



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL 2012

Subsecretaría de Redes Asistenciales

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2012

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MAC IVER 541, 5744000
www.minsal.cl

Índice

1. Carta Presentación del Ministro del ramo	3
2. Resumen Ejecutivo Servicio.....	5
3. Resultados de la Gestión año 2012.....	8
3.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2012 y la Provisión de Bienes y Servicios.....	8
4. Desafíos para el año 2013	31
5. Anexos.....	37
Anexo 1: Identificación de la Institución.....	37
a) Definiciones Estratégicas.....	37
b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio	40
c) Principales Autoridades	41
Anexo 2: Recursos Humanos.....	42
Anexo 3: Recursos Financieros	49
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2012	58
Anexo 5: Compromisos de Gobierno	62
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas	63
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2012.....	66
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	66
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	68
Anexo 10: Premios o Reconocimientos Institucionales	70

1. Carta Presentación del Ministro del ramo



Durante el año 2012 la gestión del Sector Salud se enfocó en cumplir los compromisos asumidos con la ciudadanía. Consecuentemente con ello se entregan los principales logros alcanzados por las distintas Instituciones que componen el Ministerio de Salud.

Uno de los grandes logros a nivel de gestión, es el aumento de Pagos Asociados a Diagnostico (PAD) de 29 en el 2011 a 54 en la actualidad, que cubren el 80 % de las patologías quirúrgicas, que permite a los Chilenos cotizantes conocer por anticipado el valor total de sus cuentas, en aquellas intervenciones quirúrgicas, inscritas en los establecimientos de salud.

Además se logró la implementación del proyecto de Calidad y Equidad en Salud, para el término de las Brechas de Especialistas a través de una nueva Política de Recursos Humanos Especializado, para el año 2012, alcanzó un total de 856 cupos de formación de especialistas y sub especialistas médicos y dentistas, lo que corresponde a un 26% de incremento respecto a los cupos otorgados el 2011 y a 4 veces la oferta de cupos registrados el 2007.

En cuanto a las Garantías Explicitas en Salud, se logró incorporar 11 nuevas patologías llegando a cubrir 80 enfermedades, beneficiando a 9 Millones de personas. En otro aspecto, no menos importante, se aumentaron las cifras de trasplantes alrededor de un 34% equivalente a 149, en contraste de los 113 casos del 2011.

Continuando con la labor de prevención y vigilancia, se logró implementar el proceso de vacunación masiva contra la Meningitis W-135 al 92 % de la población objetivo, que equivale a 900 mil niños entre 9 meses y 5 años.

Del mismo modo, se logró aumentar la cobertura a los titulares de la Pensión Básica Solidaria a la Modalidad de Libre Elección (MLE), que es el Derecho que tiene el beneficiario de elegir libremente al profesional o entidad del sector público o privado, que otorgue las prestaciones que requiera. En la actualidad alcanzan al 76% de los asegurados.

Desde el punto de vista legal y tras 11 años de tramitación en el Congreso Nacional se logró aprobar la Ley de Derechos y Deberes del Paciente (Ley N°20.584), que tiene por finalidad resguardar los principios básicos de atención en salud, la cual es aplicable al sector privado y público. Por su parte, se impulsó en el Congreso la discusión de la nueva Ley de Tabaco logrando su aprobación el 02 de

Enero 2013. También, dentro del marco legislativo, se promulgó la Ley N°20.606: Sobre Composición Nutricional y Publicidad.

En otros aspectos relevantes de destacar, se encuentra el establecer la consolidación del Sistema de Acreditación de Calidad de Atención, en virtud del cual se evaluó y acreditó 11 nuevos prestadores institucionales, acumulando un total de 36. Se certificaron 107 productos Bioequivalentes, para asegurar medicamentos de calidad en distintas patologías. Junto con esto, se alcanzaron mejoras en la infraestructura, que se traduce en diez hospitales y cincuenta y seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) acumulando dieciocho establecimientos hospitalarios y cincuenta y tres CESFAM, en lo referido al reforzamiento de la Red de Urgencia de atención Primaria se logró el aumento de quince nuevos establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), cinco SAPU verano y quince de Urgencia Rural (SUR) totalizando doscientos setenta y seis establecimientos en esta red a nivel país.; En materia de reconstrucción, se han logrado completar trece de los dieciséis proyectos de reconstrucción establecidos en el compromiso de gobierno.

Para concluir, se puede señalar que el Sector de Salud, ha avanzado en el mejoramiento de su gestión interna, a través de la implementación de diversos modelos de gestión, los cuales están orientados a la modernización institucional.



Dr. Jaime Mañalich Muxi
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 (Formulario A1) se encuentran definidos y adjuntos en el anexo N°1 del presente balance, en él se destaca nuestra preocupación por fortalecer el Modelo de Gestión de la Red, mejorar el cumplimiento del Régimen de Garantías Explícitas en la atención que prestamos a nuestros usuarios, relevar el rol que cumple nuestra Atención Primaria en el ámbito del modelo de salud con enfoque en la Salud de la Familia y la Comunidad, además de mejorar su resolutivez. También considera la supervisión sobre la administración de los recursos para que esta gestión se lleve a cabo, y en ello incorpora tanto los recursos financieros como humanos; los primeros, siempre apuntando a mejorar la gestión y uso eficiente en una base de sustentabilidad, y en el caso de los segundos, la labor está orientada a disponibilidad, distribución y competencias del recurso humano en la Red Asistencial.

Los usuarios y principales clientes están representados potencialmente por toda la población del país que requiera de nosotros por motivos de su salud, principalmente constituida por la población beneficiaria inscrita en FONASA, la que a fines del año 2011 era equivalente a 13.195.231 beneficiarios, dato vigente para el ejercicio del año 2012.

Nuestra estructura considera 175 funcionarios, 123 mujeres y 52 de hombres. El Organigrama incluye un Gabinete y cuatro Divisiones específicas orientadas a la Gestión de las Redes Asistenciales (DIGERA), a la Inversión Sectorial (INVERSIONES), la Gestión y el Desarrollo del Recurso Humano de los servicios de salud (DIGEDEP) y la Gestión de la Atención Primaria (DIVAP). No contamos con presencia de oficinas dependientes regionales, sino más bien 29 Servicios de salud autónomos de los cuales dependen 2.437 establecimientos asistenciales sobre los cuales esta Subsecretaría ejerce un rol coordinador, normador, supervisor y de apoyo para su gestión, ya que ellos representan el contacto directo con nuestros usuarios.

Según la ley de Presupuesto vigente nuestra institución recibió para su gestión 2012 un presupuesto equivalente a M\$ 348.703.509, lo que representa un incremento de un 1% respecto del año 2011, el detalle incluye el Programa 01 (bienes y servicios) y 02 (inversión sectorial), en relación al presupuesto sectorial esto representa 8% del total y el 0,32% del PIB para el mismo año.

Para el año 2012, nos comprometimos a trabajar en fortalecer la gestión de la Atención Primaria mejorando sus niveles de resolutivez y de oportunidad en la entrega de prestaciones de salud. En

ese contexto, fue posible introducir mejoras en los ámbitos de la prevención, diagnóstico y tratamiento del plan de atención de salud del nivel primario, sobre todo considerando el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia e incidencia como la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y la Hipertensión Arterial (HTA). Los resultados 2012 de cobertura por enfermedades cardiovasculares respecto al año 2011 evidencian un incremento de 10,7% en personas con Diabetes mellitus 2 y un 6,2% en personas con Hipertensión. Con el fin de brindar una mayor oportunidad y acceso de la población a sus tratamientos farmacológicos se instalaron 40 máquinas de entrega automática de medicamentos en establecimientos de Atención Primaria de 5 comunas de la Región Metropolitana (La Florida, lo Prado, Pudahuel, Puente Alto, La Granja),

Se logró aumentar la cobertura de exámenes preventivos en hombres de 20 a 44 años la que en comparación al año 2011 se incrementó en un 18,8%, de las mujeres de 45 a 64 años el incremento fue de un 15,5% y 7,3% en adultos mayores de 65 años y más.

Durante el año 2012, en el marco del Plan Araucanía, se logró en la provincia de Cautín apoyar el Mejoramiento y Fortalecimiento de 3 Centros de Salud Intercultural: el Centro de Salud Mapuche Nueva Imperial, el Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen y el Hospital aumentando el número de prestaciones por agentes de la medicina mapuche en un 56,1% gracias a la existencia de este Plan.

En lo referido al reforzamiento de la Red de Urgencia de atención Primaria se logró el aumento de quince nuevos establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), cinco SAPU verano y quince de Urgencia Rural (SUR) totalizando doscientos setenta y seis establecimientos en esta red a nivel país.

En lo que respecta a la gestión hospitalaria, se logró la puesta en marcha del Centro Cardioquirúrgico de Antofagasta realizándose treinta y dos cirugías en el año 2012. Se fortaleció la red de camas críticas incorporando 20 camas de adulto de las 44 camas críticas proyectadas.

Durante el año 2012, en Telemedicina, se implementaron 75 Hospitales con la estrategia de Teleasistencia, de los cuales 48 correspondieron a Hospitales de Baja Complejidad y 27 a Hospitales de Alta Complejidad, favoreciendo en forma permanente la entrega de asesoría médica a distancia que permita el acceso oportuno a la atención de especialistas. En Teleradiología se implementó la transmisión de imágenes para generar informes de Tomografías Computadas (TAC), conectando los hospitales desde las unidades de Imagenología existentes con un Datacenter centralizado, los exámenes corresponden a pacientes adultos provenientes tanto Unidades de Urgencia como de las Unidades de Paciente Crítico de la Región Metropolitana, Castro, Talca y Puerto Montt. La producción a diciembre del 2012 fue de 16.730 exámenes de TAC informados oportunamente.

En relación al Fortalecimiento de la Red de Trasplante de órganos y tejidos, durante el año 2012 fue posible implementar tres Unidades de Almacenamiento de tejidos: el Hospital de Puerto Montt, el de Viña del Mar y el Hospital Exequiel González, lo anterior permitirá resolver las necesidades de donación de tejido óseo, piel y membrana amniótica que surjan en nuestros usuarios atendidos en la Red Pública de Salud.

En virtud de la gestión del recurso Humano avanzamos de manera importante alcanzando un total de 856 cupos de formación de especialistas y sub especialistas médicos y dentistas, lo que corresponde a un 26% de incremento respecto a los cupos otorgados el 2011 y a 4 veces la oferta de los cupos registrados el 2007.

En materia de inversiones, el año 2012, se realizó una inversión en Salud equivalente a \$267.888 millones, en el ámbito de infraestructura y equipamiento para la red hospitalaria, laboratorios ambientales y en atención primaria, lo que permitió avanzar en el compromiso del sector para el período 2010 - 2014 que considera diez hospitales y cincuenta y seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) acumulando al presente año dieciocho establecimientos hospitalarios y cincuenta y tres CESFAM. En relación al plan de reconstrucción, que incorpora los hospitales de construcción acelerada ya mencionados se suman 4 de las 7 obras comprometidas a raíz del daño producido por terremoto.

Con respecto a resultados de gestión, me enorgullece informar que a pesar de los niveles de demanda de atención que habitualmente nos caracterizan, las red de Servicios de Salud ha logrado mantener un Nivel de Cumplimiento en la Oportunidad de las Garantías Explícitas, con un promedio Nacional en el año 2012 de 99,65%, que corresponde a un aumento en 0,24% comparado con igual periodo del año 2011 (99,41%).

Al mismo tiempo, me parece importante destacar el trabajo realizado en la resolución del Compromiso Presidencial Quirúrgico que resolverá a todos los pacientes en lista de espera catastrados en mayo del 2011 con más de un año de antigüedad (107.632 pacientes). A fines del 2012, dicho universo se redujo hasta los 26.000 pacientes. A junio del 2013 se espera lograr eliminarla completamente. Considerando que a inicios de este gobierno la lista de espera quirúrgica superaba los 10 años de antigüedad, la meta establecida para los Servicios de Salud es que ningún paciente tenga una antigüedad mayor a 3 años a fines del año 2013, siendo nuestro mayor esfuerzo y desafío lograr finalmente al 2014 una espera para resolución quirúrgica no mayor a un año para nuestros usuarios.



