiva como whatsapp para mantener la pertenecía en el programa. Mediante las estrategias mencionadas se logró que 92% de las de personas egresadas del programa mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, considerando un promedio de 9 sesiones por mes para sus asistentes.

Gracias a los grandes esfuerzos realizados por el programa en el año 2020, se pudieron identificar 1.193 servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, 1.684 organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el programa en el período y 3.623 organizaciones ingresadas al programa de estimulación funcional del programa en el período.

Durante el 2021 se mantiene la situación de pandemia, afectando nuevamente la ejecución del programa y las atenciones comprometidas. De todos modos, en comparación al año 2020, se observa un aumento de las atenciones y porcentajes de cumplimiento. Con los datos del corte al 31 diciembre, identificamos 82.632 ingresos durante el periodo, logrando que 99% de las de personas egresadas del programa mantienen o mejoran su condición funcional, considerando un promedio de 10 sesiones por mes para sus asistentes.

Frente a la reactivación de actividades presenciales se potenció el trabajo intersectorial pudiendo identificar 1.603 servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, 2.656 organizaciones con líderes

comunitarios capacitados por el programa en el período y 6.834 organizaciones ingresadas al programa de estimulación funcional del programa en el período.

Programa Elige Vida Sana

El Programa Elige Vida Sana entrega herramientas para la sustentabilidad de los cambios en el tiempo a todo usuario/a con sobrepeso, obesidad y sedentarismo, a través de la realización de actividades de promoción y prevención en relación a actividad física y alimentación saludable. Para ello, financia la contratación de nutricionistas, psicólogos/as y profesionales de la actividad física para que, junto con reforzar las actividades preventivas y promocionales, trabajen bajo un enfoque comunitario e interdisciplinario.

En el año 2018 el Programa Elige Vida Sana contaba con 68.950 cupos implementados en 266 comunas del país; luego con la reformulación del PEVS el año 2019 se eliminó la prestación del médico y se pudo transformar el recurso en un aumento de 3.050 cupos llegando a una totalidad de 72.000 cupos a nivel país para el año 2019.

Para el año 2020 con la expansión de recursos ingresaron al PEVS 19 comunas nuevas con 1.950 cupos y se crearon 5.525 cupos nuevos para comunas que ya tenían implementado el PEVS, quedando con un total de 7.475 cupos nuevos que se sumarán a los 72.000 cupos de continuidad. El Programa Elige Vida Sana deberá entonces intervenir a 79.475 usuarios al año 2020, con una cobertura del 4.75% de la población para el año 2021.

Los usuarios que pueden ingresar al programa son lactantes, niños, adolescentes y adultos de 6 meses a 64 años que al menos cumplan con uno de estos criterios:

- Personas con perímetro de cintura aumentado,
- Personas con sobrepeso u obesidad,
- Mujeres embarazadas o postparto con sobrepeso u obesidad,
- Menores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión.
- Personas beneficiarias de FONASA que se hayan realizado abdominoplastía en Hospitales de la Red Pública de Salud o en establecimientos privados en convenio con instituciones públicas en el contexto de gestión de lista de espera.

Al ingresar al programa el usuario permanecerá 6 meses en la comunidad y 8 meses en establecimientos educacionales, a cargo del equipo multidisciplinario, en el cual al ingreso deberá realizar una evaluación nutricional, hábitos alimentarios y una evaluación de la condición física, nivel de Actividad Física. Posteriormente participará de 5 círculos de vida sana, en 48 sesiones de actividad física y tiempo libre y podrá asistir mensualmente a una actividad recreativa familiar.

El objetivo es disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 6 meses y 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud del país. En este sentido el Programa Elige Vida Sana de la División de Atención Primaria- MINSAL se vincula estrechamente con el Sistema Elige Vivir Sano promovido por la primera dama Cecilia Morel en el sentido que también tiene por objetivo promover los factores protectores de la salud como la alimentación saludable, la actividad física, vida al aire libre y vida en familia de la población chilena.

El Programa Elige Vida Sana presenta dos componentes que se desarrollan en paralelo durante la intervención tanto de manera presencial como remota: Componente 1: Alimentación Saludable, Componente 2: Actividad física y tiempo libre.

Logros/Avances 2018-2021:

Los logros y avances asociados a dicho periodo están relacionados a:

1. Realizar refuerzos con la Población objetivo en Hábitos y conocimiento para la Alimentación Saludable.
2. Instaurar la Actividad Física y Tiempo Libre como una práctica y acto cotidiano.
3. Intervenir en Actividad Física a población de los establecimientos educaciones
4. Afianzar el Trabajo con el intersector:
 - Establecimientos de Atención Primaria de los Servicios de Salud y de dependencia Municipal.
 - Junta Nacional de Jardines Infantiles.
 - Fundación INTEGRAL.
 - Ministerio de Educación.
 - Ministerio de Deporte.
5. Expansión de cupos a los Servicios de Salud el año 2019.
6. Obtención de Recomendación Favorable por parte de MIDESO (año 2019)
7. Creación de Mesas de trabajo (comisión: Psicólogos, nutricionistas y Profesionales de la Actividad Física)
8. El año 2022 se realizó modificación de la resolución aprueba programa N°86 del 02/02/2021 la cual modifica monitoreos e indicadores de programa a través de la resolución N° 45 del año en curso.
9. A la fecha cuenta con resolución financiera (en trámite) para ejecución de programa en todo el país.

10. RESULTADOS A DICIEMBRE AÑO 2021:

Indicadores de Impacto:

37,7 % de los usuarios ingresados de 6 meses a 64 años mejoran su condición nutricional al 6to mes de intervención.

60,9 % de usuarios ingresados de 6 meses a 64 años mejoran su condición física a los 6 meses de intervención.

54,3 % de usuarios ingresado cumplen a los 6 meses de intervención con la asistencia a los 5 círculos de Vida Sana.

42,3 % de usuarios ingresados cumplen a los 6 meses de intervención con 48 círculos de actividad física.

72,4 % de los usuarios ingresados que cumplen con 6 meses de intervención modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios.

55,1 % de los usuarios ingresados que cumplen con 6 meses de intervención mejoran sus hábitos de actividad física.

Indicadores de usuarios ingresados:

69,5 % de usuarios de 6 meses a 20 años ingresados tienen control de ingreso realizado por profesional Nutricionista y profesional de la Actividad Física.

87,6 % de usuarios de 20 a 64 años ingresados tienen control de ingreso realizado por profesional Nutricionista y profesional de la Actividad Física.

69,5 % de Embarazadas tienen control de ingreso realizado por profesional Nutricionista y profesional de la Actividad Física.

Indicadores de usuarios ingresados:

93, 0 % de los convenios con las municipalidades del país fueron firmados antes del 31 de marzo, según lo estipulado por MINSAL.

Fondo de Farmacia Enfermedades Crónicas no Transmisibles (fofar)

El programa FOFAR tiene como objetivo: resguardar/potenciar la disponibilidad y acceso oportuno de medicamentos y ciertos dispositivos médicos utilizados en la población bajo control de establecimientos APS diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial y Dislipidemia; fortalecer la gestión farmacéutica que permitan la compra, almacenamiento en condiciones adecuadas, inventario, conservación, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; también fortalecer los servicios farmacéuticos para optimizar los tratamientos farmacológicos y promover el uso racional y eficaz de los fármacos.

Para cumplir con lo anterior, se distribuyen recursos destinados a la contratación de recursos humanos asociados a la gestión farmacéutica (profesionales Químicos Farmacéuticos y/o Auxiliares Paramédicos de farmacia).

Las principales estrategias del programa FOFAR son:

1. Apoyar en la disponibilidad de medicamentos para el control de personas con enfermedades cardiovasculares - Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y dislipidemia) incorporadas en el programa. De esta manera, el programa garantiza la entrega completa y oportuna de los medicamentos descritos en la orientación técnica del programa.
2. Mantener un stock de seguridad a nivel de los Servicios de Salud que aseguren la disponibilidad de medicamentos por un periodo estándar de 2 meses. Así, los tratamientos farmacológicos prescritos a beneficiarios de APS tienen continuidad.
3. Apoyar en la disponibilidad de insumos para el tratamiento de curación avanzada de ulcera de pie diabético y úlcera venosa
4. Gestionar un sistema de solución del Reclamos que permita a los beneficios que no reciben el medicamento cuando lo solicitan, puedan recibirlo en un plazo máximo de 24 horas hábiles, ya sea en el establecimiento o en su domicilio.
5. Apoyar el financiamiento conforme a las brechas existentes en la contratación de personal de farmacia (profesionales Químico Farmacéutico, Técnicos de Nivel Superior de Farmacia o Auxiliares Paramédicos de Farmacia). Este personal es destinado para realizar actividades de gestión farmacéutica y de servicios farmacéuticos en los casos que corresponda y de acuerdo al nivel de contratación (Servicio de Salud, Comuna o establecimiento), asegurando la atención permanente de botiquines y farmacias durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento.
6. Mejorar la infraestructura y equipamiento para asegurar las condiciones en que se almacena los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, mediante la compra de refrigeradores y habilitación de botiquines, farmacia y droguerías tanto a nivel comunal como Servicio de Salud.

El Programa FOFAR contaba con una herramienta de gestión llamado Tablero de Mando FOFAR, la cual fue dispuesta para los equipos de Salud con el fin de monitorear los indicadores definidos en la orientación Técnica, buscando la mejora continua en la eficiencia de la gestión integral.

El referido Tablero de Mando se encuentra inhabilitado desde octubre del año 2018, desde que se realizó la migración de plataforma. Luego de este proceso, no existe otra alternativa que pueda ser utilizada debido a graves incumplimiento de contrato por parte de la empresa informática y falta de monitoreo técnico informático desde la contraparte técnica de TIC/MINSAL para velar por el correcto cumplimiento de contrato entre MINSAL y Empresa Pragma.

En consecuencia, al no contar con el Tablero de Mando u otra plataforma operativa, desde el año 2019 se comienza a utilizar el REM A04 sección J para el control indirecto de los despachos de recetas.

En caso de que se desee consultar, existe un informe elaborado por TIC/ MINSAL referido al Tablero de Mando, un informe de Auditoría y un Sumario Administrativo cuyos resultados no han sido informados a la División de Atención Primaria.

En el análisis comparativo entre los años 2018-2021, se muestra un incremento constante del número de recetas despachadas (Tabla N° 1). Esto quiere decir que se produce un aumento del número de recetas despachadas, hecho que impacta en el resultado del cumplimiento y el N° de recetas con despacho total, a pesar de que el porcentaje de cumplimiento sea menor al analizar los porcentajes de años anteriores (posiblemente debido a la pandemia mundial producida por SARS-CoV-2).

Tabla N° 1: Porcentaje de cumplimiento de rectas despachadas total, y oportuna

Fuente: REM A04 Sección J

AÑO	RECETAS DESPACHADAS	RECETAS DESPACHO TOTAL	% DE CUMPLIMIENTO RECETAS
2018	30.082.689	29.751.779	98,90
2019	31.385.577	31.178.432	99,34
2020	34.404.555	32.567.351	94,66
2021	39.640.787	37.484.328	94,56

Logros/Avances 2018-2021

Línea base de Merma

Se consideró como línea base de merma a aquel medicamento que este vencido, deteriorado, extraviado o no apto para su utilización, asociado al valor del medicamento en el año correspondiente. Esta base se mantuvo con un valor menor a 0,08% por Servicio de Salud en el período 2018-2021.

Respecto al porcentaje de mermas, estas son calculadas a través del indicador de gestión de mermas de la siguiente forma:

Numerador: Número de establecimientos de la comuna o Servicio de Salud con merma de medicamentos menor a la línea base nacional; Denominador: Total de establecimientos de la comuna o Servicio de Salud; Meta 5: 60-100% de los establecimientos de la comuna o Servicio de Salud tienen mermas de medicamentos menores a la línea base nacional; Frecuencia: Mensual.

La Merma de medicamento en establecimientos de la comuna o servicio de salud, como merma acumulada anual, menor al 0.8% del costo de inventario de productos asociados al programa FOFAR.

Reclamos realizados

La evaluación de los reclamos asociados a medicamentos pertenecientes al Programa FOFAR se realiza a través del indicador respectivo construido de la siguiente forma:

Numerador: Numero de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles. Extraído de la plataforma reclamo FOFAR, Salud Responde MINSAL; Denominador: Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa. Registrado en la plataforma reclamo FOFAR, Salud Responde. Medio de verificación: Reporte Plataforma web indicada por Minsal, registro proporcionado por cada Servicio de Salud y/o Tablero de gestión de Reclamos programa FOFAR; Meta 2: 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, Frecuencia: Mensual. Importante destacar que las "24 horas hábiles" se refiere al tiempo que transcurre entre el momento que se genera el reclamo y las siguientes 24 horas, sin considerar los días de fin de semana ni feriados.

Apoyo en la gestión de farmacéutica.

Entre los años 2018 y 2021 y con un presupuesto anual de MM \$10.391.430 correspondiente al 22.71% del presupuesto total del programa, a nivel nacional se contrataron 56 químicos farmacéuticos y 420 TENS para desempeñarse en farmacias/botiquines.

Este aumento de dotación generó la disponibilidad de servicios farmacéuticos en 218 comunas del país.

Implementación de entrega de medicamento a domicilio.

Tiene como objetivo mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los tratamientos farmacológicos, evitar el no cumplimiento y mejorar la adherencia.

Se enfoca en las personas mayores con dependencia severa a través de la entrega de medicamentos en domicilio.

Su implementación disminuye los costos y tiempos de las gestiones realizadas por cuidadores y/o representantes en establecimientos de salud de Atención Primaria relacionadas con los traslados y retiro de medicamentos en establecimiento APS.

La entrega de medicamentos se puede realizar en la residencia particular de la persona, Establecimientos de Larga Estadía del Servicio Nacional del Adulto Mayor (ELEAM), o en Centros Diurnos del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Esta estrategia se realiza desde el año 2019 a la fecha, con una cobertura de 44 comunas del país en 28 Servicios de Salud (Tabla N° 2):

Tabla N° 2: Comunas que cuentan con la estrategia de entrega de medicamento en domicilio

CATEGORÍA	AÑO			
	2018	2019	2020	2021
N° de comunas con entrega de medicamentos en domicilio	0	11	31	44

Esta estrategia sirvió de base técnica para ser replicada en otra estrategia similar implementada durante la Pandemia con recursos diferentes al Programa FOFAR, pero que buscada también apoyar en la continuidad de los tratamientos farmacológicos y evitar contagios de las personas evitando que acudan al establecimiento APS.

A inicios del 2020 esta estrategia viene a complementar la desarrollada por el programa FOFAR. Donde se inicia la entrega en 59.000 pacientes personas mayores con dependencia Severa, además de la articulación con los ELEAM SENAMA y centros abiertos para personas mayores, que se impulsa inicialmente en 31 comunas de 10 Servicios de Salud, llegando al 2021 a 44 comunas de 28 Servicios de Salud.

Resultados:

Durante el año 2020, con recursos adicionales para apoyar la respuesta para enfrentar la pandemia.

- 5.235.915 recetas despachadas en domicilio.

La estrategia fue ejecutada en los 28 de los 29 Servicios de salud, destacando el Servicio de Salud Araucanía Sur con un 13.36% de los despachos totales a nivel nacional, como así también un 87.8% de cobertura comunal a nivel nacional.

- Para el año 2021 como resultado hasta el 30 de noviembre fueron los siguientes:

5.279.699 recetas despachadas en domicilio

La estrategia fue ejecutada en los 28 de los 29 Servicios de salud destacando el Servicio de Salud Metropolitano Oriente con un 8.69% de los despachos totales a nivel nacional, como así también un 94.5 % de cobertura comunal a nivel nacional.

Autorizaciones sanitarias Droguerías, Farmacias y Botiquín.

En el periodo 2018-2021 se gestionaron 18 solicitudes de autorización de instalación y funcionamiento de droguerías para almacenamiento de productos farmacéuticos.

De estos 18 proyectos, actualmente 15 ya cuentan con autorización de instalación y los otros 3 se encuentran en proceso. Una vez que los 3 proyectos concluyan el proceso de autorización de funcionamiento, la red contará con un total de 72 droguerías en 25 Servicios de Salud.

Adicionalmente y con el objetivo de apoyar la gestión de autorización sanitaria de farmacias y botiquines, se entregaron recursos para financiar proyectos de mejora de infraestructura para 248 establecimientos de la red (Tabla N° 3).

Tabla N° 3: N° de proyectos de mejoras en infraestructura.

CATEGORÍA	2018	2019	2020	2021
N° de Proyectos de mejora	33	34	120	79

Incorporación de refrigeradores Clínicos

Para asegurar un almacenamiento correcto de los medicamentos refrigerados y dar cumplimiento a la normativa vigente, durante el período 2018 - 2021 se incorporaron a la red 813 refrigeradores clínicos en 278 comunas del país.

Estrategia HEARTS:

HEARTS es una iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud que promueve la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y mejorar desempeño de los servicios a través del mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud.

La estrategia se constituye como el modelo actual de manejo del riesgo cardiovascular, incluyendo la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia en la atención primaria de salud (APS) en las Américas, por este motivo el programa FOFAR financia medicamentos indicados en la estrategia para reforzar e incentivar su disponibilidad en la red APS.

Incorporación de metformina de Lib. Prolongada (XR) 1000 mg

Destinada para al 5% de la población bajo control con DM2 según el REM que presentan quienes pueden presentar reacciones adversas metformina convencional.

Incorporación de vildagliptina 50mg a la canasta de medicamentos disponibles en arsenal farmacológico APS Desde año 2021.

Se incorpora también el medicamento vildagliptina de 50mg, para complementar alternativas de tratamiento farmacológico disponibles actualmente, con el objetivo de obtener una reducción de las complicaciones agudas y crónicas provocadas por la hipoglicemia. Se gestionó la compra y distribución del medicamento vildagliptina 50mg comprimidos, para población objetivo de personas con DM2 de 75 años y más con enfermedad renal crónica etapa 3 a 5 y que actualmente estén usando sulfonilureas como tratamiento.

Respecto a los dispositivos médicos, el programa FOFAR apoya en su adquisición a través de la entrega de recursos para el 20% de las personas diabéticas bajo control en el programa cardiovascular con úlceras activas de pie tratadas con curación de acuerdo a lo registrado en REM P04 sección C.

La canasta de dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético no infectado contempla 32.

- Con el objetivo potenciar la atención integral y de calidad a las personas en el nivel primario de atención a través de la realización de servicios farmacéuticos, es necesario disminuir brechas de RRHH que se mantienen en la actualidad en la dotación de químicos farmacéuticos y TENS de Farmacia.
- Avanzar en la regularización de las autorizaciones sanitarias de droguerías, farmacias y botiquines de la red.
- Continuar el apoyo técnico y financiero para disminuir las brechas de infraestructura en botiquín, farmacias y droguerías de APS, con el objetivo de cumplir las condiciones de almacenamiento que nos permitan garantizar la seguridad y efectividad de los medicamentos.
- Aumentar la cobertura de entrega de medicamento en domicilio para las personas con dependencia severa y con dificultades para retirar personalmente los medicamentos en los establecimientos APS.
- Contar con una nueva plataforma web dispuesta por TIC/MINSAL u otro equipo informático que cumpla el rol de contraparte técnica para herramientas informáticas y de verificación de datos. Este hecho permitiría una mejor visualización de los diferentes indicadores y datos solicitados, como por ejemplo indicadores por diferentes años, población con cobertura efectiva de la iniciativa, visualización de población cardiovascular que haya asistido a urgencias debido a descompensación, como también monitoreo de la adherencia al tratamiento farmacológico, entre otros.
- Disponer de nuevas alternativas farmacológicas para las personas con DM2, hipertensión arterial y dislipidemia, de acuerdo con la

evidencia actual y recursos disponibles para una adecuada implementación en la red APS.

Desarrollo del recurso cama.

Desde el año 2018 en adelante se ha incrementado la capacidad hospitalaria, a través, de diferentes estrategias, con la finalidad de brindar atención y cuidados de salud necesarios para la población.

En el marco de la alerta sanitaria en el 2020 se formó la Red Integrada público-privada, en que coordina la red asistencial del país, para dar respuesta al escenario epidemiológico pandémico por virus Sars Cov-2.

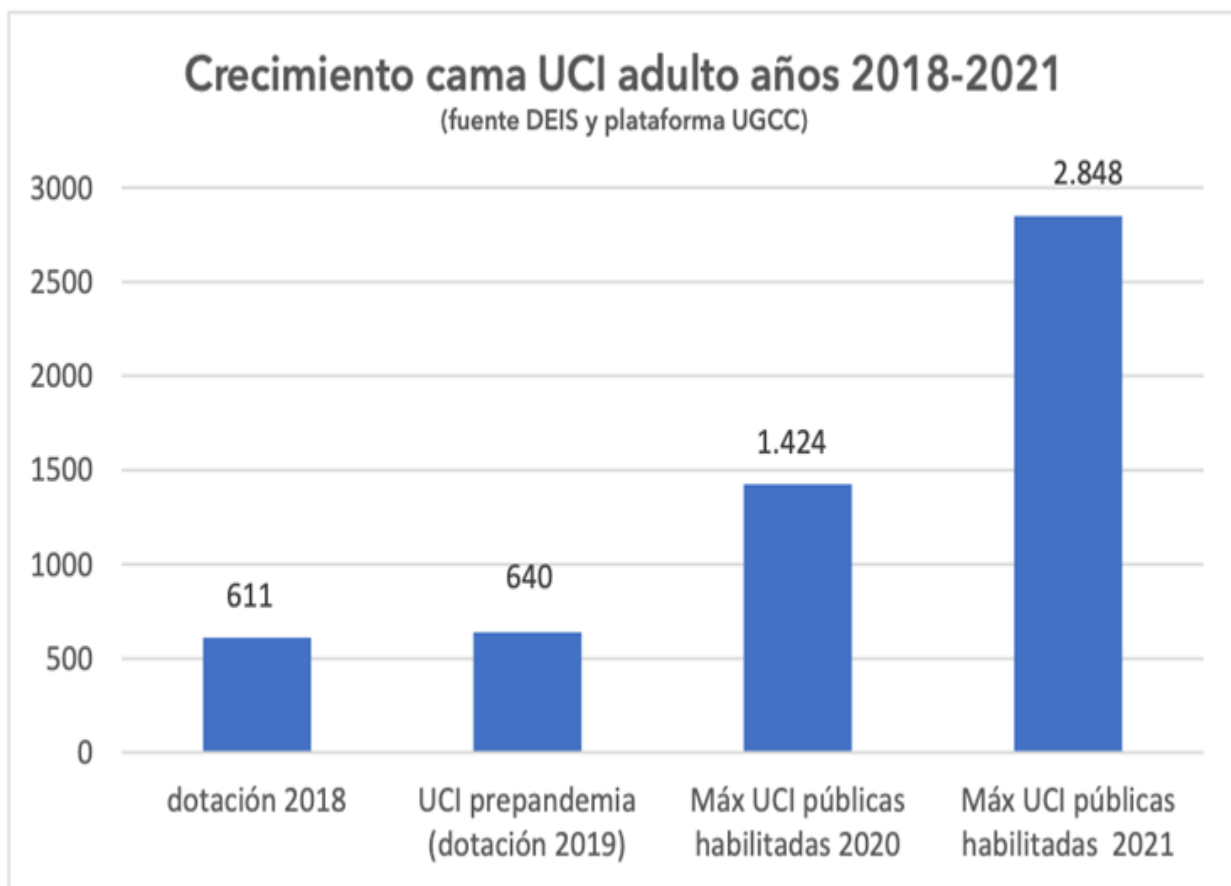
En la red pública se realizó un incremento de las camas críticas habilitadas de adulto, debido a que según información internacional se indicaba que el cuadro infeccioso afectaba principalmente a esta población. Este aumento se realizó a través de la complejización de camas de menor nivel y la reconversión de estas con el objetivo de optimizar el proceso de atención de pacientes.

Desde el punto de vista de gestión hospitalaria en el contexto de pandemia por COVID 19, se focalizó en el incremento y disponibilidad de camas críticas, optimizando la gestión de datos de las camas habilitadas y disponibles, adicionado a la gestión eficiente de recursos hospitalarios críticos de cada centro. Por otro lado, se suma la incorporación estratégica de dispositivos militares y modulares en distintos Servicios de Salud con el objetivo de aumentar la capacidad hospitalaria.

En el año 2021 el funcionamiento de la red integrada público-privada para afrontar de la mejor manera posible el escenario epidemiológico, además de la mantención de los dispositivos militares y modulares habilitados con el fin de descomprimir la red asistencial.

A su vez se suma la publicación y difusión de guía de organización y funcionamiento de las Unidades de Pacientes Críticos.

Durante 2020, se complejizaron las Camas UCI públicas aumentando un 122,5%, llegando el año 2021 a un incremento del 345%, lo cual se muestra en el siguiente gráfico:



Salud Mental Saludable-Mente

En el año 2018, se oficializó el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, luego de un amplio proceso participativo. De este modo, se inició su proceso de implementación progresiva en la especialidad. Posterior a esto, se comenzó el proceso de actualización del diseño de la Red Temática de Salud Mental, mediante una mesa de trabajo de carácter nacional con los Servicios de Salud, junto a DIVAP y DIPRECE.

Al mismo tiempo, se avanzó en el cumplimiento de los compromisos del Acuerdo Nacional por la Infancia. El año 2018, se implementó el Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de; Arica, Antofagasta, Del Maule, Concepción, Del Reloncaví y Metropolitano Occidente; sumándose así a los Servicios de Salud de Coquimbo, Valparaíso - San Antonio, Viña del Mar - Quillota, Valdivia, Magallanes, y Metropolitano Sur Oriente que el año 2017 comenzaron su implementación.

Además, se distribuyeron recursos para el fortalecimiento de dos Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) Infanto Adolescente en los Servicios de Salud de O'Higgins y Aysén, lo cual permitió aumentar la capacidad de ambas unidades. De igual manera, se asignaron recursos para la implementación de una nueva UHCIP Infanto Adolescente en el Servicio de Salud de Osorno.

Finalmente, se presenta Convenio de colaboración Técnica SENDA-MINSAL-SENAME protección, para brindar atención oportuna y de calidad para el abordaje de consumo de alcohol y otras drogas a NNA, vinculados a la red SENAME en la línea técnica de protección, a través del trabajo interinstitucional coordinado y eficiente.

El año 2019, se prioriza Salud Mental dentro de los Compromisos de Gestión (COMGES) con los 29 Servicios de Salud del país, incorporándose el proceso de Actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental.

Se siguió avanzando en el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional por la Infancia. Se implementó el Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de Iquique, Metropolitano Central, O'Higgins, Biobío, Araucanía Sur y Aysén.

El año 2020, se siguió avanzando en el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional por la Infancia, contando con una expansión presupuestaria que permitió la implementación de distintas estrategias. Por un lado, se continuó con la implementación al Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, en los Servicios de Salud de Atacama, Araucanía Norte, Metropolitano Oriente y Sur.

Por otro lado, se otorgaron recursos para la implementación de dos nuevas UHCIP Infante Adolescente en los Servicios de Salud de Arica y Metropolitano Sur Oriente. Además, se distribuyeron recursos para la instalación de los primeros cuatro Equipos Asertivos Comunitarios del país en los Servicios de Salud de Viña del Mar - Quillota y Valparaíso - San Antonio, una nueva estrategia que busca mejorar la atención ambulatoria para poblaciones específicas (infante adolescente en este caso) que requieren intervenciones de mayor intensidad y frecuencia, con un fuerte componente de atención en su lugar de residencia.

Finalmente, se fortalece la Psiquiatría de Enlace con foco en población infante adolescente con un equipo para el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y un equipo para el Servicio de Salud Coquimbo.

En el contexto de la pandemia COVID-19, se lanzó la iniciativa presidencial Saludable-Mente. A nivel de fortalecimiento de la oferta en Salud Mental de especialidad, se trabajó y se aprobaron recursos presupuestarios para cuatro estrategias a implementar durante el año 2021:

- Implementación de Psiquiatría de Enlace y Psiquiatría en Urgencias en 27 Hospitales de alta complejidad de la red de salud.
- Implementación del modelo de gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) e implementación de dos Centros de Salud Mental Comunitaria (SS Atacama y Osorno).
- Fortalecimiento de 80 equipos de la red ambulatoria de especialidad de Salud Mental del país.
- Fortalecimiento de los equipos de mesogestión en los 29 Servicios de Salud en la estrategia de gestión de la complejidad y prevención de suicidio.

Además, se implementó en el periodo de pandemia un sistema de monitoreo a toda la red temática de Salud Mental especialidad abierta y cerrada, orientando la toma de decisiones basadas en la información reportada por los equipos de atención y los Servicios de Salud.

Se potencia a través del Programa ley de Alcoholes el fortalecimiento de estrategias para personas que son beneficiarias por la ley N°19.925, como para los usuarios que presentan consumo de alcohol y drogas en el contexto pandemia por COVID-19.

Finalmente, se generaron lineamientos técnicos para la atención de Salud Mental de especialidad en el contexto de pandemia.

El año 2021, se inició la implementación de las cuatro estrategias desarrolladas en el contexto de la iniciativa presidencial Saludable-Mente, basada en la Expansión Presupuestaria Saludablemente, lo cual implicó una inyección de 391 nuevos cargos a la Red Temática de Salud Mental, además de la asignación de recursos para gasto operativo y atención remota.

Con relación al ANPI se asignaron recursos para el fortalecimiento de un Centro de Salud Mental Comunitario en el Servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio y para un Hospital de Día Infanto Adolescente en el Servicio de Salud Valdivia. Además, se fortaleció el equipamiento de distintos dispositivos en los Servicios de Salud Metropolitano Oriente, Sur Oriente, Ñuble, Osorno y Valparaíso - San Antonio.

Se avanzó en el fortalecimiento de la red asistencial respecto a atención abierta en salud mental (CSMC, consultas ambulatorias de especialidad y hospital de día) mediante la puesta en marcha de 5 hospitales: Félix Bulnes, Pitrufoquén, Curicó, Angol, Bi-Provincial Quillota - Petorca.

Se implementaron nuevas Unidades de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría en 5 hospitales: Pitrufoquén (16 camas); Bi-Provincial Quillota-Petorca (24 camas); Carlos Cisternas, Calama (3 camas); Provincial de Curicó (10 camas) y Ovalle (16 camas). Además, comienzan proceso de desarrollo las Unidades de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría en 7 hospitales: Melipilla (20 camas); Las Higueras (30 camas); Provincial Marga Marga (24 camas); Quellón, Provincia De Chiloé (6 camas); Claudio Vicuña, San Antonio (16 camas); Gustavo Fricke (33 camas) y Alto Hospicio (6 camas).

Se inicia mesa de trabajo nacional con referentes territoriales para el proceso de Reformulación de Hogares y Residencias Protegidos con Recomendación Favorable y paralelamente se ha avanzado en la Reformulación Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia con Recomendación Favorable, ambos desde el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Se inició etapa de cierre del proceso de Actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental, incorporando la estandarización de requerimientos de proyectos de inversión.

Se inicia trabajo respecto a las condiciones contractuales y requerimientos técnicos que se enmarcan en Convenio de colaboración técnica y Financiera SENDA-MINSAL, identificando nudos críticos y desarrollos estratégicos con los referentes de los 29 Servicios de Salud.

Se continuó con el sistema de monitoreo de la Red Temática de Salud Mental de Especialidad en contexto Covid-19 y se elaboró en conjunto con DIVAP y DIPRECE un Informe Nacional Funcionamiento de la RTSM en Contexto COVID-19/2020. Al mismo tiempo, se trabajó en conjunto con DIPRECE y DEIS en la creación del Registro de Atención Diaria de Urgencias para Trastornos Mentales (F00 -F99) y Lesiones Auto infligidas Intencionalmente (X60-X84) en plataforma SADU.

Participación de la Comisión del Cuidado del Personal de Salud, instancia dependiente de la Mesa Técnica de Salud Mental en la gestión de Riesgos de Desastres, con el objetivo de otorgar asesoría técnica a las autoridades y en la coordinación de acciones orientadas al cuidado y protección de la Salud Mental del personal de salud.

Hospitalización Domiciliaria

La Hospitalización Domiciliaria (HD) corresponde a aquella modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional de atención cerrada, en la cual el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial. Favorece la continuidad de la atención como parte del proceso de hospitalización, permitiendo la participación del usuario y familia en su propio entorno, bajos los estándares de calidad y seguridad. Esta estrategia requiere de indicación y control médico, y el término de este proceso estará definido por el alta médica, incluye además las prestaciones otorgadas por un equipo multidisciplinario, de manera de abordar al paciente integralmente.

Así mismo, y desde el punto de vista de uso de los recursos, se optimiza el uso de las camas y como consecuencia se favorece el aumento la oferta de atención de hospitalización y egreso precoz desde los servicios clínicos, disminuyendo la necesidad de implementar nuevas camas, lo cual reduce costos. A su vez se fortalece la integración y coordinación entre los diversos niveles asistenciales, con el entorno familiar y comunitario, lo cual impulsa el modelo de atención progresiva.

Durante el año 2018 se trabajó en:

- Reglamento de Hospitalización Domiciliaria convocando a una mesa de trabajo para generar una Norma Técnica, ambos documentos entregarán lineamientos mandatorios para optimizar el correcto funcionamiento de estas unidades en el sector público y privado. Asimismo, desde el ámbito financiero, se avanzó para aumentar la cobertura de los equipos para continuar con la implementación de nuevas unidades de Hospitalización Domiciliaria y refuerzo en aquellos hospitales con mayor demanda.

Durante el año 2019- 2021 se continuó en las siguientes líneas de trabajo:

- Publicación y difusión de Orientaciones técnicas de Hospitalización Domiciliaria. Orientaciones Técnicas de HD vigentes (formalizadas mediante ordinario C21 N°1183, del 29 abril 2021).
- Actualización de canastas vigentes en conjunto con FONASA.
- Formulación de presupuesto de continuidad y la solicitud de expansión de nuevos equipos, y/o reforzar la estrategia en aquellos hospitales con mayor demanda.
- Revisión de Reglamento de HD (actualmente en revisión por División Jurídica)

Ante la situación nacional de pandemia 2020-2021 surge la alternativa de la Hospitalización Domiciliaria, como complemento estratégico de la desocupación de camas de la red integrada brindando la posibilidad de tratamiento a las personas en su lugar de residencia. Constituyendo así la alternativa asistencial capaz de entregar en el domicilio del paciente, niveles de diagnóstico, cuidados y tratamiento similares a los proporcionados en los servicios básicos de los hospitales.

Por otra parte, existe un flujo de derivación de pacientes desde UGCC a FONASA, los cuales deben cumplir criterios de inclusión y exclusión, para derivar a empresas de Hospitalización Domiciliaria a lo largo del territorio nacional, donde las empresas tienen cobertura, identificando la trazabilidad de los casos ingresados a estas, verificando el cumplimiento de los planes de atención definidos para cada uno de los usuarios derivados.

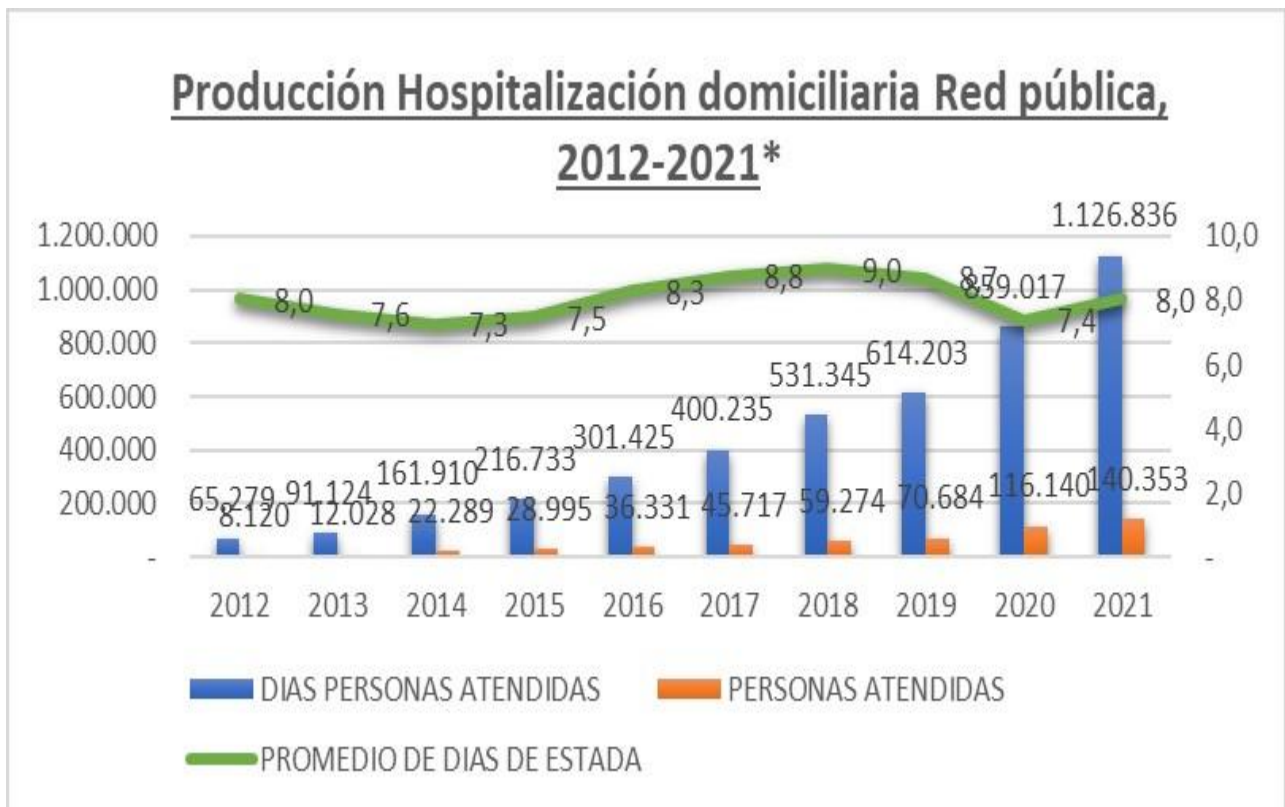
De acuerdo a los registros estadísticos de la red asistencial, los resultados del año 2018 en esta modalidad de atención revelan un promedio de 9 días de estada con un incremento en torno al 30% logrando un total de 59.274 personas atendidas (13.520 personas más que en 2017), y un crecimiento del 34% aproximadamente de días persona atendidas que se traduce igualmente en un destacable avance de 396.925 a 531.368 días persona atendidas respecto al resultado del año 2017.

El año 2019 la producción a nivel país muestra un aumento en el número de personas atendidas pasando de 59.274 a 70.684, es decir, vario un 19,2% respecto al año anterior. En relación a el promedio de días de estada se redujo a un 2,4%.

El año 2020 la producción a nivel país muestra un aumento en el número de personas atendidas pasando de 70.674 a 116.140, es decir, vario un 64,3% respecto al año anterior. En relación a el promedio de días de estada disminuyo un 14,8% (de 8,7 a 7,4 días).

El año 2021 la producción a nivel país muestra un aumento en el número de personas atendidas pasando de 116.140 a 140.353, es decir, vario un 20,8% respecto al año anterior. En relación a el promedio de días de estada aumento un 8,5% (de 7,4 a 8 días). En relación al año anterior, pero sigue menor al año 2018, explicado principalmente por la utilización de esta estrategia para reducir uso camas en contexto Covid.

A continuación, la gráfica muestra la evolución antes descrita:



Fuente: DEIS REM 21, sección C.1 /corte a diciembre 2021.

Hay variables que han incidido en el desarrollo del proceso de hospitalización y con ello, en la estrategia de HD, tales como:

- Complejización de camas (aumentando camas críticas y medias, disminuyendo las básicas), como respuesta al aumento de la complejidad clínica de los pacientes atendidos.
- En relación con la optimización del uso de las camas hospitalarias, la estrategia de HD resulta fundamental en pandemia, ya que al aumentar la demanda asistencial de hospitalización de pacientes que requieren de cuidados críticos y medios, se requiere de la disponibilidad de un mayor número de camas, convirtiéndose así en un flujo de egreso expedito de pacientes que, al cumplir con los requisitos de ingreso, pueden tener continuidad de la atención en su domicilio.
- También la HD puede fortalecer su capacidad de respuesta en caso de contingencias o en situaciones de alta demanda asistencial a nivel hospitalario.

En cuanto a la población objetivo que esta estrategia busca atender son aquellos pacientes con requerimientos de cuidados de nivel básico provenientes de unidades de Hospitalizados, Unidad de Emergencia Hospitalaria, Atención Abierta y dispositivos de Atención Primaria, que cumplen con los criterios de ingreso generales y clínicos descritos en las Orientaciones Técnicas de HD vigentes (formalizadas mediante ordinario C21 N°1183, del 29 abril 2021), entre los que se encuentran tiempo de resolución y estabilidad de la condición clínica del paciente, condiciones sociosanitarias del domicilio y red familiar disponible.

Plan Nacional de VIH

Para el año 2018 las acciones destinadas al control del VIH no se consideraban suficientemente efectivas debido a que se produjo un incremento de los casos confirmados.