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

3. Resultados de la Gestión año 2012

3.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2012 y la Provisión de Bienes y Servicios.

La Ley de Presupuesto del año 2012 considera recursos por M\$ 348.703.509 para la Subsecretaría de Redes Asistenciales lo que representa un incremento de un 1% respecto del año 2011, el detalle incluye el Programa 01 (bienes y servicios) y 02 (inversión sectorial) de la Institución.

Respecto de los resultados obtenidos en base a la Gestión Institucional, a continuación se describen aquellos logros y no logros asociados al desempeño de la Subsecretaría en base al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada división de la organización.

LISTAS DE ESPERA NO GES

En mayo del 2011, el Sr. Presidente de la República establece respecto de la Lista de Espera No GES, el compromiso de resolver la situación de espera prolongada de 89.631 pacientes que la componían y cuya latencia era superior a un año. Esta lista se conformó con los registros manuales y locales existentes en cada uno de los 29 Servicios de Salud y establecimientos hospitalarios comprometidos a esa fecha. Cabe destacar que la composición de la lista experimentó un cambio producto del análisis y depuración de los datos en ella contenidos, como consecuencia de la implementación del registro de apoyo informático "Registro Nacional de Listas de Espera" (RNLE), el cual inició su puesta en marcha a nivel de la red Asistencial a partir del mes de junio del 2011, como asimismo, de las acciones de fortalecimiento instruidas e implementadas desde el nivel central.

Durante el año 2012, se conformó un equipo estratégico en el nivel central, abocado específicamente a analizar y monitorear en detalle los contenidos en el registro nacional y la evolución de la lista de espera, tanto quirúrgica como de egresos administrativos. Derivado de lo anterior, la lista se depuró, presentando un universo final de 108.000 pacientes. Sobre este universo se encuentran trabajando todos los Servicios de Salud a nivel país.

El plan de trabajo del equipo del nivel central compuesto por profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales consideró entre otras actividades, el monitoreo diario de las soluciones quirúrgicas relacionadas con los pacientes comprometidos por la autoridad. El objetivo del equipo es diseñar e implementar mecanismos para la resolución exitosa del Compromiso Presidencial, vale decir, lograr la resolución de los problemas de salud de los pacientes, en las fechas comprometidas e impulsar a la red asistencial para que cuente con los respaldos requeridos para acreditar los egresos hospitalarios informados.

Se consiguió además la asignación de recursos adicionales a la ley de presupuestos equivalentes a MM\$20.800, con el fin de apoyar aquellas modalidades de resolución que no pudieron ser absorbidas con la capacidad interna.

Se realizaron visitas a terreno a la totalidad de los Servicios de Salud a fin de evaluar el estado de implementación del proceso de registro y gestión de las resoluciones de la lista, información que sirvió para elaborar el Manual del Proceso de Registro de la Lista de Espera No GES, entregado en versión preliminar en noviembre del mismo año.

Se instruyó a los Servicios de Salud ampliar su oferta de resolución de pacientes, mediante las siguientes estrategias:

1. Optimización de la oferta institucional, utilizando recursos propios de cada establecimiento y de la red asistencial institucional, según el análisis efectuado por cada institución.
2. Firma de convenios extra horarios utilizando la oferta de infraestructura disponible y contratando recurso humano.
3. Compra al extra sistema de la prestación quirúrgica completa.
4. Operativos quirúrgicos regionales con el apoyo de las Fuerzas Armadas y organismos internacionales.

ACREDITACION DE GARANTIA DE CALIDAD

En Mayo del 2011 la autoridad ministerial definió que al 1º de Julio 2013 debía entrar en vigencia la Garantía Explícita de Calidad, meta que se formalizó mediante el Decreto N° 4/2013 concretándose así la entrada en vigencia de la Cuarta Garantía que se llevará a efecto en forma progresiva. La Garantía de Explícita de Calidad implica que las prestaciones de salud garantizadas deben ser otorgadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, en consecuencia obliga a los prestadores individuales estar registrados ante la Superintendencia de Salud y a los Prestadores Institucionales de atención cerrada que otorguen prestaciones garantizadas, estar acreditados con el propósito de instalar una cultura de mejora continua de la calidad otorgando procesos asistenciales seguros.

La meta para el año 2012 consistió en lograr la acreditación de al menos el 50 % de los hospitales de mayor complejidad y a Diciembre del 2013 el 90% de éstos, o que al menos a igual fecha hubiesen logrado solicitar la acreditación ante la Superintendencia de Salud. Lo anterior, busca que los 57 Establecimientos Auto gestionados de la Red pública estén acreditados al 1º de Julio 2014.

Constituyendo la Autorización Sanitaria un requisito a cumplir para solicitar la acreditación y en concordancia con el diagnostico de las brechas existentes en el cumplimiento de las Normas

Técnicas Básicas, la Subsecretaría resolvió asignar un presupuesto de MM\$17.652 para la adquisición de camas y equipamiento que permitiera cerrar parte de las brechas, además de MM\$25.000 para infraestructura.

Al cierre del año 2012 los resultados del plan evidencian, que en el país existen 13 prestadores institucionales de atención cerrada de mayor complejidad acreditados, siendo 5 de ellos públicos: Instituto Nacional del Cáncer, Hospital Exequiel González Cortes, Hospital Padre Hurtado (Experimental), Hospital San Juan de Dios y Hospital San Juan de Dios de Los Andes.

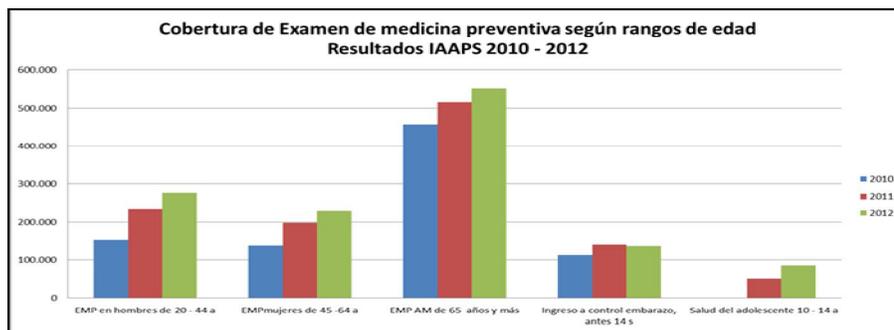
GESTION DE ATENCION PRIMARIA

La División de Atención Primaria en su rol de posicionar a la atención primaria, dando respuesta oportuna y de calidad a la población usuaria entrega las orientaciones técnicas, para la programación local en red, elabora en conjunto con otros actores las metas sanitarias de la atención primaria y formula los presupuestos de cada uno de los programas desarrollados en los Servicios de Salud del país y finalmente monitorea el cumplimiento de los indicadores. Es así que durante el año 2012, analizados los vacíos de cobertura de atención de urgencia primaria, las brechas de atención de enfermedades prevalentes y de algunas especialidades en los distintos territorios del país, se plantean de manera prioritaria las líneas estratégicas que se detallan.

Durante el año 2012, la atención primaria de los Servicios de Salud recibió un presupuesto equivalente a \$861.511 millones, lo que representó un incremento de \$ 96.174 millones comparado con el año 2011, equivalente a un 16,4%. Dicho aumento se evidenció en el valor del Per Cápita Basal, el que alcanzó un total de \$3.177 por persona al mes y un crecimiento real en la tarifa basal de 13% respecto del año 2011. Lo anterior permitió introducir mejoras en los ámbitos de la prevención, diagnóstico y tratamiento del plan de atención de salud del nivel primario, sobre todo considerando la situación epidemiológica especialmente referida al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia e incidencia como la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y la Hipertensión Arterial (HTA). El aumento en los mayores de 64 años, fue de un 25 % y un 64% respectivamente. (Fuente: ENS 2009 –2010).

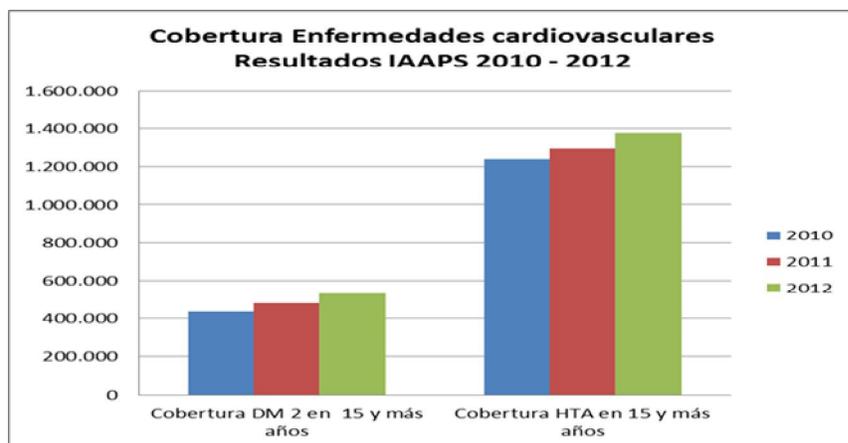
De los resultados obtenidos durante el año 2012 cabe destacar aquellos asociados a la evaluación del cumplimiento de las actividades comprometidas para la población en el marco del Plan de Salud de Atención Primaria, como la cobertura de exámenes preventivos en hombres de 20 a 44 años la que en comparación al año 2011 se incrementó en un 18,8%. A su vez en el mismo ámbito para las mujeres de 45 a 64 años el incremento fue de un 15,5% y 7.3% en adultos mayores de 65 años y más.

GRÁFICO Nº 01 COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA SEGÚN RANGO DE EDAD. 2010-2012.



Los resultados 2012 de cobertura por enfermedades cardiovasculares respecto al año 2011 evidencian un incremento de 10,7% en personas con Diabetes mellitus 2 y un 6,2% en personas con HTA.

GRÁFICO Nº 02 COBERTURA DE ATENCIÓN MEDICA SOBRE PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ATENCIÓN PRIMARIA 2010-2012.



MEDICAMENTOS AUGE APS

Para este nivel de atención se entregaron recursos adicionales por \$ 10.506 millones, los cuales se destinaron a la compra de fármacos e insumos vía CENABAST, asociados a las líneas programáticas de Salud Cardiovascular, Epilepsia, Parkinson, Artrosis y de Enfermedades Respiratorias (Inhaladores, Aerocámaras y otros). A su vez se inició un piloto de entrega automática de medicamentos, cuyo objetivo principal es brindar oportunidad y acceso de la población a sus tratamientos farmacológicos. Se instalaron 40 máquinas de entrega automática de medicamentos en 5 comunas de la Región Metropolitana (La Florida, Lo Prado, Pudahuel, Puente Alto, La Granja)

MEDICINA PREVENTIVA

El Piloto GES 2012 buscó dar atención integral, con énfasis en la prevención y pesquisa precoz de factores de riesgos en las cuales la intervención temprana, disminuye la prevalencia de las mismas y/o evita la cronificación de las enfermedades. Según lo anterior, en el componente de Prevención de Salud Bucal en Pre-escolares se atendieron a 31.416 párvulos de entre 2-4 años de establecimientos JUNJI-INTEGRA de 84 comunas del país. El programa incluyó la aplicación de flúor barniz comunitario y la entrega de un set de higiene bucal (2 cepillos y 1 pasta dental). Además en establecimientos JUNJI-INTEGRA-MINEDUC de 302 comunas, se realizaron actividades educativas a 105.106 párvulos entre 2-5 años.

En el componente Control Salud de Niños de 5 a 9 años, se efectuaron controles a 42.879 niños y niñas de 17 comunas del país. La actividad considera la realización del control de salud en el colegio, en forma grupal o individual, dependiendo la edad, contempla examen físico, medición Peso/Talla, presión arterial, flujometría y screening: visual, auditivo y salud mental y derivación de los niños/as pesquisados con factor de riesgo al centro de APS del territorio.

El componente Vida Sana Alcohol y Tabaco, cuyo objetivo es contribuir a la reducción de riesgos y consecuencias sociales y sanitarias derivadas del consumo de alcohol y tabaco, a través de la implementación de intervenciones breves de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las personas respecto del manejo de los riesgos relacionados, durante el año 2012.

El 2012 se logró implementar el componente en 33 comunas del país, ampliando en 10 nuevas de las regiones de Valparaíso y Concepción, alcanzando una cobertura 211.023 personas, 15.700 personas más que la meta del año 2012 y 56.991 personas más que el año 2011, que fueron evaluadas a través de instrumento AUDIT e intervenidas según correspondía al nivel de riesgo del consumo. En este sentido, específicamente, se encontraron 17.545 personas con consumo de riesgo que fueron abordadas mediante la realización de intervenciones breves para reducir el consumo de riesgo.

PROGRAMA PLAN ARAUCANÍA

Durante el año 2012, en el marco del Plan Araucanía, se constituye en el territorio de la Araucanía una mesa técnica de trabajo permanente formada por representantes de la División de Atención Primaria, de los Servicios de Salud y de las organizaciones territoriales mapuches. Producto de este trabajo se logró en la provincia de Cautín, apoyar el Mejoramiento y Fortalecimiento de 3 Centros de Salud Intercultural: el Centro de Salud Mapuche Nueva Imperial, el Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen y el Hospital de Cautín aumentando el número de prestaciones por agentes de la medicina mapuche en un 56,1% antes de la existencia de este Plan.

TABLA 01 COMPARACION DE LA ACTIVIDAD EN MEDICINA MAPUCHE CON O SIN PLAN ARAUCANIA. ENERO- NOVIEMBRE 2012

CENTRO DE SALUD	SIN PLAN ARAUCANIA	CON PLAN ARAUCANIA
Boroa	2.511	3.785
Newentuleaíñ	59.942	94.801
Makewe	3.240	3.960
Total de Prestaciones	65.693	102.546

Fuente: División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales

PROGRAMA DE URGENCIA EN APS: SAPU Y SERVICIOS DE URGENCIA RURAL

En lo referido al reforzamiento de la Red de Urgencia de Atención Primaria se logró el aumento de quince nuevos establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), cinco SAPU verano y quince de Urgencia Rural (SUR) totalizando doscientos setenta y seis establecimientos en esta red a nivel país.

TABLA N° 02 NÚMERO Y TIPO DE DISPOSITIVOS DE URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN FUNCIONAMIENTO: SAPU Y SUR AÑOS 2009 - 2012.

TIPO DE DISPOSITIVO	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
SAPU	218	229	239	254
SAPU VERANO	15	17	17	22
TOTAL SAPU	233	246	256	276
SUR	102	112	122	137

Fuente: División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013.

Las consultas efectuadas en SAPU (Servicios de Atención Primaria de Urgencia) y SUR (Servicios de Urgencia Rural) en el año 2012 alcanzaron a 9.712.518 consultas totales: 9.019.155 y 693.363 consultas respectivamente. Esto significó un incremento de 8,4 % de las consultas de urgencia en Atención Primaria respecto al año 2011.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

El Programa de Imágenes Diagnósticas está orientado a fortalecer los procesos de soporte de la atención médica en Atención Primaria de Salud, con el fin de mejorar la oportunidad del proceso diagnóstico en Cáncer de Mama, lo anterior, aumentando los cupos de Mamografías y de Ecomotografías disponibles, para dar respuesta a lo garantizado en el examen de medicina preventiva (EMP) e incorporar otros grupos etarios con factores de riesgo, realizando una proyección complementaria en el mismo examen a mujeres con resultado BI RADS

TABLA N° 03 MAMOGRAFÍAS Y ECOMOTOGRAFÍAS REALIZADAS A BENEFICIARIAS DE LA APS. AÑOS 2009 - 2012.

AÑOS	MAMOGRAFÍA	ECOMOTOGRAFÍA MAMARIA
2009	146.713 (*)	15.562
2010	195.490	13.140
2011	213.215	28.557
2012	222.549	32.009

Fuentes: * SIGGES; DEIS

PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR (PACAM)

En el 2012 la población bajo control mayor de 70 años alcanzo a 573.699 personas, lo que significó un aumento de la cobertura de un 8,1% en relación al año anterior (428.44), la entrega del PACAM con los recursos adicionales permitió cubrir esta alza de población, entregando el beneficio a 483.639 personas, superando al año 2011 en un 18,6% (75.804 personas). Fuente DEIS. Dic. 2012

PROGRAMAS DE SALUD RESPIRATORIA

Durante el año 2012 se aumentó la cobertura del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), incorporando 30 nuevas salas, alcanzando un total de 1.164 salas: 530 Salas ERA, 534 Salas IRA y 100 Salas Mixtas en centros de salud con pequeñas poblaciones a cargo. Con una población bajo control de 318.545 pacientes (aumento del 3.8% en relación al año anterior) (DEIS, 2012). Correspondiendo a población adulta crónica respiratoria 178.834 usuarios y a 139.711 población menor de 19 años crónica respiratoria.

En relación al Programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI) y Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI) durante el año 2012 se logró la entrega de recursos para 40 nuevos cupos, alcanzando a diciembre 2012 un total de 540 niños en el programa. Se destaca que 130 niños se ventilaron en domicilio, con periodos de permanencia en el programa que oscilaron entre 1 a 12 meses, lográndose liberar camas en Unidades de Pacientes Críticos y en Unidades de Intermedio de establecimientos hospitalarios de la red asistencial pública.

Respecto del Programa de Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNIA), durante el 2012 se ofrecieron 40 nuevos cupos para adultos permitiendo liberar camas en Unidades de Intermedio y Cuidados básicos de establecimientos hospitalarios de la red asistencial pública, logrando entregar apoyo ventilatorio no invasivo en domicilio a 264 pacientes en el país.

CONSULTORIOS DE EXCELENCIA

Durante el año 2011, el Ministerio de Salud propone el acompañamiento y creación de los Centros de Excelencia, proceso que es liderado desde la División de Atención Primaria y que dio como resultado la selección

de 33 establecimientos de Atención, dado que cumplían con criterios de calidad de la atención a los usuarios en los ámbitos de Gestión de Calidad y Seguridad, Gestión Clínica, Gestión de Recursos Humanos, trabajo con la Comunidad y Gestión Financiera. En el año 2012 en virtud de lo anterior, recibieron en reconocimiento un premio de \$80 millones como incentivo a su gestión.

Al proceso de selección 2012-2013, de 549 Centros Salud de APS, de los cuales 481 corresponden a CESFAM y por tanto pudiendo postular a Centro de Excelencia, postularon solamente 155, quedando preseleccionados 72 centros pertenecientes a 19 Servicios de Salud. Estos Consultorios se evaluarán en el primer semestre del año 2013, a fin de elegir a los 30 Consultorios que accederán a la condición de Excelencia año 2013.

RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria, mejorando el acceso y la oportunidad de las atenciones de especialidades como Oftalmología, Dermatología, Otorrinolaringología y Cirugía menor y con ello fortalecer la pertinencia diagnóstica en las derivaciones y la calidad técnica de los profesionales durante el año 2012, se aumentó la cobertura de tres de estas especialidades a través de los siguientes componentes: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), en ella se realizan atenciones de patologías como vicio refracción, procedimientos quirúrgicos menores y detección e inicio de tratamiento de patologías crónicas como Glaucoma, entre otras. Son 76 las unidades existentes en el país, en las cuales se presta atención por Oftalmólogo y Tecnólogo Médico. Se implementó Teledermatología, estrategia destinada a la resolución de brechas de atención dermatológica, que permite entregar cuidados en salud en áreas remotas, apoyando en el diagnóstico y orientando en el tratamiento, a través de la asesoría médica a distancia permitiendo el acceso oportuno y con calidad a la atención dermatológica desde la Atención Primaria, propendiendo a una mayor resolutive. Durante el año 2012 se realizaron 5.837 atenciones de Dermatólogo a través de esta estrategia. Se instalaron Salas de Procedimiento Quirúrgico de Baja Complejidad, en las cuales se realizan procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, en los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.

TABLA N° 04 COMPONENTES DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

DESCRIPCIÓN	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
UAPO (N° DISPOSITIVO)	17	36	51	61	76
TELEDERMATOLOGIA (SERVICIOS DE SALUD CON LA ESTRATEGIA IMPLEMENTADA)	---	3	16	19	23
PROCEDIMIENTOS CUTANEOS (N° SALAS)				354	374

Fuente: División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013.

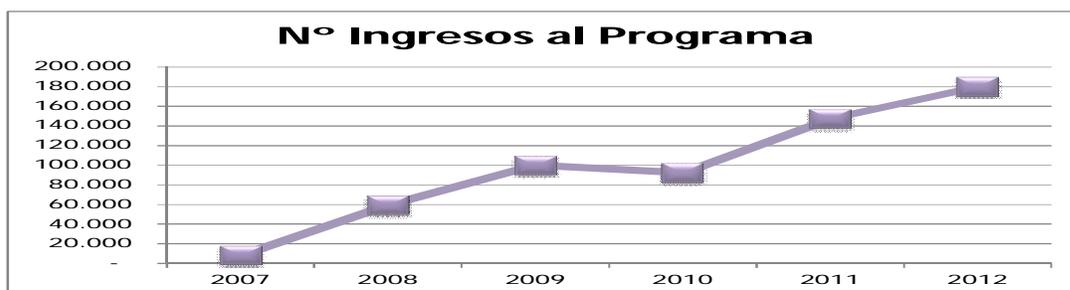
TABLA N° 05 NUMERO DE ATENCION MEDICA DE ESPECIALIDADES OTORGADAS EN APS POR PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2011 -2012

TIPO DE PRESTACION REALIZADA	AÑO 2011	AÑO 2012
TELEDERMATOLOGIA	1.069	5.837
ATENCION POR TECNOLOGO MEDICO EN UAPOS	sin registro	209.694
ATENCION POR OFTALMOLOGO EN UAPOS	71.017	101.313
ATENCION POR OFTALMOLOGO POR CANASTA	137.220	140.625
ATENCION POR OTORRINOLARINGOLOGO POR CANASTA	8.252	12.868
ATENCIONES EN SALAS QUIRURGICAS DE BAJA COMPLEJIDAD	58.731	76.465
Fuente de Información: DEIS		

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

El propósito del programa es entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud. En el año 2012, funcionaron 39 salas de rehabilitación osteomuscular, 137 salas de rehabilitación integral con base comunitaria y 26 equipos rurales. La cobertura del programa ha aumentado de manera gradual año a año, alcanzando en el año 2012 a 179.892 ingresos, 32.574 ingresos nuevos en relación al año 2011. Atendiendo síndromes dolorosos de origen traumático y no traumático, secuelas de AVE, enfermedad de Parkinson entre otras.

GRAFICO N° 03 INGRESOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN 2007- 2012.



Fuente : División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales

GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES

FORTALECIMIENTO DE REDES COMPLEJAS AUGÉ

Para el año 2012 se comprometió la implementación de un Centro Cardio quirúrgico en el Hospital regional de Antofagasta y un Centro de Hemodinamia y Electrofisiología en Hospital de la Serena de Coquimbo. Se logró la puesta en marcha del Centro Cardio quirúrgico de Antofagasta desde mayo del 2012, con una producción hasta diciembre de treinta y dos cardiocirugías (fuente FONASA). Respecto del Centro de Hemodinamia y Electrofisiología, no se logra implementar principalmente por falta de disponibilidad de especialistas en la zona.

GESTION DE CAMAS EN LA RED ASISTENCIAL

La medicina intensiva ha pasado a ocupar un lugar preponderante en todas las edades, tanto para poder dar respuesta a la demanda de este tipo de camas desde las Unidades de Emergencia, como para dar solución a las patologías emergentes y de alto costo. De las 44 camas críticas de adulto proyectadas para implementar en el año 2012, se logró habilitar el 44% de las camas UCI y el 54 % de las camas de Intermedio. (Fuente información Servicios de Salud/Corte marzo 2013).