El riesgo que revestía para la población impulsó al gobierno a desarrollar un Plan Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida. El 2018 se entregaron 1.004.500 preservativos femeninos y la entrega de preservativos masculinos vía este programa se triplicó respecto del 2017 pasando de 2.471.328 a 7.533.648. Además, se aplicaron 27.532 test rápidos de detección de VIH. Por otro lado, se actualizó la oferta de prestaciones disponibles en el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), se realizó campaña comunicacional para la prevención de VIH y se habilitó nuevo centro de atención especial a personas que viven con VIH en Hospital La Florida.

Durante el año 2019 se continuó con la implementación del test visual/rápido de VIH en establecimientos de Atención Primaria. Para ello, se ajustaron procesos normativos y productivos junto con capacitar a los referentes de los equipos locales en APS.

A diciembre del 2019, 1.010 Establecimientos de Atención Primaria del país contaron con los recursos necesarios para la aplicación del test visual/rápido de VIH, lo que permitió realizar 113.682 test de VIH a lo largo del país.

La OMS a través de ONUSIDA propuso como meta para el 2020, que del total de personas estimadas viviendo con VIH en el mundo, el 90% conozca su estado serológico, de estos, que el 90% reciba Tratamiento Antirretroviral (TAR) y de estos, que el 90% logre la supresión viral. Según la evidencia científica actual, una persona con VIH en TAR efectiva y con carga viral indetectable, no transmite la infección. Para el año 2030 la OMS ha propuesto que esta meta aumente porcentualmente a un 95% en cada variable respectivamente.

Una de las estrategias sugeridas para disminuir la mortalidad por SIDA ha sido “desarrollar un modelo de focalización y priorización en personas con riesgo de baja adherencia o de abandono de TAR”. Desde el año 2020 Chile ha promovido un compromiso de gestión cuyo objetivo es disminuir la morbimortalidad por VIH/SIDA e ITS facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento, a través de la re-vinculación de los usuarios que se encuentran en abandono de tratamiento antirretroviral en los establecimientos de atención secundaria del país. Por razones de pandemia esto se ha comenzado a medir a partir del año 2021 y se proyecta aumentar metas y desafíos porcentuales de cumplimiento para el año 2022, lo cual implicará un trabajo permanente con las redes asistenciales.

Durante el año 2021 se reanudaron las reuniones de Comité asesor VIH-SIDA (Res. exenta 274, 19 de marzo 2021) por vía telemática, en estas se realiza acompañamiento, monitoreo y asesoría en materias de atención de salud VIH pediátrico a los equipos de la red asistencial del país, se proyecta mantener continuidad incorporando tecnologías de la comunicación.

Con la finalidad de abordar en forma conjunta y colaborativa el monitoreo de los registros, apoyar la continuidad y control del proceso de la atención clínica de las personas con VIH/SIDA en el país, utilizando las plataformas de registros SIGGES-SURVIH, el 30 diciembre del año 2021, se constituyó el “Grupo de trabajo técnico en materias de sistemas de información de atención en VIH-SIDA”, respaldado por Res. Exenta N° 1431 con participación y representación de ambas Subsecretarías Ministeriales.

Por tratarse de un problema de salud GES (PS18), durante año 2021 se realizó monitoreo de proceso asociado a registros SIGGES, con ello se identificaron nodos importantes, que dieron lugar a la generación de planes de contingencia, reuniones de apoyo y capacitaciones de acuerdo a las necesidades identificadas en diferentes niveles de la red. Por la relevancia y hallazgos encontrados se debe dar continuidad al monitoreo del proceso y sus actualizaciones de acuerdo al decreto vigente.

Ley Ricarte Soto

Como continuidad del proceso de implementación de la Ley N°20.850 que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, durante el año 2018 se implementaron 4 nuevos problemas de salud, aportando dispositivos de uso médico y fármacos de alto costo, llegando a una cobertura de 18 patologías en el sistema. La conformación de la red permitió el acceso de 4.980 nuevos pacientes a las coberturas de la Ley.

En el año 2019 se realizó la ampliación más grande de las coberturas del sistema de protección financiera de la Ley, incorporando 9 problemas de salud y ampliando la cobertura a 3 patologías de decretos anteriores, acumulando una cobertura para 27 problemas de salud. Para dar acceso a esta expansión de coberturas, se priorizó el trabajo de ampliación de la red de prestadores públicos, privados y de FFAA y de Orden que puedan entregar una atención segura e integral a los beneficiarios. De esta manera, 60 centros aumentaron la cobertura de los nuevos problemas de salud garantizados desde julio 2019 y se robusteció la red con 12 nuevos centros durante 2019, permitiendo el acceso a 8.128 nuevos pacientes beneficiarios durante este periodo en la red pública, privada y FFAA y de Orden, con un total de 14.867 beneficiarios activos.

La pandemia declarada en el año 2020, significó redirigir los esfuerzos, asegurar el acceso y oportunidad de las personas al régimen de garantías y las continuidades de tratamiento en el contexto de la reorganización de la actividad asistencial, logrando implementar estrategias facilitadoras en la atención de beneficiarios, como entrega de garantías a domicilio, optimizaciones en la distribución centralizada de los productos y derivación de pacientes para reducir la movilidad en todo el país con un claro liderazgo de la red pública del debiendo asumir pacientes de seguros de salud privados o de Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad.

Durante el 2021 se continuaron estas estrategias y se priorizó el continuar con la disminución de brechas en la red para los problemas de salud con una escasa Red de Prestadores Aprobada.

De esta forma, se logró ampliar la red para dar cobertura a 94 problemas de salud en 35 centros del país: 23 establecimientos de la red pública, en niveles

de atención primaria y secundaria, 11 centros de salud privados y 1 centro de salud de FF.AA., de Orden y Seguridad.

Como resultado, se obtuvo la incorporación de 16.810 beneficiarios durante los periodos enero 2020 a diciembre 2021. Considerando los periodos 2018 a 2021, se han incorporado 29.832 beneficiarios, según publicados por FONASA, representando un 78,8% del total de personas beneficiarias de la Ley.

Rehabilitación y Discapacidad

La Unidad de Rehabilitación DIGERA, es responsable de favorecer el desarrollo de la red de rehabilitación a nivel de hospitales (nivel secundario y terciario), en coordinación con la Atención Primaria (DIVAP) de la misma Subsecretaría.

En el período 2018-2021 se trabajó en:

- Formulación y seguimiento a la ejecución del presupuesto anual para el desarrollo de la rehabilitación a nivel hospitalario, logrando obtener recursos de expansión en el presupuesto 2022, en relación con la complejización de camas hospitalarias. Se logró la aprobación de recursos para la contratación de 207 profesionales (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo) en cargos diurnos para rehabilitación en 62 hospitales a nivel país (29 Servicios de Salud).
- Desarrollo de Orientación Clínica para la Rehabilitación del Gran Quemado Adulto.
- Participación en conjunto con DIPRECE en la elaboración del documento "Orientación Técnica Rehabilitación en personas de 15 años y más con Cáncer".
- Gestión de Prótesis: Desarrollo en conjunto con TICS, de plataforma REDCap para favorecer la gestión de la información a nivel hospitalario. Asignación de presupuesto PPI año 2020 (2.000 millones anuales) para entrega de prótesis de EEII. El porcentaje de ejecución general en el año 2020 fue de un 47,6% y si consideramos solo aquellos Servicios de Salud en que se logró implementar la estrategia se llega al 58,2%. Hay que señalar que la pandemia y el cambio de financiamiento de los Servicios de Salud impactó negativamente en la posibilidad de resguardar aquellos recursos que no son asociados a egresos hospitalarios como las prótesis y al desarrollo de la red de LOP (Laboratorios de Orto prótesis).
- Gestión de información, registros Rehabilitación: actualización REM 28, año 2020-2022.
- Revisión y participación en el desarrollo del manual de certificación y calificación de la discapacidad de SENADIS.
- Apoyo a la gestión del Programa MAC Distonía (medicamentos de alto costo): distribución de cupos, gestión de aumento de presupuesto, apoyo en proceso de compra. Para el año 2020 se logra el aumento de 450 cupos país llegando a un total de 2.070.
- Se logra concretar (año 2018) la inclusión de usuarios de implante coclear que requieren recambio de procesador de habla en la cobertura de la ley Ricarte soto.
- Respuesta a glosa presupuestaria N°23 Fibromialgia del año 2021 (sin presupuesto asignado).

- Capacitación dolor crónico no oncológico.
- Participación en la actualización del nuevo decreto GES (para el año 2022), en lo que corresponde a atenciones de Rehabilitación en distintos problemas de salud.
- Fortalecimiento del modelo de rehabilitación en hospitales, para optimizar los recursos disponibles y asegurar la calidad de la atención.
- GES Covid: participación de mesas de trabajo GES Covid, en lo referente a rehabilitación nivel hospitalario, en trabajo.
- Ley de Cuidados Paliativos Universales: Participación en mesa de trabajo de Modelo de Cuidados Paliativos Universales en temas de rehabilitación hospitalaria, en trabajo.
- Participación en mesa de trabajo TEA (Trastorno Espectro Autista), en trabajo.

En el año 2020 la gestión de la red hospitalaria de Rehabilitación se orientó en favorecer y optimizar el proceso de atención para responder a la demanda asistencial provocada por la pandemia. En ese contexto se participó en la elaboración de recomendaciones técnicas:

- Orientaciones técnicas para la rehabilitación en tiempos de pandemia covid-19. Prevención síndrome post covid-19.
- Protocolo de rehabilitación en personas covid-19 grave y crítico desde la etapa aguda a la post aguda.
- Protocolo de funcionamiento de los servicios de rehabilitación y salas de rehabilitación en el contexto de covid-19.
- Recomendaciones para la sospecha, diagnóstico y rehabilitación de personas afectadas de Covid-19 persistente y prolongado (long-Covid)".

En el mismo contexto de la pandemia se inició una mesa de trabajo en el nivel central (TICS, Salud Digital, DIPRECE, DIVAP, DIGERA), para desarrollar un proyecto de Rehabilitación a distancia en la red hospitalaria, logrando iniciar en el año 2020 con 2 hospitales piloto: Hospital Curicó, Hospital Temuco. En el año 2021 se continuó con 79 hospitales de alta y mediana complejidad. Se han realizado capacitaciones, apoyo a la gestión de los referentes de rehabilitación de los SS, elaboración de lineamientos en trabajo.

Telemedicina

La telemedicina corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia para el logro de los objetivos sanitarios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados del fin de la vida, realizada por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población. Actualmente, y como consecuencia de la pandemia, las actividades de telemedicina realizadas a nivel nacional durante el año 2021 alcanzaron cerca de 880 mil atenciones, lo que ha significado mejorar el acceso y la oportunidad de atención de salud, disminuir los traslados innecesarios, disminuir tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los pacientes. De esta forma, se instala la telemedicina como una alternativa para la atención de salud a la población.

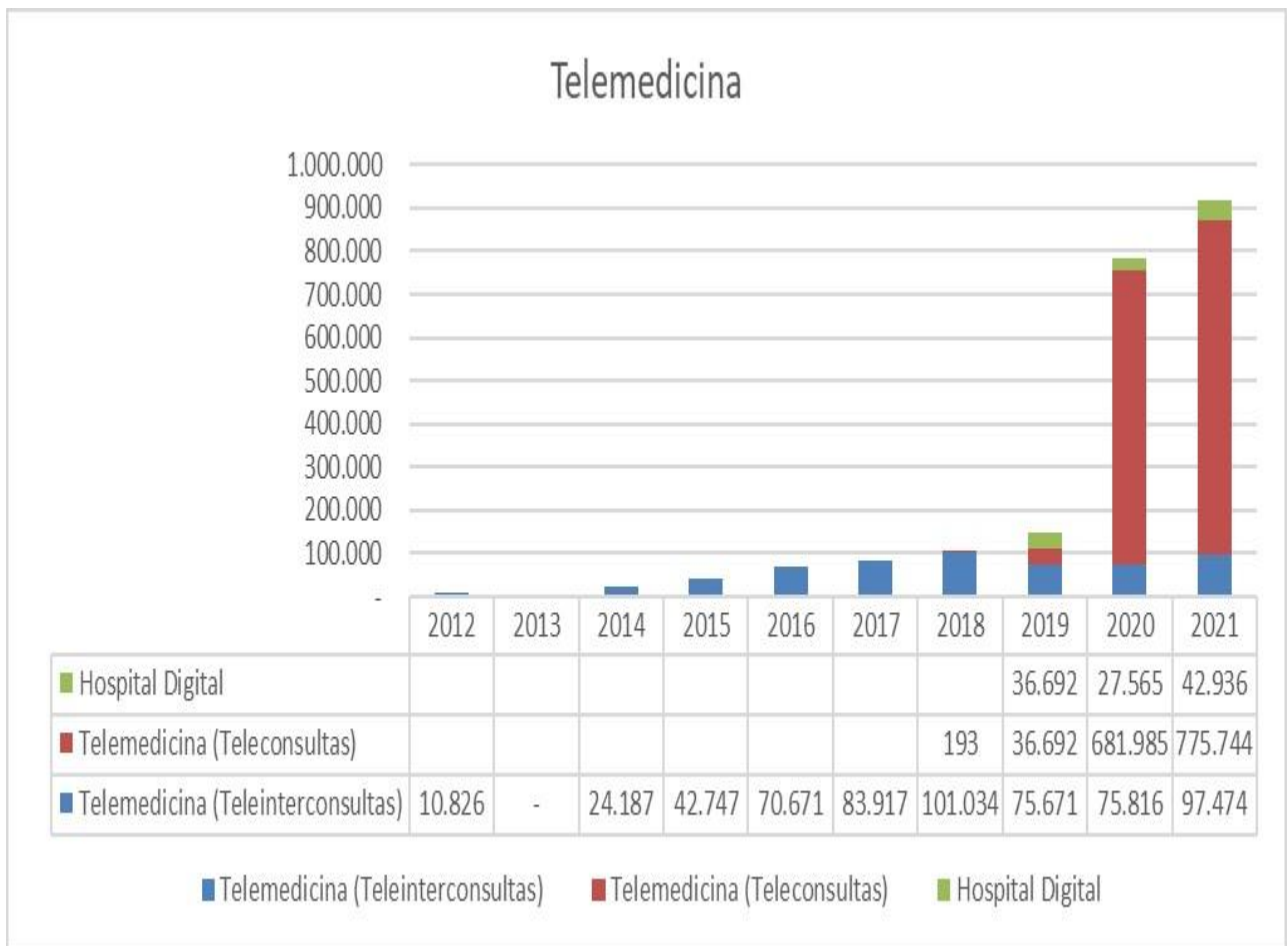


Gráfico 1: Evolución de la telemedicina en la Red Asistencial, 2012-2021

Programa Odontológico Integral

El Programa Odontológico Integral¹ tiene como propósito mejorar la salud bucal de la población beneficiaria que se atiende en la Atención Primaria de Salud, a través de atenciones preventivas, recuperativas y/o de rehabilitación protésica de acuerdo con los grupos priorizados. A través de sus componentes y estrategias, contribuye también a mejorar el acceso y la oportunidad de atención odontológica de los grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal que se atienden en el nivel primario de salud.

El programa está conformado por cuatro componentes y seis estrategias, como se muestra a continuación:

Componente	Estrategia
1.- Atención odontológica Integral de Hombres	1.2.- Auditorías clínicas al menos al 5% de las altas odontológicas integrales de Hombres de 20 años y más.

2.- Mas Sonrisas para Chile	2.1.- Atención odontológica Integral a mujeres de 20 años y más. De estas atenciones, al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica.
	2.2.- Auditorías clínicas al menos al 5% de las altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile.
3.- Atención Odontológica Integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente.	3.1.- Atención odontológica integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente
4.- Atención Odontológica integral a beneficiarios del Programa de Atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa y sus cuidadores.	4.1 Altas Odontológicas a beneficiarios del Programa de Atención en domicilio a personas con dependencia severa y sus cuidadores.

1. Fuente: Orientaciones técnico administrativas para la ejecución del Programa Odontológico Integral 2021

Desde su implementación, ha contribuido a aumentar la cobertura de atención odontológica en el sistema público, contribuyendo a disminuir las inequidades de acceso a las atenciones de salud dental en población adolescente y adulta, a través de sus componentes y estrategias, mejorando la resolutiveidad de la atención primaria.

Logros/Avances 2018-2021:

El programa odontológico integral ya cuenta con varios años de implementación en la red. Es un programa bien aceptado y valorado por la comunidad, con buena adherencia a los tratamientos y cumplimientos óptimos para cada uno de sus componentes.

Año 2018

Para este año, en el programa se proyectaron un total de 240.882 altas odontológicas integrales distribuidas en los 3 componentes del programa. A nivel país, en el período enero a diciembre el cumplimiento general fue del 94%. En el desglose por estrategias, el componente Más Sonrisas para Chile alcanzó el 96% de cumplimiento, otorgándose atención odontológica integral a 96470 mujeres de 20 años y más; el componente de atención a Hombres de escasos recursos logró un 93% de cumplimiento, atendándose de forma integral a 9688 hombres de 20 años y más y el componente de atención odontológica integral a estudiantes que cursen tercero y cuarto año de educación media y/o su equivalente tuvo un cumplimiento del 94% con 122154 altas integrales. (Fuente: DEIS, REM09 Sección G, período enero a diciembre 2018. Datos extraídos el 04/02/2019).

Este año se evalúa el programa y se identifica la necesidad de incorporar también atención odontológica a personas con dependencia severa y/o sus cuidadores, como una estrategia que contribuya a reducir las inequidades generadas en la atención dental en personas con dependencia y sus cuidadoras/es, acercando la atención odontológica al domicilio, mejorando la oportunidad y resolutivez de atención dental en APS.

Año 2019

Este año comienza la implementación de la estrategia de “Atención odontológica domiciliaria a beneficiarios del Programa de atención en domicilio a pacientes con dependencia severa y/o sus cuidadoras/es” con un total de 25369 atenciones distribuidas a lo largo del país.

El programa odontológico integral proyectó un total de 198.761 altas odontológicas integrales. A nivel país, el cumplimiento del programa fue del 88,8 % de cumplimiento. Según cada estrategia, los porcentajes de cumplimiento fueron 83,1% para el componente Más Sonrisas para Chile; 86,3% para la atención de Hombres de escasos recursos; 91% para la atención odontológica integral a estudiantes de tercero y cuarto año de educación media y/o su equivalente y un 95,1% para la atención odontológica domiciliaria en su primer año de implementación en la red. (Fuente: DEIS, REM09 Sección G, período enero a diciembre 2019. Datos extraídos el 18/02/2020)

Año 2020

Para este año, se consideró un total de 226.204 altas odontológicas integrales para el programa. A nivel país, el cumplimiento de éste fue del 19,5% equivalente a 35.795 altas. En el desglose por estrategias, el componente Más Sonrisas para Chile alcanzó el 16,8% de cumplimiento, correspondiente a 16.828 mujeres de 20 años y más con alta integral; el componente de atención a Hombres de escasos recursos logró un 20,2% de cumplimiento, atendándose de forma integral a 2860 hombres de 20 años y más; el componente de atención odontológica integral a estudiantes de tercero y cuarto año de educación media y/o su equivalente tuvo un cumplimiento del 8,5% con 7.148 altas integrales y el porcentaje de cumplimiento de la estrategia de atención odontológica en domicilio a personas con dependencia severa y/o sus cuidadoras/es fue del 32,8% con 8959 atenciones. (Fuente: DEIS, REM09 Sección G, período enero a diciembre 2020. Datos extraídos el 02/03/2021). Cabe señalar que este año se

modifica la población objetivo del componente de atención odontológica integral para estudiantes de tercero y cuarto medio y se amplía la estrategia a toda la enseñanza media. Este cambio no consideró el aumento de recursos y el consecuente aumento de cobertura. Su implementación se hace efectiva el 2021.

En el mes de marzo del 2020 se decreta alerta sanitaria por la declaración de pandemia por SARS-COV2, afectando fuertemente la implementación y ejecución habitual del programa. Considerando la escasa evidencia disponible que consideró a las atenciones dentales como de alto riesgo de contagio por ser procedimientos generadores de aerosoles, desde el nivel central se instruyó inicialmente reprogramar todas las atenciones electivas, entre ellas los Programas de reforzamiento de la atención primaria, priorizándose sólo las urgencias odontológicas. A medida que avanza el año, se define el plan Paso a Paso, con cuarentenas dinámicas según la realidad epidemiológica local de cada región y comuna, por lo cual la reactivación de atenciones dentales se realizó de forma dinámica, ajustándose a cada situación local. Considerando que los recursos económicos para financiar las prestaciones fueron asignados y la imposibilidad de cumplir con las metas y compromisos establecidos para este año, se orientó a los Servicios para que, en el marco de la pandemia, pudieran utilizar los recursos disponibles en necesidades asociadas al Covid19, como por ejemplo la contratación de RRHH, compra de EPP, adaptación de las salas de procedimiento, instalación de ventilación y otros, que al mismo tiempo permitirían retomar las atenciones dentales en condiciones bioseguras tanto para los equipos de salud como para los usuarios, según los lineamientos entregados. A partir del 11 de diciembre, mediante Ord. N°3822/2020 se actualizan los lineamientos para la atención odontológica, estableciéndose que en Fase de Cuarentena se deben atender al menos urgencias odontológicas y pacientes con necesidades de atención odontológica impostergable (GES) y a partir del paso 2 (Plan Nacional Paso a Paso) se ampliará la atención electiva de pacientes a atenciones con o sin uso de aerosoles, en establecimiento de salud o en condiciones comunitarias según coordinaciones locales, entre otras medidas, impactando en la reactivación de la atención de PRAPS.

2021

Durante el 2021 se mantiene la situación de pandemia, afectando nuevamente la ejecución del programa y las atenciones comprometidas. De todos modos, en comparación al año 2020, se observa un aumento de las atenciones y porcentajes de cumplimiento. Con los datos del corte al 31 de noviembre, el porcentaje de cumplimiento del programa fue del 54,7% con un total de 112058 altas integrales. El detalle para cada estrategia es el siguiente: Mas sonrisas para Chile, 41,5/ y 41065 atenciones integrales; Hombres de escasos recursos, 50,4% y 8493 atenciones; Atención a estudiantes de enseñanza media, 47,5% y 40226 altas integrales y, por último, la atención odontológica domiciliaria, con un porcentaje de cumplimiento del 77,7% y 22274 atenciones integrales. (Fuente: DEIS, REM09 Sección G, período enero a noviembre 2021. Datos extraídos el 03/01/2022)

Este año también se suspende el proceso de reliquidación que se realiza en el mes de agosto y se mantiene el total de los recursos asignados a las comunas y servicios, según corresponda, con la indicación de priorizar las atenciones

según realidad local y en el caso de contar con recursos financieros disponibles, se podrán utilizar en la mejora de los programas y apoyo a COVID 19. Esto se informó mediante el Ord. N°462 del 17/08/2021 y aplicó para todos los Programas de Reforzamiento.

A lo anterior se suman las mejoras en el diseño del programa situación que permitió obtener Recomendación Favorable por parte de Ministerio de Desarrollo Social y Familia en julio del año 2021.

Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica

La capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud (APS) se concibe como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud en cada uno de los establecimientos que componen la Red, con el mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, es decir, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar a los pacientes a otros componentes de la Red y, por lo tanto, mantener la atención en un lugar más cercano a la población, garantizando la continuidad de la atención y aumentando la satisfacción usuaria.

La atención odontológica en APS ha trabajado de manera importante las acciones de promoción y prevención en la población, con énfasis en población infantil y adolescente. Es así que se han logrado instalar estrategias importantes y bien evaluadas como el Programa Sembrando Sonrisas y, más recientemente, el Programa CERO, que son altamente costo efectivas y buscan, con una mirada en el mediano y largo plazo, disminuir la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal, y así, el nivel de daño de nuestra población.

Sin embargo, también es necesario hacerse cargo de la necesidad de atención y resolver de forma oportuna y eficiente la demanda por atención odontológica en la población adulta. La población no priorizada puede acceder a atención de urgencia odontológica, lo que no da solución en el largo plazo ni reparar el daño existente y, en los casos en que se puede brindar la atención, ésta se ve restringida por el horario de atención hasta las 17 horas.

En este contexto, partir del año 1999, mediante programas que vienen a reforzar la cartera de prestaciones de APS (PRAPS), se incorporan las estrategias de Endodoncia y Prótesis Removible, dirigida a población mayor de 15 años para endodoncia, y mayor de 20 años en Prótesis Removible (dos de las especialidades más demandadas en odontología), sumándose además estrategias como la Morbilidad odontológica en personas mayores de 20 años, que fortalecen la atención odontológica y permiten que ésta sea más resolutoria, acercando la atención odontológica y de especialidad a la población beneficiaria, garantizando la continuidad de la atención y satisfacción usuaria.

Es de esta manera que el programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica aborda la dificultad que tiene la población, que se atiende en el nivel primario de atención y que presenta alta prevalencia de enfermedades bucales, para acceder a atenciones odontológicas generales (promocionales, preventivas y de morbilidad) y de especialidad, agrupando todas las actividades

o prestaciones destinadas a mejorar la disponibilidad de atención de los usuarios en horarios compatibles y a resolver demanda de algunas de las especialidades más requeridas por la red que pueden desarrollarse en la Atención Primaria de Salud, y por tanto la finalidad del programa es contribuir a fortalecer la Atención Primaria de Salud mediante la implementación de estrategias para abordar la salud oral.

El programa cuenta con 4 componentes y 6 estrategias:

Componente	Estrategia
1.- Resolución de especialidades odontológicas en APS.	1.1.- Endodoncias en APS en población de 15 años o más 1.2.- Prótesis removibles en APS en población de 20 años o más 1.3.- Tratamiento Periodontal en APS en población de 15 años o más
2.- Acercamiento de la atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso.	2.1.- Clínicas dentales móviles para realizar actividades recuperativas en poblaciones de difícil acceso
3.- Promoción y prevención de la salud bucal en CECOSF	3.1.- Apoyo odontológico a CECOSF (con y sin sillón dental).
4.- Atención Odontológica de Morbilidad en el Adulto.	4.1.- Actividades de morbilidad odontológica a población adulta de 20 años y más en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria, según programación.

Logros/Avances 2018-2021:

Los resultados durante el año 2019 son favorables para el programa, a nivel país hubo un cumplimiento de 106,04%. En el desglose por estrategias, la especialidad de endodoncia tuvo un cumplimiento nacional de 118%, rehabilitación oral a través de prótesis removible 107%, el componente de acercamiento a la atención odontológica en clínicas móviles de 88%, el apoyo a CECOSF 86% y la atención de morbilidad en extensión horaria 109%. (Fuente: DEIS, REM09 Sección B y G y REM03 sección D.7, enero a diciembre 2018. Extracción: 04/02/2019).

2019

Los resultados durante el año 2019 también fueron favorables, a nivel país hubo un cumplimiento de 113,64%. En el desglose por estrategias, la especialidad de endodoncia tuvo un cumplimiento nacional de 92,69%, rehabilitación oral a través de prótesis removible 98,98%, el componente de acercamiento a la atención odontológica en clínicas móviles de 105,04%, el apoyo a CECOSF 117,05% y la atención de morbilidad en extensión horaria 114,71%. (Fuente: DEIS, REM09 Sección B y G y REM03 sección D.7, enero a diciembre 2019. Extracción: 18/02/2020)

2020

Debido a la pandemia por SARS-COV2 el programa se vio altamente afectado ya que se instruyó inicialmente reprogramar las atenciones electivas y priorizar las urgencias odontológicas. A nivel país hubo un cumplimiento de 22,82%. En el desglose por estrategias, la especialidad de endodoncia tuvo un cumplimiento nacional de 21,21%, rehabilitación oral a través de prótesis removible 16,60%, tratamientos de periodoncia 6,71%, en el componente de acercamiento a la atención odontológica en clínicas móviles 14,20%, el apoyo a CECOSF 32,40% y la atención de morbilidad en extensión horaria 24,10%. (Fuente: DEIS, REM09 Sección B y G y REM03 sección D.7, enero a diciembre 2020. Extracción: 02/03/2021). A partir del 11 de diciembre 2020 se actualizan los lineamientos para la atención odontológica desde nivel central a los Servicios de Salud a través del ordinario N° 3822, en el cual se especifica que para retomar la atención odontológica, los servicios de odontología deberán cumplir con las medidas de bioseguridad y normativa establecidas desde el Nivel Central para salas de procedimientos, elementos de protección personal y control y manejo de infecciones asociadas a la atención de salud, además en la Fase de Cuarentena se deben atender al menos urgencias odontológicas y

pacientes con necesidades de atención odontológica impostergable y a partir del paso 2 (Plan Nacional Paso a Paso) se ampliará la atención electiva de pacientes a atenciones con o sin uso de aerosoles, en establecimiento de salud o en condiciones comunitarias según coordinaciones locales, entre otras medidas.

2021

Los resultados durante el año 2021 si bien no llegaron a los estándares de los años previos a la pandemia, fueron considerablemente mejores que el 2020, a nivel país hubo un cumplimiento de 52,34%. En el desglose por estrategias, la especialidad de endodoncia tuvo un cumplimiento nacional de 62,85%, rehabilitación oral a través de prótesis removible 43,93%, tratamientos de periodoncia 44,07%, el componente de acercamiento a la atención odontológica en clínicas móviles de 26,52%, el apoyo a CECOSF 57,89% y la atención de morbilidad en extensión horaria 55,66%. (Fuente: DEIS, REM09 Sección B y G y REM03 sección D.7, enero a noviembre 2021. Extracción: 03/01/2022)

Conclusiones de los resultados, logros /avances

Los resultados de programa previos a la pandemia suelen ser favorables en sus cuatro componentes, hay una fuerte caída del cumplimiento el 2020 y el esfuerzo de los equipos por retomar la atención electiva se materializa el 2021.

Durante los años 2018 y el 2019 algunos componentes del programa obtienen un resultado sobre 100% esto implica que se realizaron más acciones que las comprometidas, estos resultados esta asociados principalmente en los componentes en donde se evalúa a través de acciones en relación a las consultas programadas, más que a los evaluados por tratamientos completos.

En el caso del apoyo a CECOSF la meta a cumplir no es del 100%, corresponde al 60% los años 2018-2020 y 48% el año 2021, sobre la población inscrita y validada por FONASA (menores de 7 años de 2018-2020 y menores de 10 años el 2021).

A partir del 2020, se incorpora la especialidad de periodoncia al componente de resolución de especialidades odontológicas con 11.300 canastas a para ser ejecutadas exclusivamente por odontólogos especialistas, además de 3.683 canastas de endodoncia y 3.320 de prótesis removibles, alcanzando una programación total de 18.303 canastas para ser ejecutadas por odontólogos especialistas lo que representa al 28,85% de ese componente. Además este componente está asociado a un compromiso de gestión (COMGES), en el cual se compromete, hasta el año 2021, el 15% de la ejecución del programa para resolver casos en espera de atención de especialidad ingresadas a Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Desde el año 2022 este compromiso aumenta al 20%.

El programa, desde su implementación, ha contribuido a aumentar la cobertura de atención odontológica en el sistema público, disminuyendo a su vez las inequidades de acceso a las atenciones de salud dental generales, principalmente en población adulta no priorizada, a través de sus componentes y estrategias, como también aumentando la disponibilidad de atención de

especialidad en las áreas de endodoncia, rehabilitación oral y periodoncia, que sin el programa, estarían limitadas sólo al nivel secundario de atención.

A lo anterior se suman las mejoras en el diseño del programa situación que permitió obtener Recomendación Favorable por parte de Ministerio de Desarrollo Social y Familia en el año 2021.

Estrategias Hospital Digital

Hospital Digital contribuye a asegurar a la población, un acceso oportuno y de calidad a servicios médicos. Apunta a 3 de los 5 objetivos que tenía el Plan de Gobierno 2018-2022, reducir las listas de espera, entregar mayor resolutiveidad a los centros de atención primaria y modernizar el modelo de atención de salud, para esto utiliza un modelo de salud digital centrado en la persona que permite, con sustento en las tecnologías de información y comunicaciones, apoyar al sistema sanitario tanto en sus procesos asistenciales como en la promoción y prevención. Su objetivo principal es mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, aportando eficiencia al sistema y satisfacción a los usuarios.

Hospital Digital ofrece telemedicina asincrónica en las especialidades de dermatología, diabetes, nefrología, geriatría, patología oral y ortodoncia, con el objetivo de entregar mayor resolutiveidad a los centros de atención primaria en salud. Además, cuenta con atención de telemedicina sincrónica, es decir, instantánea, en postas rurales y Establecimientos de Larga estadía del Adulto Mayor, Tele comités oncológicos y de pacientes crítico, enfermedades metabólicas, medicina interna, salud mental, lo que ayuda principalmente a mejorar la oportunidad y evita desplazamientos innecesarios para tener una atención de salud. Junto con esto, Hospital Digital ha mantenido la estrategia de teleinformes en el área oftalmológica, específicamente en el apoyo diagnóstico de retinopatía diabética, a través de inteligencia artificial, exámenes de mamografía, lo que ha permitido aumentar las coberturas y disminuir los tiempos de espera para el diagnóstico de cáncer mamario, y teleinformes de radiología compleja.

Hospital Digital, durante el periodo 2020-2021, implementó una serie de iniciativas como parte de las estrategias ministeriales para enfrentar la pandemia de COVID-19. En este caso, utilizando el potencial que tienen las tecnologías de información. A continuación, se detallan dichas iniciativas. A través de plataformas, los médicos generales y especialistas del de Hospital Digital realizan telemedicina para apoyar al personal de salud de diversas instituciones en la atención de pacientes y resolver de esa forma cualquier complicación de salud que estos puedan presentar. Las instituciones conectadas a esta modalidad de atención son:

1. Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEAM) no dependientes de SENAMA
1. Residencias Sanitarias
1. Gendarmería

En el caso de los ELEAM, desde el mes de abril 2020 se ha estado prestando este apoyo con telemedicina a gran parte de los establecimientos del país, tanto públicos como privados, cuyo personal también puede contactar médicos generales de Hospital Digital para resolver consultas médicas espontáneas por coronavirus de personas residentes. Además, en conjunto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se organizó una agenda para que las Residencias Espejo Transitorias (o RET, creadas para procurar el aislamiento efectivo a personas mayores que resulten contagiadas de COVID-19 al interior de los ELEAM) se conecten con médicos especialistas de Hospital Digital.

Otra iniciativa ha sido la incorporación de más de 80 profesionales de salud al call center de Salud Responde para reforzar la atención directa a la ciudadanía respondiendo telefónicamente dudas relacionadas con el COVID-19 y otros temas de salud.

Por otra parte, el Hospital Digital implementó sistemas de atención remota dirigidas a personal de salud, que están enfocados en la atención de pacientes COVID-19, en dos áreas que se han visto impactadas fuertemente por la pandemia. Una de ellas es el manejo de pacientes en unidades de pacientes críticos, para lo cual se dispuso- en asociación con la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva- un sistema de video llamadas y posteriormente de telecomité de medicina intensiva, que permite que el personal de salud contacte a médicos, enfermeros o kinesiólogos intensivistas, para entregar a distancia orientación en la atención de sus pacientes.

La otra área es salud mental, para la cual se habilitó una línea telefónica y un acceso vía plataforma telemática -aun en funcionamiento- para entregar asistencia y orientación psicológica a los funcionarios de salud que lo requieran, considerando el alto nivel de estrés y ansiedad al que han estado sometidos durante la emergencia sanitaria.

Adicionalmente, en el mes de marzo 2020, Hospital Digital inició una serie de capacitaciones en línea dirigidas a personal de salud, en ámbitos tales como: Manejo Intensivo de Pacientes COVID, Salud Mental en Contexto Pandemia, Cuidado de Personas Mayores, Salud de Personas Migrantes, etc. Todo ello con el objeto de reforzar la labor que realizan los equipos tanto de la red pública asistencial como de profesionales de salud del sector privado. Hasta la fecha se han realizado más de 605 sesiones de capacitación vía telemática, y que han sido grabadas y disponibilizadas a través del canal de Hospital Digital en YouTube (www.youtube.com/HospitalDigitalChile), llegando a más de 151.000 profesionales.

Otra de las iniciativas que el Hospital Digital ha apoyado fuertemente es el programa SaludableMente, lanzado por el Gobierno de Chile a mediados de junio 2020, y que busca ayudar, acompañar, acoger y orientar a la población, entregando información y herramientas para mejorar la salud mental de todos los chilenos en tiempos de pandemia. Para ello, desde el Hospital Digital se dispuso una línea telefónica abierta a la ciudadanía (600 360 7777 Opción 1), una plataforma de tele consulta en salud mental, y se dispuso un programa de acompañamiento breve en salud mental (PASMET) que permitió que un mismo profesional pudiera realizar hasta 4 sesiones con un objetivo definido de manera que quienes lo requieran tengan un acceso expedito a atención u orientación psicológica.

Además, entre el 9 de julio y el 1 de octubre de 2020, todos los jueves se realizaron en total 12 charlas en línea con información y orientación para la ciudadanía sobre cuidados de la salud mental de niños, adultos y personas mayores durante la pandemia. Las charlas fueron grabadas y los videos están disponibles para ser vistos en el canal de Hospital Digital en YouTube: www.youtube.com/HospitalDigitalChile.

Desde su inicio en 2018 y hasta el 31 de diciembre 2021 se han realizado un total de 3.044.755 prestaciones a través del Hospital Digital (HD), de ellas, 107.481 corresponde a atenciones asincrónicas de las especialidades de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatria Patología Oral y ortodoncia, 416.995 atenciones sincrónicas en postas rurales, en Establecimientos de larga estadía del Adulto Mayor (ELEAM), tele comité oncológico, unidad de paciente crítico, salud mental, medicina interna. Junto con esto, se registran 688.495 teleinformes para apoyo diagnóstico en retinopatía diabética y mamografía.

En cuanto a las estrategias derivadas de la pandemia por COVID 19, se han realizado 1.207.458 prestaciones entre las que se encuentran apoyo a Salud Responde, capacitaciones a funcionarios de salud, NAT-TTA y atención a otros establecimientos de adultos mayores y de personas privadas de libertad entre otros.

Los especialistas de dermatología, diabetes, nefrología, geriatría, ortodoncia y patología oral, de Hospital Digital, en un 60 % de los casos, la orientación a los médicos de atención primaria permite que puedan resolver la tele interconsulta en sus propios establecimientos, de esta manera disminuir el ingreso potencial a las listas de espera de especialidad en atención secundaria.

Además, se destaca que los tiempos promedio de espera para recibir las indicaciones por parte del especialista telemático, realizada a través de la plataforma de Hospital Digital, es aproximadamente de 5 días.

Con el objeto de promover el desarrollo de la telemedicina a nivel nacional, los Servicios de Salud han evolucionado con las implementaciones en sus desarrollos locales, complementando sus acciones con la oferta de Salud Digital. Esto quiere decir, que Hospital Digital no solo ha avanzado en la implementación sus estrategias en la Red Asistencial, sino también en la cobertura con nuevas especialidades atingentes a las necesidades de la población.

Durante el año 2021, en el marco de la pandemia, se desarrollaron nuevas estrategias como complemento a las ya existentes, entre ellas se encuentra la estrategia de Notificación de Atención por Telemedicina de apoyo a Testeo Trazabilidad y Aislamiento (NAT -TTA), para contribuir en la notificación y atención por telemedicina de personas con examen PCR SARS CoV-2 positivo no notificados en la plataforma EPIVIGILA y sin orden médica. Otra estrategia en este mismo componente está el tele comité de Pacientes Críticos (UPC), la cual busca dar apoyo a la Red Asistencial frente a la brecha existente de médicos intensivistas, otorgándoles el apoyo necesario mediante un equipo de especialistas intensivistas que dan orientaciones e indicaciones en el cuidado del paciente crítico.

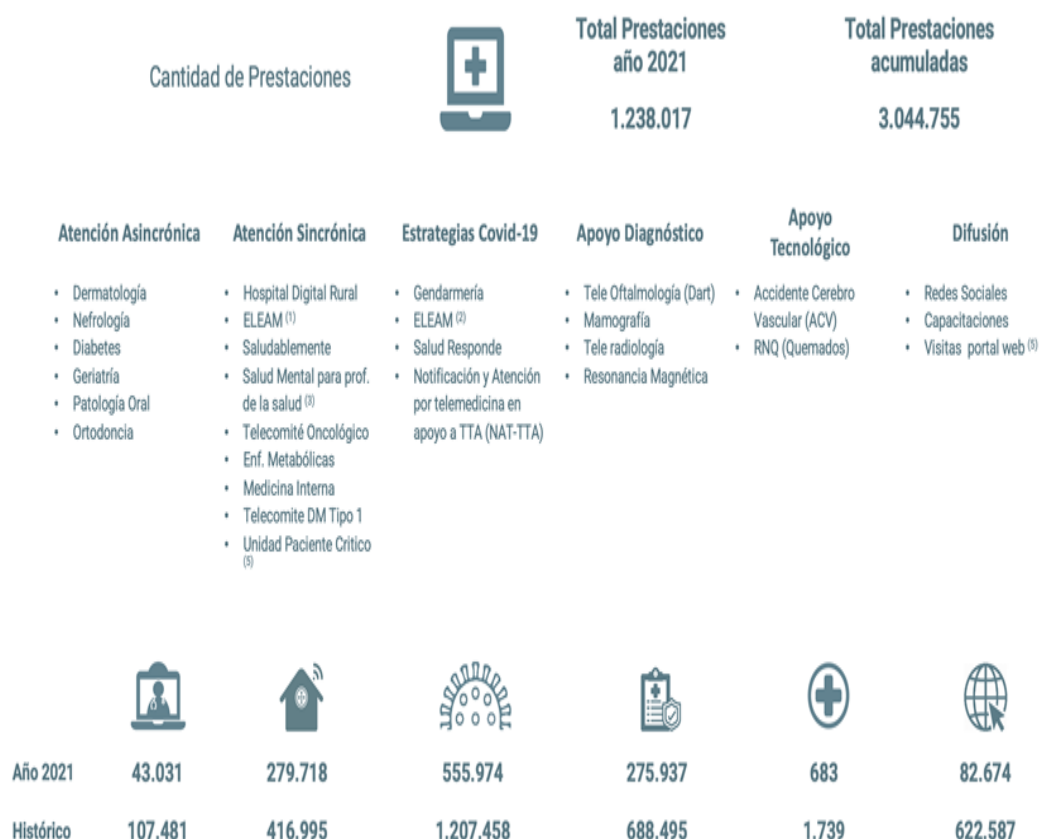
Por otro lado, como consecuencia de la pandemia, las listas de espera han generado un aspecto preocupante para el sistema sanitario, y es en este sentido que Hospital Digital desarrolla una estrategia en conjunto con la Red Asistencial, disponibilizando plataformas y profesionales en diferentes especialidades, de acuerdo con las necesidades de los diferentes Servicios de Salud. Entre las especialidades está principalmente Medicina Interna.

Como consecuencia al avance en apoyo diagnóstico, Hospital Digital ha desarrollado la estrategia de Radiología Compleja con sus líneas en tele informes de Tomografía Axial Computarizada (TAC) y resonancia magnética. Esta estrategia se encuentra en ejecución, con el objetivo de avanzar en otorgar una mayor cobertura al país. Bajo este mismo componente Hospital Digital a través de la Célula de Oftalmología implementó de forma complementaria a la inteligencia arterial de DART, la incorporación de oftalmólogos para la realización de informes de fondos de ojo, en aquellos casos que la inteligencia artificial indicó sospecha de alguna alteración.

Frente al desarrollo, avance y evolución de Hospital Digital además de la creación de nuevas estrategias que tienen como objetivo mejorar la oportunidad y acceso a la atención de salud, se ha logrado consolidar el aporte de Hospital Digital y de la Telemedicina en la red integrada. Claro efecto de resultado son los números visualizados en la figura 1.

Hospital Digital

Estadística acumulada desde mayo del 2018 al 31 de diciembre del 2021



(1) Establecimientos de Larga Estadía Licitados por SENAMA
 (2) Apoyo a todos los Establecimientos de Larga Estadía en estrategia COVID
 (3) Salud Mental para funcionarios de la Salud
 (4) Total incluye 242 registros por atenciones de pacientes COVID-19 previo a abril 2020.
 (5) Total incluye 478.691 registros correspondiente a visitas portal web hasta año 2020.

Figura 1 Estadística acumulada de Hospital Digital, desde 2018 a diciembre 2021.

Red de Urgencia

Desde el año 2018 en adelante se trabajó en dar continuidad a la implementación de EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI) en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) de alta complejidad Adulto y Pediátricas del país (iniciada en 2017), entregándose los recursos financieros y apoyo técnicos a los 29 Servicios de Salud. Se capacitan y certifican en la herramienta internacional, un total de 2.130 profesionales de enfermería y jefaturas médicas de las Unidades de Emergencia Hospitalaria. Mediante programa de continuidad selector de demanda, de DIGERA, esta estrategia alcanzaba un 74% de los establecimientos de alta complejidad. La estructuración de este subproceso permitió entregar un modelo de atención, con directrices claras y herramientas para el ordenamiento de la demanda, generando flujos de atención de acuerdo a gravedad y complejidad, de manera de mejorar la gestión de nuestras unidades.

También, se mejora y optimiza el primer subproceso clínico de la atención de urgencia con la incorporación de este algoritmo único para todo el país que se basa en evidencia científica, es estructurado, trazable, medible y auditable, que cuenta con soporte informático estandarizado y certificado por el equipo de Tecnologías de Información y Comunicación de Minsal.

Para este efecto se da continuidad al piloto del trabajo de monitoreo de los tiempos de estada en las UEH, desde la admisión hasta la salida del proceso de urgencia. Este piloto fue realizado en 16 hospitales de Alta complejidad del País, con presupuesto de continuidad (M\$255.758).

Durante el año se realizaron los siguientes pasos:

- Estructurar la información, normalizar y estandarizar los datos a informar.
- Extracción de datos depurados y estructurar un análisis tipo.

A partir del año 2020 la epidemia de COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una emergencia de salud pública de preocupación internacional, el 30 de enero de 2020. La caracterización ahora de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas, por tal razón a partir de esa fecha las estrategias de Urgencia se materializaron en lineamientos, directrices y estrategias para abordar los contagios por SARS-COV2.

Pandemia 2020:

Se generan instrucciones en resolución exenta N°156 Santiago, 01 de abril de 2020, en el que se dispone instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Entregando lineamientos generales de flujo para la atención en UEH ante la pandemia del Covid 19. A través de la generación de ordinario, se emanaron una serie de medidas respecto a cómo debían operar las UEH, especialmente destinadas a impedir el contagio y diseminación del virus SARS-COV2, tanto dentro de la institución incluyendo al personal y al usuario, como fuera de ella. Se indicó la implementación de un pre-triage médico en el recinto hospitalario, de instalación antes de la puerta de acceso a la UEH, que orientara al consultante e indicara el flujo a seguir, tanto hacia el domicilio como dentro de la UEH, según fuera el caso.

Se consideró relevante la segregación de flujo de consulta respiratoria y no respiratoria en los consultantes, desde la categorización, atención clínica y hasta la salida del proceso de urgencia, incluyendo la necesidad de personal exclusivo durante la jornada laboral, medidas que aún siguen vigentes. Medidas reforzadas nuevamente a través de documentos durante el año 2021.

Se mencionan los siguientes resultados en el 2020 en relación a COVID y UEH:

- Reuniones semanales consecutivas por video conferencia con los SS a través de sus referentes de la red de urgencia, enfocado a resolver dudas y conocer las dificultades que entrapen la implementación de estrategias.

- Se confeccionó pauta de alistamiento para ser completada sobre estado de los hospitales de alta y mediana complejidad de cada red, de los 29 SS, la que fue monitoreado sistemáticamente hasta su cumplimiento.
- Se destaca la implementación de flujos diferenciados, respiratorio y no respiratorio, cumpliendo en un 100% con la separación de la sala de estar y casi en su totalidad, el segundo categorizador y flujo diferenciado en el subproceso de evaluación y tratamiento.

En coordinación con equipo UPC pediátrico se trabajó en el Protocolo de redistribución de pacientes pediátricos en la Región Metropolitana durante contingencia COVID-19 y el impacto de éste en la UEH.

Se trabajan y se generan lineamientos - orientaciones de Cuidados de Enfermería para el Manejo de Paciente Crítico COVID-19, incluido el trabajo y gestión del cuidado en UEH. Documento difundió a los 29 Servicios de Salud del país mediante Ordinario.

1. Estrategia 2021:

a. Actualización de Estándares y Recomendaciones al Proceso de Urgencia

Trabajo en curso desde mayo 2021, con mesa de expertos, en conjunto con DIGEDEP y División de Inversiones. Se incluye hospitales de Alta y Mediana Complejidad.

Esta actualización está enmarcada principalmente:

Modelo de Atención

- Favorecer la oportunidad y calidad de atención, disminuyendo los tiempos de inicio de la evaluación clínica a través de la categorización y favoreciendo la confidencialidad de la atención, a través de subproceso unificado de admisión/categorización.
- Dar respuesta a la necesidad de atención de urgencia según la propia percepción de urgencia del usuario, sin condicionamiento de territorialidad ni seguro de salud adscrito.
- Estrategia de atención vertical. Es importante un cambio en el paradigma de atención, donde se debe considerar que la atención o parte de ella puede ser brindada en sillones clínicos, como unidades formalizadas de atención, para el segmento de usuarios que se vean favorecidos en estar en esta posición, versus en decúbito, en una camilla. Esto sumado a que favorece la eficiencia de los espacios físicos y del recurso humano disponible.

Dimensionamiento de Espacios Físicos

- Proyectar construcción de Unidades de Urgencia Hospitalaria (UEH) considerando diversos criterios, que deben ser analizados caso a caso: Demanda proyectada, población flotante, inmigrantes, antecedentes siniestralidad, georreferenciación, ser centro de referencia, consultas relacionadas con salud mental, entre otros.

- Proyectar UEH con un diseño dinámico, que permita diferenciar flujos en el momento que sea requerido de acuerdo con el devenir de la situación epidemiológica local o nacional.
- Considerar dar eficiencia y eficacia a los espacios, favoreciendo el flujo, el desplazamiento del personal, la seguridad del cuidado, construyendo áreas semi circulares, tendientes a la visualización de todos los pacientes.
- Unidades de categorización y de atención (fast-track). Deben dar respuesta al comportamiento de la curva de demanda de atención, donde el 72% de ella ocurre en 12 horas y no en relación con la necesidad prorrateada en 24 horas.

Dimensionamiento de Recursos Humanos

- Incorporar criterios de dimensionamiento de acuerdo con el modelo de flujos de atención y de acuerdo con estructura.
- Reajustar criterios de profesionales médicos y enfermeros e incorporar de técnicos paramédicos y de auxiliares de servicio.

b. Actualización de Norma Técnica de Estándares de Datos de Atención de Urgencia

A través de trabajo sistemático con DEIS, se está trabajando en las definiciones del Conjunto mínimo Básico de Datos y contenido de nuevo Dato de Atención de Urgencia (DAU). Trabajo en curso.

a. Actualización de Informe Médico de Lesiones

En conjunto con el Ministerio Público, se confeccionó documento actualizado de Informe Médico de Lesiones (IML), de manera de mejorar la información y descripción objetiva, en caso de la existencia de lesiones que pudieran estar relacionados con un hecho de sospecha de delito, resguardando información sensible del paciente y que no tenga relación con el hecho que motiva el informe. Se espera poder operacionalizar este instrumento de acuerdo con el pronunciamiento de Departamento de Jurídica MINSAL.

Se confeccionó cápsula educativa sobre año 2020: "Actualización en el ejercicio asistencial de la constatación de lesiones en los dispositivos de la red de urgencia- Consideraciones al protocolo de Estambul.

Su implementación en la red está programada para el año 2022.

1. Gestión Prehospitalaria

Pandemia 2020

A partir del 15 de Junio del 2020, la División de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud implementó en contexto pandemia una estrategia de coordinación territorial de red de urgencia que permitió mejorar la oportunidad de la atención, optimizando sistema de traslados y de referencia desde APS a establecimientos de alta complejidad con el fin de asegurar la atención oportuna de los pacientes críticos en la Región Metropolitana durante contingencia COVID-19 y posterior a ella.

La gestión de traslados y articulaciones de las derivaciones requeridas desde los centros de APS a las UEH requiere un trabajo integrado en los diferentes niveles de atención y se basa en el uso equitativo y óptimo de los recursos públicos, respetando lo señalado en el ordinario N° 2348 de Agosto del 2016 emanado de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en la Resolución Exenta N° 141 del 05 de febrero del 2021 y en la Resolución Exenta N° 257 respecto a que la atención de urgencia la territorialidad no existe, es decir, la atención de urgencia de los usuarios no puede estar supeditada y en ningún momento condicionada por la jurisdicción o Servicio de Salud al que pertenece el usuario.

Esta estrategia permite resolver la condición de urgencia de los enfermos evitando conducirlos a hospitales sin capacidad de atención, ya sea por complejidad, capacidad de recepción por sobredemanda o alto número de usuarios en espera de ser hospitalizados, especialmente en camas críticas.

Desde la implementación, la Red Integrada de Urgencias ha incorporado nuevas carteras de servicios aparte de la gestión de traslado de pacientes COVID, gestionando el traslado de pacientes con patología tiempo dependiente como Accidentes Cerebrovasculares y Síndrome Coronario Agudo, además de crear un enlace con Residencias Sanitarias, lo que ha permitido asegurar una atención digna y oportuna a aquellos pacientes que se encontraban cumpliendo cuarentena en una residencia al momento de requerir una evaluación de urgencia.

De esta manera, se ha relevado el rol de la estrategia, logrando posicionarse como un referente en hacer frente a las contingencias de los hospitales públicos y los centros de APS de la Región Metropolitana, evitando la congestión de ambulancias a las afueras de las UEH y venciendo la territorialidad en atención de urgencia en pro de la salud de los chilenos, garantizando la continuidad, acceso y oportunidad de sus cuidados en urgencia.

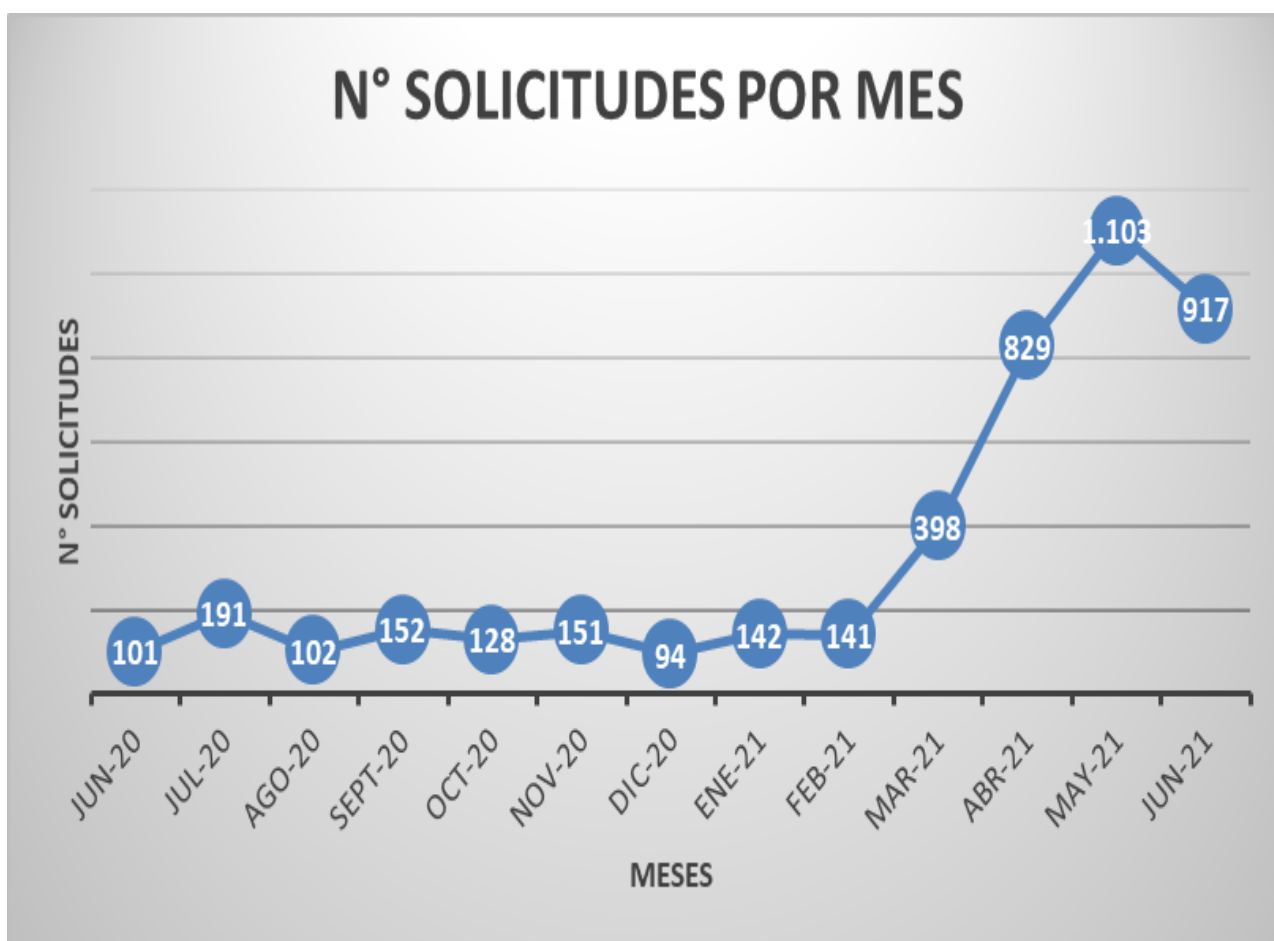
Se crea la estrategia “RED INTEGRADA DE URGENCIA (RIU) REGIÓN METROPOLITANA. Como centro articulador de la Red de Urgencia que permita mejorar la oportunidad de atención, optimizando sistema de traslados y de referencia desde APS a establecimientos de alta complejidad con el objetivo de asegurar la atención oportuna de los pacientes críticos de la Región Metropolitana durante contingencia COVID-19, independiente de la territorialidad o lugar de residencia o de dispositivo de atención primaria de donde sea derivado el usuario.

Se mencionan los siguientes productos de Red integrada de Urgencia desde su creación:

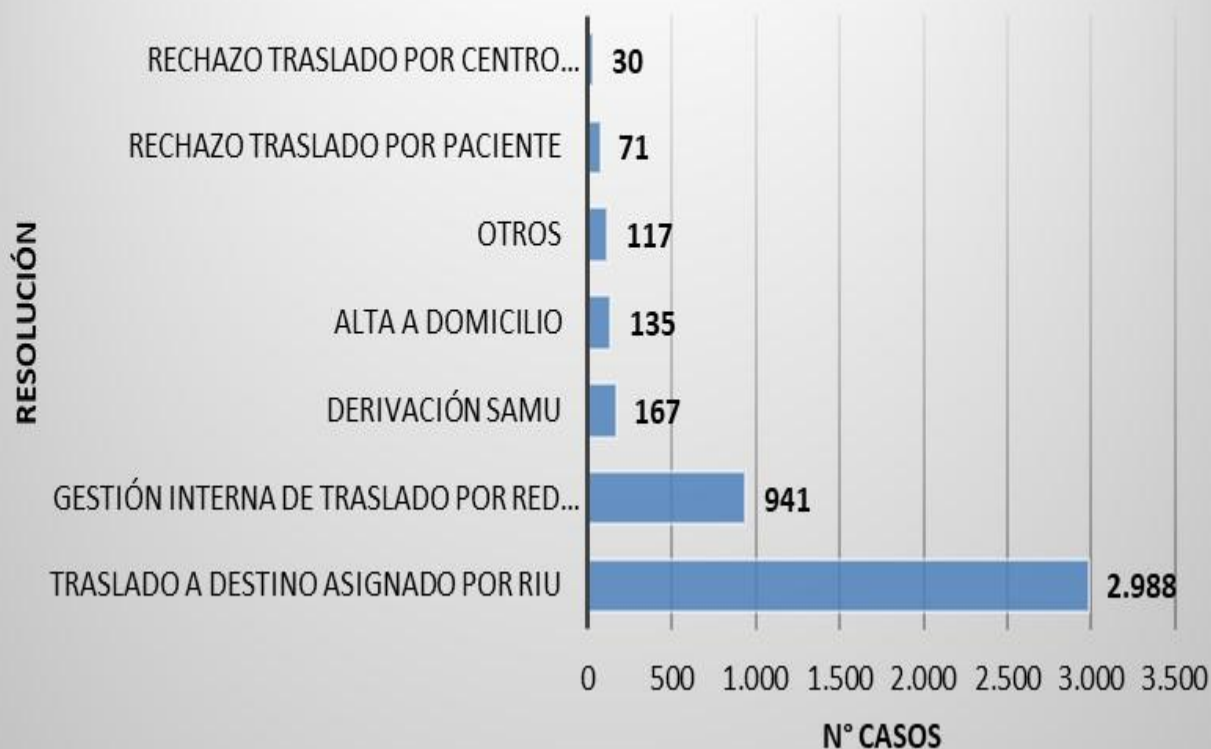
- Estandarización del proceso de gestión de traslados de los pacientes desde los centros APS a las Unidades de Emergencia Hospitalaria (Conjunto Mínimo de Datos).
- Categorización de los pacientes y asignación de cupo en las unidades de emergencia hospitalaria según nivel de complejidad y score de REMS/NEWS obtenido.
- Monitorización de la demanda asistencial de los servicios de urgencia en todo el país a través de la encuesta UEH en horario AM y PM.

- Monitorización, seguimiento y colaboración con las Unidades de Emergencia Hospitalaria que se declaren en contingencia.
- Monitorización del estado de red neurológico agudo inicial para la gestión de pacientes cursando ACV en la Región Metropolitana.
- Gestión de traslado de pacientes con patología tiempo dependiente y monitoreo de los plazos a cumplir para cada patología.
- Monitorización y seguimiento de la protección financiera de los pacientes cuyo traslado fue gestionado por RIU, esto de acuerdo al ORD 18548 en caso de pacientes con patología respiratoria y financiamiento Ley de Urgencia en otras patologías.
- Derivación, monitorización y seguimiento de pacientes que requieren atención de urgencia mientras se encuentran cumpliendo cuarentena en Residencias Sanitarias.
- Realización y construcción de informes semanales y según requerimiento con datos relativos a la Red Integrada de Urgencias.

Los logros de esta estrategia desde su implementación a la fecha se pueden resumir en:



RESOLUCIÓN DE CASOS RECEPCIONADOS EN RIU



Rescate Pre-hospitalario

Desde el año 2018, comenzó la estandarización de tecnologías habilitantes para la integración de comunicaciones entre los diferentes Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) a nivel nacional, el sistema tiene el propósito de generar un modelo comunicacional único, que logre la derivación de llamados a la plataforma 131 con el correcto enrutamiento en caso de contingencia y la subsistencia de comunicación radial a distancia en caso de catástrofe. Para ello, se reasignaron MM\$ 3.500 del presupuesto Ministerial asociado a tecnologías de información de SAMU, con la finalidad de dar un uso eficiente que responda a las necesidades de cada uno de los SAMU a nivel Nacional, que de acuerdo a las cifras estadísticas registradas en DEIS del año 2018 los centros reguladores del país recibieron un total de 1.209.203 llamadas (cerca de 6% menos que las llamadas del 2017).

En términos de traslados realizados por las ambulancias SAMU en el año 2018 se obtuvo un total de 381.505, cifra que corresponde a un 11,1% más de la cantidad total de traslados realizados en el año 2017 (343.315). Asimismo, al desagregar los resultados obtenidos por tipo y comparar su variación sobre los resultados del año 2017, destacan los traslados secundarios críticos con un crecimiento por sobre el 50% (21.893 a 32.940), seguido del aumento del 15,7% de traslados primarios avanzados (79.636 a 92.110), junto con el 11,4% más de

traslados primarios avanzados (71.121 a 79.223). Asimismo, los traslados primarios básicos realizados en el año 2018 representan un total de 177.232, nivel de atención que contiene un incremento del 3,8% respecto a los 170.665 traslados realizados en el año 2017.

Este aumento en la cobertura del sistema pre-hospitalario nacional responde a la expansión de la flota de ambulancias que ha tenido SAMU en los últimos años, cuyo funcionamiento igualmente se ha fortalecido con la documentación de modelos de operación, tales como el Modelo de Gestión Nacional SAMU, Modelo de Gestión Plataforma 131 Emergencia SAMU y la Estandarización de la de Atención Prehospitalaria en Chile, los cuales son los primeros en 14 años que respaldan e integran el funcionamiento del sistema pre-hospitalario.

Rescate Pre-hospitalario 2019

La finalidad de esta iniciativa es dar un uso eficiente que responda a las necesidades de cada uno de los SAMU a nivel Nacional, complementado con el sistema de misión crítica redundantes que logre un Up-time de 99,8% de operación a través de la implementación de tecnologías habilitantes de integración de comunicaciones entre los diferentes SAMU, logrando avances de un 62% de los Centros Reguladores del país. En términos de traslados realizados por las ambulancias SAMU en el año 2019, se obtuvo un total de 481.394, cifra que corresponde a un 26,2% más de la cantidad total de traslados realizados en el año 2018 (381.505). Asimismo, al desagregar los resultados obtenidos por tipo y comparar su variación sobre los resultados del año 2018, destacan los traslados secundarios críticos con un crecimiento por sobre el 30,4% (32.940 a 42.954), los traslados primarios básicos realizados en el año 2019 representan un total de 176.288, nivel de atención que contiene una leve disminución del -0,8% respecto a los 177.793 traslados realizados en el año 2018.

Durante el período 2020 - 2021, se continuó la implementación de tecnologías habilitantes de integración de comunicaciones entre los diferentes Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) a nivel nacional, la estrategia que permite homogenizar las tecnologías telefónicas y radiales logró un avance de 95% de los Centros Reguladores del país, además un 98% del total de centros reguladores SAMU generaron los compromisos de adquisición de estas tecnologías, la finalidad de esta iniciativa es dar un uso eficiente que responda a las necesidades de cada uno de los SAMU a nivel Nacional, complementado con un sistema de misión crítica redundantes que logre un Up-time de 99,8% de operación.

En términos de traslados realizados por las ambulancias SAMU en el periodo 2020 - 2021 se vio incrementado por traslados secundarios producto de la pandemia, además de los traslados de evacuación aeromédica a diferentes puntos del territorio nacional, las llamadas a centros reguladores de todo el país se incrementaron 165% aumentando desde 1.400.000 llamadas anuales a 2.313.126 llamadas realizadas a la plataforma 131 a nivel nacional durante el año 2021.

Estos logros se debieron principalmente al acompañamiento desarrollado desde el nivel central el cual se materializó aportando profesionales de

acompañamiento en el proceso de integración, logrando con esto una estandarización en los distintos sistemas tecnológicos que conforman la infraestructura TIC SAMU en todo el territorio nacional.

Eficiencia Hospitalaria

Durante 2021 y debido a la continuidad de los efectos gatillados producto de la pandemia asociada a SARS COV 2 (COVID 19), y de la cual nuestra red asistencial también se vio impactada, lo relativo al programa asociada a los Comités Interministeriales que se desarrollaban semanalmente y que permitían obtener de primera fuente los avances en materia de gestión y eficiencia hospitalaria de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), al igual que como ocurrió en el año 2020, nuevamente se pospusieron a la espera de la evolución de la pandemia y de que las condiciones sanitarias permitieran su relanzamiento presencial. Como parte de la misma estrategia, las visitas en terreno a los establecimientos autogestionados por parte de un equipo multidisciplinario de MINSAL, tampoco se realizaron, estableciéndose, según fuera solicitado por cada establecimiento, reuniones vía video conferencia para prestar apoyo en materias específicas requeridas por parte de estos.

Por otra parte, y no obstante el impacto y la readecuación de ciertos procesos y redefinición de la estructura operacional de los establecimientos de la red para enfrentar la creciente demanda de pacientes afectados por COVID 19, y con el foco en la necesidad de gestionar el creciente gasto y demanda de mayores recursos requeridos para enfrentar el efecto pandemia, particularmente en uno de los ST , en este caso en el ST 22, se adoptó la decisión de mantener el monitoreo del indicador asociado al gasto de fármacos, todo ello vía potenciar la intermediación a través de CENABAST, verificándose un incremento porcentual de intermediación respecto del 2020. Como parte de la misma estrategia se mantuvo el trabajo de homologación de los arsenales de la red, particularmente con las altas y bajas de fármacos de los mismos y su homologación de códigos. El trabajo de control y valorización de inventarios en los Establecimientos Autogestionados (EAR) y establecimientos dependientes de los servicios de salud, dado un compromiso de gestión, se continuó desarrollando y evaluando y se comienza a trabajar en el desarrollo de una plataforma de visualización en “powerbi” que permite desplegar esos resultados a la red y que se espera esté operativa el 2022.

En términos de costos, se consolida la implementación del nuevo sistema de costeo desarrollado localmente (SIGCOM), el cual se coloca en producción, lográndose así consolidar los registros de costos del 100% del universo de hospitales que conforman la estrategia. A nivel de información, se mantiene lo establecido en 2020, para de esta forma buscar establecer cuadros comparativos respecto de los principales conceptos asociados, esto es: centros de costos estandarizados y homologados a SIGFE, datos que a su vez se cruzan con estadísticas de Producción (DEIS), permitiendo una mirada transversal respecto del cruce financiero. En síntesis se generó la consulta histórica respecto del anterior sistema (PERC) , comprando evolución de costos respecto del nuevo sistema (SIGCOM).

Dando continuidad a la estrategia desarrollada en 2020 respecto a buscar eficiencia en ciertos procesos de compra, se levantaron los requerimientos en

aquellos establecimientos interesados en participar, así como las cantidades que se requerían, lográndose concretar las licitaciones para la compra de productos enterales, parenterales y EPP, obteniéndose ahorros en dichas adquisiciones. Adicionalmente se trabajó en la preparación de las bases de licitación para la adquisición de productos de protección personal para concretarse en 2022.

Respecto de los indicadores de Gestión (BSC), se concretaron análisis trimestrales junto a los referentes técnicos de cada uno de ellos, permitiendo así determinar en forma sustentada aquellos que se vieron impactados y que no era posible evaluar y/o que requerían ser readecuados dado el cambio de las condiciones y el cómo ese impacto se proyectaba hacia el futuro.

Respecto del proceso asociado a los DTE (Documentos Tributarios Electrónicos), durante 2021 y a partir del segundo semestre se comenzó el monitoreo del indicador de BSC respectivo y que se asociaba a los establecimientos autogestionados. Junto a lo anterior se desarrolló un panel interactivo de visualización, el cual se comparte mensualmente con la red. Este panel, desarrollado en la herramienta "powerbi", entre otros aspectos, permite monitorear los flujos asociados a facturas devengadas y/o reclamadas y notas de crédito respectivas. Este monitoreo no obstante el indicador y que aplica solo a los EAR, también permite monitorear la totalidad de DTE de la red que se asocian a los 29 servicios de salud, permitiéndose así la gestión sobre el proceso.

Se mantuvo lo relativo a la evaluación de los COMGES y procesos ADP, respecto de los indicadores en los que el departamento es referente, en lo particular lo asociado a fármacos, inventarios, merma, entre otros aspectos.

La relevancia de mantener un buen y oportuno sistema de reporte a la red, específicamente en las temáticas que se desarrollaron en 2020 (costo, logística de fármacos, financiero), durante 2021 estas vistas evolucionan hacia plataformas de visualización de datos que despliegan una mayor cantidad de información y mayores cruces con fuentes oficiales, sumándose un nuevo panel y que se corresponde con el seguimiento y monitoreo de DTE de los 29 servicios de salud.

Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas.

El Plan Nacional de Ingreso, Formación y Retención de Médicos y Especialistas, es el Sistema de Reclutamiento de Profesionales, adscritos a la Ley N° 19.664 (médicos; odontólogos; químicos farmacéuticos y bioquímicos). Nace el año 1952 y con diversos cambios de diseño, leyes y normas, sigue cumpliendo los mismos objetivos, dotar de profesionales, a aquellos lugares dónde, esto son llegan sin incentivos (zonas pobres y aisladas, preferentemente rurales y a partir del año 2014, con fuerte presencia en comunas urbanas con brechas, principalmente médicos. Esto a través, de una expansión significativa de ingreso a la Etapa de Destinación. El Plan implementado partir del año 2014, busca cumplir con dos objetivos, por una parte aportar al cierre de brechas de especialistas en hospitales de mediana y alta complejidad, pero también aportar al cierre de brecha de médicos generales, en establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

Lo anterior se justifica, desde una mirada sistémica, que establecen los Modelos de Atención (Integral con Enfoque Familiar y Comunitario) y el Modelo de Gestión (en Redes Asistenciales). En este Modelo, se considera, que los ingresos hospitalarios, principalmente por Urgencias, es un fracaso del sistema de salud, que busca a través de la Prevención y la Promoción, implementadas ampliamente, en un sistema con base generalista (APS). La evidencia establece, que mientras más robusto es el nivel primario, menos derivaciones, existen hacia las atenciones secundarias y terciarias.

A partir del año 2018, se pone énfasis, en la formación de subespecialistas, principalmente enfocados, al cumplimiento que nos establece la Ley del Cáncer.

El año 2020, ingresamos al Sistema de Proyectos Sociales, de MIDESO, definiendo la estructura de la versión, que está vigente hoy. Esta establece tres componentes para el “Plan de Ingreso, Mantención y Retención de Especialistas de la Ley 19.664”:

1. Ingreso: se cuantifica en el número de ingreso al Plan a través de la etapa de Destinación o Formación
2. Mantención: Educación Continua para profesionales, artículo N°8 de la Ley 19.664 (en Detonación). Asimismo Perfeccionamiento para profesionales de la Etapa de Nivel Superior.
3. Retención: se refiere a los cargos asociados al Período Asistencial Obligatorio (PAO) y eventuales cargos, para que los profesionales del artículo N°8, que se liberan al momento de terminar su formación como especialistas, puedan permanecer en el Sistema Público, para lo que se requieren cargos.

Resultados:

- Aumento de la Tasa de Médicos y Odontólogos en, los distintos niveles de la Red Sanitaria, pasando desde los 14 médicos por 10.000 beneficiarios, el año 2020 a 19 por 10.000 el 2021. La meta corresponde al estándar OCDE, que corresponde a 34 médicos por 10.000 habitantes.
- Al año 2021, el Plan suma, 2.824, profesionales en Etapa de Destinación en algún establecimiento de Atención Primaria de Salud. Correspondiendo 481 ingresos al año 2021.
- En la Etapa de Formación, existen, 3.911 profesionales formándose tanto como especialistas en alguna especialidad primaria o derivada. De estos 1.118 corresponden a ingresos del año 2021.
- Como profesionales cumpliendo con su Período Asistencial Obligatorio (PAO), se encuentran 4.049 especialistas, que se dedican a ejercer la especialidad o subespecialidad, en

algún hospital público. Los ingresos 2021, ascendieron a 707 profesionales.

- Un 91% de las plazas y becas ofertadas, en los distintos concursos nacionales y locales, fueron tomadas, lo que habla de la pertinencia de la oferta ministerial.
- El 77% de los profesionales que ingresaron al Plan, egresaron y cumplen con las normas, respecto a las obligaciones adquiridas, por los profesionales. El porcentaje restante corresponde a renunciaciones o eliminaciones.
- El número de Inhabilitados (1/438) corresponde un 0.2%.
- Educación Continua, 2.600 participaciones en los distintos cursos.
- Ampliación de la oferta de becas, para especialidades derivadas o subespecialidades, con 5 cupos por Servicio de Salud, con un total de 145 becas. Los concursos se realizan entre noviembre y marzo, del año siguiente.
- Incorporación de los Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos, a la etapa de Formación. Se usó el mecanismo de envío a través de una Comisión de Estudios, a profesionales de la Planta Superior (artículo 46 de la Ley 19.664). En una primera etapa se entregaron 5 becas, para Farmacia Clínica y 2 para Laboratorio Clínico.

Planificación de Recursos Humanos de Salud

El personal de salud es el pilar fundamental para el funcionamiento del sistema sanitario, constituyendo un factor clave para avanzar hacia el acceso universal a la salud, garantizar la protección y el goce pleno del derecho a la salud a los ciudadanos. En coherencia con este principio, desde el año 2018 a la fecha se ha avanzado en la implementación del Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud - RHS, que permita sentar las bases de análisis permanente, que incorpore la contribución de las diferentes fuerzas influyentes en este objetivo, de manera de prever las necesidades de dotación de personas, en un tiempo y espacio determinado, en consistencia con el Modelo de Atención de Salud y la Red Asistencial Pública, así como a enfrentar la demanda creciente de equipos de salud con una mayor especialización y con competencias necesarias para brindar una atención con estándares de calidad y seguridad requeridos.

Como parte de la implementación del Sistema de Planificación de RHS, se han estructurado las principales líneas de desarrollo que contribuyen a la continuidad de un trabajo progresivo y a la sistematización de los procesos que permitan fortalecer las definiciones de dotaciones adecuadas para los establecimientos asistenciales de nuestra red asistencial, que contempla escenarios de proyección de requerimientos de RHS (Corto - Mediano y Largo plazo); evaluación permanente de los Estándares de Desempeño; Análisis de

Costos, así como un Monitoreo de los avances de Cierre de Brechas de RHS, como se indica en la gráfica siguiente:



Fuente: Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión RHS. DIGEDEP

Estimación de Necesidades de Personal asociadas al Plan Nacional de Inversiones Hospitalarias - Escenario de Mediano y Largo Plazo:

El avance de las evaluaciones del Módulo de Recursos Humanos de los establecimientos hospitalarios que componen la Cartera Nacional de Inversiones, ha permitido determinar una proyección de requerimientos de médicos y equipo de salud para un adecuado funcionamiento de los nuevos establecimientos hospitalarios, de acuerdo a las nuevas condiciones de organización, infraestructura, equipamiento y niveles de producción, entre otras variables.

En el periodo 2018 - 2021, a través de las líneas presupuestarias de Cierre de Brechas Proyectos Normalizados y Puesta en Marcha, el Sector ha visto incrementada su dotación en 9.574 cargos, según el siguiente detalle.

Expansiones de Cargos Período 2018 -2021

Año	Ley 19664						Ley 15076		Ley 18834					Total, Cargos
	44	33	22	11	Cargos	Horas	Cargos	Horas	Prof.	Téc.	Adm.	Aux.	Cargos	
2018	118	0	1	0	119	5.214	155	4.340	556	481	110	132	1.279	1.553
2019	69	0	3	0	72	3.102	132	3.696	562	656	47	121	1.386	1.590
2020	125	1	2	1	129	5.588	244	6.832	1.172	1.454	226	337	3.189	3.562
2021	74	2	15	0	91	3.652	94	2.632	1.073	1.034	188	389	2.684	2.869
Total, Cargos					411		625						8.538	9.574

Fuente: Elaboración propia Departamento de Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información

En términos generales, conforme al avance de las respectivas evaluaciones, los requerimientos de cargos asociados a estos establecimientos, asciende a 36.033 cargos en jornadas completas, de los cuales el 84% se concentra en cargos asociados a la Ley N°18.834; un 9% a la Ley N°19.644 y un 7% a la Ley N°15.076; cifras que representan un 129.81% de incremento de dotación de personal en los proyectos de establecimientos hospitalarios.

Teniendo presente que los cierres de brechas de recursos humanos responden a una programación sustentada por la proyección de entrada en operaciones y complejidad del proyecto, la cual contempla la incorporación de cargos, principalmente entre dos años antes y después de la puesta en funcionamiento del establecimiento; a la fecha del presente informe, se encuentra:

- Nueve establecimientos que iniciaron operaciones entre los años 2018 y 2021 con 100% de cobertura de cierres de brecha.
- Un establecimiento en operaciones con saldos de cierres de brecha, cuya cobertura asciende al 85%.
- 13 establecimientos priorizados en etapa de puesta en marcha con una estimación de inicio de operaciones al año 2022, y una proyección de cobertura de cierre de brechas que promedia el 67%.
- 17 proyectos hospitalarios que a la fecha se encuentran en licitación, diseño o ejecución de sus obras, cuyo estado de situación de brechas teórica detectadas en su respectiva fase preinversional asciende a 7881 cargos, con una cobertura de cierre de brechas que promedia el 14 %.

Proceso de encasillamiento

Dado lo estipulado en la Ley 20.972 del 29 de noviembre de 2016, respecto a la regularización de las plantas de funcionarios de los Servicios de Salud, durante el periodo 2018 a 2021 se desarrolló el proceso de encasillamiento,

encontrándose finalizado a diciembre 2021, contando los 29 Servicios de Salud con Decretos de Fuerza de Ley ya dictados. Como resultado de este proceso se contabilizan 45.155 funcionarios encasillados, con 81.391 movimientos contractuales y 30.584 aumentos de grados titulares. Este proceso ha permitido la generación de 8.975 nuevos cargos de planta que disminuyen de la contrata y 1.678 cargos nuevos grados tope. A esto se suman 23.164 funcionarios a contrata que se adecuan a los nuevos grados de inicio.

Este proceso ha impactado positivamente, en términos de funcionarios que han visto mejorada su estabilidad e incrementado sus grados remuneratorios, además de los recursos inyectados al sector, la que se evidencia en la siguiente tabla:

Resultados proceso encasillamiento Ley 20.972

ENCASILLAM.	PLANTA	Prof.	Téc.	Adm.	Aux.	Totales
PRIMER PROCESO	MM\$ (pago encasillamiento titulares)	14.214	20.508	6.316	10.464	51.502
	N° Titulares	3.993	15.132	4.293	6.491	29.909
	N° Contratas (traspaso)	240	561	232	231	1.264
	N° Titulares y contrata (concurso)	124	129	10	241	504
SEGUNDO PROCESO	MM\$ (pago encasillamiento titulares)	10.338	13.777	1.791	1.370	27.275
	N° Titulares	3.915	12.624	2.588	2.693	21.820
	N° Contratas (traspaso)	920	3.355	1.242	1.218	6.735
	N° Titulares y contrata (concurso)	1.175	3.858	1.168	1.217	7.418

Fuente: Elaboración propia Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria

Traspaso Honorarios a Contrata.

A fin de mejorar las condiciones laborales en términos de estabilidad y seguridad social, las Leyes de Presupuesto en años recientes ha determinado el número máximo de personas que pueden modificar su calidad jurídica de honorario a suma alzada a contrata, manteniendo su remuneración bruta. En este contexto, entre los años 2018 y 2021 la dotación autorizada de los Servicios de Salud se ha visto incrementada, considerando el siguiente número de personal traspasando su condición contractual a la contrata:

Personal Traspasado de HSA a Contrata.