Desde la perspectiva de la demanda de requerimiento de hospitalización, la información que entrega la categorización de usuarios según dependencia y riesgo (CUDYR) señala un cambio importante en el perfil de los pacientes hospitalizados, principalmente debido al aumento de los pacientes con requerimiento de cuidados medios o mediano riesgo (47%). La estrategia para disminuir esta brecha es transformar progresivamente las camas básicas de establecimientos hospitalarios de alta complejidad, en camas de cuidados medios, dotándolas del recurso humano y equipamiento tecnológico adecuado. Para el año 2012 se proyectó complejizar 160 camas en el país, el logro da cuenta de 122 camas de cuidado medio (72%) en seis establecimientos hospitalarios de los ocho proyectados. (Fuente información Servicios de Salud/ marzo Corte 2013).

Respecto a la hospitalización Domiciliaria, estrategia que se define como una alternativa asistencial, organizada, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados, médicos, de enfermería y de otros profesionales, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a las personas en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja, se ha observado un aumento de los pacientes incorporados al programa equivalente a un 68% en comparación con el año 2011. En el año 2012, se ingresaron tres mil cuatrocientos setenta y siete pacientes. Se entregaron recursos para 5 hospitales, de los cuales, 4 se encuentran en funcionamiento (H. Carlos Van Buren, H. de Rancagua, H. Victor Rio Ruiz, H. San Borja Arriaran), el H. del Salvador comenzará a funcionar el 1 de Julio del año 2013.

RED DE TELEMEDICINA EN LAS REDES ASISTENCIALES

La Telemedicina como herramienta tecnológica de asistencia médica a distancia, permite acceder a información clínica no disponible en el lugar de atención, en especial de aquellas poblaciones beneficiarias alejadas y/o que presentan problemas de oferta de especialistas a lo largo de Chile. Además de dar acceso, en los lugares donde se utiliza, permite optimizar el recurso humano especializado, complementando acciones y soluciones.

TELE ASISTENCIA, DISPOSITIVOS MÓVILES (DMT)

El objetivo de la estrategia es entregar en forma permanente asesoría médica a distancia que permita el acceso oportuno a la atención de especialistas a través de una estación fija de videoconferencia que se ubica en un Hospital de Alta Complejidad y una unidad móvil inalámbrica que circula por las salas de hospitalizados de los recintos de Baja o Mediana Complejidad, permitiendo una comunicación entre Médicos Especialistas y Médicos Generales. Durante el último trimestre del 2012 se implementaron 75 Hospitales, de los cuales 48 correspondieron a Hospitales de Baja Complejidad y 27 a Hospitales de Alta Complejidad. Con una producción de 900 prestaciones a nivel país.

TELERADIOLOGIA

Este proyecto se implementó durante el segundo semestre del 2012 y contempló la transmisión de imágenes para generar informes de Tomografías Computadas (TAC), conectando los hospitales desde las unidades de Imagenología existentes con un datacenter centralizado. Los exámenes de Tomografías Computadas corresponden a pacientes adultos provenientes tanto de la Unidad de Urgencia y como de las Unidades de Paciente Crítico, en horario inhábil, esto es, de lunes a viernes desde las 16:00 hasta las 8:00 horas del día siguiente. Sábados, domingos y festivos las 24 horas. El número de informes, fue estimado en 15 Tomografías Computadas diarias en 8 Hospitales de Alta Complejidad de la Región Metropolitana, Castro, Talca y Puerto Montt. La producción a diciembre del 2012 fue de 16.730 exámenes de TAC informados.

TELEPROCESOS

Consiste en la instalación y funcionamiento de 19 Unidades Telemédicas (UNITEL) en Establecimientos de Salud de baja y mediana complejidad, para la realización de Tele-Interconsulta Electrónica Multi-Especialidad, Tele-electrocardiografía, Tele-test de esfuerzo, Tele-ecocardiografía y Teleconsulta con Video interactivo, con el objetivo de optimizar la toma de decisiones clínicas y el acceso poblacional al diagnóstico e intervencionismo médico oportuno, desde las UNITEL a un Centro de Teleprocesos Asistenciales con Especialistas Médicos.

Durante 2012 se han contratado y capacitado enfermeras en las UNITELES de Alta Complejidad, permitiendo tomar ecocardiogramas en puntos remotos e informarlos, por ejemplo, por los especialistas del Hospital en donde se cuenta con los equipamientos instalados y en proceso de configuración en todas las UNITELES.

MEDICINA TRANSFUSIONAL

Con el fin de fortalecer y aumentar la donación altruista de sangre, se continuó con la estrategia de desarrollar actividades de promoción y donación de colectas de sangre en sitios fijos o colectas móviles, para ello se realizó adquisición de equipamiento menor indispensables para la realización de colectas de sangre (Carpas, agitadores de bolsas de sangre, placas de butanodiol, trazadores de temperatura, cajas de transporte, biombos, set de camillas para colectas, etc). Esto permitió aumentar en un 30% la donación voluntaria a nivel país y en un 60% en los Centros de sangre. (Fuente DEIS 2012).

FORTALECIMIENTO DE RED Y GESTIÓN DE TRASPLANTES Y TEJIDOS

Debido a que nuestro país no cuenta con un Banco de Tejidos Organizado con alcance nacional, durante el año 2012 se estableció la estrategia de implementar Unidades de Almacenamiento de tejidos en los centros hospitalarios del país, que realicen cirugías en las cuales necesiten donaciones de tejidos: óseo, piel y membrana amniótica. Los hospitales que recibieron equipamiento para lograr este objetivo fueron: el Hospital de Puerto Montt, el de Viña del Mar, el Hospital Exequiel González y el Hospital de Copiapó. Los tres primeros logran durante el mismo año iniciar actividades. Se encuentra pendiente al cierre de año la Unidad de Copiapó por problemas de infraestructura. (Fuente de información, servicios de Salud mayo 2013). Junto con el envío de estos equipos, se trabajó en la confección de normas y protocolos, los que permitirán contar con tejidos de alta calidad clínica.

GESTION CENTRALIZADA DE CAMAS CRÍTICAS

Durante el año 2012, se coordinaron un total de 4.606 traslados de pacientes con indicación de hospitalización, el 79% por necesidad de camas críticas. De estos el 64% correspondieron a pacientes adultos, un 21% a pacientes pediátricos y un 15% a pacientes neonatológicos, todos provenientes de 59 hospitales y 28 Servicios de Salud de la red pública. Cabe destacar que un 56% de estos traslados tienen como origen regiones distintas a la Región Metropolitana, esta última responsable del 44% de las solicitudes.

Del total de traslados realizados el año 2012, dos mil ochocientos ochenta y ocho solicitudes (63%) fueron resueltas en la red privada y mil setecientos dieciocho solicitudes (37%) en la red pública.

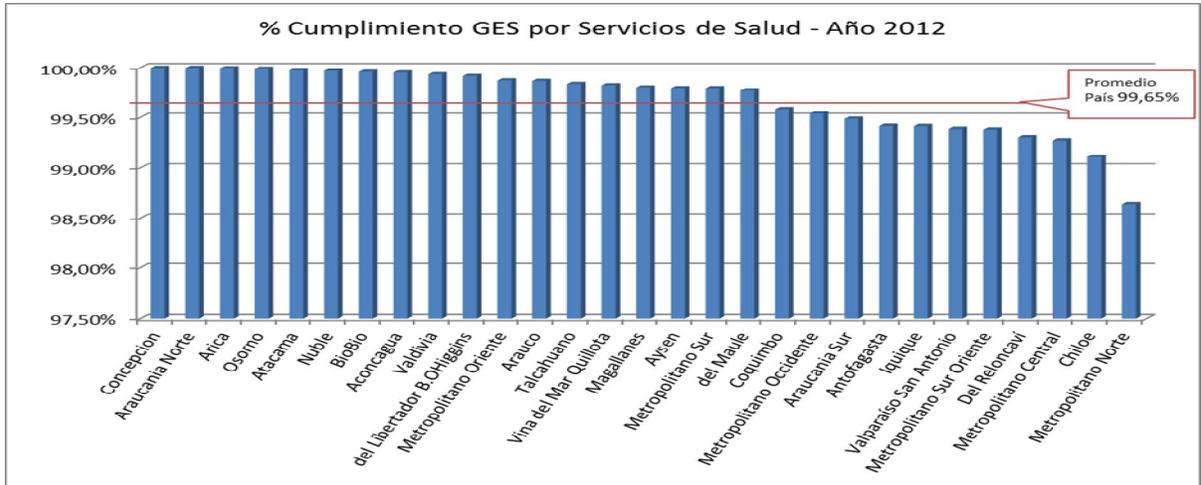
Considerando la necesidad de camas en el sector durante el año 2012, se reforzó la oferta de camas mediante la compra de camas críticas paquetizadas a Clínica Las Lilas (6 camas), lo que permitió la evacuación y resolución durante este período plan de invierno. Además se realizó un Convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, por el uso de la unidad de camas implementadas en el sector de

Maruri, permitiendo contar con una oferta diaria de camas de agudos las que se coordinaron vía UGCC, permitiendo descongestionar las Unidades de Emergencia de los Hospitales San Juan de Dios y Barros Luco Trudeau.

También se desarrolló y planificó el nuevo modelo de Ley de Urgencia, para su posterior implementación a nivel país durante el año 2013 a través de la Unidad de Gestión Centralizada de camas.

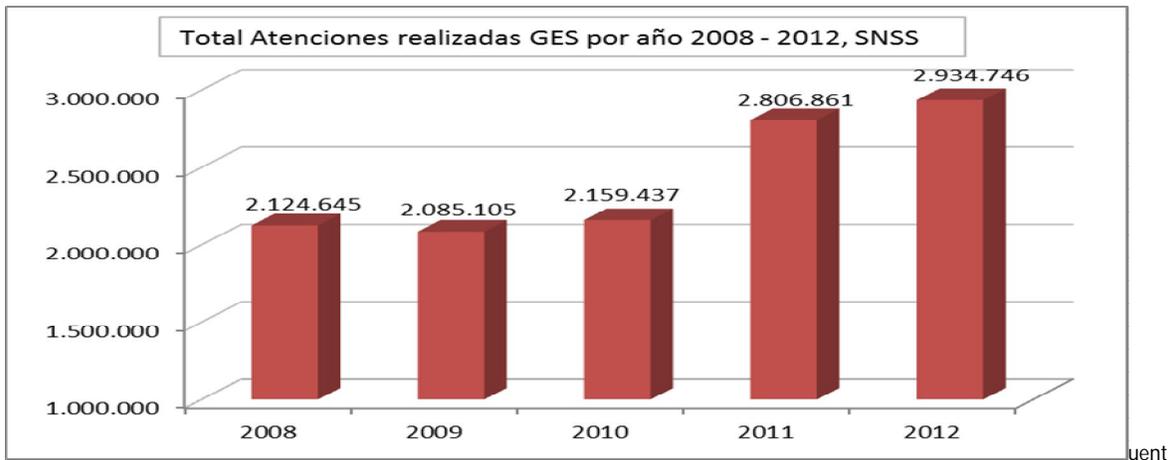
Gestión de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Con respecto al Nivel de Cumplimiento en la Oportunidad de las Garantías Explícitas, el promedio Nacional del año 2012 fue del 99,65%, que corresponde a un aumento en 0,24% comparado con igual periodo del año 2011 (99,41%).