Año	Personal a HSA, traspasado a la contrata
2018	927
2019	4.823
2020	1.837
2021	1.845
Total	9.432

Fuente: Elaboración propia Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria

Regularización de Compras de Servicios de Personal Habitual y Permanente

La Contraloría General de la República, en sucesivos dictámenes, estableció la imposibilidad de mantener contratos de personas mediante la modalidad de compra de servicios para labores permanentes y habituales. Igual restricción quedó establecida en la glosa 02 de la partida del Ministerio de Salud, de la ley N° 21.192 de Presupuestos del sector Público año 2020, asociada al subtítulo 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

En dicho contexto, iniciando en el año 2020 y continuando en 2021, se realiza una evaluación de pertinencia técnica de las compras de servicios en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud de O'Higgins, Ñuble, Valdivia y Magallanes, validando 1.179 personas con funciones habituales y permanentes.

Leyes de Incentivo al Retiro.

En el marco del cumplimiento del protocolo suscrito el año 2014 entre el Gobierno de la época y la mesa del Sector Público, a fin de otorgar mejores condiciones de egreso de la carrera para los funcionarios que están en edad de pensionarse, además de potenciar el desarrollo de la carrera de los demás funcionarios de las instituciones del sector, se define el plan de incentivo al retiro voluntario hasta el año 2024. Este acuerdo se tradujo en la publicación de las leyes 20.921 y 20.986 en los años 2016 y 2017 respectivamente.

La Ley 20.921 establece un total de 22.000 cupos dirigidos a funcionarios de planta y a contrata adscritos al Estatuto Administrativo de la Ley N°18.834, pertenecientes a las plantas de directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares. Desde la entrada en vigencia de la ley al año 2021 se han llevado a cabo seis procesos, beneficiando a 10.903 funcionarios.

En tanto la Ley 20.986 establece un total de 3.750 cupos, que se otorgan a los profesionales funcionarios en cargos con jornadas de horas semanales de las Leyes N°19.664 y N°15.076, pertenecientes a los estamentos de médicos cirujanos, cirujanos dentistas, químicos y bioquímicos. Desde la entrada en vigencia de la ley se han realizado cinco procesos, beneficiando a 1.129 funcionarios.

Sistema de Alta Dirección Pública - Primer Nivel Jerárquico

El Sistema de Alta Dirección Pública tiene como objetivo dotar a las instituciones del gobierno central –a través de concursos públicos y transparentes- de directivos con probada capacidad de gestión y liderazgo para ejecutar de forma eficaz y eficiente las políticas públicas definidas por la autoridad.

Al 31 de diciembre de 2021, el Ministerio de Salud cuenta con un total de 35 cargos Alta Dirección Pública (ADP) de I Nivel Jerárquico y 321 de II Nivel jerárquico incluido el Jefe de División de Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, integrando un total de 356 cargos, de ellos 183 se encuentran provistos con funcionarios titulares.

Entre el primer trimestre de 2018 al cuarto trimestre de 2021 se realizaron un total de 325 concursos de Alta Dirección Pública de I y II Nivel Jerárquico.

GESTIÓN DE PERSONAS EN CONTEXTO DE PANDEMIA

El enfrentamiento de la pandemia por COVID19, desde el año 2020 a la actualidad, ha desafiado al sector salud en sus distintos ámbitos. La gestión de personas ha buscado asegurar contar con el personal de salud suficiente, calificado y en las mejores condiciones, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población en el contexto de pandemia.

- **Estimación de recursos humanos en salud.**

Con el fin de implementar las diferentes estrategias asistenciales destinadas a hacer frente a la pandemia, se realiza un proceso permanente de estimaciones y análisis de la oferta de personal sanitario requerido para este objetivo, de manera de evaluar la disponibilidad de personal y gestionar los recursos

necesarios. Las principales estrategias ministeriales implementadas que han significado un mayor requerimiento de recursos humanos y presupuesto corresponden a; complejización de camas, atención remota, acercamiento de fármacos, hospitalización domiciliaria y diferenciación de flujos de urgencia.

- **Gestión de Personas - Hospital Metropolitano**

Dada la situación sanitaria que el país ha enfrentado producto de la pandemia COVID19, y la necesidad de contar con una mayor infraestructura hospitalaria para dar respuesta a la atención de salud en medio de la alerta sanitaria, a partir del año 2020, el Hospital Metropolitano, con dependencia de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, se acondiciona como Hospital COVID de adultos y centro de descarga de establecimientos de mayor complejidad. Considerando la cartera de servicios habilitada, desde la perspectiva de recursos humanos, consideró una dotación de personas acorde a los dispositivos en operaciones, la que fue ajustándose en función al comportamiento de la pandemia y capacidad resolutive y de atención de la Red integrada, alcanzando su máximo de dotación al mes de mayo de 2021 con 1642 cargos.

- **Impacto del COVID19 en el personal de salud.**

Dado el contexto de esta pandemia, y la naturaleza de las funciones que desarrolla el Sector, el personal de salud constituye uno de los grupos de mayor riesgo frente a esta contingencia por COVID19, considerando que se encuentran en contacto permanente y directo con personas que han adquirido la enfermedad. En consideración de esto se ha monitoreado el número de casos y su evolución en el personal de salud de la Red Integrada de Salud.

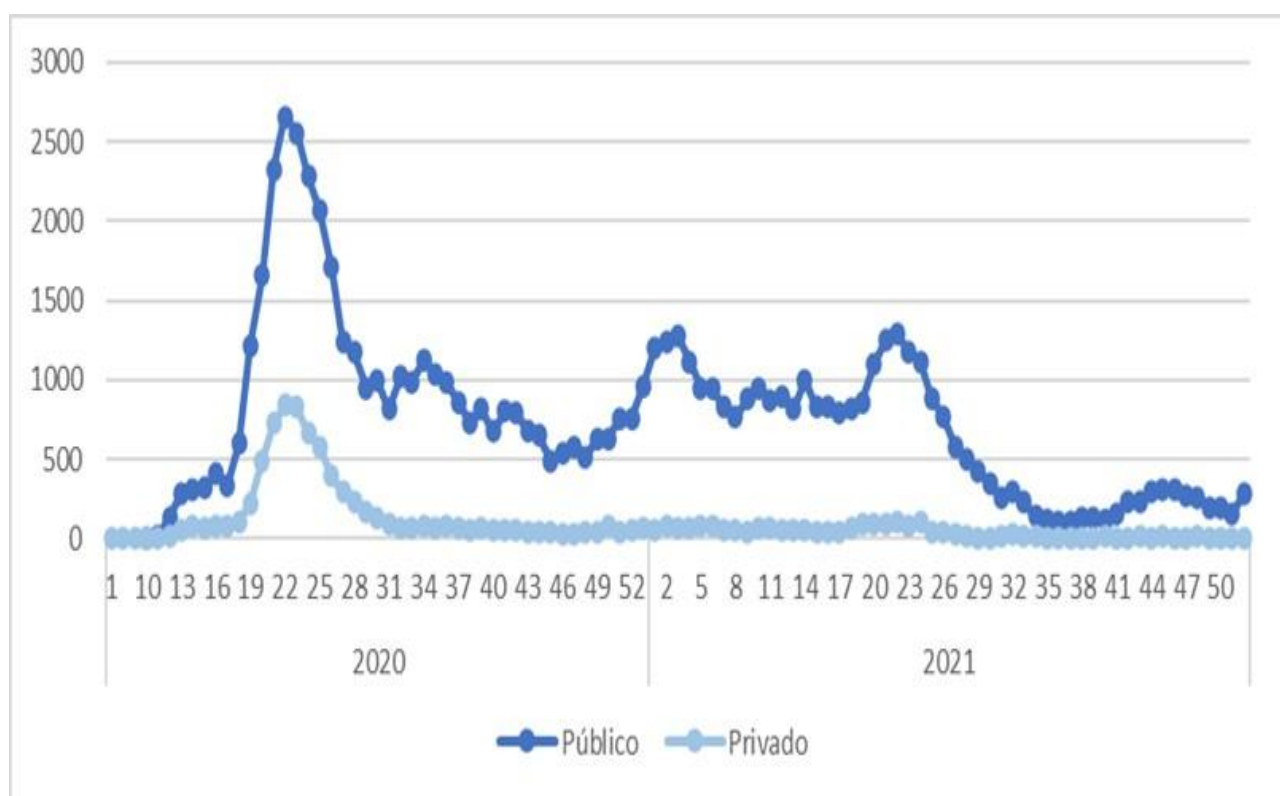
La Red Integrada de Salud, al primer semestre del 2021, se conforma por 432.964 personas, que corresponde al personal con desempeño en todos los establecimientos dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Atención Primaria de Salud Municipal, SEREMI, Organismos Autónomos y Sector Privado de Salud. El 73% corresponde al ámbito público y el 27% al privado.

Desde el inicio de la pandemia al mes de diciembre de 2021, se registrado un total de 71.637 casos confirmados de funcionarios afectados por COVID19, asociados a la red pública.

Respecto al personal del Sector Privado, los casos reportados al 31 de diciembre 2021 corresponden a un total de 10.707 casos confirmados, teniendo presente que sólo un porcentaje de instituciones reporta a esta plataforma (fuente: Reporte Red Privada de Salud a través de <https://formulario-covid.superdesalud.gob.cl>).

El siguiente gráfico da cuenta del número de casos por semana epidemiológica, desde el 2020 al 31 de diciembre de 2021.

Evolución nuevos casos COVID19 confirmados de personal de salud según semana epidemiológica año 2020 - 2021

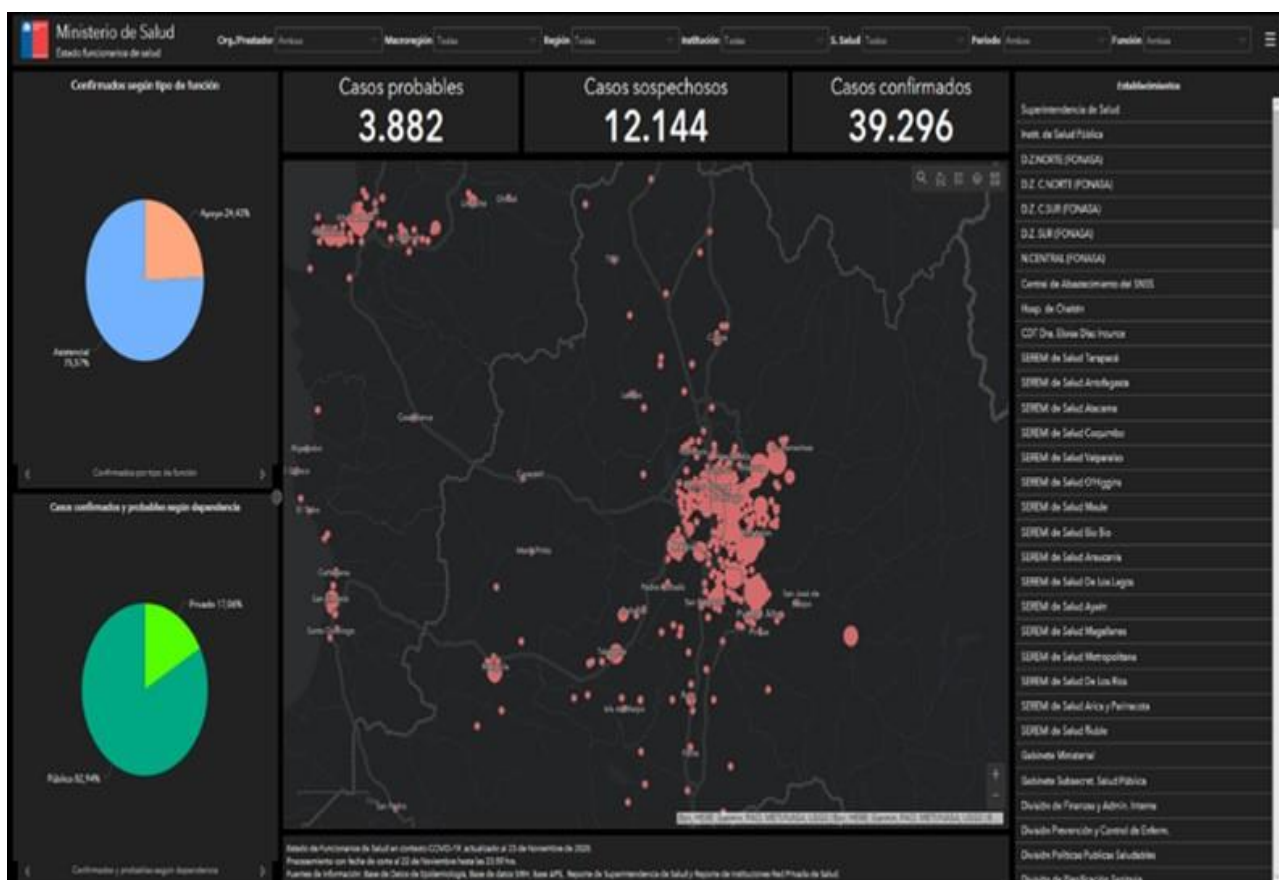


Fuente: Considera información provisoria Depto. Epidemiología y Reporte Red Privada de Salud a través de <https://formulario-covid.superdesalud.gob.cl/>, al 31 de diciembre de 2021

- **Panel de funcionarios de Salud en Pandemia**

Dado el contexto sanitario enfrentado, y considerando el rol preponderante del personal de salud en la continuidad de la atención de salud, se ve la necesidad de contar con información segura, confiable y oportuna sobre la situación del personal de salud a nivel país, tanto del sector público y privado. Buscando dar respuesta a esta necesidad la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, estableció proceso de trabajo coordinado con el Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Como resultado de este trabajo en conjunto se elaboró Panel de funcionarios de Salud en Pandemia, esta herramienta permite visualizar territorialmente a nivel nacional, de forma gráfica y geoespacial, información del personal de salud afectado por COVID19.

Panel de funcionarios de Salud en Pandemia



A través del Panel de funcionarios de Salud en Pandemia la Autoridades Ministeriales, Subdirectores de Gestión de Personas y Coordinadores de Emergencias y Desastres de los 29 Servicios de Salud a lo largo del país, tienen acceso a información de casos de funcionarios de salud afectados por COVID19, pertenecientes a la Red Asistencial Pública y Privada, como insumo para la toma de decisión.

- **Inmunización del Personal.**

En consideración a la campaña de vacunación que se ha implementado en el país, como una de las medidas de protección vital para controlar la morbilidad, al 31 de diciembre de 2021 el 96,3% del personal de salud

asociado al Sector Público se encuentra inmunizado. En tanto a la fecha el 84,1% de los funcionarios han recibido dosis de refuerzo.

- **Cuidado de la Salud Mental de las y los Trabajadores**

El personal de salud junto con el mayor riesgo a exposición al virus SARS-CoV-2, dada la naturaleza de sus funciones, de igual forma han estado expuestos a estresores específicos durante la pandemia. Debido a la labor que cumplen y a la naturaleza de su trabajo, pertenecen a los grupos de mayor riesgo frente a esta contingencia, debido al significativo aumento de la carga de trabajo y la carga mental y emocional que conlleva.

Dado lo anterior, desde el año 2020 se desarrollaron distintas estrategias dirigidas a la protección de la salud mental del personal de salud. Todas las estrategias y mecanismos de apoyo implementadas por los Establecimientos, en distintos niveles, han sido fundamentales para mantener ambientes de trabajo seguros y saludables, base sobre la cual se fortalece la labor asistencial y el logro de los objetivos sanitarios.

Junto con lo anterior, el 1 de junio de 2020 se lanza la iniciativa presidencial “Saludablemente”. El objetivo central del proyecto es implementar medidas inmediatas y a mediano y largo plazo para el cuidado de salud mental del personal que trabaja en la red integrada de Salud, durante el período de Pandemia por COVID-19. Esto a través del Reforzar la gestión de Riesgos Psicosociales del personal de salud de la red integrada en pandemia y generando condiciones iniciales que permitan el desarrollo de un modelo de gestión en red del cuidado de salud mental del personal de salud de mediano y largo plazo.

Durante el 2021 se avanzó en la implementación del Programa Saludablemente en cada Servicio de Salud, con un presupuesto de M\$1.188.000 y la incorporación de 75 nuevos gestores de salud mental a la red asistencial pública de salud.

En el contexto de las acciones dirigidas a la protección de la Salud Mental de las y los trabajadores de salud, entre los meses de junio al 31 de diciembre de 2021, los Servicios de Salud reportan un total de 61.408 atenciones psicológicas (presencial y por telemedicina), un total de 5.439 atenciones de psiquiatra, y 11.050 participantes en atenciones grupales.

- **Seguro de Vida y Pensión de Gracia.**

La Asociación de Aseguradoras de Chile AG, al inicio de la pandemia, puso a disposición del Ministerio de Salud un seguro de vida de UF 250 para las familias de trabajadores de salud pública que hayan fallecido a causa del Virus SARS-COV-2. Este beneficio tiene cobertura para todos los funcionarios que se desempeñan en recintos públicos de salud y con vigencia mientras dure la alerta sanitaria.

Adicionalmente, el Gobierno de Chile concedió la entrega de una Pensión de Gracia para familiares (cónyuge, conviviente, padre/madre o hijo/a) de funcionarios de la salud que hayan sido víctimas fatales del COVID-19, por su compromiso y trabajo durante esta pandemia. Este beneficio equivale a un

ingreso mínimo mensual no remuneracional (\$210.458), y se paga mensualmente de manera vitalicia.

- **Bono COVID**

El Bono de Emergencia Sanitaria COVID19 alcanzó un monto de \$200.000, se entregó entre los meses de enero y mayo de 2021 a los trabajadores de la salud (contrata, planta, reemplazos, suplencias y honorarios a suma alzada), a través de un pago en forma escalonada. Alcanzando un total de 271.361 beneficiarios, incluyendo los Hospitales Institucionales y del Hospital J.J. Aguirre.

3.2 Resultados de los Productos Estratégicos y aspectos relevantes para la Ciudadanía

Listas de espera atención de especialidad y cirugías No GES

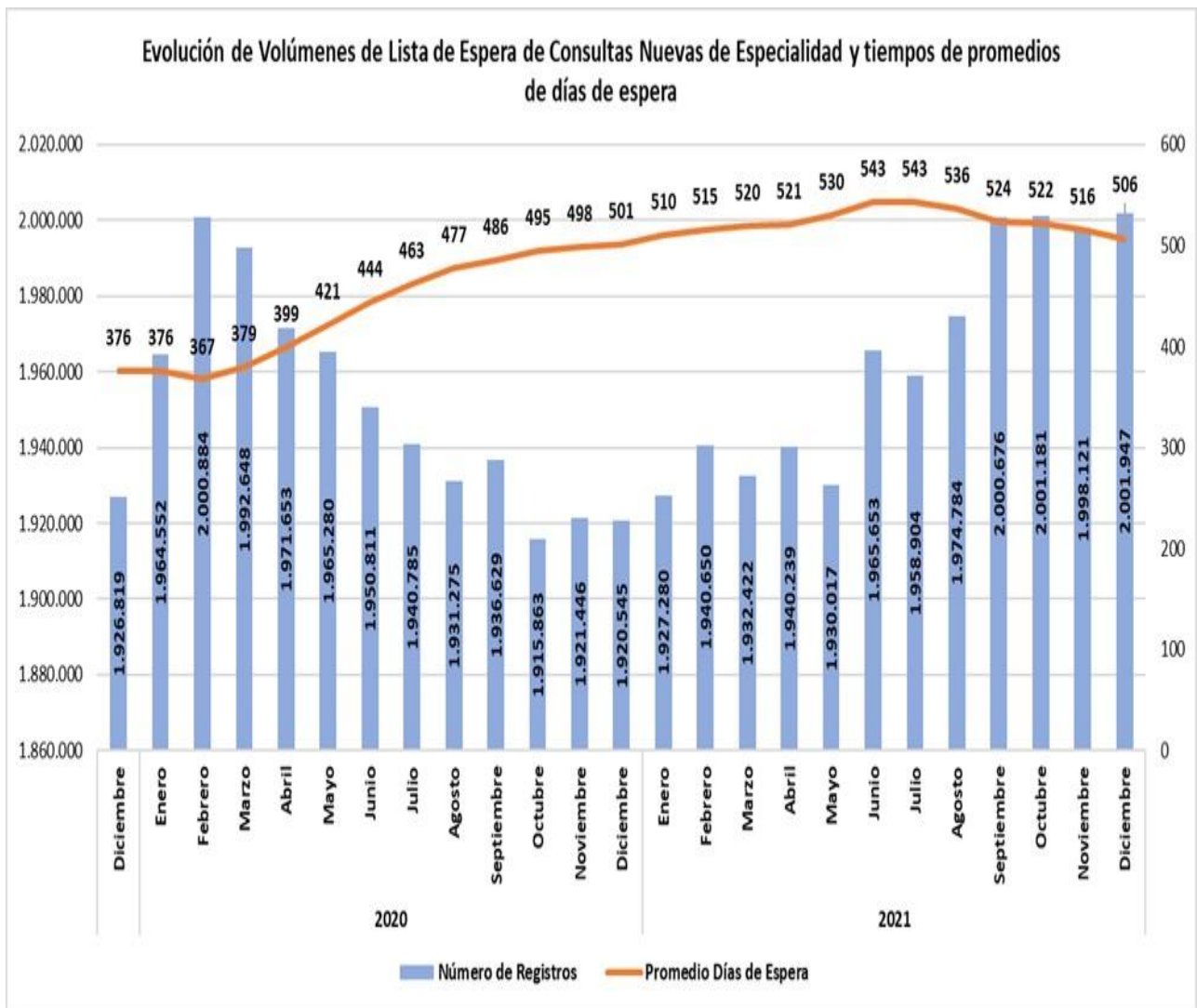
Para Lista de Espera No GES, la fuente de información es SIGTE (Sistema de Gestión de Tiempos de Espera) el nuevo sistema de gestión de tiempos de espera implementado desde marzo del 2018. Al 31 de diciembre del año 2021, las interconsultas para derivación a una atención de Especialidad que se encuentran pendientes de resolver son 2.001.947 correspondientes a 1.692.188 personas, lo que se traduce en una relación de 1,18 interconsultas de especialidad pendiente por persona. En la misma lógica las indicaciones para una intervención quirúrgica electiva que se encuentran pendientes de resolver a la misma fecha son un total de 315.945 correspondiendo a 280.970 personas teniendo una relación de 1,12 intervención quirúrgica electiva por persona.

Listas de espera atención de especialidad y cirugías No GES

País	Rango de Espera de Consultas Nuevas de Especialidad								Promedio de días de Espera
	Menor a 3 Meses	Entre 3 y 6 Meses	Entre 6 a 12 meses	Entre 12 a 18 meses	Entre 18 a 24 meses	Entre 24 a 36 meses	Mayor de 3 Años	Total general	
Total general	388.236	281.836	346.040	169.444	221.536	405.696	189.159	2.001.947	506

Fuente SIGTE. Corte al 31 de diciembre de 2021. Extracción 13 de enero de 2022

La tabla anterior destaca que el promedio de días de espera para una consulta nueva de especialidad es de 506 días a diciembre de 2021, en comparación con diciembre del 2020 que era de 501, observándose un aumento de 05 días, como lo muestra el siguiente gráfico:

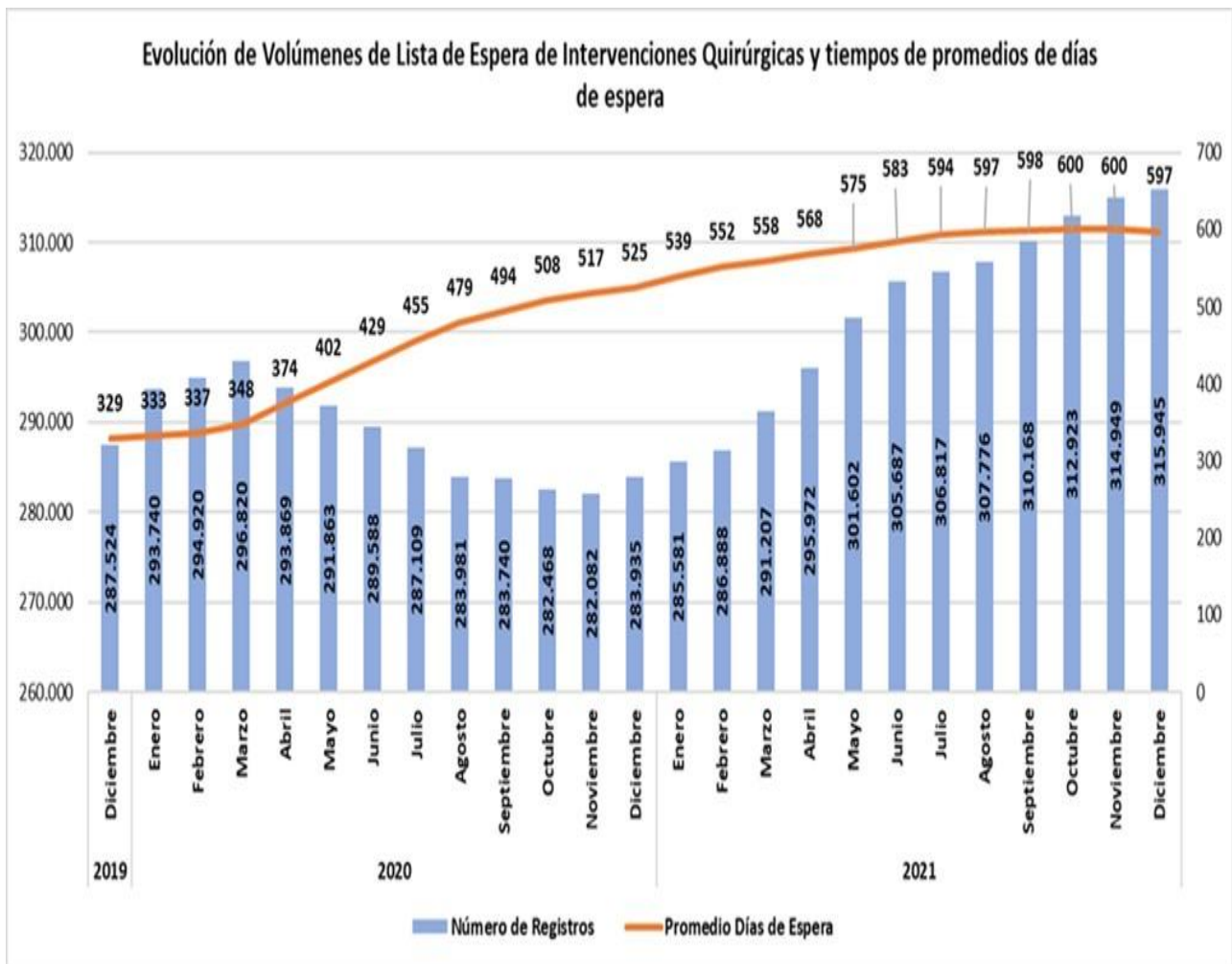


Lista de Espera Abierta de Intervenciones Quirúrgicas según rangos de espera

País	Rango de Espera de Intervenciones Quirúrgicas								Promedio de días de Espera
	Menor a 3 Meses	Entre 3 y 6 Meses	Entre 6 a 12 meses	Entre 12 a 18 meses	Entre 18 a 24 meses	Entre 24 a 36 meses	Mayor de 3 Años	Total general	
Total general	46.135	33.456	48.768	23.492	33.437	89.963	40.694	315.945	597

Fuente SIGTE. Corte al 31 de diciembre de 2021. Extracción 13 de enero de 2022

La tabla anterior se destaca que el promedio de días de espera para una Intervención Quirúrgica es de 597 días a diciembre de 2021, en comparación con diciembre del 2020 que era de 525 días, observándose un aumento respecto al 2020 de 73 días, como lo muestra el siguiente gráfico:



Respecto a diciembre del 2020, el promedio de días en la Lista de Espera Quirúrgica no ges aumento en un 13,9%, pasando de 525 días promedio a 597 días promedio en diciembre del 2021, observándose un aumento en el volumen de casos de 283.935 cirugías en diciembre de 2020 a 315.945 cirugías en diciembre de 2021, correspondiente al 11,3% la lista de espera en el periodo.

Estrategias para abordar la contención del incremento de los tiempos de espera No GES

En el contexto de la presente pandemia y en la adopción de las medidas sanitarias con el objeto de evitar y disminuir el contagio de los usuarios y funcionarios en los establecimientos de salud es que se ha visto disminuida la oferta de atenciones en los establecimientos lo que ha generado principalmente un incremento en los tiempos de espera generales de las listas de espera y en forma secundaria el volumen general de las listas, esto en consideración que la oferta de las atenciones han sido priorizadas biomédicamente con foco en los diagnósticos con riesgos vital y secuela funcional, los diagnósticos asociados a los problemas de salud GES, de niños(as) SENAME y pacientes PRAIS y tiempos prolongados en las espera, los que fueron establecidos por esta Subsecretaría de Redes a través del Ordinario 373 del 08 de febrero del 2021. El incremento del volumen se ha debido principalmente a la reactivación de la atención primaria en salud, la que ha generado nuevos casos.

Con el objeto de resguardar la resolución de los casos más antiguos en lista de espera de Consultas de Especialidad Médica, Odontológica e Intervenciones Quirúrgicas, es que se mantienen las evaluaciones de los compromisos de gestión N°5, N°6 y N°7, que presenta 3 objetivos específicos para el año 2021.

Plan de Reactivación de Producción Asistencial en el segundo semestre del año 2021

En el segundo semestre del 2021 se generó un plan de reactivación de la producción de atenciones de salud en la red asistencial de especialidad, dentro de lo que nos permitieron las ventanas epidemiológicas del Covid en los distintos territorios del país, estrategia focalizada para subsanar las brechas sanitarias de la población y disminuir la lista de espera antigua, a mediano y largo plazo, potenciando la oferta quirúrgica, de consultas nuevas de especialidad institucional, llegando a una producción del segundo semestre de Consultas Médicas de Especialidad del 36,2% más respecto al 2020, por otro lado las Intervenciones Quirúrgicas llegaron a un 15,7% más respecto al 2020.

Adicionalmente la Subsecretaría de Redes mantuvo el fortalecimiento de las modalidades de atenciones a distancia, incluyendo a ellas otras herramientas tecnológicas a las habituales de la red como las atenciones de controles vía telefónica y videollamadas, resguardando que las características clínicas del usuario fueran viables de ser abordadas por esta vía.

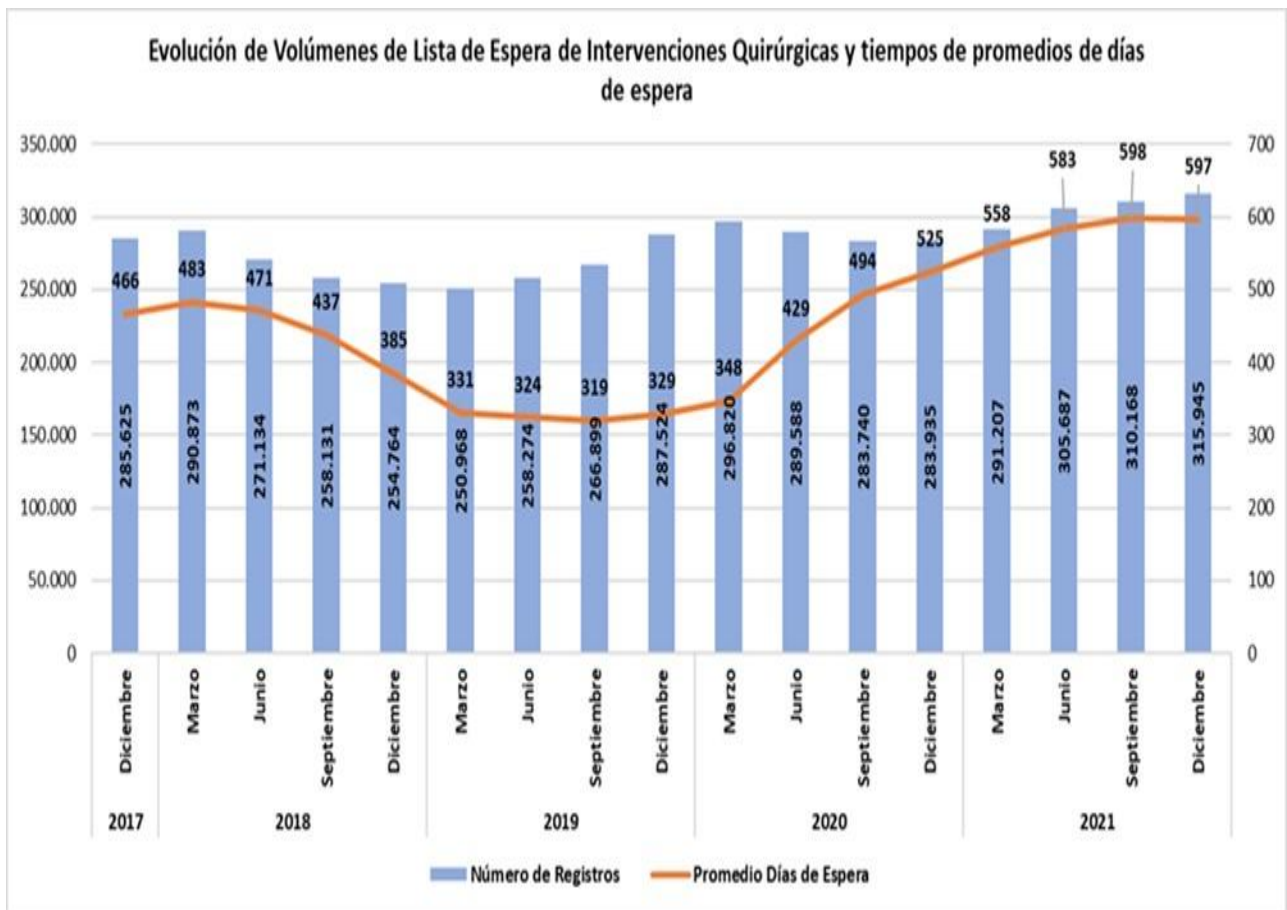
Proyección de resolución de Lista de Espera No GES 2022

Para el año 2022 se espera continuar con planes de reactivación de la actividad asistencial, los que se desarrollarían en el territorio nacional de acuerdo a como se vayan generando las ventanas epidemiológicas del COVID-19 y sus variantes.

Por otro lado, importante mencionar que la línea de resolución de lista de espera sigue presente en distintos indicadores que tienen como propósito generar egresos de en la lista de espera con foco en la antigüedad, como disminución de volúmenes antiguos por servicio de salud en los COMGES N°4, 5 y 6; disminución del promedio de días de espera en el instrumento de evaluación de metas Sanitarias y BSC, este último en establecimientos autogestionados de la red.

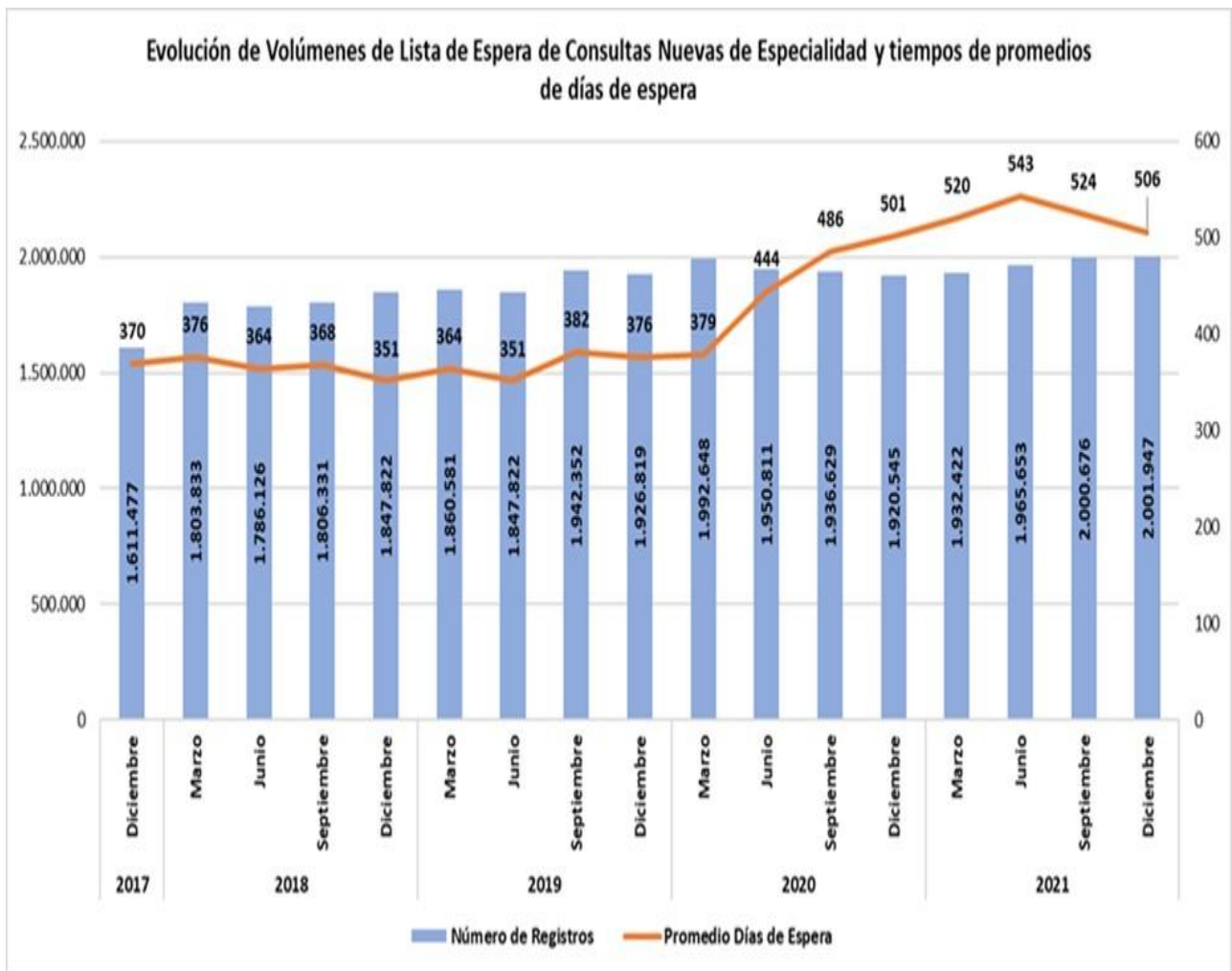
Adicionalmente con un importante despliegue de seguimiento de indicadores de eficiencia; en el ámbito Quirúrgico: % de suspensión, rendimiento diario de producción de intervenciones quirúrgicas en quirófanos en trabajo en horario hábil, % de Quirófanos en trabajo respecto los habilitados; en ámbito ambulatorio cumplimiento de programación de especialistas, % de altas médicas y % de Consultas nuevas respecto al total.

Evolución de Lista de Espera Quirúrgica en el periodo



El gráfico de Lista de Espera Quirúrgica muestra que el volumen en general no presentó variaciones importantes, si se observa una disminución importante del promedio de los días de espera producto del 2° Plan, lo que se mantuvo relativamente en meseta, con leve tendencia al alza, pero que producto de la pandemia en marzo del 2020 presentó un incremento exponencial, el que se logra controlar con el 5° plan a fines del 2021.

Evolución de Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad en el periodo



El gráfico de Lista de Espera de Consultas Nuevas de Especialidad muestra que el volumen en general se presentó con tendencia al alza, pero más significativamente se observa que producto de la pandemia en marzo del 2020 un incremento exponencial del promedio de días de espera, el que se logra controlar con el 5° plan a fines del 2021.

Listas de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica

La Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica es un subgrupo de la Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad, y ha sido abordada con detalle desde el año 2018 con la conformación del Departamento Odontología de DIGERA. Desde esta fecha se realiza gestión para la resolución de casos que incluyó seguimiento mensual y trimestral, estandarización de tiempos de atención publicados anualmente en “Orientaciones para la Programación en Red”, levantamiento de equipos y equipamientos para reposición, revisión de registro REM y plataforma Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE de aquí en adelante) para resolver situaciones administrativas.

El primer logro fue resolver casos con mayor tiempo de espera que correspondía al año 2007, encontrándose el año 2021 que los casos más antiguos corresponden al año 2012, los cuales fueron formalizados en SIGTE extemporáneamente.

En el año 2019 y debido a la movilización social de octubre, existió daño en establecimientos del Servicio de Salud Coquimbo y Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio que incluyen la suspensión de atenciones. En este mismo periodo se presentaron proyectos de reposición de equipos en la línea de unidades dentales y equipos de Imagenología que por encontrarse en mal estado, extendían el proceso de resolución de los problemas de salud de los usuarios.

En este año se comienza el trabajo con FONASA para determinar las canastas MAI y con el intersector para realizar equipos móviles de atención odontológica de especialidad en establecimientos con altos tiempos de espera y en coordinación con los profesionales locales.

Durante el año 2020 producto de la pandemia y las medidas sanitarias que tenían por objetivo evitar contagios COVID-19 por emisión de aerosoles, disminuye la oferta de la atención odontológica. En este año existe una adecuación de tiempos de atención asociados a la ventilación resguardando la seguridad de los funcionarios y usuarios. Se formalizan protocolos de especialidades con la participación de referentes locales y del Ministerio de Salud (DIGERA, DIVAP y Salud Pública), Sociedades y Colegio Profesional, con el objetivo de mejorar la derivación y la pertinencia de los usuarios.

Durante el año 2021 se estabiliza la oferta, y se da énfasis al término de tratamientos odontológicos considerando las inasistencias ocurridas por las fases del Plan Paso a Paso. Se inician los comités de eficiencia odontológica que acompañan la gestión de los Servicios de Salud en relación con la contactabilidad de usuarios, visitas domiciliarias con apoyo de la Atención Primaria de Salud y confirmación de citas, mejorando la asistencia y la continuidad de la atención.

Como resultado, el último informe de Lista de Espera, según plataforma SIGTE el total de casos corresponde a 450.325 a diciembre del año 2021. Al realizar los comparativos entre el cierre del año 2021 y el cierre del año 2020 existe una resolución de un 6,8% del total de casos.

Régimen de Garantías Explícitas en Salud

Las garantías de oportunidad GES, hasta antes de la pandemia aumentaban cada año, el año 2019 particularmente se alcanzaron a generar 4.000.000 de garantías, alza justificada por el aumento de 5 problemas de salud, pasando de 80 a 85 patologías cubiertas por el régimen GES.

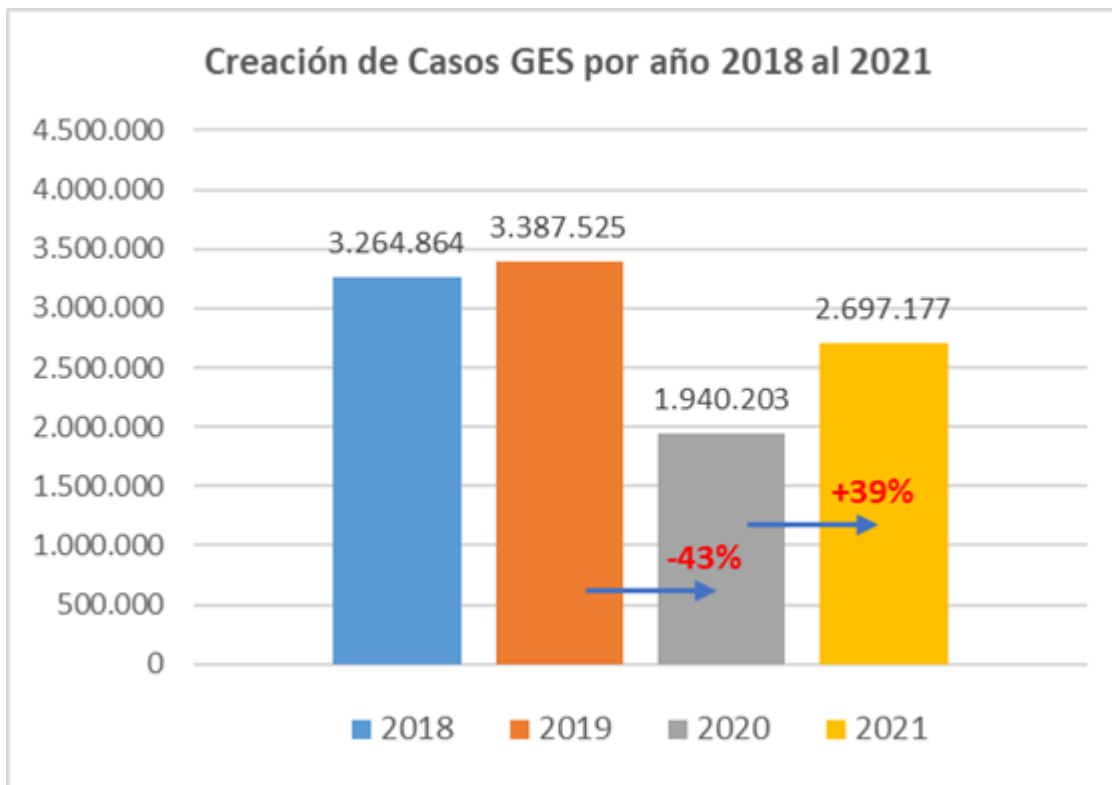
Producto de la pandemia, el año 2020 disminuyó el número de garantías a gestionar en un 36% comparado con del año 2019, y el año 2021 aumentó un 19% respecto del año 2020.



Fuente SIGGES-FONASA, elaboración Dpto. GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas - DIGERA

El Cumplimiento GES, hasta antes de la pandemia estaba sobre el 99,5% como promedio país. La contingencia Sanitaria llevó a que el cumplimiento disminuyera a 97,4% el año 2020 y 97,8% el año 2021. Se destaca que el año 2021 se aumentó la demanda de garantías a gestionar en caso 500 mil, de igual forma se aumentó levemente el cumplimiento.

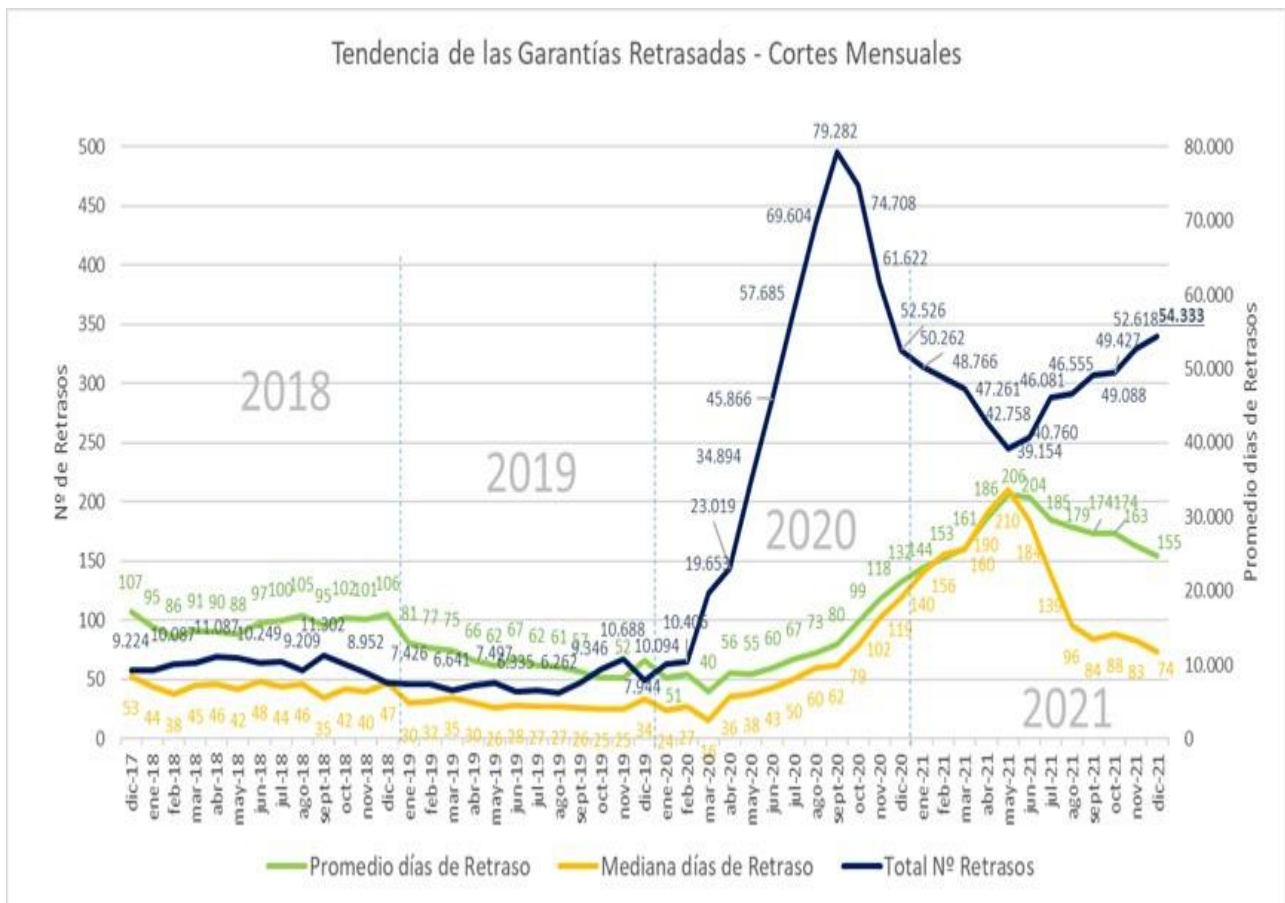
Por otra parte, también la pandemia ha afectado la garantía de acceso GES, lo que se evidencia en la creación de casos, lo que se traduce en la disminución en la generación de garantías. El año 2020 se generó un 43% menos de casos GES que el año 2019 y el año 2021 se ha recuperado la actividad respecto del 2020; con un aumento del 39% respecto del año 2020.



Fuente SIGGES-FONASA, elaboración Dpto. GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas - DIGERA

Las garantías retrasadas en tiempos de pandemia, según muestra el gráfico a continuación, aumentaron mes a mes desde marzo 2020, alcanzando un máximo de 79.282 garantías retrasadas en el mes de septiembre del mismo año. El año 2021 se vio una baja en las garantías retrasadas con su mínimo en el mes de mayo con 39.154 garantías producto de la reactivación de la atención, posterior a ello, nuevamente comenzó a incrementar su volumen hasta llegar a las 54.333 garantías retrasadas del cierre diciembre 2021.

La antigüedad de las garantías retrasadas tuvo su mayor alza en mayo 2021 con 206 días de promedio y 21 días de mediana de días de espera, desde ahí ha ido disminuyendo hasta llegar al presente corte con 155 días de promedio y 74 días de mediana de espera del retraso GES.



Fuente SIGGES-FONASA, elaboración Dpto. GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas - DIGERA

En el contexto de la recuperación de prestaciones retrasadas por la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud elaboró un plan de otorgamiento de prestaciones de cáncer con motivo de la pandemia del COVID 19. Sus puntos principales son:

Ámbito GES y No GES:

- Derivación de pacientes a segundo prestador GES FONASA por garantías en riesgo incumplimiento e incumplidas según prioridad clínica establecida por cada SS/Hospital, con la creación de comité central que priorizaba la demanda de atención oncológica de acuerdo con criterios clínicos de gravedad y urgencia en la resolución.
- Gestión de pacientes oncológicos (GPO) a través del Departamento GES de DIGERA en conjunto con FONASA para la resolución de prestaciones oncológicas GES y no GES (diagnóstico, etapificación y tratamientos) para los pacientes de la red pública.
- Convenio entre FALP - Fonasa y Minsal, en mayo 2020, en el que FALP dona \$MM1.000 para el tratamiento de pacientes con

diagnóstico de cáncer y requieran resolución quirúrgica, radioterapia y radiocirugía. Este convenio continúa hasta la fecha.

- Se implementa la Red Nacional de derivación de pacientes con Leucemias agudas, con apoyo de UGCC Minsal y Fonasa, quienes derivan a pacientes con financiamiento de segundo prestador de Fonasa.
- Compromiso de gestión (COMGES) N° 7, el que en uno de sus objetivos considera la disminución de TE de cirugías oncológicas NO GES.
- Modificación transitoria de las Redes de Atención que permite implementar cartera de servicios de regiones principalmente y evitar la derivación a otras ciudades.
- Redes de derivación temporal de niños con diagnóstico de COVID en hospitales pediátricos exclusivos. (H. Calvo Mackenna, H. Exequiel Gonzalez, H. Roberto del Río). El objetivo es que estos centros mantengan su actividad de alta especialidad, por ejemplo, oncológica.
- Aumento de oferta en centros de radioterapia mediante extensión horaria para dar respuesta a la lista de espera existente.

Fortalecimiento herramientas de Gestión:

- Al final del 2021 se incorporan gestores de casos oncológicos en todos los hospitales de alta complejidad del país, incorporando 70 gestores de pacientes para los Servicios de Salud a nivel nacional, quienes tienen como principal función realizar seguimiento de pacientes con cáncer.
- Refuerzo de las Unidades de Cuidados Paliativos, incorporando de 68 médicos, 200 profesionales y 130 técnicos paramédicos en los distintos hospitales del país.
- Capacitación de equipos clínicos en los criterios médicos de priorización, para lo que se requiere implementación de cursos virtuales.
- Teleasistencia desde centros de mayor complejidad: Asesoría de expertos hematólogos, oncólogos, radioterapeutas, mediante la creación de telecomités con el objetivo de disminuir la derivación y apoyar a médicos de regiones, evitando el traslado de pacientes y entregando prestaciones o generando derivaciones oportunamente

Estrategias en trabajo:

- Fortalecimiento de monitoreo y generación de estrategias a nivel local y central
- Reuniones mensuales con referentes GES y de cáncer por Servicio de Salud para monitoreo de garantías y focalización de estrategias a implementar.
- Priorización de pacientes con garantías exceptuadas y retrasadas, con énfasis en oncología
- Monitoreo de casos con garantía exceptuadas transitoriamente: desarrollo de protocolos locales para gestión de casos además de capacitación a equipos clínicos y registro GES.
- Reuniones mensuales con referentes GES y de cáncer por Servicio de Salud para monitoreo de garantías y focalización de estrategias a implementar.
- Evaluación de la capacidad de oferta extendida en la red pública para atención oncológica post pandemia (extensión horaria, habilitación de unidades fines de semana, operativos ambulatorios, etc.).
- Plan de reactivación (resolución quirúrgica, teleasistencia, atención ambulatoria.
- Operativos de atención con sociedad de Oftalmología de Chile
- Fortalecimiento de Hospitales de menor complejidad para descongestionar a los más Complejos
- Unidades de atención oftalmológicas móviles para acercar la atención en lugares más cercanos a la población.
- Capacitación y asistencia permanente a la red de Referentes GES y Redes Complejas.

Red de Atención de Fibrosis Quística

Fortalecimiento de la Red de atención de pacientes de Fibrosis Quística.

En los años 2018 y 2019, se presentaron los siguientes hitos:

- Levantamiento nacional de establecimientos públicos que atienden pacientes con Fibrosis quística, con información necesaria para definir la potencialidad de cada uno de los centros para ser clasificado dentro de la Red como centro de Diagnóstico, Tratamiento y/o Seguimiento.
- Habilitación de zonas y Protocolo de aislamiento en el Hospital del Tórax, a través de la gestión de Recurso Humano (4° turno de técnico paramédico y 2 cargos de Kinesiólogos).

- Fortalecimiento del Piloto de Tamizaje en Fibrosis Quística a través de la gestión de cargos de tecnólogo médico para el equipo del Hospital San Juan de Dios y Guillermo Grant Benavente.
- Apoyo en capacitación y asesoramiento técnico por parte del Dr. Héctor Gutiérrez, experto y jefe del Centro de Fibrosis Quística del Children's of Alabama/ University of Alabama at Birmingham.
- Jornada de Capacitación Nacional para equipos multidisciplinarios de la Red.
- Publicación y Difusión de Orientación Técnica de Fibrosis Quística para médicos y profesionales que atienden personas con FQ
- Reuniones con Agrupaciones y equipos clínicos.

Durante los años 2020 y 2021, producto de la pandemia, muchos de los desafíos propuestos en términos de diagnóstico, tratamiento y capacitación fueron aplazados. No obstante, se avanzaron en los siguientes puntos:

- Trabajo en conjunto con la Red, especialmente con los Centros de Referencia para así asegurar la continuidad de la atención.
- El Hospital Gustavo Fricke implementó el sistema de telemonitoreo a sus pacientes, con el fin de mantener los controles de salud sin exposición a riesgo por motivo de emergencia sanitaria. Esta práctica se espera mantener y ampliar a otros establecimientos con el fin de realizar los controles de salud de pacientes que presenten dificultades para acudir de manera presencial.
- En lo que respecta a Capacitación, Dr. Héctor Gutiérrez, experto y jefe del Centro de Fibrosis Quística del Children's of Alabama/ University of Alabama at Birmingham, y su equipo han mantenido las asesorías a los distintos equipos multidisciplinarios de los Centros de Referencia que se cuenta en la Red.

Medicamentos:

Se desarrolla piloto de incorporación de Pancreolipasa (enzimas pancreáticas) para pacientes con diagnóstico de Fibrosis Quística con insuficiencia pancreática que no responde al uso de Creon o Lactante menor que requiera fraccionamiento. Este piloto tiene un costo estimado de \$272.259.400 más IVA. La incorporación de pacientes ha evolucionado desde el año 2018 con 39 pacientes y ya durante el año 2021 se cuenta con 440 pacientes en el programa.

4. Desafíos para el período de Gobierno 2022

Inversión en establecimientos Hospitalarios

El fortalecimiento del sector salud, propiciado por el Programa de Gobierno, pone a prueba el despliegue y articulación de todos los actores relevantes en el sistema de salud público de nuestro país. En ese sentido, un aspecto destacado es el Plan Nacional de Inversiones que se ha implementado con éxito, lo que sin duda represento un desafío permanente de cumplir con el compromiso presidencial en materia de inversión sectorial en salud.

Respecto a la proyección del año 2022, se estima el cierre de 21 Estudios Preinversionales Hospitalarios (EPH), de los cuales 9 son de menor envergadura. Por otro lado, se proyecta que durante el primer semestre se den por cerradas al menos 5 reevaluaciones ya en tramitación.

Desde el Plan Nacional de Cáncer se encuentran pendientes por iniciar en los próximos 2 años al menos 15 iniciativas para estudios de pre inversión.

Según las proyecciones actuales del Plan Nacional de Inversiones, a marzo 2022 se contará con 3 nuevas obras, estos son: Hospital de Alto Hospicio (terminado en febrero de 2022), Hospital Philippe Pinel de Putaendo y Hospital de Carahue (ambos terminando sus obras y avanzando en paralelo con su puesta en marcha). Con lo anterior y sumando los 16 proyectos entre 2019 y 2021, se espera contar con 19 Hospitales terminados al finalizar el periodo de gobierno.

Para el año en curso, en Arquitectura se encuentra programado dar continuidad al desarrollo y/o actualización de las Guías de Diseño para Establecimientos Hospitalarios, sumando el desarrollo de nuevas unidades clínicas al documento. Además, se contempla el desarrollo de Términos de Referencia para Bases de Diseño Tipo, para proyectos Hospitalarios y las Orientaciones Técnicas y Procedimiento de Búsqueda y Selección de Terrenos para Establecimientos de Salud, con la finalidad de apoyar y fortalecer en nivel de resolutivez de los Servicios de Salud.

En cuanto a proyectos tradicionales, se espera abordar los diseños del Centro Oncológico de Atacama, Unidad Oncología Integral de la Araucanía y la ampliación y remodelación del Actual Instituto Traumatológico para aumentar cupos de UPC, entre otros proyectos que concluyan su etapa del EPH.

En Atención Primaria de Salud

Durante el año 2022 se continuará con el desarrollo de los proyectos vigentes para la construcción de 120 nuevos centros a lo largo del país.

En cuanto a la cartera de inversión de recintos SAR, queda pendiente el término de ejecución de 2 recintos para los años 2022 y 6 recintos para 2023. Llegando a un total de ejecución para esa fecha de 130 recintos SAR.

Programa conservación, “Mi consultorio a punto”, se proyecta concretar el financiamiento de al menos 254 iniciativas de inversión, con un monto estimado de MM\$10.

Se espera concretar Guías de Diseño para Establecimientos de Atención Primaria (Arquitectura), y Orientaciones Técnicas para salas de Esterilización y otras áreas relevantes (en conjunto a referentes DIVAP), que actualmente se encuentran en desarrollo.

Inversión en Equipamiento

Se proyecta continuar con el Plan Nacional del Cáncer considerando, entre otros, la reposición de 3 Aceleradores lineales, 6 Mamógrafos, 1 Tomógrafo Computarizado, Reconversión Tecnológica de un Resonador Magnético, y equipos asociados a Endoscopia y anatomía patológica.

Del programa de reposición de equipos y equipamiento, se implementará plan asociado al área de atención odontológica, la Reconversión Tecnológica de un Resonador Magnético, 2 Tomógrafos computarizados, 2 Angiógrafo, 9 equipos de Rayos X, entre otras líneas asociadas a diagnóstico y tratamiento.

El plan de reposición de vehículos alcanzará un total de 46 ambulancias

Mantenimiento Hospitalario del Sector Salud.

Durante 2022 se continuará con la planificación anual del mantenimiento y jornadas de trabajo con la red asistencial para la gestión de nuevos recursos de expansión operacional para las áreas de equipamiento médico, equipos industriales y ambulancias de la red asistencial.

Otros desafíos importantes a considerar para el año 2022 corresponde a los compromisos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud que emana del documento generado durante el año 2021 que establece los objetivos sanitarios de la década 2021 2030. Para el caso de Inversiones se contempla;

- 1.- Mejorar el sistema de priorización de la inversión sanitaria.
- 2.- El desarrollo de metodología de diagnóstico de la infraestructura, con el objeto de Mejorar la dotación oportuna de infraestructura y equipamiento ante las necesidades inmediatas de la población.
- 3.- Elaboración de un protocolo de coordinación intersectorial con la finalidad de gestionar de mejor forma los proyectos de inversión
- 4.- Definir lineamientos Ministeriales en relación a la incorporación y adopción de metodologías BIM y otras metodologías y conjunto con ello desarrollar términos de referencia BIM para hospitales y APS con el objeto de mejorar la

eficiencia en los procesos de inversión y operación de la infraestructura y del equipamiento.

5.- Mejorar la asignación de recursos para la adecuada planificación del mantenimiento de equipamiento e infraestructura y su renovación.

6.- Actualización y/o elaboración de Guías de Diseño de hospitales y recintos de atención primaria de salud (APS), con el objeto de asegurar que la infraestructura sanitaria esté acorde a los estándares vigentes en arquitectura e instalaciones.

7.- Elaboración y ejecución de un plan de sostenibilidad para la infraestructura y equipamiento sanitario, nuevo y existente con el fin de aumentar la integración de forma sostenible de las dimensiones económicas, sociales y medioambientales, en infraestructura y equipamiento sanitario.

Se espera que en el año 2022, por parte de los Servicios de Salud, se dé prioridad al Plan Nacional de Cáncer, en materia de mejoras en los establecimientos de salud, como en la adquisición de equipo, equipamiento y vehículos., en virtud de ello se contempla el financiamiento de nuevas iniciativas asociadas al Plan Nacional del Cáncer, con un marco estimado de M\$20.880.000, que involucrará equipos para diagnóstico y tratamiento de las patológicas asociadas, beneficiando a los hospitales de la red asistencial que realicen estas prestaciones.

Por otro lado en términos de ejecución financiera se estima que el porcentaje alcanzado por parte de los Servicios de Salud pueda seguir con una tendencia al alza, tomando en consideración un escenario favorable y con una pandemia en retroceso, proyectando una ejecución sobre un 97% del presupuesto solicitado, generando con ello, un avance en los proyectos de arrastre.

Programa de Resolutividad en APS

Enmarcado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de salud, la estrategia de Resolutividad en APS para el periodo 2021 - 2022 presenta como desafío Retomar las acciones, mejorar la capacidad resolutiva de los componentes de la estrategia, potenciar las unidades con el apoyo de la estrategia de Salud Digital, desarrollar estrategias que permitan brindar atenciones en condiciones de bioseguridad en periodo pandémico, incrementar el apoyo brindado en materia de salud visual de personas con Diabetes, estandarización de procesos clínico-administrativos mediante la actualización de orientación técnica y trabajar en la proyección de la expansión de los dispositivos y estrategias para el periodo 2023-2024, teniendo en consideración que durante el periodo 2020 y 2021 no fue posible dicha expansión por los acontecimientos asociados a la pandemia.

Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil - PASMI

- Continuidad de la atención de salud mental en pandemia

- Aumentar coberturas del programa con comunas nuevas
- Expansión presupuestaria

Curso de Vida de Personas Mayores

Personas Mayores en Atención Primaria de Salud:

- Generar estrategias y acciones de acompañamiento que permitan mejorar los indicadores relacionadas con el desarrollo del Programa de Personas Mayores.
- Generar un diagnóstico continuo de brechas, facilitadores y obstaculizadores a través de informes que permitan mantener información relevante, pertinente y actualizada que oriente la gestión del Programa de Personas Mayores.
- Fortalecer la continuidad del cuidado de personas mayores mediante la integración del EMPAM a la Estrategia de Cuidado Integral impulsada desde MINSAL (ECICEP)
- Favorecer el trabajo intersectorial a nivel local, mediante la continuidad del trabajo con el SENAMA y el desarrollo del Modelo Sociosanitario de atención de personas mayores.
- Retomar el acompañamiento técnico para el desarrollo del trabajo comunitario con personas mayores, el fomento de la participación social y factores protectores de la salud, a través de la colaboración a equipos de Servicios de Salud y Atención Primaria, desde la DIVAP.
- Generar trabajo conjunto con equipo transversal de DIVAP, implementando estrategias y lineamientos de acuerdo con el curso de vida de las personas mayores.
- Fortalecer el trabajo con el intersector, en especial con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Ministerio de Desarrollo Social.
- Potenciar las estrategias de Prevención y Promoción en salud de acuerdo con el curso de vida de personas mayores.
- Apoyar el proceso de formación de competencias de los equipos de salud de APS a través de la habilitación cursos on line y webinar con Hospital Digital.

En Atención Secundaria de Salud

Esta iniciativa pretende, por un lado, aumentar el número de geriatras en Chile con un horizonte al 2022, y relevar la importancia de esta especialidad médica, además de ofrecer una sólida base en el área a profesionales que trabajan con personas mayores, entregándoles conocimientos y certificación, con una mirada sociosanitaria, la cual considera a profesionales de las áreas de la salud y de servicios sociales.

El número de especialistas existentes y el proyectado al 2022 se muestra en imagen a continuación.



Además, durante el año 2022 se seguirá con el trabajo en las siguientes líneas:

- Implementación sala de estimulación precoz.
- Decretar y proveer brecha de RRHH (Sub 21).
- Presentar proyecto de formulación presupuestaria 2022.
- Presentar proyecto y brechas para ejercicio de formulación presupuestaria 2022.
- Presentar proyecto y brechas para ejercicio de formulación presupuestaria 2022.

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

- Fortalecer la continuidad del cuidado de personas mayores mediante la integración del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes a la Estrategia de Cuidado Integral impulsada desde MINSAL (ECICEP)
- Favorecer el trabajo intersectorial a nivel local, mediante la continuidad del trabajo con el SENAMA y el desarrollo del Modelo Sociosanitario de atención de personas mayores.
- Retomar el acompañamiento técnico para el desarrollo del trabajo comunitario con personas mayores, el fomento de la participación social y factores protectores de la salud, a través de la colaboración a equipos de Servicios de Salud y Atención Primaria, desde la DIVAP.
- Gestionar la expansión de recursos para la implementación del programa en territorios sin acceso de personas mayores a intervenciones promocionales y preventivas de salud, teniendo en cuenta los criterios demográficos, y la falta de acceso al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en 121 comunas del país, caracterizadas por otros factores de vulnerabilidad como ruralidad, pobreza y deficitario acceso a servicios sociosanitarios y la brecha de cobertura considerando que población potencial del programa alcanza las 2.424.825 personas al año 2022, y la cobertura anual

proyectada es de 200.000 personas mayores, en condiciones epidemiológicas favorables al desarrollo del programa.

PROGRAMA ELIGE VIDA SANA

Desde la División de Atención Primaria en trabajo mancomunado con diversas instituciones mencionadas, se crearon mesas de trabajo al año 2021 para mejorar, actualizar y crear:

- Trabajo en Intersectorialidad (en el nivel de estrategia/diseño, política pública y en el nivel operacional).
- Centrar el Programa Elige Vida Sana en Criterios de focalización.
- Gestionar recursos para aumentar los cupos a las comunas.
- Avanzar en una mirada Enfoque de género.
- Lograr medir adherencia al Programa Elige Vida Sana.
- Trabajar en registro y sistemas de información.

Programa de Acceso Oportuno a Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a ley de responsabilidad penal adolescente (programas mejor niñez y sename)

Considerando que desde el 01.10.2021 comienza en funcionamiento el nuevo Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez, lo cual ha significado un gran desafío para los equipos de salud, dar continuidad al trabajo desarrollado a la fecha y articularse localmente para comenzar una nueva etapa de acompañamiento y seguimiento a esta población priorizada, sin desconocer el trabajo previo, se evidencian los siguientes desafíos:

-Cerrar brecha de implementación del SISI en 7 Servicios de Salud: Aconcagua, Metropolitano Norte, Ñuble, Talcahuano, Arauco, Osorno y Chiloé.

-Elaborar una estrategia de vinculación de los NNAJ en programas ambulatorios de Mejor Niñez y adolescente con sanciones en medio libre de SENAME con su establecimiento de Atención Primaria, y de esta forma, acceder al continuo de atención en salud, es decir, promoción, prevención, tratamiento y/o rehabilitación (las sedes de estos programas atienden a NNAJ de diferentes comunas).

Ello implica, fortalecer estrategias de trabajo intersectorial, tanto a nivel nacional, regional y local para dar respuesta a las necesidades de los NNAJ de programas ambulatorios del Servicio Mejor Niñez y SENAME y acompañarlos también en su proceso de desarrollo integral.

-Contar en todas las regiones del país con los referentes intersectoriales para el SISI: Analista de Salud y Coordinadores Intersectoriales de Mejor Niñez y Referentes de SENAME.

-Elaborar un plan de trabajo MINSAL-Mejor Niñez-SENDA para apoyar la implementación de Residencias Familiares que se están habilitando en el país.

-Activar el trabajo intersectorial entre los integrantes del Equipo Gestor Intersectorial del SISI (Mejor Niñez, SENAME, Salud y SENDA), con la finalidad de dar continuidad a planes de trabajo, actualizar diagnósticos locales conjuntos y elaborar planificación 2022.

-Finalizar los lineamientos del SISI y difundirlo a los equipos regionales y territoriales.

-Establecer una estrategia conjunta entre Mejor Niñez-MINSAL para capacitar implementación de la Norma Técnica Promoción del bienestar y manejo de desajustes conductuales y/o emocionales en contexto residencial.

Salud de la Mujer

- Aprobación actualización del programa médico arquitectónico de Centros de APS, que permita normalizar 1 box gineco obstétrico cada 5 mil personas, el estándar actual es cada 10 mil.
- Continuar con capacitación en Climaterio a médicos en etapa de formación (EDF).
- Disminuir brechas de matronas/es capacitados en técnicas de inserción, extracción y manejo de nuevos anticonceptivos (implantes anticonceptivos y dispositivos intrauterinos), considerando la formación en nuevo SIU y nuevos productos.
- Continuar el proceso de formación de entrenadores y facilitadores de Entrenadores prenatales.
- Formalizar el reglamento de prescripción por profesional Matrona/ón, trabajado en comisión intra e extra Ministerial y se encuentra pendiente validación de canasta por DIPOL.
- Fortalecer competencias técnicas en prestaciones de salud sexual en Atención primaria.
- Actualizar en financiamiento per-cápita del Plan de salud familiar prestación en el ámbito de SS y SR, que debe considerar nuevas prestaciones y ajuste de rendimientos y coberturas.
- Incorporar en per-cápita la Ecografía del segundo y tercer trimestre para embarazadas.
- Fortalecer Rol de matronas/es ecografistas que permiten mejorar el acceso, oportunidad y Resolutividad en APS.
- Formulación presupuestaria para disminuir brecha de cobertura de PAP con recursos 2022, incentivando la recuperación de tamizajes.
- Definir plataforma digital para registro de tamizaje único Nacional de examen de Papanicolaou y mama con sus resultados y cobertura país, es necesario que todos los laboratorios públicos y privados tributen en esta plataforma, así se logrará tener coberturas nacionales.

- Fortalecer la atención Primaria con carros móviles ginecológicos.
- Georreferenciar los vacíos de cobertura de examen de Papanicolaou y Mamografía.
- Disminuir brecha de vacunación VPH
- Reactivar solicitud Curso Sistema Informático a Distancia (SIAD) de: Actualización Métodos de regulación de fertilidad, salud Sexual, climaterio, atención preconcepcional.
- Fortalecer la incorporación preferencia del Parto (Mi parto: ¿cómo me gustaría vivir ese día? en Agenda de la mujer) (ChCC)
- Capacitar a Servicios de Salud y SEREMIS en Paquete de servicios iniciales mínimos (paquete de servicios Iniciales (MISP-psim) para la salud sexual y reproductiva en Emergencias y desastre y conformar el mesa técnica a nivel Central y regional.
- Mantener capacitación en Ecografía Gineco-obstétrica por matronas/es en APS.
- Definir modelo de Gestión de atención Gineco-Obstétrica en Hospitales de baja complejidad (Hospitales Comunitarios).
- Actualizar los Registros clínicos asociados al programa, incluido el mantenimiento normativo de las plataformas disponibles.
- Implementar Consulta online por profesional matrn/a en plataforma de Hospital digital.
- Implementar estrategia de prevención y pesquisa definida en Plan nacional de Cáncer
- Implementa estrategia de prevención y pesquisa definida en VIH -ITS.
- Elaborar plan de implementación de ENS en línea estratégicas: SSR, Cáncer, VIH y enfermedades transmisibles en eliminación.
- Colaborar en la implementación del PRAPS Acompañamiento de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) género no conforme..
- Colaborar en desarrollo de líneas de acción en SSR en Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.
- Elaborar Recomendación para la atención pre hospitalario de Urgencias obstétricas.
- Elaborar Recomendaciones para la prescripción, dimensión de métodos anticonceptivos y acciones a realizar en alerta farmacológica.

Programa de Salud Cardiovascular

Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Aumentar el número de centros de APS que implementan el protocolo de tratamiento, hasta alcanzar el 100% de los centros de APS con uso de estrategia HEARTS, plazo máximo año 2025.

Aumentar profesionales y equipos de salud cardiovascular capacitados en la estrategia HEARTS.

Aumentar el uso de equipos validados en la red de APS

Inclusión de Alternativa Terapéutica en el Tratamiento de Diabetes Mellitus 2 en atención primaria

- Aumentar los recursos que permitan incrementar los criterios de selección para personas con DM2, que utilicen Vildagliptina.
- Aumentar el número de centros de APS que implementan el proceso de atención de HD, y trabajo colaborativo.

Acreditación en Calidad

- Reiniciar o Mantener el trabajo en gestión de calidad y acreditación y así otorgar continuidad al trabajo de gestión en calidad, comenzando con aquellos establecimientos comprometidos en COMGES.
- Restaurar los equipos de calidad locales tanto los Comité de Calidad como los profesionales con actividad individuales de calidad.
- Realizar un trabajo participativo y consensuado a nivel local.
- Regularización de Autorizaciones Sanitarias o demostraciones según corresponda.
- Implementar y estandarizar procesos de supervisión relacionados a Gestión Clínica.
- Planificar ejercicios de constataciones en terreno (Presencial/Híbrida), en particular de las características que contemplan la exigencia de evaluación periódica
- Realizar acompañamiento a los CESFAM para la elaboración de un Plan de mejora de las brechas detectadas y posteriormente monitorear los avances del Plan de mejora diseñado por cada CESFAM.
- Capacitar en las áreas de calidad y seguridad del paciente al personal de apoyo.

Plan Nacional de Cáncer en Atención Primaria de Salud

La pesquisa de cáncer en atención primaria se realiza con prestaciones que están financiadas en el plan de salud familiar vía percapita o a través de Programas de Refuerzo de atención Primaria. El financiamiento a través de Programas de refuerzo de Atención Primaria (PRAPS) es acotado para una cantidad determinada de prestaciones que por lo general, está sujeta a la compra de servicios mediante licitaciones públicas en las comunas. Estos programas son evaluados a través de indicadores, cuyo cumplimiento permite dar continuidad a las actividades de programa; sin embargo, el crecimiento del programa está sujeta a expansión presupuestaria, por lo que se espera contar con mayores recursos para fortalecer la pesquisa y el tamizaje, pero trabajaremos para que se pueda optimizar los recursos que ya tenemos en los

programas de refuerzo de atención que aportan a la pesquisa y tamizaje de cáncer en el país

- Entre los programas de refuerzo de APS, se encuentra el programa Elige Vida Sana, que efectivamente está implementado hace unos años; sin embargo, tiene una oferta limitada; es evaluado anualmente por indicadores de cumplimiento que permiten dar continuidad a la actividad y fortalecer factores protectores, por lo que también creemos importante avanzar en la expansión del programa.
- En el VPH, para garantizar la continuidad de la implementación y mejorar el tamizaje, es necesario que dicha prestación sea incorporada dentro de la canasta de tamizaje de cáncer cervicouterino, inicialmente como co-test, es decir, ambos exámenes se realizan en forma simultánea; sin embargo el procesamiento del test de VPH sea anterior a la lectura del PAP en las mujeres de 30 a 64 años. Este examen debe ser procesado antes de la lectura del PAP, para que el/la citotecnólogo dirigidamente busque lesiones pre invasoras ante el resultado positivo de genotipos de alto riesgo
- En cuanto a los registros en REM, es necesario su modificación para contar con información más detallada de la producción de las actividades preventivas que se realizan incluida la vigencia, por ejemplo en los EMP. Sumado a lo anterior, las personas pueden acceder en cualquier lugar de red y no contamos con una herramienta informática unificada que permita conocer la cobertura de EMP en el país. La producción de REM A02 excluye a personas que han ingresado al PSCV/ECICEP, ya que al estar en control se les debe otorgar una atención integral de salud, siendo el EMP una actividad que está contenida en sus controles.
- Fortalecer a los equipos de Atención primaria con formación y transferencias de conocimiento a los médicos especialmente y al equipo en general, en la sospecha de algún cáncer que no sea solo aquellos que aportamos con los tamizajes y exámenes preventivos; de manera de fortalecer el rol preventivo de la APS en el ámbito de cáncer.
- Avanzar en la implementación de los cuidados paliativos universales en atención primaria, con fuerte énfasis en el modelo de salud familiar en el acompañamiento a estos pacientes en el fin de su vida y a sus familias en la preparación, tanto en lo clínico- asistencial como en el apoyo emocional y espiritual que requieren.
- Reforzar la prevención temprana en temas de cáncer con la comunidad, al incorporarlo como tema prioritario de política pública en indicadores de cumplimiento como metas sanitarias y compromisos de gestión

Red de Alta Complejidad Oncológica

Plan Nacional de Cáncer en Atención Secundaria

- Actualización Modelo de Gestión de la Red Oncológica, con definición de indicadores, en el contexto del Plan Nacional de cáncer

- Continuar con el proceso de implementación del Modelo de Gestión de la Red Oncológica, donde se espera que todas las Comisiones Oncológicas Macroregionales estén en funcionamiento y sean estas quienes trabajen en el diagnóstico de la red y el Diseño de la Red Oncológica a nivel Macro regional.
- Contar con el comité técnico local funcionando en los 29 servicios de salud.
- Avanzar en la gestión para contar con referente exclusivo y la figura del gestor de caso por cada servicio de salud.
- Continuar trabajo conjunto con Inversiones en la revisión y colaboración con los establecimientos de iniciativas de inversión relacionadas con Oncología.
- Elaboración de documentos relacionados con el Reglamento de la Ley de Cáncer (en conjunto con otras divisiones del Minsal)
 - Norma Técnica que determina las formas de derivación y contraderivación (Art. 30)
 - Norma Técnica de Centros de la Red Oncológica (Art. 25)
 - Norma para directores de Servicios de salud (Art. 24)
- Elaboración del Modelo de Gestión de casos oncológicos, su implementación y gestión específica, que permitan una adecuada continuidad en la atención de las personas.
- Evaluar la red actual y proponer el rediseño de la red oncológica, que dé cuenta de demanda real y potencial, las brechas actuales y proyectadas de cada una de las regiones y servicios de salud, generando propuestas de desarrollo gradual y priorizada
- Definiciones de estándares de RR.HH, equipamiento, infraestructura y criterios para el funcionamiento de la red oncológica, por cada una de las líneas de tratamiento de cáncer.
- Elaboración de documento “Desarrollo de la red Oncológica”.
- Elaboración de solicitud de expansión presupuestaria 2023, de acuerdo con necesidades de los establecimientos del país

SALUD MENTAL

Salud Mental en la APS

Se debe resguardar que las comunas a las cuales se les asignó recursos asociados a la estrategia Saludablemente puedan implementar desde los primeros meses del año 2022. Cabe destacar que el aumento presupuestario del programa fue de alrededor de un 80%, aumentando de 5 mil a 10 millones en un año.

Tal como se mencionó en el apartado anterior, durante el 2022 se implementará una estrategia piloto de rediseño de la atención de salud mental, la cual será desarrollada en cinco centros de salud correspondientes a tres comunas del país. Los resultados de este piloto serán relevantes para la formulación presupuestaria 2023-2024, en el sentido de incorporar acciones que tengan evidencia y mejoren la calidad de los tratamientos de salud mental que se llevan a cabo en APS.

Se debe mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los dispositivos de especialidad de salud mental, con el fin de que se continúe implementando la Consultoría y Tele consultoría de salud mental en la totalidad de CESFAM y Hospitales Comunitarios del país, según criterios de calidad señalados en Orientación Técnica de Consultorías de Salud Mental.