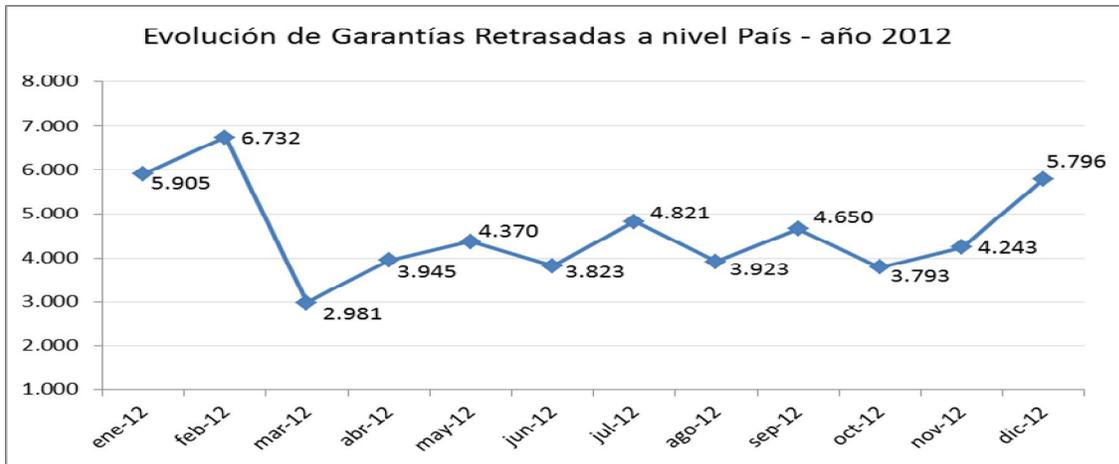
Fuente: Datamart -Sigges. Fecha de Extracción de datos: 06-01-2013

Durante el año 2012 se generaron 2.934.746 atenciones asociadas a las Garantías Explícitas en Salud, lo que significó un aumento en un 4,56% comparado con igual periodo del año 2011.



Fuente: Datamart -Sigges. Fecha de Extracción de datos: 21-04-2013

El Comportamiento de las Garantías Retrasadas en el año 2012 presentó varias fluctuaciones llegando a un máximo de 6.732 garantías a finales de febrero y un mínimo de 2.981 garantías en el mes de marzo, cerrando el año con 5.796 Garantías Retrasadas.



Fuente: Datamart -Sigges. Fecha de Extracción de datos: 06-01-2013

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

En el marco de la Estrategia Nacional de Salud para el decenio 2011-2020, durante el año 2012 se inició un plan de difusión de la estrategia en los Servicios de Salud y su asociación con la planificación y control de gestión del Recurso Humano, el objetivo fue avanzar en la implementación de políticas integrales en este ámbito, es así como el 8 de noviembre se logró la aprobación mediante resolución exenta N°1118 de la política que permite contar con una dotación adecuada de funcionarios que favorezca el logro de los Objetivos Sanitarios.

FORMACIÓN

La implementación del proyecto de Calidad y Equidad en Salud, establecido para el término de las Brechas de Especialistas a través de una nueva Política de Recursos Humanos Especializado, durante el año 2012, alcanzó un total de 856 cupos de formación de especialistas y sub especialistas médicos y dentistas, lo que corresponde a un 26% de incremento respecto a los cupos otorgados el 2011 y a 4 veces la oferta de los cupos registrados el 2007.

GRAFICO N° 05. EVOLUCION DE LA FORMACION DE ESPECIALISTAS PARA LAS REDES ASISTENCIALES

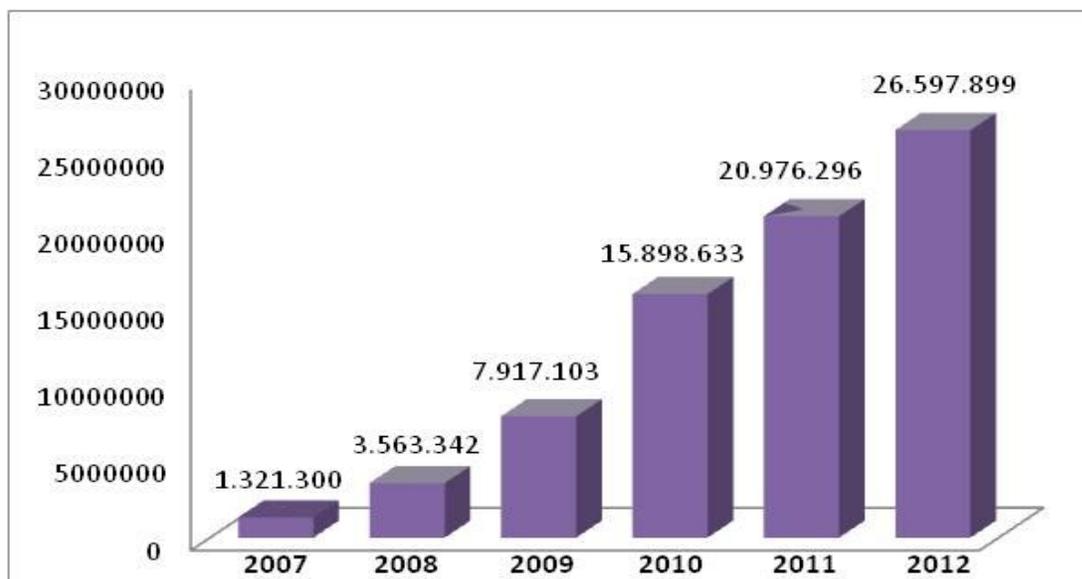


FUENTE DIVISION DE GESTION Y DESARROLLOS DE LAS PERSONAS SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Tal como se muestra en el gráfico siguiente, el presupuesto destinado a Formación se incrementó fuertemente desde el año 2009, año de publicación del estudio de Brechas de Especialistas en el sector público de salud, tendencia sostenida en los últimos años. A partir de esa fecha al año 2012,

se registra un 236% de crecimiento de la inversión, con el fin de contribuir al cierre de brechas evidenciado en dicho estudio.

GRAFICO N° 06. EVOLUCION DEL PRESUPUESTO DESTINADO A FORMACION DE ESPECIALISTAS



FUENTE DIVISION DE GESTION Y DESARROLLOS DE LAS PERSONAS SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Para las especialidades que registraron las mayores brechas a nivel de sistema público (estudio de Brechas publicado por el MINSAL 2010 y posteriores correcciones) se crearon 2 programas Extraordinarios para la formación de especialistas "Medicina de Urgencia y Anestesiología" cuyo principal propósito es generar campos formadores, que permitan a futuro formar Médicos que cumplan su periodo Asistencial como médicos especialistas en las regiones, generando a su vez campos formadores en regiones más extremas.

TABLA N° 06 CUPOS PARA FORMACION DE MEDICOS DE URGENCIA

Universidad	Centro formador	Número Cupos
Pontificia Universidad Católica de Chile	Complejo Dr. Asistencial Sótero del Río	4
Universidad del Desarrollo	Hospital Padre Hurtado	7
	Hospital Urgencia Asistencia Pública	6
Universidad de Santiago de Chile	San José	6
Universidad de los Andes.	Dr. Luis Tisné	5
TOTAL		28

De los cupos obtenidos con las Universidades se lograron 28 cupos para los Médicos en formación para atención de Urgencia y 20 para médicos especialistas. Respecto de los campos asistenciales, nueve son los establecimientos hospitalarios involucrados.

TABLA N° 07 CUPOS PARA FORMACION DE MEDICOS ANESTESISTAS

Centro Formador	Cupos
Hospital Clínico San Borja Arriarán	5
Complejo Asistencial Dr. Ramón Barros Luco	5
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	5
Hospital del Salvador	5
TOTAL	20

CALIDAD DE VIDA Y RELACIONES LABORALES

Se aprobó la Ley N°20.646 que otorga Asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios, para los funcionarios de las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los Establecimientos de los SS, beneficiando aproximadamente a 50 mil funcionarios de dichas plantas.

INVERSION SECTORIAL

MEJOR ATENCIÓN E INFRAESTRUCTURA

En el año 2012 se realizó una inversión en Salud equivalente a \$267.888 millones, en el ámbito de infraestructura y equipamiento para la red hospitalaria, laboratorios ambientales y en atención primaria. Esto permitió avanzar en el compromiso del sector para el período 2010- 2014 que considera diez hospitales y cincuenta y seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) acumulando diecinueve establecimientos hospitalarios y cincuenta y tres CESFAM. Los nuevos establecimientos 2012 corresponden al Hospital de Cañete (área ambulatoria), Corral y Hanga Roa y a los centros de Salud de Atención Primaria del Sector Céntrico de Puente Alto, Nor-Poniente de Calama, La Pincoya de Huechuraba, Sector Norte de Arica, III de Estación Central y Los Álamos.

TABLA N° 08 RESUMEN DE LA INVERSION SECTORIAL COMPROMISO DEL PERIODO 2010-2014.

Tipo Proyecto	2010	2011	2012	Sub Total	Total	Compromiso Período 2010 - 2014
Hospitales Terminados	2	13	3	18	18	10
APS Sectorial	11	17	6	34	53	56
APS FNDR	3	7	6	19		
Reconstrucción	0	2	2	4	4	7

Fuente: División de Inversiones Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el año 2011 a los 4 Hospitales entregados se incorpora los 9 Hospitales de Construcción acelerada.

Cabe señalar además que durante el año 2012 se iniciaron las obras de los Centros de Atención Primaria; Tirúa, Steeger de Cerro Navía, Julia Rosa Gonzalez de Juan Fernández, Gomez Carreño, Chonchi, Dalcahue, Castro, Adriana Madrid de María Pinto, Urbano de Illapel, El Manzano de San Bernardo, Central de Calama y Sector Norte de Antofagasta.

Se adjudicó, con toma razón del contrato, las obras para los Hospitales de Salamanca, Pitrufquén y Exequiel González Cortés; y las obras de los Centros de Salud Familiar Raggio de Catemu, Barros Luco de San Miguel y San Vicente de Tagua Tagua. Todas estas obras ya iniciaron su ejecución el año 2013.

Se mantienen además en ejecución las obras de los hospitales de Calama, Rancagua, Talca, Traumatológico de HGGB, Los Ángeles y Puerto Montt, y la reparación mayor del Hospital Guillermo Grant Benavente, cuya 2da etapa está programado para ejecutarse en el año 2013.

En materia de reconstrucción al año 2012 se han logrado completar trece de los dieciséis proyectos de reconstrucción establecidos en el compromiso de gobierno, incorporando la Reparación Mayor del Hospital de Angol y el Modular del Instituto Nacional del Cáncer.

Se suma el inicio durante el año 2012 de las obras de la Reparación Mayor del Hospital de San Carlos y la adjudicación de las obras de Reparación Mayor de los Hospitales de Chillan y el área de Psiquiatría del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

LEASING

El año 2012 del programa leasing, correspondiente a la adquisición de equipamiento médico, se ejecutaron del Programa de Prestaciones Institucionales \$2.615 millones de los \$2.719 millones asignados para el año, así como también del Programa de Prestaciones Valorizadas, la ejecución dio cuenta de \$ 1.942 millones de un Presupuesto 2012 de \$2.431 millones. La modalidad de leasing es asignado por los servicios de salud, directamente a los distintos establecimientos hospitalarios según las necesidades que detecte a través de diagnósticos locales. Cada hospital una vez recibido el financiamiento, ejecuta las respectivas licitaciones y contratos asociadas a la inversión

TABLA N° 9 RESUMEN INVERSION SECTORIAL LEASING DE EQUIPAMIENTO DEL PERIODO 2010-2014.

N°	SERVICIOS DE SALUD	PPI EJECUTADO	PPV EJECUTADO
1	SERVICIO DE SALUD ARICA	0	92.580.374
2	SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	0	0
3	SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA	222.269.000	38.520.895
4	SERVICIO DE SALUD ATACAMA	0	0
5	SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	0	0
6	SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO - SAN ANTONIO	543.502.000	19.128.194
7	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	0	96.287.140
8	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA	0	0
9	SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS	0	92.580.374
10	SERVICIO DE SALUD MAULE	0	198.005.158
11	SERVICIO DE SALUD ÑUBLE	0	0
12	SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN	620.668.000	104.163.529
13	SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO	0	120.831.614
14	SERVICIO DE SALUD BIOBIO	0	125.902.084
15	SERVICIO DE SALUD ARAUCO	0	0
16	SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE	0	0
17	SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR	0	195.920.675
18	SERVICIO DE SALUD VALDIVIA	178.039.000	119.775.859
19	SERVICIO DE SALUD OSORNO	0	153.097.569
20	SERVICIO DE SALUD RELONCAVÍ	0	95.404.575
21	SERVICIO DE SALUD AYSÉN	0	0
22	SERVICIO DE SALUD MAGALLANES	0	0
23	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	45.217.000	434.074.459
24	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL	0	0
25	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR	0	137.328.177
26	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE	1.200.432.000	183.710.313
27	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE	0	52.003.209
28	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE	0	124.990.630
29	CONTINGENCIAS	0	0
30	HOSPITAL PADRE HURTADO	0	0
31	CRS MAIPÚ	0	0
32	CRS CORDILLERA	0	0
33	SERVICIO DE SALUD CHILOÉ	0	0
34	CONSOLIDADO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD	2.810.127.000	2.384.304.828
TOTAL ASIGNADO		2.810.127.000	2.431.946.000
% EJECUCION		100%	98%

Fuente División de Gestión de Redes Asistenciales 2012.