Otro importante desafío es el fortalecimiento de las acciones promocionales y preventivas, las cuales disminuyeron de forma considerable en contexto COVID, principalmente porque los equipos fueron redistribuidos a otras funciones, y mantuvieron foco en la atención de personas con trastornos de salud mental, más que en las prestaciones de índole promocional o preventivas.

El contexto COVID genera nuevos desafíos en la atención de salud mental de APS. En primer lugar, es el abordaje de las consecuencias del COVID en la población general, la cual no necesariamente presentaba trastornos de salud mental ni estaba vinculada al Programa de Salud Mental. En segundo lugar, se debe revincular a la Población Bajo Control que interrumpió o disminuyó su intensidad en los procesos de tratamiento producto del contexto sanitario. Y, por último, el abordaje de las personas que producto de la crisis sanitaria debutarán con trastornos de salud mental, la cual se suma a la ya existente, aumentando así la población en control del programa.

Para finalizar, y tomando en consideración las atenciones que se están llevando a cabo de manera remota a través de la plataforma digital Salud Responde/ Salud Digital, es que se deben realizar esfuerzos para que estas atenciones complementen el trabajo de las redes de salud y no se constituyan como intervenciones paralelas y fragmentadas con los usuarios que reciben prestaciones de salud mental.

Salud Mental en Atención Secundaria

Los desafíos 2022 se enmarcan en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2019-2025, y su respectivo Plan de Acción, con énfasis en provisión de servicios, fortalecimiento de la red de Salud Mental, fortalecimiento de los sistemas de información y financiamiento. Esto conlleva seguir avanzando en la implementación del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, priorizando para el presente año:

- Avanzar en la implementación del Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria y del Modelo de Gestión de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.
- Revisión final, aprobación y oficialización del Modelo de Gestión Hospital de Día.
- Incorporar los avances y resultados del proceso de actualización del diseño de la red temática de salud mental en el proceso de rediseño de la red general de salud.
- Acompañamiento regular a los Servicios de Salud para la implementación de su Diseño de la Red Temática de Salud Mental actualizado.
- Potenciar estrategias de optimización de los procesos de atención del nivel de especialidad en salud mental.
- Diseñar un Modelo de Gestión para la SubRed de Psiquiatría Forense.

- Diseñar estrategias para el desarrollo de capital humano especializado en salud mental de acuerdo a las necesidades poblacionales actuales.
- Avanzar en la regulación y mejoramiento de las condiciones actuales que se presentan en el marco de los convenios SENDA-MINSAL, en los establecimientos de la red de especialidad de Salud Mental.
- Fortalecimiento de trabajo intersectorial para poblaciones específicas.
- Fortalecimiento de las estrategias de gestión de la información para el monitoreo y evaluación del funcionamiento de la red temática de salud mental de especialidad abierta y cerrada.
- Desarrollo de estrategias para disminuir brechas de inequidades geográficas en cuanto al acceso a servicios de especialidad en coordinación con Hospital Digital.

Campaña de Invierno

La aparición del SARSCoV2 y la dinámica emergente de nuevas variantes, así como la circulación paralela de los virus habituales (VRS, influenza, Parainfluenza, Adenovirus entre otros) hace necesario que la campaña de invierno incluya dentro de sus estrategias acciones consistentes con esta situación tanto en el componente de vigilancia epidemiológica, así como con acciones de prevención y tratamiento.

Estrategias usadas para enfrentar la pandemia como el uso de EPP por parte de la población y por los equipos de salud para prevenir contagios en épocas de alta circulación viral, la implementación de Triage y flujos diferenciados en los establecimientos para disminuir tiempos de contacto en la atención de salud, el funcionamiento de la Red Integrada de Urgencia, la habilitación de Unidades de Observación Prolongada en dispositivos de urgencia para aumentar resolutivez de la APS entre otros podrían impactar favorablemente en la condición sanitaria durante los inviernos a futuro.

Plan Nacional de VIH

Para 2022 se proyecta continuar focalizando la priorización de personas con riesgo de baja adherencia o de abandono de TAR, a través de la re-vinculación de quienes se encuentran en abandono de tratamiento antirretroviral de VIH en los establecimientos de atención secundaria del país (COMGES 15.3).

Mantener y fortalecer las asesorías de salud que realiza Comité Asesor VIH pediátrico en modalidad a distancia. Se ha recomendado utilizar “todas las herramientas de salud digital disponibles” para el manejo de pacientes en la red pública de salud, potenciando la atención remota.

Además, se debe dar continuidad al monitoreo del proceso GES y su implementación en la red de acuerdo a las adaptaciones que disponga las nuevas actualizaciones.

Se espera desarrollar e implementar un plan de monitoreo y trabajo conjunto, efectuado por el equipo técnico que conforma nueva mesa SUR-VIH -SIGGES (Res. Ex. 1431, 31 diciembre 2021), a través del cual se logre optimizar el uso

de los registros disponibles en plataformas existentes, integrando la participación de los diferentes actores relevantes de la red de atención.

Hospital Digital

El Plan de acción para el año 2020-22 comprende:

En términos de prestaciones de especialidad:

- La incorporación de nuevas células médicas de especialidad
- La incorporación de células odontológicas de especialidad
- Creación de un Telecomité de Salud Ambiental
- Incorporación de profesionales de la salud en la posibilidad de derivación y generación de interconsulta a la atención de telemedicina asincrónica, en las especialidades de geriatría, diabetes y salud mental.
- Incorporación de la atención telemática de Hospital Digital como prestador GES

En términos de prestaciones a la población:

- Ampliar el apoyo a los Servicios de Salud, en la utilización de la telemedicina para la atención de pacientes en lista de espera no GES.
- Apoyo a los establecimientos de salud, en la utilización de la telemedicina para la atención a sus pacientes.
- Desarrollo de plataforma de acompañamiento de pacientes oncológicos.

En términos de Apoyo Diagnóstico

- Ampliar la cobertura de apoyo en el informe de imágenes para la toma de decisiones clínicas de Teleradiología, tales como; TAC, Tomosíntesis y Resonancia Magnética.

Otras estrategias

- Avanzar en la integración entre los sistemas con estándares FHIR
- Avanzar en estrategias normativas y de regulación de la telemedicina.

Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)

Los principales desafíos, por componente del Programa dicen relación con:

Componentes 1 y 2:

- Incrementar el recurso humano en los Servicios de Salud facilitando el acompañamiento en los procesos de evaluación especialmente en sectores rurales.

- Socializar al interior del centro de salud con todo el equipo los resultados del proceso de certificación y plan de mejora.

Componentes 3:

- Integrar las orientaciones emanadas desde Minsal con foco en los recursos y activos de las comunidades para el cuidado e inter-cuidado de su salud (G0)
- Avanzar en las coordinaciones con proveedores de registro clínico electrónico y TIC-MINSAL al objeto de facilitar la gestión clínica y disponer de información para la aplicación del marco evaluativo
- Reorientar la provisión de servicio según el riesgo de salud de las personas
- Consolidar los equipos gestores de la ECICEP en todos los niveles de la red asistencial y al interior del Minsal.
- Formación de los equipos de salud en la gestión del cambio y herramientas que faciliten los procesos de atención en una mirada centrada en la persona e integral.
- Gestionar expansión de recursos para el Programa.

Donación, Procuramiento y Trasplante de órganos

Constituye un desafío y al mismo tiempo un importante logro, la incorporación, por primera vez, de la Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos en los Objetivos Sanitarios de la década 2021 - 2030, lo que permitirá fortalecer la gobernanza en esta área mediante la implementación de estrategias multisectoriales.

Otro gran desafío por lograr lo constituye el aumento de donantes efectivos a través del seguimiento y monitoreo de las actividades de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes, del proceso de certificación de muerte por criterio neurológico estandarizado y del entrenamiento a equipos clínicos con respecto al abordaje de muerte humanizada y cultura de donación, en establecimientos de salud públicos y privados del país.

Para este período, en el ámbito sobre el abordaje de muerte humanizada y cultura de donación, se proyecta fortalecer el área de capacitación en:

- Desarrollo y puesta en marcha de la plataforma de capacitación de la CNPT.
- Capacitar a los equipos clínicos sobre Comunicación de Muerte Humanizada en el proceso de donación, de acuerdo a los requerimientos de la Red, tanto pública como privada.
- Elaborar plan de capacitación para comunicadores/as sobre documento: Recomendaciones para la difusión de la actividad de donación y trasplante de la CNPT.
- Capacitar a fundaciones relacionadas al trabajo de difusión de la actividad de donación y trasplante de órganos y tejidos. (Actualmente en marcha, y la idea es que, a partir del piloto realizado en enero y febrero, se realicen otras instancias, con un plan de capacitación permanente).

Desde el aspecto de calidad, se proyecta desarrollar e implementar la Biovigilancia, esbozar un proceso de Garantía de la Calidad en Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, entre otros.

La actividad en materia de generación, procesamiento, distribución e implante de tejidos también representa un gran desafío, toda vez que el Banco Nacional de Tejidos, afectado por el siniestro del Hospital Clínico San Borja Arriarán, ha recuperado parcialmente su actividad y los Centros Generadores de Tejidos debieron suspender sus actividades de procuramiento. A fin de subsanar el déficit de tejidos, se implementa durante el año 2021, el primer banco de tejidos regional del país (en Iquique) permitiendo apoyar la actividad a través del procesamiento de piel de donantes vivos sometidos a abdominoplastías, actividad inédita en la región, pero que supone un desafío en cuanto a la puesta en marcha de la logística y distribución, sin embargo, propone una alternativa eficaz ante la falencia de este tejido para grandes quemados y otras prestaciones.

Otro desafío prioritario en el ámbito de tejidos es el monitoreo y seguimiento del proyecto del Banco Nacional de Tejidos, se espera tener mayores avances al respecto para este 2022.

No obstante, la redacción del primer “Reglamento para establecimientos de salud que realizan prestaciones relacionadas con donación, procuramiento y trasplante de órganos, procesamiento, almacenamiento, distribución e implante de tejidos y obtención de infusión de progenitores hematopoyéticos y otras actividades relacionadas”, actualmente en la División Jurídica, viene a apoyar y regular los procesos.

Con respecto a trasplante, la puesta en marcha del donante renal cruzado durante el año 2022 es, sin duda una actividad que representa un gran desafío y a su vez, un avance en esta materia, que permitirá aumentar la disponibilidad de riñones para trasplante.

En materia de trasplante renal, conjuntamente con Departamento GES y Redes de Alta Complejidad, se proyecta desarrollar una estrategia para la reactivación de los centros de trasplante renal de la Red Pública, con el fin de mantener la actividad en forma continua y permanente durante los próximos años, considerando la evolución de la pandemia por SARS-CoV-2.

Sin embargo, la actividad no se limita solo a trasplante renal, sino que abarca un trabajo conjunto con FONASA en la actualización e incorporación de nuevas prestaciones como los trasplantes combinados, específicamente reno pancreático u otros, el implante de Dispositivos de Asistencia Circulatoria Mecánica de Larga duración (LVAD); entre otras prestaciones.

El trabajo conjunto con el ISP en la actualización de normas técnicas de asignación de órganos y de ingreso al Registro Nacional de Receptores de los diferentes órganos y la reestructuración de la red de derivación para trasplantes de órganos (mecanismos de referencia y contrareferencia).

Todo lo anterior, acompañado de mejoras informáticas que permitan mantener registros actualizados y fidedignos, de ahí que en marzo del 2022 comienza un nuevo período de desarrollos en el sistema SIDOT, tras el levantamiento de una licitación por 36 meses.

Ley Ricarte Soto

Los desafíos para el año 2022 radican en formalizar las propuestas de mejora en los procesos que consideran la implementación de esta Ley, tanto a nivel central como al nivel de los Servicios de Salud y la red de atención. Junto con esto, el optimizar los procesos, validando las acciones realizadas en la red aprobada, de forma de mantener las actividades asistenciales requeridas, sin descuidar los requerimientos administrativos o normativos, asegurando un cumplimiento de todos los estándares establecidos en la Ley.

Además, como principal tarea se propone el mantener y mejorar el acceso de los pacientes a los beneficios de la Ley Ricarte Soto, en cuanto se cumplan los criterios de inclusión, teniendo como desafío el ampliar la cobertura de la Red de Prestadores Aprobada, principalmente en los territorios donde existen mayores brechas, buscando asegurar una atención integral para la evaluación de las tecnologías que los pacientes se encuentran recibiendo. Esto de la mano con la evaluación del cumplimiento de las garantías de oportunidad asociadas y la intervención que estas requieran en esta materia.

Red de Urgencia

Ampliar Cartera de Servicio Red Integrada de Urgencia:

Optimizar la gestión en red de urgencia, para asegurar la continuidad y oportunidad de la atención de los usuarios de dispositivos de menor complejidad que requieran derivación a establecimientos de alta complejidad para completar su tratamiento o resolución de su urgencia.

Otros desafíos para el año 2022 que se encuentran en proceso:

- Actualización de manual operativo de la estrategia.
- Actualización de modelo operacional para cada patología tiempo dependiente
- Instauración del mapa de estado de red definitivo y completo para todas las patologías tiempo dependientes.

Plataforma Convergente de Datos de Urgencia

Este proyecto pretende, por medio de una Estrategia Nacional de Integración de datos de Urgencia, unificar el depositario final de datos de Urgencia, centralizando el storage de datos mediante la implementación de web service, tecnología que utiliza un conjunto de protocolos y estándares que sirven para intercambiar datos entre aplicaciones. Se centralizará hasta un 95% los registros de admisión de urgencia en un plazo inferior a 12 horas, esta significativa optimización se traduce en instrumento confiable para la toma de decisiones y propende a la integración informática de la red asistencial.

Mapa de Estado de la Red

Este proyecto pretende montar sobre una planimetría de GIS (Sistema de Información Geográfica también conocido con los acrónimos SIG en español) la integración de bases de datos, permitiendo la interacción en tiempo real del usuario de la plataforma y los dispositivos encargados de levantar la información del estado de su establecimiento. Entregará de forma actualizada el estado de cada dispositivo de la red que permitirá derivaciones oportunas y eficientes.

Estándares y Normativa

- Actualización de estándares y recomendaciones al Proceso de Atención de urgencia.
- Norma Técnica de Datos de Atención de Urgencia.

Nuevo Informe médico de lesiones, con perspectiva de DDHH, Género y Protocolo de Estambul.

Desarrollo del Recurso Cama

- Mantener durante el año 2022 la complejización de los centros, focalizados en camas UCI y UTI en base a la situación epidemiológica y la demanda asistencial que se presente.
- Mantener habilitados los dispositivos anexos implementados para contribuir en la optimización de la gestión hospitalaria.
- Aumentar el número de camas críticas de dotación a nivel país, a través de la estrategia de complejización de camas de forma progresiva desde los niveles de cuidados de menor a mayor complejidad. Esto apoyado por la expansión presupuestaria aprobada.

Salud Mental

Los desafíos 2022 se enmarcan en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2019-2025, y su respectivo Plan de Acción, con énfasis en provisión de servicios, fortalecimiento de la red de Salud Mental, fortalecimiento de los sistemas de información y financiamiento. Esto conlleva seguir avanzando en la implementación del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, priorizando para el presente año:

- Avanzar en la implementación del Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria y del Modelo de Gestión de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.
- Revisión final, aprobación y oficialización del Modelo de Gestión Hospital de Día.
- Incorporar los avances y resultados del proceso de actualización del diseño de la red temática de salud mental en el proceso de rediseño de la red general de salud.
- Acompañamiento regular a los Servicios de Salud para la implementación de su Diseño de la Red Temática de Salud Mental actualizado.
- Potenciar estrategias de optimización de los procesos de atención del nivel de especialidad en salud mental.
- Diseñar un Modelo de Gestión para la SubRed de Psiquiatría Forense.

- Diseñar estrategias para el desarrollo de capital humano especializado en salud mental de acuerdo a las necesidades poblacionales actuales.
- Avanzar en la regulación y mejoramiento de las condiciones actuales que se presentan en el marco de los convenios SENDA-MINSAL, en los establecimientos de la red de especialidad de Salud Mental.
- Fortalecimiento de trabajo intersectorial para poblaciones específicas.
- Fortalecimiento de las estrategias de gestión de la información para el monitoreo y evaluación del funcionamiento de la red temática de salud mental de especialidad abierta y cerrada.
- Desarrollo de estrategias para disminuir brechas de inequidades geográficas en cuanto al acceso a servicios de especialidad en coordinación con Hospital Digital

Hospitalización Domiciliaria

- Elaboración de instrumento de categorización de pacientes usuarios de Hospitalización Domiciliaria.
- Solicitud de expansión de nuevos equipos, y/o reforzar la estrategia en aquellos hospitales con mayor demanda.
- Publicación de Reglamento de HD
- Monitoreo diario de cupos para hospitalización domiciliaria, por establecimiento.
- Solicitud de mejora en modificación de registro hospitalario, en REM (DEIS).

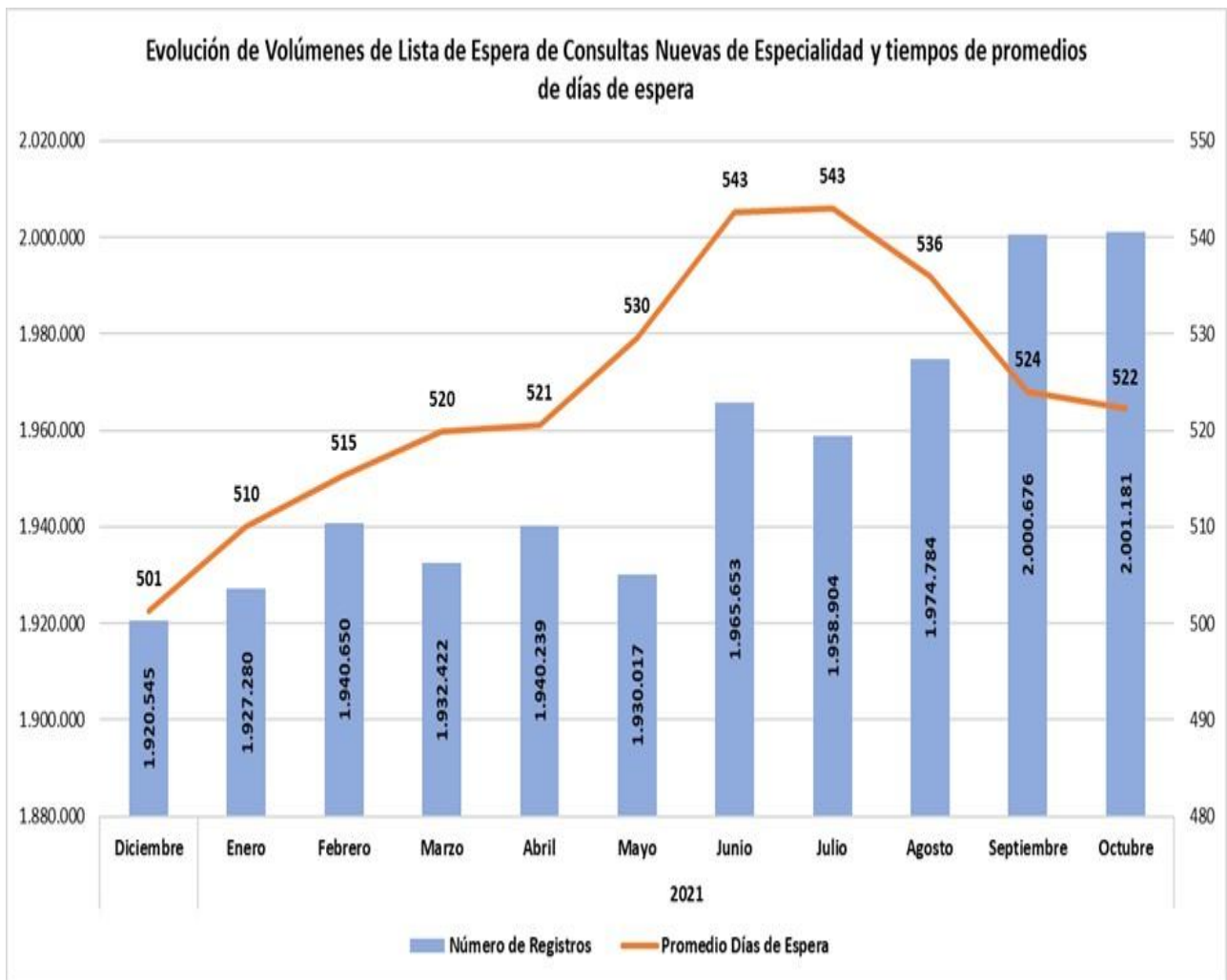
Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- Redacción de nuevo Decreto Ges, que entrará en vigencia durante el año 2022. Se encuentra en desarrollo el Estudio de verificación de costo esperado, requisito para la incorporación de nuevas prestaciones o problemas de salud.
- Favorecer y fortalecer la incorporación de atenciones por vía remota, como una estrategia para mejorar el acceso y la oportunidad.

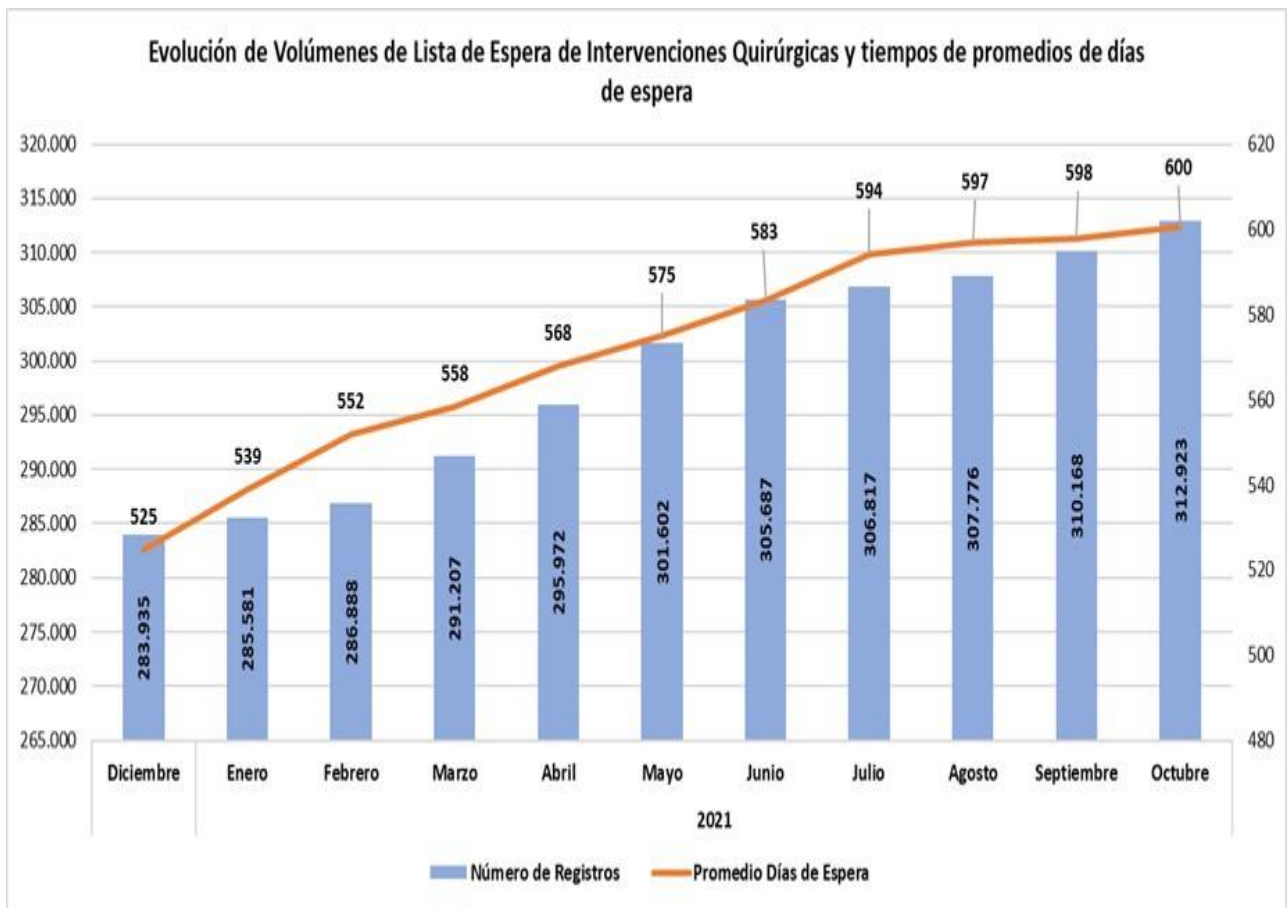
Tiempos de Espera

En este 2021 producto de la Pandemia por Covid - 19 se ha observado un aumento importante de los tiempos de espera en los distintos tipos de prestaciones, considerando adopción de las medidas instruidas por este Ministerio con el objeto de abordar las condiciones sanitarias de la comunidad y evitar contagios producto de las condiciones en las atenciones de salud.

Se ha observado un aumento en los volúmenes de lista de espera de ambas prestaciones, ambas situaciones se presentan en los siguientes gráficos.



En el caso de las consultas nuevas de especialidad el promedio de días de espera ha presentado un aumento de 22 días y el volumen de presenta un aumento total de 80.636 casos, desde julio se observa la disminución del promedio de días de espera.



En el caso de las intervenciones quirúrgicas el promedio de días de espera ha presentado un aumento de 75 días y el volumen también presenta un incremento sostenido llegando a 28.988 casos, desde agosto en adelante se observa un incremento discreto del promedio de días de espera, que se espera contener o idealmente inicio de la disminución.

Es por ello que la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha planificado estrategias para la reactivación de la producción asistencia, siempre y cuando estas medidas se puedan implementar en el territorio, acorde a las condiciones sanitarias de la pandemia.

Las prioridades de Reactivación tendrían el siguiente enfoque:

1. Usuarios en espera de Consulta de Especialidad y de Intervenciones Quirúrgicas con prioridad sanitaria.
 - Considerar criticidad de riesgo vital: de acuerdo al riesgo biomédico del usuario, el cual, al no recibir atención inmediata u oportuna presenta riesgo de muerte.
 - Secuela funcional grave: toda aquella situación en la que si no se realiza una atención oportuna tendrá, como consecuencia, pérdida de la funcionalidad de carácter grave e irreversible.
 - Trasplantes.
2. Usuarios con oportunidad bajo el régimen de Garantías Explícitas en Salud.
3. Usuarios SENAME.
4. Usuarios PRAIS primera generación.
5. Usuarios con 2 o más años de antigüedad en las listas de espera no GES.

Dadas estas medidas y en los tiempos que las condiciones de la Pandemia lo permitan, se espera para el cierre del 2022 llegar a los promedios de días de espera similares a los observados el 2019.

Atención Odontológica

En el caso de la atención odontológica de especialidad en la Red Asistencial, se desarrollarán las siguientes líneas de trabajo:

- a. Fortalecer el acceso oportuno a la atención odontológica de especialidad con ingreso a tratamiento, aumentando la coordinación con APS, instalando estrategias de Tele Odontología en la Red, realizando seguimiento a las altas de tratamiento.
- b. Mantener y fortalecer continuidad de atención hospitalaria odontológica de especialidad de acuerdo con la situación epidemiológica, que contempla las siguientes acciones:
 - Reporte de oferta en establecimientos hospitalarios públicos.
 - Informe capacidad instalada de unidades dentales.
 - Reporte de atención de urgencia dental en las Unidades Emergencia Hospitalaria.
 - Disponer de registro oficial de usuarios en control para seguimiento y gestión
- a. Monitoreo de la producción y ejecución presupuestaria, con apoyo en la gestión de disponibilidad de equipos equipamiento, reemplazo de licencias médicas y realización de concursos de cargos, entre otros.
- b. Retomar objetivos ministeriales priorizando impacto y alcance: Gestión de Listas de Espera, aumento de RRHH especialista con análisis epidemiológico, evaluación estandarización de rendimientos y concentraciones según histórico realizado, mantener la diferenciación horaria para mejorar el acceso por horario de atención, retomar la estrategia de equipos móviles con oferta de la Red local.
- c. Resolver necesidad registro diferenciado en REM como utilización de quirófanos y pabellones de cirugía menor, utilización de unidades dentales y prestaciones a funcionarios y usuarios PRAIS para identificar la demanda y presentar opciones de resolución.
- d. Incluir en proyectos hospitalarios de normalización la oferta odontológica de especialidad con proyección de la demanda, con tecnología para la atención y disponibilidad formal de cirugía menor ambulatoria. Además, incluir la estrategia de atención diferenciada para usuarios con patologías oncológicas.

Los resultados esperados son Aumentar el acceso a la atención ambulatoria y quirúrgica respecto de producción promedio 2019/21 realizada por Servicio de Salud y establecimiento, disminuir tiempos de resolución para las atenciones odontológicas de especialidad y fortalecer la Red Odontológica Integrada.

Antigüedad Lista CNE y Quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución al año 2016 CNE • Resolución al año 2018 Quirúrgica • Plazo corte SIGTE Diciembre 2022
Disminución Promedio Tiempo de Espera	<ul style="list-style-type: none"> • 10 % anual • Plazo corte SIGTE Diciembre 2022
Aumento Producción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento 20% altas • Aumento 30% Ingresos a tratamiento • Plazo REM A09 consolidado 2022
OOTT	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Atención Cáncer • Orientaciones técnicas de atención remota de especialidades odontológicas • Modelo Atención Equipos Móviles especialidades odontológicas
Índice IOD	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % de ocupación de unidades dentales • Plazo REM A09 Marzo 2022
Ejecución Presupuestaria	<ul style="list-style-type: none"> • 90 % presupuesto asignado en MAI No GES • Plazo Corte SIGGES Diciembre 2022

Programa Odontológico Integral

1. Reactivación de la red, retomar atenciones dentales y nivel de cumplimientos similares al período pre-pandemia.
2. Lograr aumentar la cobertura del programa en las distintas estrategias, con énfasis en la atención odontológica domiciliaria y atención a Hombres mayores de 20 años.
3. Replantear las atenciones del programa, considerando la población objetivo y los avances en odontología para rehabilitaciones costo efectivas con una mirada en el mediano y largo plazo.
4. Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
5. Contar con evaluaciones de impacto del programa.

Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica

1. Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.

Si bien el programa presenta un buen nivel de cumplimiento de sus objetivos y metas, las coberturas son bajas respecto a la población que tiene necesidad de atención, particularmente en el caso del componente de resolución de especialidades odontológicas. Las interconsultas derivadas al nivel secundario se realizan por falta de cupos y/o por la complejidad de los casos a tratar, y si bien la cobertura de las especialidades odontológicas en APS han ido aumentando progresivamente (el 2018 representaban 40.132 cupos, el 2019 44.068, 2020 63.443 y para el 2021 se estiman 63.855 cupos totales para las tres especialidades realizadas en APS) esto solo representa el 25,4% de la lista de espera de Rehabilitación oral, 26,6% de la lista de espera de endodoncia y 31,6% de la lista de espera de periodoncia, y aunque este es un gran aporte, la demanda de especialidades no alcanza a ser cubierta en su totalidad, lo que afecta el principio de continuidad de los cuidados que rige el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria implementada en APS, debido a los largos tiempos de espera que históricamente se han reportado en la atención secundaria y lo alejando geográficamente que se encuentran los establecimientos de especialidades odontológica.

El desafío en este ámbito está en relación a que, según estudios epidemiológicos, la prevalencia de dentición no funcional (<20 dientes en boca) es cercano al 30% en los sujetos ≥ 15 años; que la prevalencia de caries cavitadas en las personas ≥ 17 años es alrededor de 55%, se debe considerar aumentar la cobertura en estas especialidades gradualmente.

Otro desafío del programa tiene relación con incorporar otra especialidad de alta demanda como ortodoncia, a través de la estrategia de "Ortodoncia interceptiva en APS" para ser realizado por especialistas en Ortodoncia o especialista en Odontopediatría con competencias específicas en el área, con el fin de corregir tempranamente problemas relacionados con posición de los dientes y crecimiento óseo, reduciendo la necesidad de tratamientos ortodóncicos en el futuro en adolescentes y adultos, a un menor costo que la ortodoncia en sí misma y considerando que la demanda por atención de ortodoncia es alta y representa la lista con mayor número de personas en espera de atención y número de días de espera.

2. Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.

El tercer componente de este programa aborda acciones de promoción y prevención evaluado a través de los ingresos y controles del programa "control con enfoque de riesgo odontológico" (CERO), sin embargo este componente solo prioriza a los menores de 10 años. El programa CERO a partir del 2021 prioriza a todos los menores de 20 años, por lo cual el desafío particular de este componente es mantener en control a toda la población menor de 20 años.

3. Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

El programa no considera mecanismos de participación ciudadana pues el diseño y las estrategias de implementación son realizadas a nivel central según perfil epidemiológico de la población, la oferta de actividades del plan de salud familiar. Por lo tanto, un desafío importante es establecer un mecanismo que considere las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud.

Sistema de Planificación de Recursos Humanos

Los funcionarios de salud son el pilar fundamental para el funcionamiento del sistema sanitario, constituyendo un factor clave para avanzar hacia el acceso universal a la salud, garantizar la protección y el goce pleno del derecho a la salud a los ciudadanos; en este sentido, se evidencia la necesidad de continuar avanzando en la instalación de un Sistema permanente de Planificación de Recursos Humanos de Salud, que permita disponer no solo de un número adecuado de trabajadores, sino también competentes, comprometidos y correctamente distribuidos.

Recursos Humanos y Plan Nacional de Inversiones.

A fin de proveer de recursos humanos y de operación a los establecimientos que han sido normalizados en años anteriores para completar su cierre de brechas, y a los proyectos hospitalarios asociados a nueva infraestructura y equipamiento, priorizados en el Plan Nacional de Inversiones, para garantizar su adecuada entrada en operaciones y posterior funcionamiento, se define la línea de Puesta en Marcha de Establecimientos Normalizados, la cual contempla la siguiente expansión en 2.572 cargos de Ley 18834, 7.084 horas de Ley 19664 y 218 cargo Ley 15.076.

Los proyectos priorizados son los siguientes:

Establecimientos en entrada en operaciones:

- Hospital de Alto Hospicio
- Hospital de Huasco
- Hospital de Diego de Almagro
- CDT Hospital de La Serena
- Hospital Biprovincial Quillota - Petorca
- Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
- Hospital de Casablanca
- Hospital Del Salvador
- Hospital de Melipilla
- Hospital de Curicó
- Hospital de Lonquimay
- Hospital de Curacautín
- Hospital de Collipulli
- Hospital de Villarrica
- Hospital de Ancud
- Hospital de Quellón
- Hospital de Cochrane

Establecimientos Normalizados:

- Hospital de Antofagasta
- Hospital Félix Bulnes
- Hospital de Angol

Otras Iniciativas de Inversión:

- Construcción Centro de Diálisis, Purránque
- Construcción y Habilitación Centro de Diálisis Hospital Calbuco
- Habilitación Centro de Diálisis Hospital Curanilahue
- Mejoramiento Servicio de Urgencia Hospital San Luis de Buin - Paine
- Normalización Urgencia Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco
- Diálisis Los Vilos - Tercer ciclo
- Resonador Magnético - Hospital de Coquimbo
- Habitación Unidad de Medicina Hiperbárica, Hospital de Coquimbo
- Construcción Sala Cuna y Mejoramiento del Servicio de Urgencia y Rehabilitación H. Maullín.

Encasillamiento Ley 21.106

Durante el año 2022 uno de los principales desafíos corresponde al avance en el proceso de encasillamiento de los funcionarios de la planta de profesionales, lo que supone la creación de un total de 7.873 cargos adicionales. Durante el 2021 se avanzó en la confección del borrador de bases generales de concurso interno de encasillamiento, lo cuales ha sido observado por los Servicios de Salud y Asociaciones Gremiales. Estas bases serán dictadas a partir de la entrada en vigencia de los cargos en enero 2022.

Traspaso Hospital Padre Hurtado al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y Encasillamiento Ley N°21.095.

La Ley N°21.095, dispuso entre otras materias, el traspaso de los trabajadores del Hospital Padre Alberto Hurtado al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y, por medio del DFL N°1, se establecieron las condiciones para el encasillamiento o asimilación en las plantas correspondientes.

A través del proceso de encasillamiento del Hospital Padre Hurtado se proyecta la creación de 785 cargos regidos por el Estatuto administrativo, 14 cargos de urgencia para médicos cirujanos y 319 horas de profesionales funcionarios, en la planta del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Las bases de concurso serán dictadas a partir de la entrada en vigencia de los cargos en enero de 2022.

Actualización Sistema de Información de Gestión de Personas (SIRH)

El Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), está presente en todos los Servicios de Salud y sus establecimientos, así como en instituciones autónomas como FONASA, CENABAST, Subsecretaría de redes asistenciales y pública, en los CRS de Maipú y Cordillera, permite procesar las remuneraciones aproximadamente de 194.000.- funcionarios, registra sus datos personales, contractuales, de ausentismo, antecedentes de estudio, capacitación, calificación, asistencia, entre otras. Apoya la mayoría de los procesos de gestión de personas.

Uno de los principales logros alcanzados durante el año 2021 fue la implementación del sistema de postulación en línea centralizado, único en la administración pública, que permite a los médicos y dentistas ingresar a la Administración Pública y a Programas de Especialización. Actualmente el sistema ha sido usado por 5.542 postulantes, con 4.812 postulaciones cerradas. Este proceso automático permite a los usuarios reducir costos de traslado, de construcción de carpetas en papel, otorga mayor confiabilidad y transparencia al proceso y reduciendo los tiempos de las comisiones evaluadoras de manera importante. De esta manera se pudo dar continuidad al programa EDF en el contexto de la pandemia COVID-19.

El principal desafío para el año 2022 corresponde a la actualización de la tecnología utilizada actualmente en el sistema. Se requiere elaboración de un nuevo sistema, ágil y con tecnología actual que se traducirá en una disminución de los costos de mantención, así como facilitaría el desarrollo oportuno de la incorporación de normas y nuevos procesos de gestión de las personas.

Sistema Planificación de Recursos Humanos (SISPLAN)

El SISPLAN, actualmente en desarrollo, es una plataforma web que facilitará al Ministerio, Servicios y Establecimientos de Salud del país, gestionar sus recursos humanos de manera eficiente y confiable, a través de información centralizada, procesos automatizados, y propiciando un trabajo colaborativo y ordenado entre las distintas entidades involucradas. Este sistema se constituirá como una herramienta que contribuirá a la definición de las necesidades actuales y futuras de personal en los distintos establecimientos de la red asistencial. Por otro lado, permite abordar los análisis de gestión de personas, en contexto de iniciativas de inversión hospitalaria, desde la fase Diagnóstica y Oferta, definición de la Demanda y fase de Actualización de la Demanda, permitiendo a los diferentes usuarios, según jerarquía, gestionar los diferentes proyectos o iniciativas de inversión.

Contempla el desarrollo de módulos que permitirán estimar los requerimientos de médicos especialistas y equipos de salud, en escenarios a corto, mediano y largo plazo, según las necesidades de salud de la población.

Actualmente el desarrollo del sistema, realizado durante el año 2021, se encuentra en revisión y validación por parte del Departamento de Tecnologías de Información del MINSAL. Se ha iniciado el proceso de licitación, vía convenio marco, para dar continuidad al desarrollo del sistema durante el año 2022.

Hospital Metropolitano (HOSMET):

A contar del 2022 se traspasa la administración del Hospital Metropolitano al Servicio de Salud Metropolitano Oriente, definiendo una cartera de servicios y estructura organizacional. Durante el año 2021 se evaluó el requerimiento de recursos humanos, definiendo la siguiente dotación de cargos a distribuir en el año 2022.

Distribución de cargos año 2022 - HOSMET

Ley 18834					Ley 19664		Ley 15076	
Prof.	Téc.	Adm.	Aux.	Cargos	Cargos	Horas	Cargos	Horas
488	326	58	105	977	47	2068	85	2380

Fuente: Elaboración propia Departamento de Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información

Plan de Ingreso, Mantención y Retención de Especialistas de la Ley 19.664

Plan de Formación, Mantención y Retención de Especialistas:

El primer desafío, será armonizar las exigencias y compromisos, del Plan, a los desafíos y metas del nuevo gobierno.

Des dela experiencia y el conocimiento acumulada, en la gestión del Plan de Ingreso, Mantención y Retención de Especialistas², se pueden establecer los siguientes desafíos:

1. Ajustar la oferta de becas y plazas, a las reales demandas del sector. Esto implica congelar, el otorgamiento de becas, para algunas especialidades, en que las brechas no existen y por amplio margen. También nuevas especialidades que den cuenta de los desafíos de nuestras Redes Asistenciales y de Salud. La necesidad de hoy en las Redes, son las subespecialidades.
1. Revisar las Plazas de Destinación. Desde una mirada sistémica, que busca prevenir la enfermedad, a través de la promoción de

la corresponsabilidad en salud y de estilo de vida saludables, abordando los Determinantes Sociales, que impactan en la morbilidad. De ahí que sea necesario, fortalecer la estrategia de Atención Primaria, fortaleciendo la presencia de profesionales médicos generales y especialistas en Salud Familiar. El Plan aborda ambos ámbitos. Los criterios para esta revisión son, cambios en la brecha de las comunas; cambios en algunos de criterios que establecen la dificultad de la plaza, revisión de la necesidad de mantener las plazas en zonas urbanas. Ajustar el número a las necesidades reales del sector.

1. Revisar la brecha de especialidades. La brecha ha ido evolucionando en el tiempo. Así hoy, el mayor requerimiento es de especialidades derivadas (su especialistas), esto por la Promulgación de la Ley del Cáncer; garantías GES y programas relacionados con el Envejecimiento Saludable. Por otro, el perfil de nuestra población a cargo, caracterizada por Enfermedades Crónicas No Transmisibles, hace necesario la incorporación de nuevas subespecialidades en nuestros establecimientos públicos.
1. Revisar impacto en la producción de la incorporación de profesionales, en los distintos niveles de la Red. No obstante, el número de médicos, tienen relación, con otros factores de producción, cómo el equipo de salud, infraestructura; cartera de prestaciones; financiamiento, y otros. Es necesario, desde un adecuado punto de vista, del uso de los recursos públicos y las necesidades de nuestra población a cargo, se debe ensayar un diagnóstico, respecto del impacto del aumento de profesionales, en las listas de espera y la tasa de morbilidad en APS (disminución de la urgencia, en su nivel). Si no hay aumento en la producción, se deben abordar aquellos elementos, estructurales o de procesos, que están afectando los resultados.
1. Incorporar a Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos. Estos también son parte integrante de los profesionales que regulan las leyes 15.076 y 19.664 y el año 2017 se les reconoció cinco especialidades. La brecha estimada para el sistema asciende a 638 profesionales, 429 corresponde a la Atención Primaria de Salud, por lo que los EDF destinados a la Atención primaria serían un tremendo aporte de fortalecimiento de dicho nivel de atención (Mesa de Trabajo Químicos Farmacéuticos División Atención Primaria y División de Gestión de la Red Asistencial, año 2019).
1. Fortalecer, la etapa de Retención de Médicos, artículo N° 8. Estos profesionales, cumplen con un período de destinación en la Atención Primaria, de entre 3 y 6 años, para luego formarse como especialistas. Al concluir los 3 años de formación, quedan liberados de sus obligaciones con el estado. Para mantenerse en el sector público, se requieren de cargos. Lo que ha complejizado este componente del "Proyecto Plan de Formación". Junto con el cargo, es necesario también, ofrecer incentivos no pecuniarios, como la posibilidad de formación

como su especialistas y mejorar el Programa de Perfeccionamiento de los profesionales de la Etapa Superior.

1. La Educación Continua y el perfeccionamiento son esenciales para, para cerrar brechas de competencias, que se aprecia entre el perfil de egreso académico de los profesionales y el perfil de desempeño que requiere el Sistema Público de Salud. También constituye uno de los incentivos no pecuniarios, más apreciados por nuestros profesionales.
1. En el mismo sentido, es necesario, iniciar un proceso de trabajo colaborativo con las Universidades, de manera de exponer la necesidad del sector, de adecuar los programas de pre y post grado, a las necesidades de la Red Sanitaria Pública.

5. Anexos

Índice

.Anexo 1: Identificación de la Institución	192
.Anexo 2: Recursos Humanos	195
.Anexo 3: Recursos Financieros	203
.Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2018-2021	204
.Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2018 - 2022	207
.Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas	209
.Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas	209
.Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2021	240
.Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2021	242
.Anexo 9: Resultados en la Implementación de medidas de Género 2021	243
.Anexo 10a: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional 2018-2021	248
.Anexo 10b: Leyes Promulgadas durante 2018-2021	252
.Anexo 11: Premios o Reconocimientos Institucionales 2018-2021	253

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas 2018-2022

Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

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

Misión Institucional

Regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital.

Objetivos Ministeriales

Nro.	Descripción
1	Potenciar la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios
2	Fortalecer la atención primaria y red de urgencia
3	Reducir y controlar los tiempos de espera
4	Fortalecer el rol del Ministerio de Salud como ente rector de todo el sistema de salud
5	Implementar tecnologías de información, con énfasis en el acercamiento de atención a las personas.
6	Desarrollar plan de infraestructura en el sector y equipamiento en hospitales y atención primaria
7	Implementar métodos de pago que promuevan eficiencia, calidad y equidad
8	Potenciar la formación, perfeccionamiento y retención de los equipos de salud
9	Avanzar a mediano plazo hacia un nuevo sistema de seguridad social en salud
10	Mejorar el oportuno acceso a medicamentos
11	Implementar estrategias para abordar salud oral, medicina reproductiva y cáncer
12	Generar estrategias de promoción y prevención para la salud de las personas

Objetivos Estratégicos

Nro.	Descripción
1	Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.
2	Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.
3	Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.
4	Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y hospitalario de los Servicios de Salud, mediante el Plan Nacional de Inversiones y la implementación de iniciativas digitales que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud mental y tecnologías con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y satisfacción de nuestros usuarios
5	Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad.

Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Nro.	Nombre	Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Evaluación de los Servicios de Salud y APS a través de instrumentos de medición específicos: compromisos de gestión, evaluación de la gestión, índice de actividad de la APS, Metas sanitarias, sistema de gestión y reclamos ciudadanos; gestión de camas, evaluación de calidad, entre otros. Sistemas de información para la red que faciliten la coordinación.	1, 2, 3
2	Fortalecimiento de la resolutiveidad de la red asistencial.	Generar las estrategias que fortalezcan la gestión clínica asistencial, mejorando la resolutiveidad de la red, con énfasis en gestión de los tiempos de espera, fármacos, red de urgencia, rehabilitación, atención médica especializada, telemedicina, programas odontológicos, Calidad y Salud Mental, en atenciones GES y No GES.	1, 2
3	Planificación, desarrollo y gestión de las personas que se desempeñan en el sector salud.	Desarrollar competencias profesionales y técnicas en los funcionarios y funcionarias de la Red Asistencial, fortaleciendo sus capacidades para lograr una mejor atención y resolución a la población beneficiaria.	2, 3
4	Gestión de los Recursos Presupuestarios del Sector.	Implementar mecanismos que mejoren la gestión financiera, presupuestaria y contable de los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes, a través del seguimiento de indicadores periódicos para cada Servicio de Salud.	2, 3, 4, 5
5	Monitoreo, supervisión y gestión del programa de inversión sectorial en salud.	Implementar mecanismos de asesoría a los Servicios de Salud, que les permita planificar, evaluar y controlar las inversiones en infraestructura, equipamiento y tecnología del sector, que permitan asegurar el cumplimiento del Plan de Inversión Sectorial.	4, 5

Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Nro.	Descripción	Cantidad
1	Servicios de Salud e instituciones de la red en general	29
2	Beneficiarios directos del sistema público de salud	13.377.082

b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio

No se ha cargado el Organigrama

Organigrama y ubicación en la Estructura del Servicio

No se ha cargado el Organigrama

c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Subsecretario de Redes Asistenciales	Dr. Alberto Dougnac Labatut
Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales	Sr. Nicolas Duhalde Correa
Jefa de División de Atención Primaria	Dra. Adriana Tapia Cifuentes
Jefa de División de Gestión y Desarrollo de las Personas (S)	Sra. Claudia Godoy Cubillos
Jefe de División de Gestión de la Red Asistencial (S)	Sr. Pablo Norambuena Mateluna
Jefe División de Inversiones	Sr. Diego Solar Ojeda
Jefe División de Presupuestos	Sr. Felipe Cox Oddo

Anexo 2: Recursos Humanos

Dotación efectiva año 2021, por Tipo de Contrato (mujeres y hombres)

Tipo de Contrato	Mujeres		Hombres		Total Dotación
	Nº	%	Nº	%	Nº
Contrata	222	97.80%	122	99.19%	344
Planta	5	2.20%	1	0.81%	6
Total	227	100.00%	123	100.00%	350

Dotación efectiva año 2021, por Estamento (mujeres y hombres)

Estamentos	Mujeres		Hombres		Total Dotación
	Nº	%	Nº	%	Nº
Técnicos	6	2.64%	1	0.81%	7
Directivos	2	0.88%	1	0.81%	3
Auxiliares	0	0%	2	1.63%	2
Profesionales	198	87.22%	112	91.06%	310
Administrativos	21	9.25%	7	5.69%	28
Total	227	100.00%	123	100.00%	350

Dotación Efectiva año 2021 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)

Grupo de edad	Mujeres		Hombres		Total Dotación
	N°	%	N°	%	N°
ENTRE 25 y 34 AÑOS	31	13.66%	24	19.51%	55
ENTRE 35 y 44 AÑOS	93	40.97%	50	40.65%	143
ENTRE 45 y 54 AÑOS	69	30.40%	26	21.14%	95
ENTRE 55 y 59 AÑOS	21	9.25%	12	9.76%	33
ENTRE 60 y 64 AÑOS	9	3.96%	10	8.13%	19
65 Y MÁS AÑOS	4	1.76%	1	0.81%	5
Total	227	100.00%	123	100.00%	350

Personal fuera de dotación año 2021 , por tipo de contrato (mujeres y hombres)

Tipo de Contrato	Mujeres		Hombres		Total Dotación
	N°	%	N°	%	N°
Honorarios	287	86.19%	236	89.06%	523
Código del Trabajo	44	13.21%	26	9.81%	70
Reemplazo	2	0.60%	3	1.13%	5
Total	333	100.00%	265	100.00%	598

Personal a honorarios año 2021 según función desempeñada (mujeres y hombres)

Función desempeñada	Mujeres		Hombres		Total Dotación
	Nº	%	Nº	%	Nº
Técnicos	11	3.30%	5	1.89%	16
Profesionales	307	92.19%	250	94.34%	557
Administrativos	15	4.50%	10	3.77%	25
Total	333	100.00%	265	100.00%	598

Personal a honorarios año 2021 según permanencia en el Servicio (mujeres y hombres)

Rango de Permanencia	Mujeres		Hombres		Total Dotación
	Nº	%	Nº	%	Nº
1 años o menos	120	41.81%	111	47.03%	231
Más de un año y hasta 2 años	99	34.49%	43	18.22%	142
Más de 2 y hasta 3 años	48	16.72%	51	21.61%	99
Más de 3 años	20	6.97%	31	13.14%	51
Total	287	100.00%	236	100.00%	523

b) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

1 Reclutamiento y Selección

1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata cubiertos por procesos de reclutamiento y selección

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de ingresos a la contrata año t vía proceso de reclutamiento y selección.	1	0	0
(b) Total de ingresos a la contrata año t	43	28	25
Porcentaje ingresos a la contrata con proceso de reclutamiento y selección (a/b)	2,33%	0,00%	0,00%

1.2 Efectividad de la selección

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de ingresos a la contrata vía proceso de reclutamiento y selección año t, con renovación de contrato para año t+1	1	0	0
(b) N° de ingresos a la contrata año t vía proceso de reclutamiento y selección	1	0	0
Porcentaje de ingresos con proceso de reclutamiento y selección, con renovación (a/b)	100,00%	None%	None%

2 Rotación de Personal

2.1 Porcentaje de egresos del Servicio respecto de la dotación efectiva

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de funcionarios que cesan o se retiran del Servicio por cualquier causal año t	37	31	31
(b) Total dotación efectiva año t	317	336	336
Porcentaje de funcionarios que cesan o se retiran (a/b)	11,67%	9,23%	4,29%

2.2 Causales de cese o retiro

Causales	2019	2020	2021
Funcionarios jubilados año t	0	0	0
Funcionarios fallecidos año t	0	0	0
Retiros voluntarios con incentivo al retiro año t	2	6	6
Otros retiros voluntarios año t	23	19	7
Funcionarios retirados por otras causales año t	12	6	2

Causales	2019	2020	2021
Total de ceses o retiros	37%	31%	15%

2.3 Porcentaje de recuperación de funcionarios

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de funcionarios que ingresan a la dotación del Servicio año t	44	29	26
(b) N° de funcionarios que cesan o se retiran del Servicio por cualquier causal año t	37	31	15
Porcentaje de recuperación (a/b)	118,92%	93,55%	173,33%

3 Grado de Movilidad en el Servicio

3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos o promovidos, respecto de la Planta Efectiva de Personal

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de funcionarios de Planta ascendidos o promovidos año t	0	0	0
(b) Total Planta efectiva año t	9	6	6
Porcentaje de funcionarios ascendidos o promovidos (a/b)	0,00%	0,00%	0,00%

3.2 Porcentaje de funcionarios recontractados en grado superior, respecto del total de funcionarios contratados

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de funcionarios recontractados en grado superior año t	8	1	5
(b) Total Contratos efectivos año t	308	330	344
Porcentaje de recontractados en grado superior (a/b)	2,60%	0,30%	1,45%

4 Capacitación y Perfeccionamiento del Personal

4.1 Porcentaje de funcionarios capacitados, respecto de la Dotación Efectiva

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de funcionarios capacitados año t	52	85	52
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Porcentaje de funcionarios capacitados (a/b)	16,40%	25,30%	14,86%

4.2 Promedio anual de horas contratadas para Capacitación por funcionario

Variables	2019	2020	2021
(a) \sum (N° horas contratadas en act. de capacitación año t * N° participantes capacitados en act. de capacitación año t)	1.534	771	5053
(b) Total de participantes capacitados año t	53	90	52
Promedio de horas de capacitación por funcionario (a/b)	28,94	8,57	97,17

4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año t	0	0	0
(b) N° de actividades de capacitación año t	10	5	9
Porcentaje de actividades con evaluación de transferencia (a/b)	0,00%	0,00%	0,00%

4.4 Porcentaje de becas otorgadas respecto a la Dotación Efectiva

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de becas otorgadas año t	5	1	7
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Porcentaje de becados (a/b)	1,58%	0,30%	2,00%

5 Días no Trabajados

5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas Tipo 1

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de días de licencia médica Tipo 1, año t, / 12	271	336	412
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Promedio mensual días no trabajados por funcionario por licencias médicas Tipo 1 (a/b)	0,85	1,00	1,18

5.2 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas otro tipo

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de días de licencia médica de otro tipo , año t, / 12	222	233	205
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Promedio mensual días no trabajados por funcionario por licencias de otro tipo (a/b)	0,70	0,69	0,59

5.3 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de permisos sin goce de remuneraciones

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de días de permisos sin goce de remuneraciones, año t, / 12	40	16	102
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Promedio mensual días no trabajados por permisos sin goce de remuneraciones (a/b)	0,13	0,05	0,29

6 Grado de Extensión de la Jornada

6 Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionarios

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de horas extraordinarias año t, / 12	2.856	1.811	1066
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Promedio mensual horas extraordinarias por funcionario (a/b)	9,01	5,39	3,05

7 Evaluación del Desempeño

7.1 Distribución del Personal según los resultados de las Calificaciones

Listas	2019	2020	2021
Lista 1	268	301	321
Lista 2	0	0	0
Lista 3	0	0	0
Lista 4	0	0	0
(a) Total de funcionarios evaluados	268	301	321
(b) Total Dotación Efectiva año t	317	336	350
Porcentaje de funcionarios evaluados (a/b)	84.54%	89.58%	91.71%

7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño implementado

Variables	2019	2020	2021
Tiene sistema de retroalimentación implementado (Sí / No)	SI	SI	SI

8 Política de Gestión de Personas

8 Política de Gestión de Personas formalizada

Variables	2019	2020	2021
Tiene Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución (Sí / No)	SI	SI	SI

9 Regularización de Honorarios

9.1 Representación en el ingreso a la Contrata

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de personas a honorarios traspasadas a la contrata año t	2	14	0
(b) Total de ingresos a la contrata año t	43	28	25
Porcentaje de honorarios traspasados a la contrata(a/b)	4,65%	50,00%	0,00%

9.2 Efectividad proceso regularización

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de personas a honorarios traspasadas a la contrata año t	2	14	0
(b) N° de personas a honorarios regularizables año t-1	156	275	442
Porcentaje de honorarios regularizados (a/b)	1,28%	5,09%	0,00%

9.3 Índice honorarios regularizables

Variables	2019	2020	2021
(a) N° de personas a honorarios regularizables año t	275	442	525
(b) N° de personas a honorarios regularizables año t-1	156	275	442
Porcentaje (a/b)	176,28%	160,73%	118,78%

Anexo 3: Recursos Financieros

La información financiera de las instituciones públicas, tanto en moneda nacional como en dólares, en los casos en que corresponda, se encuentra publicada en el sitio web de la Dirección de Presupuestos, www.dipres.gob.cl.

Específicamente, se debe ingresar al link “Presupuestos”; en “Presupuestos por año” se debe seleccionar el año “2021”; seleccionar “Ejecución Total”; seleccionar “Capítulo”; seleccionar el ministerio correspondiente; y dentro de cada servicio seleccionar el documento “Informe Ejecución Capítulo Cuarto Trimestre”, en “Pesos” o “Dólares” cuando corresponda

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2018-2021

Cuadro 6: RESULTADO GLOBAL AÑO 2021: 93,2%

Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes

Promedio de días de estada de hospitalización de pacientes en el extra sistema, derivados vía UGCC

Fórmula de cálculo: Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema / Número total de pacientes trasladados vía UGCC al extrasistema

Variables	2018	2019	2020	2021	Meta 2021	% de Logro 2021
Valor efectivo (días)	7,20	7,60	7,50	11,30	8,50	75,2%
Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema	1904,00	2521,00	996,00	3558,00	1632,00	
Número total de pacientes trasladados vía UGCC al extrasistema	265,00	330,00	132,00	316,00	192,00	

Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes

Porcentaje de Garantías GES cumplidas en el año t

Fórmula de cálculo: (Número de Garantías Cumplidas + Número de Garantías Exceptuadas + Número de Garantías Incumplidas atendidas) del año t / (Número de Garantías Cumplidas + Número de Garantías Exceptuadas + Número de Garantías Incumplidas Atendidas + Número de Garantías Incumplidas no Atendidas + Número de Garantías Retrasadas) del año t

Variables	2018	2019	2020	2021	Meta 2021	% de Logro 2021
Valor efectivo (%)	99,62	99,66	97,47	98,03	100,00	98,0%
(Número de Garantías Cumplidas + Número de Garantías Exceptuadas + Número de Garantías Incumplidas atendidas) del año t	3855069,00	4022527,00	2517213,00	3008870,00	4500324,00	

VARIABLES	2018	2019	2020	2021	Meta 2021	% de Logro 2021
(Número de Garantías Cumplidas + Número de Garantías Exceptuadas + Número de Garantías Incumplidas Atendidas + Número de Garantías Incumplidas no Atendidas + Número de Garantías Retrasadas) del año t	3869901,00	4036307,00	2582422,00	3069271,00	4500324,00	

Monitoreo, supervisión y gestión del programa de inversión sectorial en salud.

Porcentaje de Proyectos de la cartera de inversión con término de obras, incluye hospitales, establecimiento de Atención Primaria y otros Dispositivos de Salud al año t, respecto de los definidos Periodo 2019 - 2022.

Fórmula de cálculo: N° de Proyectos de la cartera de inversión con término de obras, incluyendo hospitales, establecimiento de Atención Primaria y otros Dispositivos de Salud al año t / N° Proyectos de la cartera de inversión planificados para termino de obras incluidos hospitales, establecimiento de Atención Primaria y otros Dispositivos de Salud periodo 2019 - 2022

VARIABLES	2018	2019	2020	2021	Meta 2021	% de Logro 2021
Valor efectivo (%)	0,00	24,80	39,30	59,30	59,30	100,0%
N° de Proyectos de la cartera de inversión con término de obras, incluyendo hospitales, establecimiento de Atención Primaria y otros Dispositivos de Salud al año t		36,00	57,00	86,00	86,00	
N° Proyectos de la cartera de inversión planificados para termino de obras incluidos hospitales, establecimiento de Atención Primaria y otros Dispositivos de Salud periodo 2019 - 2022		145,00	145,00	145,00	145,00	

Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes

Porcentaje de personas de 5 y más años con trastornos mentales que reciben atención Integral respecto de la población estimada según prevalencia de trastornos mentales

Fórmula de cálculo: N° de personas de 5 y más años con trastornos mentales que reciben atención integral / N° de personas de 5 años y más estimada según prevalencia de trastornos mentales

Variables	2018	2019	2020	2021	Meta 2021	% de Logro 2021
Valor efectivo (%)	23,00	23,00	21,00	24,00	24,00	100,0%
N° de personas de 5 y más años con trastornos mentales que reciben atención integral	576527,0 0	593418,0 0	569341,0 0	705134,0 0	623211,0 0	
N° de personas de 5 años y más estimada según prevalencia de trastornos mentales	2539911, 00	2606121, 00	2667549, 00	2963239, 00	2649741, 00	

Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2018 - 2022

Año	Iniciativa	Estado de Avance
	AUGE Mayor	En Proceso
	ELEAM: Conocer y mejorar las instituciones que actualmente acogen a las personas mayores	Terminado
	Implementar el programa de salud oral Atención Domiciliaria Dental	Terminado
	Implementar progresivamente Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) en hospitales regionales	En Proceso
	Incorporar cobertura de enfermedad de Alzheimer en su fase temprana	Terminado
	Incrementar en un 50% la capacidad formadora en la especialidad de geriatría	En Proceso
	Plan Nacional del Cáncer	En Proceso
	Programa Elige Vivir Sano/Tabaco	Terminado
	Agendamiento en línea en red APS a través de Hospital Digital	En Proceso
	Mejorar la APS aumentando su resolutivez a través de Hospital Digital	Terminado
	Habilitación de screening de Retinopatía Diabética a través de Hospital Digital	Terminado
	Disponibilizar Redes Sociales para participación ciudadana en Salud a través de Hospital Digital	Terminado
	Establecer procesos de implementación de GES sistemáticos, modernos, transparentes, eficientes y flexibles.	Terminado
	Ley N° 21.188 "Consultorio Seguro"	Terminado
	Consolidar demanda GES y no GES de Listas de Espera	Terminado
	Mejorar los modelos de gestión de Listas de Espera	En Proceso
	Transparencia Información Listas Espera	Terminado
	Acreditación de establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)	Terminado
	Implementación del 100% de establecimientos APS con licencia médica electrónica	Terminado
	Crear "Mi pabellón se pone a punto", para mejorar las instalaciones y comodidades de la infraestructura existente	En Proceso
	Destinar a los Hospitales Normalizados, priorizados en el plan de inversiones y que entran en operaciones, personal idóneo, conforme a la nueva infraestructura y equipamiento, modelo de gestión y cartera de prestaciones	Terminado
	Plan de Formación de Especialistas	En Proceso
	Hospitales Públicos para el Siglo XXI	En Proceso
	Impulsar 120 nuevos centros de salud primaria	En Proceso

Año	Iniciativa	Estado de Avance
	Retomar el programa "Mi hospital se pone a punto" para mejorar las instalaciones y comodidades de la infraestructura existente	Terminado
	Eficiencia Hospitalaria - Compras Conjuntas / Licitación Consumo Electrico	Terminado
	Mejoramiento de Coordinación de Procuramiento	Terminado

Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas

Cuadro 8: Programas e Instituciones Evaluadas

Tipo de la evaluación	Programa/ Institución	Año	Estado	Monto	Link de descarga	Evaluación Dipres (SI/ NO)
EFA	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (CACPD)	2.021	Finalizada	18.541.666,666667	https://www.dipres.gob.cl/597/articles-243993_informe_final.pdf	Sí
EFA	Residencias y Hogares Protegidos	2.020	Finalizada	20.502.625	https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205710_informe_final.pdf	Sí
EPG	Más Adultos Mayores Autovalentes (MASAMAV)	2.020	Finalizada	23.201.640	https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205702_informe_final.pdf	Sí

Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas

Programa / Institución: Atención Integral Personas con Dependencia Severa

Año Evaluación: 2.017

Fecha del Informe: 31-12-2021

Compromiso

1.- Construcción y validación de un instrumento ad hoc, que permita evaluar la condición de salud de los beneficiarios.

Cumplimiento

Se comprometió conformar mesas de trabajo para levantar un instrumento de evaluación que diera cuenta de la percepción de bienestar, sin embargo, la multifactorialidad de este bienestar hace que la entrega de prestaciones del programa no sea el único factor que impacte en este resultado, por tanto, se optará por tomar la primera recomendación que consiste en reformular el propósito del programa para así responder a lo que desde salud podemos abordar. Otra razón para modificar el propósito es que, como se menciona en la observación, "la condición de salud de la persona en situación de dependencia va a sufrir un deterioro progresivo en el tiempo, que en ningún caso puede ser adjudicado de forma determinante a falencias del programa" por tanto, el propósito se aleja de la realidad. Como es el propósito el que se debe modificar, resulta poco eficiente modificar el instrumento y por otra parte, no existe un único instrumento validado que permita una evaluación completa de todos los componentes que determinan el estado de salud de un individuo, teniendo elementos que miden funcionalidad (Barthel por ejemplo), otros salud por componentes (cardiovascular, respiratorio, óseo, mental bucal, etc.), lo que además no permite la comparación exacta entre un momento y otro, o entre un individuo y otro. Es por esto que para tener una aproximación se utilizan elementos habituales observados en personas en condición de dependencia como trazadores, como por ejemplo la presencia o ausencia de Ulceras por presión.

Calificación: Cancelado

Compromiso

Cumplimiento

2.- Definición y puesta en marcha oficial del instrumento que permita evaluar la condición de salud de los beneficiarios.

Compromiso en proceso de cumplimiento Al 17 de julio de 2020 el compromiso sigue sin cumplimiento. Cabe señalar que a partir del año 2020 el programa deja de tener tal estructura, para transformarse en componente de otro programa. A diciembre 2020 podemos informar que de acuerdo a lo señalado con respecto al diseño del instrumento, no es pertinente elaborar un instrumento que no se vincula al propósito del programa, por tanto, se enviará solicitud de modificación de propósito ajustándolo a los resultados esperados derivados de la intervención desde el ámbito salud. Al no haber construcción del indicador, tampoco hay puesta en marcha de éste.

Calificación: Cancelado

1.- Elaboración de la propuesta del nuevo sistema de información, o modificación y adecuación de la plataforma de postrados MINSAL de acuerdo a las recomendaciones y que corrijan las falencias de información detectadas en la evaluación. OBSERVACIÓN GENERAL: Dentro de la información que recopilará el sistema, SE DEBE considerar: - aquella que permita tener información sobre los cuidadoras/es (cantidad de cuidadoras/es, quienes reciben estipendio, desde cuándo y cuánto reciben por estipendio, cantidad de enfermos personas a su cuidado, capacitaciones recibidas, información sobre el test Zarit aplicado, etc.) - aquella que podrá medir el indicador que se nombra en la recomendación 10.

A diciembre 2021 podemos dar cuenta que la información que se requiere, será registrada en la actual plataforma con información de estipendios manejada por MIDESO, para evitar duplicidad en los registros y sobrecarga en los equipos. Se envió planilla a MIDESO con los campos requeridos a incluir en la mejora. MIDESO informa que está en proceso de licitación de las mejoras. Se espera la definición de esos plazos para solicitar a los servicios el llene de las planillas con una fecha de corte definida cercana a la fecha de carga masiva de estos datos. El concretar la disponibilidad de esta plataforma escapa del alcance de este Servicio.

Calificación: Parcialmente cumplido

Compromiso	Cumplimiento
<p>2.- Marcha blanca del sistema de información, señalando áreas cubiertas e indicadores de resultado que se podrán calcular con la información recopilada.</p>	<p>Compromiso en proceso de cumplimiento Al 17 de julio de 2020, el compromiso sigue sin cumplimiento. Cabe señalar que a partir del año 2020 el programa deja de tener tal estructura, para transformarse en componente de otro programa. A diciembre 2020 se considera que este compromiso en particular no se podrá cumplir, ya que al definir que será la plataforma actualmente en uso de MIDESO la que se mejorará, no requiere proceso de marcha blanca.</p> <p>Calificación: Cancelado</p>
<p>3.- Entrega de reporte de control de gestión del sistema de información con indicadores de resultado cuantificados.</p>	<p>La elaboración del reporte solicitado está directamente relacionado con la consecución del compromiso anterior (2.2), el cual está supeditado a la gestión a realizar por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.</p> <p>Calificación: No cumplido</p>

Programa / Institución: Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR)

Año Evaluación: 2.018

Fecha del Informe: 31-12-2021

Compromiso

1.1 Presentar en las orientaciones técnicas 2019 la nueva propuesta de componentes del programa.

Cumplimiento

Las orientaciones técnicas 2019 del programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria, incorporan como componente a la población que se atiende en establecimientos de atención primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento, y los siguientes subcomponentes: - Entrega de Medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia. - Servicios Farmacéuticos.

Calificación: Cumplido

1.2 Presentar a evaluación Ex ante el rediseño del programa considerando la recomendación del panel.

Se rediseño el programa con un componente el cual corresponde a la población bajo control en establecimiento de APS con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Dislipidemia con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento este componente se dividió en 2 Subcomponentes uno que identifica el producto a entregar que es medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia y el segundo que tiene relación con la gestión farmacéutica que es un conjunto de actividades necesarias para cumplir para obtener el producto esperado en el programa, esto quedó estipulado en la resolución que aprueba el programa, Componente corresponde al acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo a la adherencia para lo cual tiene 2 subcomponente: -Subcomponente 1 (Entrega de Medicamento, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia. - Subcomponente 2 Servicios Farmacéuticos Durante el año 2020 se priorizó otros programa dentro de la División de Atención Primaria de la SRA para presentar ex antes de MDS para su rediseño, por lo cual se realizaran las gestiones pertinentes para realizar lo solicitado durante el año 2021. Durante el año 2021 se priorizó otros programa dentro de la División de Atención Primaria de la SRA para presentar ex antes de MDS para su rediseño, por lo cual se realizaran las gestiones pertinentes para realizar lo solicitado durante el año 2022.

Calificación: Parcialmente cumplido

2.1 Incorporación y medición de indicador de la adherencia del paciente al tratamiento. Este también deberá estar vinculado y alineado con el programa de adherencia farmacológica que está implementando MINSAL.

Durante el año 2020-2021 debido a la pandemia Covid-19, no fue posible realizar actividades con las universidades para continuar en la línea de la definición de adherencia, no obstante el acceso y disponibilidad de medicamento para la población bajo control tiene un cumplimiento de acuerdo a lo informado en glosa presupuestaria del años 2021 hasta la fecha de este reporte. Para esta fecha de corte se utilizó datos extraídos desde Plataforma REM correspondiente a despachos de recetas de pacientes cardiovascular de Enero- Agosto 2020 según Reporte: Datos REM A4, sección J, período Enero-Mayo año 2021, Fuente: REM A año 2021 Fecha extracción de datos: 06-07-2021 Fecha reporte: 06-07-2021 El cumplimiento de las metas obtenidas para despachos de recetas Pacientes cardiovascular es el siguiente: Meta 1: 93.74% Recetas despachadas de manera oportuna en el periodo de Enero-Mayo 2021 Además nos encontramos trabajando con el Programa ECICEP Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para generar un indicador en conjunto que cumpla con las necesidades de los 2 programas, incorporando los días de tratamiento dispensado formando un indicar más completo para hacer el seguimiento de la adherencia a los tratamientos farmacológico, además de trabajar en conjunto con Dipol en la creación de la receta electrónica con el objetivo de tener un formato universal, con códigos y datos integrados entre los sistema informáticos. Durante el año 2021 se trabajó en conjunto con el equipo de División de políticas Publicas Saludables y Promoción, en la implementación de la Receta electrónica la cual tiene como objetivo unificar codificación de medicamentos, pacientes, prescripciones y recetas, estos insumos son prioritarios para obtener datos para realizar la medición de adherencia, queda

Compromiso**Cumplimiento**

2.2 Incorporar el indicador de adherencia del paciente al tratamiento, al monitoreo de MDS

A diciembre 2020 se mantiene la plataforma tablero de mando inhabilitada y se encuentra en ejecución una auditoria y sumario para ver responsables de la no puesta en marcha del tablero de mando que permita monitorizar el indicador de adherencia implementado Respuesta: Se encuentra pendiente el resultado del sumario y auditoria que se encuentra en ejecución a la plataforma tableo de mando FOFAR, lo que ha impedido realizar gestiones que permitan verificar si es posible a través de esta herramienta obtener este indicador o será necesario realizar de manera indirecta la obtención de este indicador. A junio 2021 se encuentra aún en proceso sumario administrativo para definir responsabilidades sobre la no disponibilidad de indicadores y tablero de mando FOFAR, nos encontramos trabajando con el equipo del programa ECICEP para establecer un indicador de adherencia basado en la información de adherencia al tratamiento farmacológico. A diciembre 2021, no se ha podido realizar avances en tablero de mando, este aun no se encuentra disponible para incorporar indicador de adherencia.

Calificacion: No cumplido

3.1 Incorporar en el reporte de monitoreo de MDS el gasto del programa, dando cuenta de todo el gasto del programa tal como se hizo en la evaluación de programas, por ejemplo, incorporar el gasto en mensajería.

Compromiso en proceso de cumplimiento Estado al 17 de julio de 2020, se incorporó para el año 2020 un indicador relacionado con el cumplimiento de transferencias para la ejecución del programa, el monitoreo y validación de las rendiciones del programa los realizan los respectivos Servicios de Salud y su consolidación final es enviada al departamento de finanzas del Minsal en donde un referente es el encargado de su verificación. A diciembre 2020 podemos informar que el departamento de finanzas de Atención primaria realiza el monitoreo a través de rendiciones por parte de los Servicios de Salud, quienes son los responsables de realizar la supervisión de la correcta ejecución, además se realiza el monitoreo de las transferencia una vez cumplido el ingreso del convenio a la plataforma de la división de presupuesto APS. Que permite la trazabilidad de los convenios y transferencia. Estado al 09 de julio de 2020, El departamento de Operaciones División Atención Primaria utiliza la plataforma dispuesta por división de presupuesto para realizar un monitoreo constante de los convenios y transferencias realizadas. <https://www.divpresupuesto.cl/> además se envió en abril 2021 un ordinario y correo dirigido a los encargados de Finanzas de los Servicios Salud N°1149 por parte del Subsecretario de Redes Asistenciales para instruir las rendiciones a través de la plataforma tecnológica Sistema de Rendición Electrónicas de cuentas o SISREC y SISDOC, con el objetivo de cumplir resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General por parte de los Servicios de Salud, la mensajería de texto no forma parte de las estrategias utilizadas por el programa por lo cual los gastos involucrado son los informados. Durante el año 2022 se realizará la presentación ante el MDSyF para modificar descripción de FOFAR.

Compromiso

3.2 Informar a Dipres y MDS la rendición de los municipios a los Servicios de Salud de forma semestral de los programas PRAPS.

Cumplimiento

A diciembre 2020 informamos que el departamento de finanzas de Atención primaria realiza el monitoreo a través de rendiciones por parte de los Servicios de Salud, quienes son los responsables de realizar la supervisión de la correcta ejecución, además se realiza el monitoreo de las transferencias una vez cumplido el ingreso del convenio a la plataforma de la división de presupuesto APS. Que permite la trazabilidad de los convenios y transferencias. Estado al 09 de julio de 2020, El departamento de Operaciones División Atención Primaria utiliza la plataforma dispuesta por división de presupuesto para realizar un monitoreo constante de los convenios y transferencias realizadas. <https://www.divpresupuesto.cl/> A diciembre 2021 podemos informar que el Departamento Programación Financiera APS de la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, amplió el plazo de ingreso de datos de rendiciones para los municipios y Servicios de Salud para el 17 de enero 2022, por lo cual no se cuenta con datos disponible para informar, se adjunta ordinario.

Calificación: Parcialmente cumplido

Compromiso

4. Realizar informe de seguimiento de precios anual de las compras realizadas por mercado público y aquellas realizadas directamente vía intermediación de CENABAST. Este reporte dará cuenta de al menos lo siguiente: * Proporción de compras de medicamentos FOFAR realizada en CENABAST y Mercado Público. * Precio promedio de medicamentos FOFAR comprados vía CENABAST y vía Mercado Público. * Precio máximo y mínimo vía mercado público. Esta información será publicada en la página web del Ministerio de Salud y se reportará a los Directores de Servicios de Salud, quienes serán instruidos para realizar la difusión a los municipios.

Cumplimiento

Durante julio 2021 Se encuentra en implementación una plataforma por parte de eficiencia hospitalaria en donde se incorporó los arsenales farmacológicos de APS y los precios de Cenabast para tener un monitoreo y orientación sobre los precios y contratos vigentes Presenta los arsenales homologados a ZGEN. Adicionalmente la vista despliega que fármacos tiene disponible CENABAST con contrato, con el detalle del proveedor, programa y precio neto más comisión. Se visualizan los contratos vigentes de CENABAST por programa con su precio neto más comisión, versus el precio de Mercado Publico al cual los establecimientos han adquirido el fármaco (considera precio promedio, máximo y mínimo de la red) Muestra los datos del observatorio de CENABAST y los ajustes realizados en SICEM (Cantidad programada a CENABAST, cantidad entregada, precio CENABAST, precio MP, cantidad MP y ahorro potencial estimado/proyectado por fármaco) Muestra el gasto de fármacos devengado en SIGFE, comparación año 2020 y 2021 (para lo relacionado al clasificador en las categorías de intermediación, compras al extra sistema y programas ministeriales). Se visualiza el comparativo del primer trimestre (año 2020 y 2021) del gasto devengando en SIGFE en intermediación versus el monto CENABAST intermediado del Observatorio CENABAST.

Calificacion: Cumplido

Compromiso**Cumplimiento**

5.1 Presentar un plan de implementación de droguerías para los 14 SS faltantes (a mediano plazo).

A junio 2021 se encuentran con su resolución de instalación de droguería y realizando los trámites para autorización de instalación y funcionamiento las siguientes droguerías: Servicio de Salud Iquique Resolución N°4314 autorización sanitaria de instalación. Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°1606/ Comuna de Pudahuel N°964/ Comuna de Melipilla N°4315, pendientes en tramitación de autorización sanitaria de instalación Renca y Cerro Navia Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente resolución sanitaria de autorización de instalación y funcionamiento N°2939, Servicio de salud Metropolitano Norte autorización Sanitaria de instalación sanitaria N°4804 para la comuna de Lampa Servicio de Salud Viña del Mar las comunas de Calera Resolución de autorización sanitaria de instalación N°3815, Cabildo-Quillota y la Ligua se encuentra en etapa de evaluación de documentación del ISP para autorización sanitaria de instalación durante el los años 2021 Durante el año 2020 y 2021 se ha complicado las autorizaciones de funcionamiento e instalación debido a pandemia Covid-19. Sin embargo de todas maneras fue posible obtener 07 autorizaciones de instalación y funcionamiento los que permite en avanzar en este compromiso para 3 Servicios de salud y 4 comunas

Calificacion: Cumplido

Compromiso**Cumplimiento**

5.2 Informar estado del plan de implementación de droguerías en los 14 SS faltantes.

A junio 2021 podemos informar que se encuentran con su resolución de instalación de droguería y realizando los trámites para autorización de funcionamiento las siguientes droguerías; Servicio de Salud Iquique Resolución N°543/ SS Metropolitano Occidente N°1606/ Comuna de Pudahuel N°964/ Comuna de Melipilla, pendientes en tramitación de autorización sanitaria de instalación Renca y Cerro Navia/ Servicio de Salud Viña del Mar las comunas de Cabildo-Quillota y la Ligua se encuentra en etapa de evaluación de documentación del ISP para autorización sanitaria de instalación, se continua trabajando para obtener resolución sanitaria de las droguerías pendientes con el objetivo de disminuir brecha para disponibilidad estos establecimientos a la red para tener un almacenamiento adecuado y seguro para los medicamentos.

Calificacion: Cumplido

8. Presentar en las Orientaciones Técnicas 2019, la propuesta de cuál es el stock crítico que los SS han de mantener o las condiciones que han de tener los mecanismos alternativos como convenios de entrega oportuna.

En la Orientación Técnica para el Fondo de Farmacia 2019, se ha definido stock crítico de medicamentos como el stock mínimo necesario para satisfacer una demanda estimada de 2 meses, en el conjunto de medicamentos contenidos en listado de medicamentos financiados por FOFAR y otros definidos por el CFT del Servicio de salud.

Calificacion: Cumplido

Compromiso

9. Presentar en las orientaciones técnicas 2019 e indicador de ? Porcentaje de merma de medicamentos?, debido a que este indicador constituye un porcentaje que da cuenta de los recursos monetarios perdidos por merma de medicamentos del programa. Además, incorporar este indicador al monitoreo realizado por MDS.

10. Ampliar el número de indicadores en el diseño ex ante y monitoreo, incluyendo los que se encuentran en el Anexo 1 del oficio del 16 de enero de 2019 Ord: N° 0085

Cumplimiento

Durante el año 2021 en el informe solicitado de evaluación del programa tiene cortes el 31-07-2021 y el 21-12-2021 en donde se recopilara esta información de manera directa a la espera de la habilitación de la plataforma tablero de mando Fofar

Calificacion: Cumplido

Durante el año 2021 en el informe solicitado de evaluación del programa tiene cortes el 31-07-2021 y el 21-12-2021 en donde se recopilara esta información de manera directa a la espera de la habilitación de la plataforma tablero de mando Fofar. Durante el año 2022 se realizará la presentación para incluir ampliación de indicadores de FOFAR en el MDSyF, además de indicar que datos para confección de informe se encuentra disponible después 28-01-2022 que corresponde a datos del REM.