CONCESIONES

A nivel de Concesiones, se continúa con la ejecución de las obras del **Programa de Concesiones Hospitalarias I** de los Hospitales Concesionados de Maipú de 375 camas y de La Florida de 391 camas, cuya puesta en marcha está prevista para el año 2013. Supone una inversión total, contando equipamiento, de unos 160 mil millones de pesos. Por otro lado, del Hospital de Antofagasta de 671 camas, durante el año 2012 se logra llevar a cabo el proceso de licitación de la obra en las etapas de las aperturas técnicas y económicas de las ofertas, las etapas de adjudicación y decreto

Presidencial se programaron para el año 2013. Este supone una inversión de 150 mil millones de pesos.

En paralelo, se está trabajando en el Programa de Concesiones Hospitalarias II que contiene los Hospitales Salvador- Geriátrico, Metropolitano Occidente, el Complejo Sótero-Puente Alto, La Red Sur y La Red Viña del Mar- Quillota, respecto de este programa se efectuó la elaboración de bases y el llamado a licitación de las consultorías de los ante proyectos.

EQUIPOS Y EQUIPAMIENTO

El 2012 se realizó una inversión de \$20.266.- millones para la reposición de equipos y equipamiento hospitalario para las áreas de Imagenología, pabellón, equipamiento neurocirugía y vehículos.

TABLA N° 10 RESUMEN INVERSION SECTORIAL EN EQUIPAMIENTO 2012.

Servicios de Salud	Devengado 29 Inversiones 2012
Arica	0
Iquique	0
Antofagasta	142.565
Atacama	0
Coquimbo	2.143.709
Valparaíso - San Antonio	1.305.158
Vina Del Mar - Quillota	258.975
Aconcagua	258.609
Libertador General Bernardo O'Higgins	528.580
Maule	0
Ñuble	69.440
Concepción	2.289.428
Talcahuano	1.612.753
Bio Bio	564.444
Arauco	333.438
Araucanía Norte	0
Araucanía Sur	947.995
Valdivia	117.902
Osorno	357.109
Reloncaví	99.304
Aysén Del General Carlos Ibáñez del Campo	252.461
Magallanes	233.079
Metropolitano Oriente	2.420.441
Metropolitano Central	2.929.276
Metropolitano Sur	602.664
Metropolitano Norte	688.133
Metropolitano Occidente	887.606
Metropolitano Sur - Oriente	461.829
Hospital Padre Alberto Hurtado	179.449
CRS Cordillera	171.000
Chiloé	410.978
Total	20.266.325

DESCENTRALIZACIÓN

Durante el año 2012 se firmó el Convenio de Programación de la Región de Aysén (2012 – 2015) por un monto de \$23.078 millones, dicho Convenio de Programación considera proyectos de gran relevancia como la Reposición del Hospital de Aysén

4. Desafíos para el año 2013

LISTAS DE ESPERA NO GES

El desafío para el año 2013 en el ámbito de las Listas de Espera Quirúrgicas NO GES, es terminar a fines de este año con la listas de espera cuya antigüedad supera diciembre de 2010, logrando una lista no mayor a tres años de espera. La principal prioridad será a su vez cumplir con el compromiso presidencial a junio del presente año.

GESTION DE ATENCION PRIMARIA

PER CAPITA

Se espera lograr un nuevo aumento en el precio del per cápita basal, que permita la incorporación al Plan de Salud la aplicación de vacuna para coqueluche, mejorar la cobertura control de salud adultos en Medicina Preventiva, aumentar el rendimiento de la atención de urgencias odontológicas, aumentar el acceso kinésico en población infantil e incorporar la consulta crónicos en población infantil, adultos y adultos mayores.

MEDICAMENTOS AUGE APS

Para el 2013 se espera expandir la iniciativa de entrega automática de medicamentos en otras regiones. Además se deberá incorporar la atención de la población afectada por los dos nuevos problemas de salud GES asociados a la Atención Primaria de Salud: Hipotiroidismo y Erradicación de *Helicobacter pylori*.

PLAN ARAUCANÍA

Durante el año 2013 se espera implementar el modelo de Atención Intercultural en el Centro de Salud de Galvarino. También se realizará el estudio de brechas de Modelos de Salud Intercultural de la Región, el cual se licitó durante el año recién pasado.

SAPU Y SUR

Durante el año 2013, se espera abrir 10 nuevos dispositivos SAPU urbanos en los Servicios de Salud de: Coquimbo (2), OHiggins (1), Concepción (1), Talcahuano (1), Bio Bio (1), Araucanía Sur (2), Metropolitano Occidente (1) y Chiloé (1) y 10 nuevos dispositivos SUR, en los Servicios de Salud

de Iquique (2), Antofagasta (1), Valparaíso- San Antonio (1), Libertador Bernardo O'Higgins (1), Maule (3), BíoBío (1), Araucanía Sur (1).

PROGRAMA ASISTENCIA VENTILATORIA

Para el año 2013, se espera aumentar en 70 cupos el programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI) y Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI) en el área infantil. En los adultos el AVNIA considera aumentar 70 nuevos cupos, 30 para ventilación mecánica invasiva que se inicia este año, en los 6 Servicios de Salud de la región metropolitana y los 40 cupos restantes para modalidad ventilatoria no invasiva, que se distribuirán entre las regiones que ya tienen implementado el programa AVNIA.

RESOLUTIVIDAD

Para el año 2013 se implementaran 11 nuevas Unidades de Atención Oftalmológica de Atención Primaria, 8 Salas de Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad en los Servicios de Salud de Antofagasta (1), Coquimbo (1), Libertador Bernardo O'Higgins (1), Maule (1), Ñuble (1), Araucanía Sur (1), Metropolitano Oriente (1) y Chiloé (1).

REHABILITACIÓN

En relación a la expansión 2013, se espera asignar recursos para 33 Salas nuevas ubicadas en los Servicios de Salud: Iquique (1), Atacama (2), Valparaíso San Antonio (3), Viña del Mar Quillota (4), L.B. O'Higgins (4), Maule (2), Bio-Bio (1), Arauco (1), Araucanía Norte (3), Araucanía Sur (1), Valdivia (1), Osorno (1), Chiloé (2), Metropolitano Sur (3), Metropolitano Norte (1), Occidente (2), Suroriente (1).

GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES

IMAGENOLOGIA GES

El objetivo de este proyecto es mejorar el acceso a procedimientos diagnósticos en Cáncer Gástrico, acercando la prestación de salud a las personas que viven en zonas de difícil acceso a establecimientos de mayor complejidad. Dado lo anterior, se ha planificado fortalecer el desarrollo de competencias clínicas específicas en los conocimientos y habilidades respecto al procedimiento y uso de equipos endoscópicos. Para ello, se ha programado la compra de servicios profesionales para la elaboración de talleres teórico-práctico que permitan entregar las herramientas necesarias, a los profesionales médicos.

UNIDAD DE TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

Se espera crear un banco de ojos, que permita contar con corneas de calidad conocida, en forma oportuna y con equidad para resolver problemas de visión en nuestra población. Este banco debe estar en operación en septiembre del presente año. Los pacientes en Lista de Espera para Córneas a la fecha son más 600, falta aún algunos servicios que enlisten sus pacientes, como también alguna clínicas privadas. Se debe destacar que además se contará por primera vez en el país con una lista de espera Única Nacional para la distribución de las córneas procuradas.

RED DE TELEMEDICINA EN LAS REDES ASISTENCIALES

TELEASISTENCIA

Para el año 2013 se contempla la implementación de 33 establecimientos con tele asistencia de los cuales 28 son de Baja Complejidad y 5 de Alta Complejidad, los que deberían lograr entrar en la fase de producción definitiva.

TELERADIOLOGIA

En el 2013 se conectarán 20 Hospitales de Alta Complejidad, quedando todas las regiones del país incorporados a este Proyecto.

TELEPROCESOS

Para el año 2013 se implementarán las Unidades Telemédicas en Hospitales de baja Complejidad y Centros de Salud, de los Servicios de Maule, Ñuble, Talcahuano, Araucanía Norte.

TELE-ESPIROMETRÍA

Dada la insuficiente capacidad de informar las espirometrías por médico especialista en el Servicio de Salud Concepción, la falta de capacitación para tomar los exámenes e insuficiente cantidad de espirómetros, se arrendarán espirómetros y se comprarán informes telemédicos de espirometría a médicos especialistas. Se espera un resultado oportuno y de calidad técnica del examen de espirometría, informado por un especialista contratado para dicho fin, a través de telemedicina.

TELECARDIOLOGÍA Y TELENEFROLOGÍA

Consiste en la implementación de la Telecardiología y Telenefrología, implementando Unidades Telemédicas con funcionamiento de electrocardiógrafos digitales, permitiendo optimizar la inversión ya realizada de recursos de especialistas del Hospital Guillermo Grant Benavente del Servicio de Salud Concepción. Los usuarios accederían a Teleconsultas Cardiológicas e informes de exámenes cardiológicos de electrocardiografía digital. Además se realizarán tele consultorías de nefrología, con

lo que se espera, mejorar la resolutiveidad en patologías cardiologías y nefrológicas, disminuyendo tiempos de espera de atención, mejorando la pertinencia en las derivaciones y aumentando la satisfacción usuaria.

GESTION CENTRALIZADA DE CAMAS

Durante el año 2013 se espera implementar un **nuevo modelo de gestión de la Ley de Urgencia**, lo que implica liderar un trabajo en conjunto entre la Subsecretaria de Redes, FONASA y la Superintendencia de Salud.

Mantener el convenio con el Hospital Josefina Martínez lo que favorecerá la rehabilitación, reinserción familiar y social del paciente pediátrico crónico respiratorio. En forma paralela esto permitirá liberar camas hospitalarias, ocupadas con éstos pacientes, en los establecimientos de mayor complejidad.

GESTION DE RECURSOS HUMANOS

PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Definir un modelo de determinación y planificación de dotaciones de recursos humanos adecuadas en los establecimientos de las redes asistenciales, con el objeto de avanzar en la implementación de la Estrategia Nacional de Salud hacia el 2020 con el personal adecuado a los objetivos sanitarios planteados.

FORMACIÓN

Implementar el concurso de becas primarias, para Médicos Cirujanos y Cirujanos Dentistas para los egresados 2012. Los médicos seleccionados serán contratados en calidad de becario de acuerdo al Art. 43° de la Ley 15.076, lo que implica pago de estipendio mensual y del arancel del programa de formación de especialista a la Universidad en la cual se matricule.

Iniciar la elaboración de Normas Técnicas Operativas de 29 Especialidades Médicas y Odontológica, con la colaboración de la ASOFAMECH, Colegio Médicos, sociedades científicas y los Servicios de Salud. Avanzar en el cierre de brecha de especialistas y sub especialistas médicos y dentistas en las zonas.

SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL

Avanzar en la cobertura del Programa Hospitales Libres de Mercurio hacia la Atención Primaria de Salud Municipalizada. Implementar y profundizar la estrategia de Gestión Ambiental, con la provisión de cargos de Técnicos Ambientales para cada Establecimiento Asistencial generador de residuos y la provisión de recursos financieros para la implementación de Salas de REAS para los Establecimientos de la Red.

CALIDAD DE VIDA Y RELACIONES LABORALES

Avanzar en la redacción de acuerdos y reglamentos asociados a las leyes aprobadas durante el segundo semestre 2012, tal como el reglamento para la concesión de la asignación asociada al mejoramiento del trato al usuario.

INVERSION SECTORIAL

MEJORAR INFRAESTRUCTURA

Para el año 2013, en materia de inversión en salud, se invertirán \$265.356 millones, en infraestructura y equipamiento para continuar la construcción de Centros de Salud Primaria y hospitalaria.

En atención primaria se espera finalizar la obra de quince Centros de Salud Familiar: Tirúa, Steeger de Cerro Navia, Julia Rosa González de Juan Fernández, Gómez Carreño, Chonchi, Dalcahue, Castro, Adriana Madrid de María Pinto, Urbano de Illapel, El Manzano de San Bernardo, Central de Calama, Sector Norte de Antofagasta, Raggio de Catemu, Barros Luco de San Miguel y San Vicente de Tagua Tagua. Además se espera inicien otros ocho más a lo largo del año.

A nivel de obras hospitalarias, se espera avanzar en la ejecución de diez hospitales: Hospital de Salamanca, Pitrufquén, Exequiel González Cortés, Calama, Rancagua, Talca, Traumatológico de HGGB de Concepción, Los Ángeles, Puerto Montt y Módulo del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (Los Cedros). A lo anterior se sumará el inicio de obra de los hospitales de Laja, Lautaro, Aysén y Gustavo Fricke.

Finalmente durante el año 2013, se espera avanzar para terminar con las tres obras de reconstrucción pendientes: Reparación Mayor Hospital de Chillan, Reparación Hospital Clínico San Borja Arriaran y Reparación Mayor Hospital Guillermo Grant Benavente

CONCESIONES

Durante el año 2013 se completará la ejecución de las obras del **Programa de Concesiones Hospitalarias I** que corresponde a los proyectos Hospitalarios Maipú y la Florida, iniciando su puesta en marcha conforme al cronograma establecido.

Se contempla además completar la adjudicación del Hospital de Antofagasta iniciando su concesión. Por otro lado, se avanzará en el **Programa de Concesiones Hospitalarias II** que contiene los Hospitales Salvador- Geriátrico, Metropolitano Occidente, el Complejo Sótero-Puente Alto, La Red Sur y La Red Viña del Mar- Quillota efectuando las respectivas licitaciones.

5. Anexos

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas

- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

1. Ley N°18.834, Estatuto Administrativo
2. Ley N°19.490.
3. Ley N° 19.937, Autoridad Sanitaria y Gestión.
4. Ley N° 19.966, Régimen de Garantías en Salud.
5. DFL N°04 de 2004, Fija la Planta de Personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
6. Decreto Ley N°2763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos.
7. Decreto Supremo N°98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.
8. Decreto N°136 de 2005, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.

- Misión Institucional

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

- Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2012

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

- Objetivos Estratégicos

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

- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

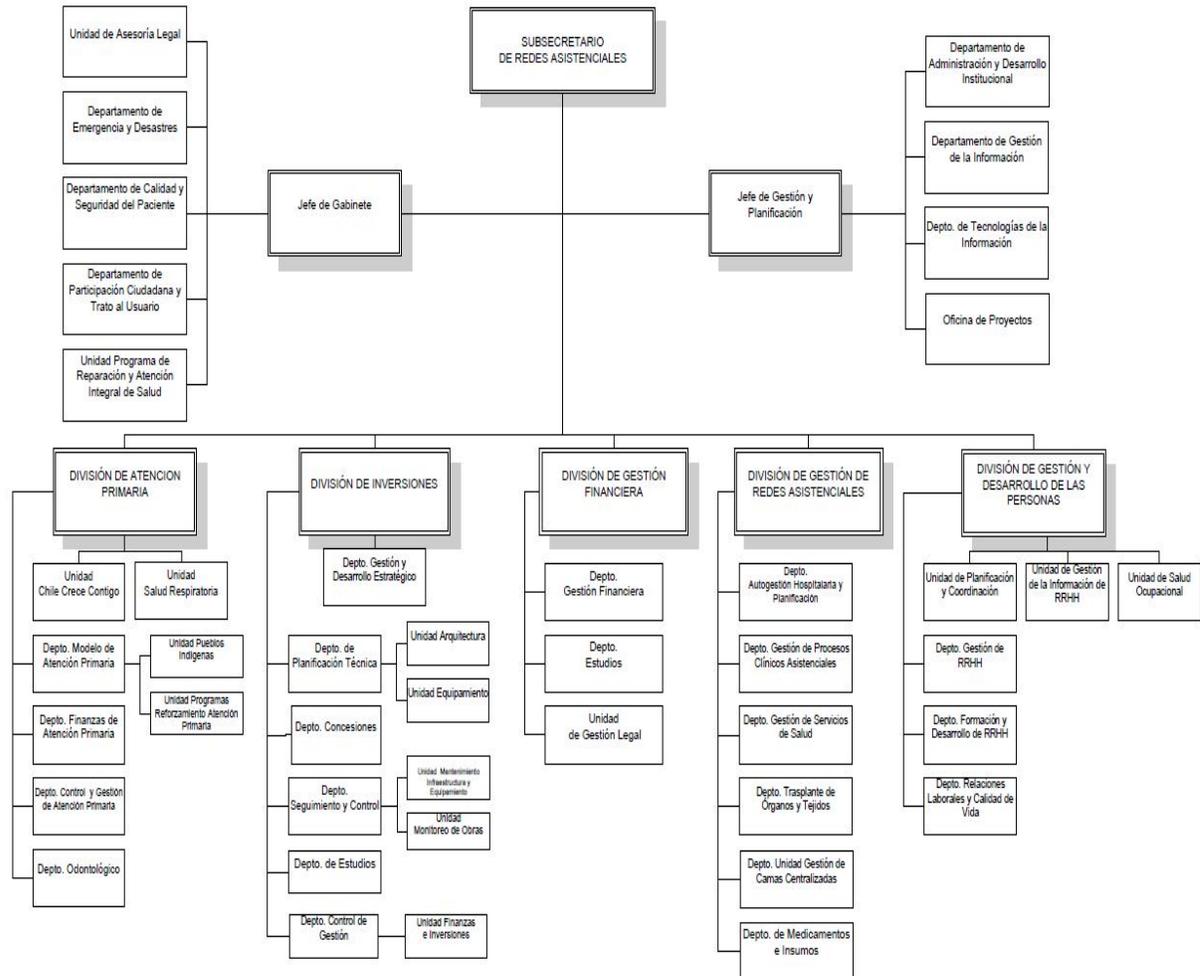
Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	1, 2, 3, 7
2	Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	2, 4
3	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud.	5, 6
4	Programa Salud Responde	1, 7, 8
5	Coordinación Nacional de Fármacos e insumos	1, 5, 6

- Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre
1	Servicios de Salud e instituciones de la red en general
2	Beneficiarios directos del sistema público de salud
3	Todos los habitantes del país

b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio

ORGANIGRAMA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



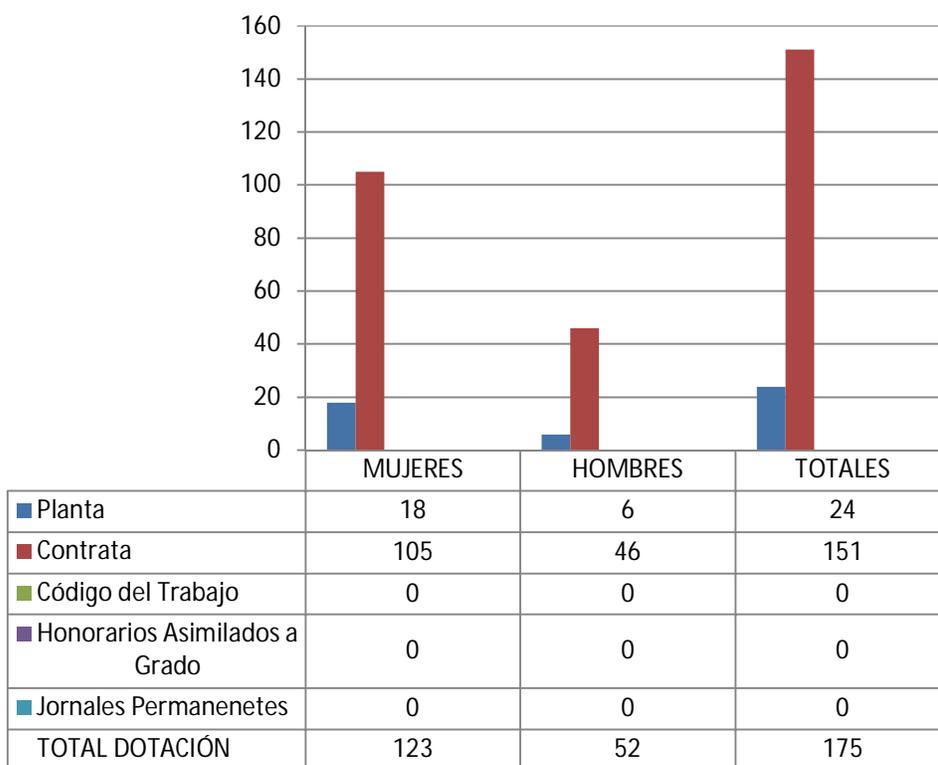
c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Ministro de Salud	JAIME MAÑALICH MUXI
Subsecretario de Redes Asistenciales	LUIS CASTILLO FUENZALIDA
Jefe de División Inversiones y Concesiones	PETER IHL TESSMANN
Jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas	CLAUDIO ROMAN CODOCEO
Jefe de División de Redes Asistenciales	HUGO GONZALEZ DETTONI

Anexo 2: Recursos Humanos

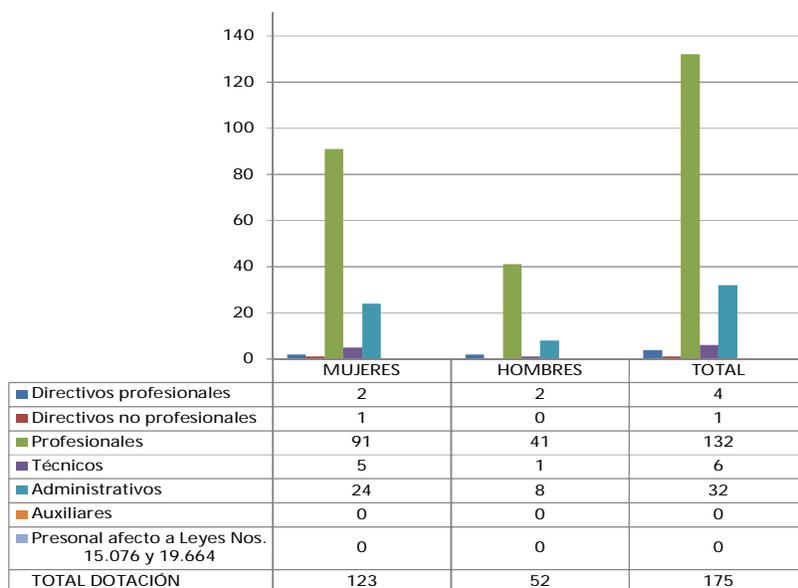
a) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2012¹ por tipo de Contrato (mujeres y hombres)

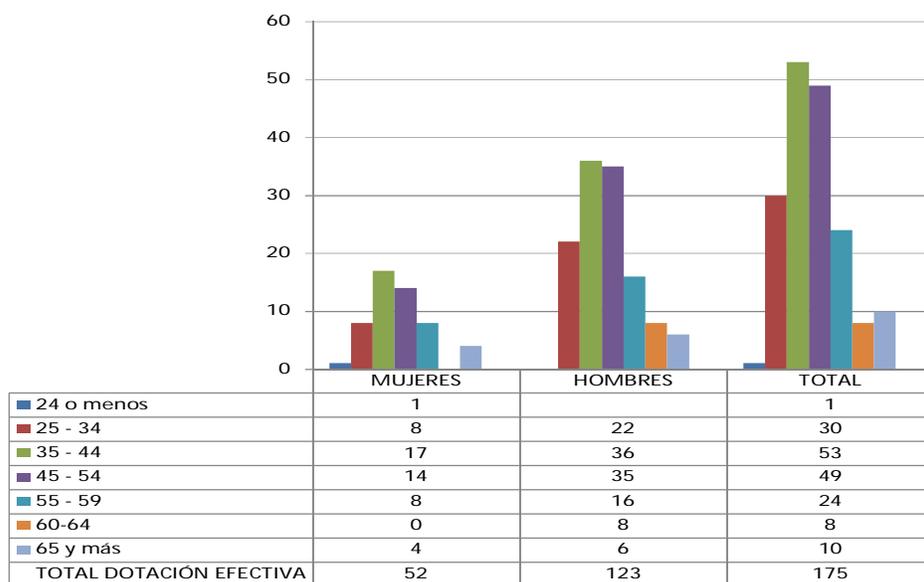


¹ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2012. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