Calificacion: Parcialmente cumplido

Programa / Institución: Plan de Ingreso, Formación y Retención de Profesionales Especialistas en el Sector Público de Salud

Año Evaluación: 2.018

Fecha del Informe: 31-12-2021

Compromiso

Para el cumplimiento de las recomendaciones de diseño del programa, Dipres propuso que el Programa ingresara al Proceso 2019 de Evaluación Ex Ante de Programas. Sin embargo, en Ordinario N°1.522 con fecha 8 de abril de 2019, Minsal expuso que no están de acuerdo con llevar a cabo una evaluación social de un Programa que a su juicio no es social, sino que es el Sistema de Reclutamiento de RRHH, según lo establece la Ley 19.664. Dado lo anterior, el compromiso establecido es el siguiente: Elaborar internamente un estudio de brechas que al menos considere: -Definir una metodología que permita estimar en forma periódica el déficit de especialistas por tipo de especialidad, así como de médicos para la APS, que sirva como insumo para establecer los criterios de destinación de los EDF y establecer el tipo de especialistas que el Programa debe formar, así como el lugar de destinación del PAO - Determinar la brecha de odontólogos generales y especialistas existente, tanto a nivel APS como en nivel secundario. - Definir y oficializar lo que se entiende por ?retención?.

Cumplimiento

A diciembre 2020 podemos informar que la consultora acaba de enviar el informa Final del estudio de Brechas, que está en revisión por las contrapartes técnicas de DIGEDEP. Por contrato el proceso, termina con una presentación que hace la consultora con los resultados, que debiera realizarse en marzo 2021. Paralelamente se está realizando el levantamiento desde los servicios para cruzar datos. De manera de corregir eventuales errores de registro A junio 2021 podemos informar que el estudio de brechas fue entregado, pero se le ha pedido a la consultora que verifique algunos resultados. Respecto de la retención, esta fue formalizada y aclarada a través de ingreso al Sistema Nacional de Proyectos Sociales, dónde el Proyecto se encuentra RF, desde octubre del 2020. A diciembre 2021, podemos informar que se concluyo el Estudio de Brechas comprometido, pero aun no ha podido ser validado por el Ministerio de Salud, ya que la consultora encargada no ha realizado correcciones solicitadas. Respecto de la Retención de profesionales, esta fue formalizada y aclarada a través de ingreso al Sistema Nacional de Programas Sociales, dónde este programa se encuentra con Recomendación Favorable, desde octubre del 2020.

Calificacion: Parcialmente cumplido

Compromiso

Acreditar debidamente la formalización de la coordinación con el MINEDUC en la Comisión Nacional Docente Asistencial, cuyo objetivo es lograr un trabajo en conjunto entre el MINSAL, quien debe coordinar con las universidades la formación de especialistas, y el MINEDUC, que debe asegurar la calidad de la formación.

Cumplimiento

El 20 de agosto de 2019 se constituye Comisión en la que participa Camila Cortés, Jefa de la División de Educación Superior del MINEDUC, esto ha permitido formalizar nuestra relación, si bien es cierto en torno a un punto específico de nuestro quehacer como es la Autorización de Entidades Certificadoras. Este trabajo en conjunto ha permitido abordar diversas temáticas que debemos ver en conjunto. Se entiende que esta Coordinación se formalizará con la publicación del nuevo reglamento del CONDAS, que debiera estar en publicación durante el año 2020. A diciembre 2020 este compromiso se encuentra Pendiente. Estos temas han sido despriorizados por la Pandemia. La División Jurídica del MINSAL, ha estado dedicado casi exclusivamente, a tramitación de temas relacionados con el COVID. Tampoco es una política que el Ministro (quién encabeza el CONDAS) haya podido sancionar, producto de la misma emergencia sanitaria. A junio 2021 se encuentra con profesional asignado para su redacción y trámite. Este debiera iniciar su tramitación, que incluye toma de razón por CGR, antes del 15 de agosto. A diciembre 2021, producto que el Reglamento RAD, sigue en trámite, y es esta Norma que sirve de sustento para la Resolución que modifica el CONDAS, no ha sido posible, completar su tramitación

Calificación: No cumplido

Compromiso

Mediante el establecimiento de un punto de corte (por ejemplo, Diciembre 2018), medir, para todas las cohortes que han formado parte del programa: FORMACIÓN - Cantidad de médicos que completaron la fase de especialización, según especialidad y en qué tiempo. - Cantidad de médicos que se encuentran en proceso de especialización, según especialidad y tiempo que llevan - Cantidad de médicos que abandonaron la fase de especialización según especialidad y tiempo y motivo del abandono. PAO - Cantidad de médicos que completaron su PAO, según especialidad y años de PAO. - Cantidad de médicos que no completaron su PAO, según especialidad y años de PAO incompleto. El medio de verificación deberá corresponder a un documento oficial del MINSAL.

Cumplimiento

Se adjunta minuta con información de médicos en proceso de especialización. Al 17 de julio de 2020, se adjunta minuta con Indicadores de Seguimiento referido a lo siguiente: - Cantidad de médicos que completaron la fase de especialización, según especialidad y en qué tiempo - Cantidad de médicos que se encuentran en proceso de especialización, según especialidad y tiempo duración de la formación. - Cantidad de médicos que abandonaron la fase de especialización según especialidad y motivo del abandono. - Cantidad de médicos que no completaron su PAO, según especialidad y años de PAO incompletos. Se adjunta informe a Diciembre 2020 con resultado de análisis de resultados con respecto a lo que el compromiso detalla.

Calificación: Cumplido

Compromiso

Informar los resultados del compromiso 3) con la plataforma informática de control de gestión (o similar) de la Subsecretaría de Redes.

Cumplimiento

Desde de marzo del año 2021, la empresa INDRA, se encuentra trabajando en un nuevo sistema de reportes. Pero se ha encontrado con serios problemas de diseño. Al final de este ejercicio, debiera informarnos respecto del costo para enmendar dichos errores. Se fortaleció la función de soporte desde el MINSAL. Estableciendo comunicación fluida y directa con los encargados, para resolver dudas y problemas detectados en el nivel local. A diciembre 2021 podemos informar que se está haciendo la revisión de los distintos reportes que se diseñaron en conjunto INDRA y MINSAL. Se han encontrado algunas inconsistencias, que se están revisando para dar pronta solución. Se fortaleció la función de soporte desde el MINSAL; estableciendo comunicación fluida y directa con los encargados, para resolver dudas y problemas detectados en el nivel local.

Calificación: No cumplido

Programa / Institución: Residencias y Hogares Protegidos

Año Evaluación: 2.016

Fecha del Informe: 31-12-2021

Compromiso

Reformulación del programa, a través de evaluación ex ante con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSyF). Esta reformulación debe incluir, al menos: 1. Revisión y ajuste de fin y propósito del programa; 2. Definición de poblaciones y focalización y priorización de beneficiarios; 3. Definición de indicadores y metas respectivas; 4. Desarrollo de operativa ministerial, y 5. Vinculación con oferta pública existente (SENADIS, MDSyF) y aseguramiento de la adecuada atención de los beneficiarios del programa, en especial en términos de lineamientos técnicos sobre discapacidad y dependencia. Medios de verificación 1a. Recomendación favorable por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Cumplimiento

A diciembre 2020 informamos que el Programa Residencias y Hogares Protegidos ingreso a proceso Ex Ante para reformulación obteniendo Recomendación Favorable, en su diseño se incorpora lo detallado en compromiso

Calificación: Cumplido

Compromiso

Desarrollar operativa a nivel ministerial que defina: modelo de implementación, procesos, manuales de implementación, entre otros. Medios de verificación 2a. Borrador del modelo de implementación que operaría en el programa.

Cumplimiento

A diciembre 2020 el compromiso se encuentra en desarrollo, hemos estado trabajando en forma activa con una mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa. El programa de Hogares y Residencias Protegidas alcanzó su Recomendación Favorable en el proceso Ex Ante de Reformulación durante el mes de diciembre del año 2020, una vez alcanzada dicha aprobación es posible avanzar en el un modelo operativo ajustado a lo descrito en la reformulación del programa; se espera contar con dicho documento, consensuado con la mesa nacional de trabajo, dentro del primer semestre del año 2021. A junio 2021 se ha continuado con el trabajo en forma activa con la mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa, emanando los borradores del Manual de Procedimiento, Pauta de supervisión de cumplimiento de estándares monismos de de calidad y borrador de la pauta de supervisión de organización y funcionamiento interno.

Calificación: Cumplido

Compromiso

Desarrollar operativa a nivel ministerial que defina: modelo de implementación, procesos, manuales de implementación, entre otros. Medios de verificación: 2b. Modelo de implementación, que incluya procesos y manuales.

Cumplimiento

A diciembre 2020 el compromiso se encuentra en desarrollo, hemos estado trabajando en forma activa con una mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa. El programa de Hogares y Residencias Protegidas alcanzó su Recomendación Favorable en el proceso Ex Ante de Reformulación durante el mes de diciembre del año 2020, una vez alcanzada dicha aprobación es posible avanzar en el un modelo operativo ajustado a lo descrito en la reformulación del programa; se espera contar con dicho documento, consensuado con la mesa nacional de trabajo, dentro del primer semestre del año 2021. A junio 2021 se ha continuado con el trabajo en forma activa con la mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa, emanando los borradores del Manual de Procedimiento, Pauta de supervisión de cumplimiento de estándares monismos de de calidad y borrador de la pauta de supervisión de organización y funcionamiento interno.

Calificación: Cumplido

Compromiso

Desarrollar operativa a nivel ministerial que defina: modelo de implementación, procesos, manuales de implementación, entre otros. Medios de verificación: 2c. Reporte que dé cuenta de cómo fueron socializados los: Modelo de implementación, procesos y manuales a nivel de Ministerio y Servicios de Salud. Este reporte debe incluir medios de verificación tales como; documentos que den cuenta de esa socialización, oficios a Servicios de Salud que den cuenta de entrega oficial del modelo y manuales, entre otros.

Generar acciones orientadas a una vinculación directa y concreta, por parte del programa, con oferta pública existente. Medio de verificación: Reporte con acciones específicas desarrolladas en el marco de la vinculación del programa con la oferta pública existente. Medio de verificación: Reporte con acciones específicas desarrolladas en el marco de la vinculación del programa con la oferta pública existente.

Cumplimiento

Se ha terminado la redacción del MANUAL DE PROCEDIMIENTOS RESIDENCIAS Y HOGARES PROTEGIDOS. El proceso de Reformulación del Programa de Hogares y Residencias Protegidas se continúa desarrollando a través de una metodología participativa, de co construcción con referentes de los Servicios de Salud del país, en dos modalidades: Reuniones quincenales con la Mesa Técnica conformada por un equipo de 6 personas que lleva trabajando de manera regular desde junio de 2020. Reuniones quincenales con referentes de toda la red de salud mental del país en Jornadas nacionales. Para el desarrollo, de la primera versión, de este Manual se realizaron un total de 20 jornadas con la participación de más de cincuenta personas que representan a los niveles de Macro y Meso Gestión.

Calificación: No cumplido

Desde el área de Salud Mental del Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales se ha trabajado en la generación de acciones orientadas a una vinculación directa y concreta, por parte del programa, con oferta pública existente, para ello se han efectuado jornadas de trabajo orientadas a la reformulación del programa y actualización de las normas técnicas, adjuntamos medios de verificación de convocatorias, programas de trabajo, asistencia y productos en versión borrador.

Calificación: No cumplido

Compromiso

Cumplimiento

Actualización de normas técnicas, acuerdos, al menos, al Plan Nacional de Salud Mental y a instrumentos nacionales e internacionales en la materia, y redefinición de estándares de contratación de servicios residenciales (incluidos, entre otros, la compra de cupos). Medios de verificación: 4a. Documento con la planificación del proceso de actualización de normas técnicas.

A diciembre 2020 podemos decir que, debido a que las normas deben considerar aspectos técnicos y administrativos como: RRHH, infraestructura, evaluaciones, gestión administrativa y financiera, flujos y proceso vinculados al usuario, etc.; que requieren una revisión profunda y participativa, previo a su implementación, la planificación del proceso de actualización de normas se está trabajando con la mesa nocional y se espera este definida dentro del primer semestre del año 2021. A junio 2021 se ha continuado con el trabajo en forma activa con la mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa, emanando los borradores del Manual de Procedimiento, Pauta de supervisión de cumplimiento de estándares monismos de de calidad y borrador de la pauta de supervisión de organización y funcionamiento interno.

Calificación: No cumplido

Actualización de normas técnicas, acuerdos, al menos, al Plan Nacional de Salud Mental y a instrumentos nacionales e internacionales en la materia, y redefinición de estándares de contratación de servicios residenciales (incluidos, entre otros, la compra de cupos). Medios de verificación: 4b. Documento borrador de actualización de normas técnicas y documento borrador con redefiniciones los estándares de contratación de los Servicios Residenciales dependientes del Minsal.

A junio 2021 se ha desarrollado un trabajo en forma activa con la mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa, emanando los borradores del Manual de Procedimiento, Pauta de supervisión de cumplimiento de estándares monismos de de calidad y borrador de la pauta de supervisión de organización y funcionamiento interno.

Calificación: No cumplido

Compromiso

Actualización de normas técnicas, acuerdos, al menos, al Plan Nacional de Salud Mental y a instrumentos nacionales e internacionales en la materia, y redefinición de estándares de contratación de servicios residenciales (incluidos, entre otros, la compra de cupos). Medios de verificación: 4c. Normas técnicas actualizadas y publicadas e Instructivo con las redefiniciones de estándares de contratación de servicios residenciales (incluidos, entre otros, la compra de cupos).

Diseñar e implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento de la implementación del programa tanto a nivel nacional, de Servicios de Salud y como de dispositivos, que asegure reportería de datos de seguimiento, monitoreo y evaluación. Medios de verificación: 5a. Documento en el que se plasme el diseño de los mecanismos de monitoreo y seguimiento.

Diseñar e implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento de la implementación del programa tanto a nivel nacional, de Servicios de Salud y como de dispositivos, que asegure reportería de datos de seguimiento, monitoreo y evaluación. Medios de verificación: 5b. Informe que dé cuenta de la implementación de los mecanismos de monitoreo y aseguramiento de la calidad de la oferta entregada. Este Reporte debe incluir; comunicaciones a los Servicios de Salud dando indicaciones sobre los mecanismos, pantallazos de sistemas de monitoreo, etc.

Cumplimiento

A diciembre 2021 se está trabajando en la norma técnica del programa de Residencias y Hogares Protegidos; se proyecta estén terminadas durante el año 2022.

Calificación: No cumplido

A junio 2021 se ha desarrollado un trabajo en forma activa con la mesa de trabajo dispuesta para el desarrollo de la operativa general del programa, emanando los borradores del Manual de Procedimiento, Pauta de supervisión de cumplimiento de estándares monismos de de calidad y borrador de la pauta de supervisión de organización y funcionamiento interno.

Calificación: Cumplido

Se ha implementado una Pauta de Supervisión de Estándares de Calidad de Hogares y Residencias Protegidas, se espera tener resultados del levantamiento a nivel nacional en febrero de 2022.

Calificación: No cumplido

Compromiso

Actualización del estudio de canasta con Fonasa, en base a presupuesto vigente. Medio de verificación: 6a. Informe con resultados del estudio de canasta de Fonasa sobre Residencias y Hogares Protegidos.

Cumplimiento

Se ha desarrollado un Proceso de Levantamiento de Costos de Hogares y Residencias Protegidas para tener una estimación basada en criterios ajustados a la realidad de cada territorio, respetando la diversidad y variabilidad de los costos en cada macro región. El análisis de los resultados del levantamiento se estima para marzo de 2022, los que servirán de base para el trabajo de canasta con FONASA

Calificación: No cumplido

Programa / Institución: Más Adultos Mayores Autovalentes (MASAMAV)

Año Evaluación: 2.020

Fecha del Informe: 31-12-2021

Compromiso

COMPROMISO 1: Presentar el programa a evaluación ex ante de MDSyF y obtener recomendación favorable. En evaluación ex ante el programa deberá presentar: (a) Propuesta de incorporación de enfoque de género en diseño del programa. (b) Sistema de registro de información rutificada de beneficiarios, que permita cuantificar indicadores de desempeño, tales como, cobertura efectiva del programa con cifras anuales de beneficiarios acumuladas y sin estar estos repetidos. Medios de verificación: (a) Ficha de reformulación del programa presentada a evaluación ex ante a MDSyF. (b) Ficha con recomendación favorable por parte de MDSyF.

Cumplimiento

A diciembre 2020 podemos dar cuenta que el programa se presentó al proceso Ex Ante de MDSyF para reformulación, incorporando lo descrito en el compromiso, con obtención de Recomendación Favorable por parte de ese ministerio.

Calificación: Cumplido

Compromiso

COMPROMISO 2: Presentar el programa a evaluación ex ante de MDSyF y obtener recomendación favorable. En evaluación ex ante, se deberá: (a) Presentar definición explícita de los criterios y metodología que se utiliza para definir cuáles y cuántas comunas serán beneficiadas, tales como: vulnerabilidad socioeconómica, sanitaria, familiar, biológica, ruralidad, etc. (b) Presentar propuesta de incremento progresivo de cobertura, incluyendo metas. (c) Fundamentar debidamente la necesidad de intervención permanente en personas mayores. d) Presentar diseño del componente 2 del programa, con el detalle de los servicios que entrega, las actividades, los responsables de las mismas, e indicadores de desempeño asociados al mismo. Medios de verificación: (a) Ficha de reformulación del programa presentada a evaluación ex ante a MDSyF. (b) Ficha con recomendación favorable por parte de MDSyF.

Cumplimiento

A diciembre 2020 podemos dar cuenta que el programa se presentó al proceso de Ex Ante de MDSyF para reformulación, incorporando lo descrito en el compromiso, con obtención de Recomendación Favorable por parte de ese ministerio.

Calificación: Cumplido

Compromiso

Cumplimiento

COMPROMISO 3: Incluir en Resolución Exenta que aprueba el Programa los criterios de asignación de recursos. Medio de verificación: Resolución Exenta del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para desarrollo 2021, incluyendo criterios de asignación de recursos.

Se adjunta Resolución Exenta N° 161 de 2021 en la que se incluyen los criterios de asignación de recursos. A diciembre 2021 podemos informar que Se han incluido los criterios de asignación de recursos en la Resolución que aprueba el programa para el año 2022, la que está en proceso de emisión oficial. Se podrá enviar como medio de verificación una vez que se encuentre emitida. Sobre el ajuste al propósito del Programa, evaluado metodológicamente como más correcto en la observación de DIPRES, se especifica que esta modificación es un ajuste que representa cambios en la redacción para expresar de mejor manera el fin último que persigue el programa enmarcado en la intervención socio sanitaria de personas mayores, a cargo de diferentes representaciones del estado.

Calificación: Parcialmente cumplido

COMPROMISO 4: Incorporar procedimiento para definir las coberturas por Servicio de Salud y comunas en las orientaciones técnicas. Medio de verificación: Orientaciones Técnicas incluyendo metas de cobertura por Servicio de Salud.

Se elaborará oficio para emisión hacia DIPRES con la recalendarización de los compromisos, producto de la contingencia sanitaria. Se pretende incluir lo comprometido en este punto con DIPRES en la Orientación Técnica del Programa, que se encuentra en desarrollo, con pronóstico de emisión en Diciembre de 2022.

Calificación: No cumplido

Compromiso

COMPROMISO 5: Emisión Orientación Técnica del Programa que contenga la descripción de los productos del componente 2.

COMPROMISO 6: Implementar registro de información que permita medir indicadores de desempeño desagregados por: comunas beneficiarias, tramos de edad; sexo; tipo de egreso, etc. Medio de verificación: (a) Reporte con cuantificación de indicadores de desempeño, a diciembre 2019 y diciembre 2020, desagregados por: comunas beneficiarias, tramos de edad; sexo; tipo de egreso, etc. (b) Base de datos con información por comunas beneficiarias, tramos de edad; sexo; tipo de egreso, etc.

Cumplimiento

Se elaborará oficio para emisión hacia DIPRES con la recalendarización de los compromisos, producto de la contingencia sanitaria. Se pretende incluir la definición de productos indicadas por DIPRES en la Orientación Técnica del Programa, que se encuentra en desarrollo, con pronóstico de emisión en Diciembre de 2022.

Calificación: No cumplido

Dado el actual contexto de pandemia por COVID-19, el trabajo de los equipos responsables de la ejecución de las actividades y estrategias para las personas mayores ha sido reorientado a funciones vinculadas con la pandemia, como también las acciones propias del programa han sufrido suspensiones y/o postergaciones, priorizando el trabajo de la Atención Primaria hacia la pandemia. Ante esta situación, no es viable y factible la implementación de un sistema de registro como el señalado en el presente compromiso, por lo cual se solicita la postergación del mismo. A diciembre 2021, podemos indicar que se esta trabajando en la elaboración de un oficio hacia DIPRES solicitando una recalendarización de los compromisos, producto de la contingencia sanitaria.

Calificación: No cumplido

Compromiso

COMPROMISO 7: Incorporar en el rediseño del Programa a través de Ex ante un sistema informático para sistematizar resultados de los procesos participativos implementados por las duplas a los participantes del programa. Medios de verificación: (a) Ficha de reformulación del programa presentada a evaluación ex ante a MDSyF. (b) Ficha con recomendación favorable por parte de MDSyF. Plazo: Diciembre 2020

COMPROMISO 8: Reporte con resultados de sistematización de evaluación participativa de percepción de los participantes del programa respecto de su aprendizaje, adquisición de nuevas herramientas para su autocuidado y estimulación funcional, entre otros, realizada con registros en eventual nuevo sistema informático del programa.

COMPROMISO 9: Implementar encuesta estandarizada a una muestra representativa de los participantes del programa respecto de su aprendizaje, adquisición de nuevas herramientas para su autocuidado, estimulación funcional, entre otros. Medio de verificación: Informe de análisis de resultados de aplicación de encuesta estandarizada a muestra representativa de beneficiarios del programa.

Cumplimiento

A diciembre 2020 podemos dar cuenta que el programa se presentó al proceso de Ex Ante para reformulación incorporando lo descrito en el compromiso, con obtención de Recomendación Favorable por parte de MDSyF. Se adjunta Ficha de reformulación con la cual se obtuvo recomendación favorable el año 2020.

Calificación: Cumplido

Se elaborará oficio para emisión hacia DIPRES con la recalendarización de los compromisos, producto de la contingencia sanitaria.

Calificación: En evaluación

Se está trabajando para la realización del compromiso en la fecha estipulada.

Calificación: En evaluación

Compromiso

Cumplimiento

COMPROMISO 10: Implementar, como mecanismo de coordinación formal al interior de las Divisiones del Ministerio de Salud, un Comité para la integración de acciones destinadas a personas mayores. Medios de verificación: (a) Reporte dando cuenta de lo establecido en compromiso. (b) Documentos formales evidenciando la coordinación entre el Programa y equipos involucrados en la ejecución de diversos programas de salud, tanto a nivel nacional como local, que trabajan mayoritaria o prioritariamente con personas mayores.

A junio 2021, dado el actual contexto de pandemia por COVID-19, el trabajo de los equipos responsables de la ejecución de las actividades y estrategias para las personas mayores ha sido reorientado a funciones vinculadas con la pandemia, como también las acciones propias del programa han sufrido suspensiones y/o postergaciones, priorizando el trabajo de la Atención Primaria hacia la pandemia. Ante esta situación, no es viable y factible la implementación de un sistema de registro como el señalado en el presente compromiso, por lo cual se solicita la postergación del mismo. Se elaborará oficio para emisión hacia DIPRES solicitando una recalendarización de los compromisos, producto de la contingencia sanitaria.

Calificación: No cumplido

COMPROMISO 11: Implementar sistema de monitoreo del gasto del programa (incluidos gastos administrativos) y de los aportes de terceros para aproximarse a una valorización a nivel central, en al menos 10 servicios de salud.

Se esta trabajando en la elaboración de una oficio a DIPRES, solicitando una recalendarización de los compromisos, producto del efecto que la contingencia sanitaria a tenido en el avance y cumplimiento de los compromisos.

Calificación: No cumplido

COMPROMISO 12: Incluir dentro de Orientación Técnica del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes los ítems a considerar en los convenios entre los Servicios de Salud y Organismos ejecutores, itemizando el gasto (movilización, capacitación, recursos humanos). Medio de verificación: Orientación Técnica del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes incluyendo los ítems a considerar en los convenios entre los Servicios de Salud y Organismos ejecutores, itemizando el gasto (movilización, capacitación, recursos humanos).

Se esta trabajando en la elaboración de una oficio a DIPRES, solicitando una recalendarización de los compromisos, producto del efecto que la contingencia sanitaria a tenido en el avance y cumplimiento de los compromisos.

Calificación: No cumplido

Compromiso

COMPROMISO 13: Dar cuenta de implementación de lo señalado en Orientación Técnica del Programa, en cuanto a que nuevos convenios entre los Servicios de Salud y Organismos ejecutores, consideren itemización del gasto (movilización, capacitación, recursos humanos).

Cumplimiento

Se esta trabajando en la elaboración de una oficio a DIPRES, solicitando una recalendarización de los compromisos, producto del efecto que la contingencia sanitaria a tenido en el avance y cumplimiento de los compromisos.

Calificacion: En evaluación

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2021

Informe de cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión año 2021

Ministerio: Ministerio de Salud
 Servicio: Subsecretaría de Redes Asistenciales

Objetivos de Gestión

Objetivos de Gestión	N° Indicadores comprometidos	% Ponderación Comprometida	% Ponderación obtenida
1.- Gestión Eficaz	3	36	36
2.- Eficiencia Institucional	3	39	39
3.- Calidad de Servicio	2	25	25
Total	8	100	100

Detalle Compromisos

N°	Indicador	Compromiso / Meta	Efectivo	Cumplimiento	Ponderación Comprometida	Ponderación obtenida
Objetivo 1: Gestión Eficaz					36%	36%
1	Porcentaje de Garantías GES cumplidas en el año t	100,00 %	98.03 % (3008870.00 / 3069271.00)*100	98.03 %	20 %	20%
2	Porcentaje de personas de 5 y más años con trastornos mentales que reciben atención Integral respecto de la población estimada según prevalencia de trastornos mentales	24 %	24.00 % (705134 / 2963239)*100	100.00 %	8 %	8%
3	Medidas de Equidad de Género	37,5 %	37.50 % (3.0 / 8.0)*100	100.00 %	8 %	8%
Objetivo 2: Eficiencia Institucional					39%	39%
4	Concentración del Gasto Subtítulos 22 + 29	145,00 %	186.95 % (124193437.00 / 66432447.00)*100	77.56 %	6 %	6%

N°	Indicador	Compromiso / Meta	Efectivo	Cumplimiento	Ponderación Comprometida	Ponderación obtenida
5	Desviación montos Contratos de obras de Infraestructura	Medir	5.13 % (454857.00 / 8868514.00)*100	Cumple	13 %	13%
6	Índice de eficiencia energética.	Medir	106.35 kWh/m2 207490.40 / 1951.00	Cumple	20 %	20%
Objetivo 3: Calidad de los Servicios					25%	25%
7	Porcentaje de reclamos respondidos respecto de los reclamos recibidos al año t	73,33 %	97.51 % (1567.00 / 1607.00)*100	132.97 %	15 %	15%
8	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t.	Medir	15.15 % (118.00 / 779.00)*100	Cumple	10 %	10%

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2021

Cuadro 11

Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Incremento por Desempeño Colectivo
6	54	6	99.4%	1019243

Anexo 9: Resultados en la Implementación de medidas de Género 2021

Medidas

Capacitación a funcionarias/os del Servicio en materia de género nivel básico o avanzado.

La actividad de capacitación fue incorporada en el Plan Anual de Capacitación (PAC) 2021 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, con su correspondiente asignación de recursos presupuestarios por \$4.000.000.-, lo que consta en la Resolución Exenta N°615, de fecha 16 de agosto de 2021. El diseño metodológico del curso fue realizado entre enero y abril de 2021 en forma conjunta entre representantes de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales con el Departamento de Género y Derechos Humanos, dependiente del Gabinete del Ministro de Salud. La selección del proveedor se realizó en forma conjunta entre representantes de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales con el Departamento de Género y Derechos Humanos, dependiente del Gabinete del Ministro de Salud, en base a las siguientes alternativas disponibles para el 2021: - Mantener la alianza con la Universidad Andrés Bello (UNAB), a partir de la experiencia de la primera versión del curso avanzado realizado el 2020, y por el término del convenio Marco disponible en Mercado Público. - Utilizar el Campus Virtual que ofrece la Organización Panamericana de la Salud (OPS)- <https://www.campusvirtualesp.org/>- que permitiría desplegar la VII versión del curso. Luego de obtener el visto bueno de autoridades de ambas Subsecretarías, se emite la Orden de Compra 4127-243-CM21. La coordinación de la capacitación se realizó a través de reuniones entre representantes de las Subsecretarías de Salud Pública, Redes Asistenciales, equipo docente UNAB, OPS, los lunes, miércoles y viernes, entre los meses de mayo y septiembre de 2021. El curso, denominado Diplomado: Enfoque de Género en la Gestión Pública y Privada, fue realizado entre los meses de mayo y agosto de 2021. El diplomado fue realizado en línea y contó con el acompañamiento de tutores en cada uno de los cuatro módulos, así como para el desarrollo de la propuesta de intervención (trabajo final). La duración del curso fue de 11 semanas consecutivas, incluyendo una semana inicial de familiarización en la plataforma virtual de OPS, con un total de 149 horas pedagógicas (distribuidas en horas de dedicación semanal en plataforma - teórica y práctica 120 horas - y 29 horas de estudio personal). Se contemplaron clases vía videoconferencia en plataforma zoom. Como resultado del trabajo realizado en el contexto de esta medida, 27 alumnos/as fueron inscritos/as por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, 23 aprobaron el diplomado y 4 lo reprobaron. De los aprobados destacan 7 estudiantes con promedio final sobre 6,0. La implementación de esta medida de capacitación ha permitido que 23 personas se formen con conocimientos avanzados de género lo que busca movilizar lo aprendido en algún programa, política o estrategia de salud, en el ámbito de su trabajo, para que apliquen el enfoque de género en el contexto de sus ámbitos de trabajo. De acuerdo a lo planificado y en vista de los resultados expuestos, la medida 3.1, del programa de género de la SRA 2021, se declara cumplida por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; además, se ha planificado mantener esta estrategia para el 2022, avanzando así en el cierre de brechas.

5.1 Bajo esta medida se realizaron los siguientes compromisos: Traducir a 6 idiomas y/o lenguas los documentos de entrega de información y de consentimientos/asentimientos informados, contenidos en la Norma Técnica Nacional "Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en algunas de las 3 causales que regula la ley 21.030", para que las mujeres migrantes o pertenecientes a pueblos originarios accedan a información que les permita manifestar su voluntad de manera informada y puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Adicionalmente, difundir los documentos traducidos a los establecimientos que realizan prestaciones de esta ley. La implementación de esta medida ha contribuido a disminuir brechas e inequidades asociadas a barreras idiomáticas por medio del acceso de mujeres migrantes y/o pertenecientes a pueblos originarios a manifestar su voluntad de manera informada, durante el "Acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las 3 causales que regula la ley 21.030" en los establecimientos sanitarios que realizan estas prestaciones. Así mismo, esto refuerza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que los documentos se encuentran disponibles en sus lenguas nativas, favoreciendo la toma de conocimiento respectiva. Otra medida es Elaborar y difundir a las redes asistenciales orientaciones técnicas del Departamento de Integración de Proyectos Hospitalarios que incorporen la perspectiva de género en su contenido, con el objetivo de que los equipos locales de las redes asistenciales la incorporen a su análisis, toma de decisiones y proyecciones futuras para la red. Las orientaciones técnicas de Diseño y Rediseño de la red asistencial fueron difundidas en mayo del 2021; con la difusión se dio inicio al trabajo de actualización de los Diseños de Red de los 29 Servicios de Salud, el cual debiese terminar durante el 2022. El documento final que elabora un equipo del Servicio de Salud es una guía en el quehacer del Servicio de Salud por los próximos cinco años, por lo tanto, se espera y se evaluará que los 29 diseños de red integren la perspectiva de Género en el documento; con ello se espera obtener el diagnóstico de la situación de la red asistencial y su población a cargo, junto a propuestas de mejora en acciones concretas que optimicen aspectos de la gestión como también propuestas de proyectos necesarios para la red de atención primaria y hospitalaria. Es relevante mencionar que, en los diseños de red anteriores nunca se había solicitado la integración del enfoque de Género, por lo que no existe precedente de este trabajo, por lo mismo se solicitará que el/la encargado/a de género de cada Dirección del Servicio de Salud sea parte del equipo revisor del documento. Otra medida es la Implementación de Orientaciones Técnicas para la elaboración de pautas locales para el abordaje integral de personas trabajadoras del sector salud víctimas de violencia de pareja o ex pareja en el 30% de los Servicios de Salud; La División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEPEP) comprometió para el año 2021 la Medida de Género 5.3, que consiste en realizar seguimiento al estado de avance en la "Implementación de Orientaciones Técnicas para la elaboración de pautas locales para el abordaje integral de personas trabajadoras del sector salud víctimas de violencia de pareja o ex pareja en el 30% de los Servicios de Salud". El compromiso contempló que a lo menos el 30% de los Servicios de Salud

Legislación/y/o normativas, con perspectiva de género.

Se compromete Elaborar orientaciones para el abordaje de los estereotipos y prejuicios de género que están a la base de la violencia laboral en el sector salud, en colaboración con referentes de la temática de seis Servicios de Salud, contribuyendo a la prevención del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual en los 29 Servicios de Salud. La División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales comprometió para el año 2021 la Medida de Género 7.1, cuyo objetivo es “elaborar orientaciones para el abordaje de los estereotipos y prejuicios de género que están a la base de la violencia laboral en el sector salud, en colaboración con referentes de la temática de seis Servicios de Salud, contribuyendo a la prevención del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual en los 29 Servicios de Salud”. La presente medida se enmarca en el ámbito estratégico de la planificación, desarrollo y gestión de las personas que se desempeñan en el sector salud. Y contribuye a la eliminación de la barrera de género asociada a: “los roles de género como construcción social de lo femenino y lo masculino, que inciden en los espacios laborales, reproduciendo la asimetría de poder existente en la sociedad y siendo la causa muchas veces de fenómenos como el maltrato y el acoso laboral, en donde las mujeres no siempre cuentan con condiciones para enfrentar y denunciar las situaciones de acoso en el ámbito del trabajo” y a la barrera de género causada porque: “las organizaciones no siempre son conscientes de las asimetría de poder existente y reproducen estereotipos de género, minimizando las situaciones de violencia laboral que afectan a las mujeres”. Como resultado del trabajo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales se han realizado todas las acciones comprometidas, elaborando y difundiendo a los Servicios de Salud el documento: “Orientaciones para el abordaje de los estereotipos y prejuicios de género que están a la base de la violencia laboral en el sector salud”. Contribuyendo a la prevención del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual en los 29 Servicios de Salud”. Desarrollar la medida a través de la metodología de Mesa de Trabajo con participación de profesionales de los Servicios de Salud y de diversas áreas del Ministerio, ha sido una experiencia altamente satisfactoria para las y los integrantes de la misma. La Mesa de Trabajo se sustenta sobre la base del reconocimiento de la igualdad, donde la jerarquía se supedita al saber de cada integrante que se expresa en el respeto a la diversidad de opiniones emanadas de distintos conocimientos y saberes. Así mismo, se reconoce el valor del trabajo colectivo de cuya confluencia se despejan los nudos conflictivos y se arriba a conclusiones consensuadas. Como sugerencia para el año 2022, considerando el trabajo realizado el año 2021, se considera necesario profundizar en la difusión y aplicación de este instrumento, promoviendo su conocimiento y uso en la Red de Servicios de Salud y realizando un acompañamiento para su implementación gradual. En vista de los resultados expuestos, la Medida 7.1 se declara cumplida por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Iniciativas

Iniciativa	Resultado
------------	-----------

Anexo 10a: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional 2018-2021

Boletín: 12.527-11

Descripción Sanciona el acoso sexual en el marco de atenciones de salud.

Objetivo Sancionar el acoso sexual en el marco de atenciones de salud.

Fecha de ingreso:	2019-04-08
Estado de tramitación:	2do trámite constitucional. - Cámara de Diputados.
Beneficiarios directos:	Personal que desempeña funciones en establecimientos de salud; así como los pacientes.

Boletín: 12.674-06

Descripción Regula el uso de antibióticos y su registro, tanto en personas como en la población animal destinada a consumo humano.

Objetivo Regular el uso de antibióticos y su registro, tanto en personas como en la población animal destinada a consumo humano.

Fecha de ingreso:	2019-06-04
Estado de tramitación:	1er trámite constitucional. - Senado.
Beneficiarios directos:	Población general; Productores de Alimentos.

Boletín: 13.375-11

Descripción Autoriza la realización de prestaciones de salud a través de métodos de Tecnologías de la Comunicación, mientras que la misma atención no se vea perjudicada o mal ejecutada.

Objetivo Autorizar la realización de prestaciones de salud a través de métodos de Tecnologías de la Comunicación, mientras que la misma atención no se vea perjudicada o mal ejecutada.

Fecha de ingreso:	2021-09-21
-------------------	------------

Estado de tramitación:	2do trámite constitucional. - Cámara de Diputados.
Beneficiarios directos:	Población general; personas en zonas extremas; personas con movilidad reducida.

Boletín: 13.818-11

Descripción Incorpora a más tipos de profesionales, técnicos y otras relacionadas con la práctica de la medicina y las atenciones de salud.

Objetivo Incorporar a más tipos de profesionales, técnicos y otras relacionadas con la práctica de la medicina y las atenciones de salud.

Fecha de ingreso:	2020-09-30
Estado de tramitación:	1er trámite constitucional. - Cámara de Diputados.
Beneficiarios directos:	Profesiones incorporadas al Código Sanitario.

Boletín: 9.914-11

Descripción Modifica varios cuerpos legales para regular la receta, distribución, expendio, comercialización y precios de medicamentos.

Objetivo Modificar varios cuerpos legales para regular la receta, distribución, expendio, comercialización y precios de medicamentos.

Fecha de ingreso:	2015-03-10
Estado de tramitación:	3er trámite constitucional. - Comisión Mixta.
Beneficiarios directos:	Población general.

Boletín: 12.908-11

Descripción Regula la venta, comercialización, publicidad y advertencias en los dispositivos de administración de nicotina y similares sin nicotina - más conocidos como cigarrillos electrónicos - y sus productos; prohibiendo su disposición a menores de 18 años.

Objetivo Regula la venta, comercialización, publicidad y advertencias en los dispositivos de administración de nicotina y similares sin nicotina - más conocidos como cigarrillos electrónicos - y sus productos;

prohibiendo su disposición a menores de 18 años. También regula su consumo, en especial los lugares en los que se puede utilizar.

Fecha de ingreso:	2019-09-03
Estado de tramitación:	2do trámite constitucional. - Cámara de Diputados.
Beneficiarios directos:	Población general; Consumidores de tabaco u otros como el que se regula; menores de 18 años; vendedores - importadores de estos productos.

Boletín: 13.828-19

Descripción Proteger la vida y la integridad física y psíquica de las personas en el desarrollo de las neurociencias, las neurotecnologías y sus aplicaciones clínicas.

Objetivo Ante el inminente arribo de las neurotecnología y sus aplicaciones, es necesario regular su uso y acceso. De esta forma, el proyecto de ley tiene por objetivo proteger la vida y la integridad física y psíquica de las personas en el desarrollo de las neurociencias, las neurotecnologías y sus aplicaciones clínicas.

Fecha de ingreso:	2020-10-07
Estado de tramitación:	2do trámite constitucional. - Cámara de Diputados.
Beneficiarios directos:	Población general.

Boletín: 13.778-13

Descripción Establece un fuero laboral por el tiempo que indica para trabajadores públicos del sector salud. También les otorga una cantidad de días de vacaciones adicionales al mismo grupo anteriormente descrito.

Objetivo Establece un fuero laboral por el tiempo que indica para trabajadores públicos del sector salud. También les otorga una cantidad de días de vacaciones adicionales al mismo grupo anteriormente descrito.

Fecha de ingreso:	2020-09-09
Estado de tramitación:	2do trámite constitucional. - Senado.
Beneficiarios directos:	Trabajadores del sector salud que se desempeñan en el servicio público.

Boletín: 13.966-11

Descripción Prohíbe la comercialización de productos cosméticos que, para su consecución se haya experimentado con animales, con las excepciones que indica. Otorga la posibilidad de adherir un sello identificatorio en los empaques, si se cumplen con las reglas establecidas en el texto. Asimismo, prohíbe la experimentación en animales para la elaboración de productos cosméticos en el país, con las excepciones que indica.

Objetivo Prohíbe la comercialización de productos cosméticos que, para su consecución se haya experimentado con animales, con las excepciones que indica. Otorga la posibilidad de adherir un sello identificatorio en los empaques, si se cumplen con las reglas establecidas en el texto. Asimismo, prohíbe la experimentación en animales para la elaboración de productos cosméticos en el país, con las excepciones que indica.

Fecha de ingreso:	2020-12-17
Estado de tramitación:	2do trámite constitucional. - Senado.
Beneficiarios directos:	Población general; personas con sensibilidad animalista; productores e importadores de productos cosméticos, comercializadoras de productos cosméticos.

Anexo 10b: Leyes Promulgadas durante 2018-2021

Anexo 11: Premios o Reconocimientos Institucionales 2018-2021

No aplica