-Dotación Efectiva año 2012 por Estamento (mujeres y hombres)

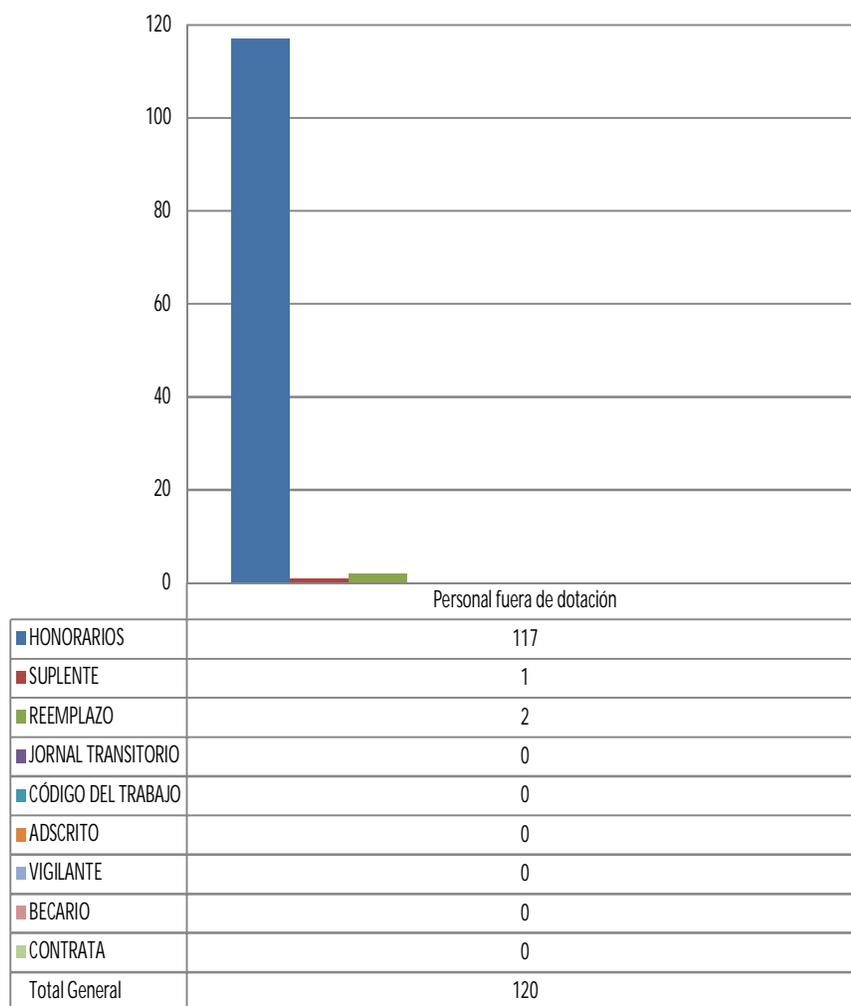


- Dotación Efectiva año 2012 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



b) Personal fuera de dotación

- Personal fuera de dotación año 2012², por tipo de contrato



² Corresponde a toda persona excluida del cálculo de la dotación efectiva, por desempeñar funciones transitorias en la institución, tales como cargos adscritos, honorarios a suma alzada o con cargo a algún proyecto o programa, vigilantes privado, becarios de los servicios de salud, personal suplente y de reemplazo, entre otros, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2012.

c) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2011	2012		
1. Reclutamiento y Selección					
1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata ⁵ cubiertos por procesos de reclutamiento y selección ⁶	$(N^{\circ} \text{ de ingresos a la contrata año } t \text{ vía proceso de reclutamiento y selección} / \text{Total de ingresos a la contrata año } t) * 100$	0.0	0.0	0.0	No se registra ningún ingreso por concurso
1.2 Efectividad de la selección	$(N^{\circ} \text{ ingresos a la contrata vía proceso de reclutamiento y selección en año } t, \text{ con renovación de contrato para año } t+1 / N^{\circ} \text{ de ingresos a la contrata año } t \text{ vía proceso de reclutamiento y selección}) * 100$	0.0	0.0	0.0	-
2. Rotación de Personal					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	6	7.4	80.7	Descendente
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios Jubilados año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.0	0.0	0.0	Ascendente
• Funcionarios fallecidos	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios fallecidos año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.0	0.0	0.0	Descendente
• Retiros voluntarios					
○ con incentivo al retiro	$(N^{\circ} \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	0.0	0.0	0.0	Ascendente
○ otros retiros voluntarios	$(N^{\circ} \text{ de retiros otros retiros voluntarios año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	5.0	5.7	87.5	Descendente Incluye renunciaciones voluntarias

3 La información corresponde al período Enero 2011 - Diciembre 2011 y Enero 2012 - Diciembre 2012, según corresponda.

4 El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene.

5 Ingreso a la contrata: No considera el personal a contrata por reemplazo, contratado conforme al artículo 11 de la ley de presupuestos 2012.

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

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2011	2012		
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras causales año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	1.0	1.7	58.3	Descendente Considera causal término del plazo legal
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año t} / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año t}$	2.0	1.7	118.2	Índice Descendente
3. Grado de Movilidad en el servicio					
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos o Promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	0.0	0.0	0.0	Índice Ascendente
3.2 Porcentaje de funcionarios recontratados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontratados en grado superior, año t}) / (\text{Total contratos efectivos año t}) * 100$	3.0	10.6	353.2	Índice Ascendente
4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	52.0	32.6	62.64	Indicador Ascendente
4.2 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / \text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t})$	91.11	30.0	32.95	Indicador Ascendente
4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia ⁷	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año t} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de capacitación en año t}) * 100$	77.14	0.0	0.0	Indicador Ascendente
4.4 Porcentaje de becas ⁸ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	1.17	1.7	146.5	Indicador Ascendente
5. Días No Trabajados					
5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas, según tipo.					

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

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

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

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2011	2012		
<ul style="list-style-type: none"> Licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1). 	(N° de días de licencias médicas tipo 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.58	0.6	90.0	Indicador Descendente
<ul style="list-style-type: none"> Licencias médicas de otro tipo⁹ 	(N° de días de licencias médicas de tipo diferente al 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.24	0.11	212.7	Indicador Descendente
5.2 Promedio Mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de permisos sin goce de remuneraciones.	(N° de días de permisos sin sueldo año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.01	0.02	43.8	Indicador Descendente
6. Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	(N° de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t/12)/ Dotación efectiva año t	5.74	5.85	98	Indicador Descendente
7. Evaluación del Desempeño¹⁰					
7.1 Distribución del personal de acuerdo a los resultados de sus calificaciones.	Porcentaje de funcionarios en Lista 1	100	100	100	Ascendente Considera como dotación efectiva solo funcionarios calificados

⁹ No considerar como licencia médica el permiso postnatal parental.

¹⁰ Esta información se obtiene de los resultados de los procesos de evaluación de los años correspondientes.

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2011	2012		
	Porcentaje de funcionarios en Lista 2	0.0	0.0	0.0	Ascendente Considera como dotación efectiva solo funcionarios calificados
	Porcentaje de funcionarios en Lista 3	0.0	0.0	0.0	Ascendente Considera como dotación efectiva solo funcionarios calificados
	Porcentaje de funcionarios en Lista 4	0.0	0.0	0.0	Ascendente Considera como dotación efectiva solo funcionarios calificados
7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño ¹¹ implementado	SI: Se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño. NO: Aún no se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño.	SI	SI	-	-
8. Política de Gestión de Personas					
Política de Gestión de Personas ¹² formalizada vía Resolución Exenta	SI: Existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta. NO: Aún no existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta.	NO	SI	-	Aprobado por RES. EX. N° 1118, 08/11/2012, Subsecretaría de Redes Asistenciales: Aprueba Política de RRHH de Salud.

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

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

Anexo 3: Recursos Financieros

a) Resultados de la Gestión Financiera

Programa 01			
Cuadro 2 A			
Ingresos y Gastos devengados año 2011 – 2012			
Denominación	Monto Año 2011 (M\$) ¹³	Monto Año 2012 (M\$)	Notas
INGRESOS	35.759.455	41.130.467	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13.545.272	13.518.220	
OTROS INGRESOS CORRIENTES	140.060	78.506	
APORTE FISCAL	17.974.499	14.706.408	
TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	4.099.624	12.827.333	
GASTOS	40.652.697	48.600.516	
GASTOS EN PERSONAL	5.170.926	6.285.650	
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	7.856.873	6.285.650	
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	101.339	-	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	15.472.743	16.332.324	
OTROS GASTOS CORRIENTES	-	92.671	
ADQUISICIONES DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2.156.507	1.068.779	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	4.278.651	12.912.425	
SERVICIO DE LA DEUDA	5.615.658	4.478.711	
RESULTADO	- 4.893.242	- 7.470.049	

¹³ Las cifras están indicadas en M\$ del año 2012

Programa 02 Cuadro 2 B INVERSIONES			
Ingresos y Gastos devengados año 2011 – 2012			
Denominación	Monto Año 2011 (M\$) ¹⁴	Monto Año 2012 (M\$)	Notas
INGRESOS	258.550.940	287.529.139	
APORTE FISCAL	258.550.940	287.522.880	
RECUPERACIÓN DE PRESTAMOS	-	6.259	
GASTOS	281.520.471	284.626.969	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	279.769.252	269.094.631	
SERVICIO DE LA DEUDA	1.751.219	15.532.338	
RESULTADO	- 22.969.531	2.902.170	

¹⁴ Las cifras están indicadas en M\$ del año 2012

b) Comportamiento Presupuestario año 2012

Programa 1

Sub.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial (M\$) ¹⁵	Presupuesto Final (M\$) ¹⁶	Ingresos y gastos Devengados (M\$) ¹⁷	Diferencia (M\$)
INGRESOS				39.767.239	44.080.901	41.130.467	2.950.434
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13.518.220	13.518.220	13.518.220	
	02		Del Gobierno Central	13.518.220	13.518.220	13.518.220	
		002	Sistema de Protección Integral a la Infancia	13.518.220	13.518.220	13.518.220	
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	53.473	53.473	78.506	-25.033
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	28.784	28.784	25.749	3.035
		99	Otros	24.689	24.689	52.757	-28.068
09			APORTE FISCAL	16.133.953	17.681.875	14.706.408	2.975.467
	01		Libre	16.133.953	17.681.875	14.706.408	2.975.467
13			TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	10.061.593	12.827.333	12.827.333	
	02		Del Gobierno Central	10.061.593	12.827.333	12.827.333	
		001	IVA Concesiones Hospitalarias	10.061.593	12.827.333	12.827.333	
GASTOS				39.767.239	50.818.494	48.600.516	2.217.978
21			GASTOS EN PERSONAL	5.360.166	6.298.018	6.285.650	12.368
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	7.993.810	8.962.393	7.438.956	1.523.437
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	15.284.842	16.929.087	16.323.324	605.763
	01		Al Sector Privado	13.518.220	13.437.863	12.832.100	605.763
		011	Programa de Apoyo al Recién Nacido	13.518.220	13.437.863	12.832.100	605.763
	02		Al Gobierno Central		3.491.224	3.491.224	
		001	Servicio de Salud Arica		7.514	7.514	
		002	Servicio de Salud Iquique		9.189	9.189	
		003	Servicio de Salud Antofagasta		20.094	20.094	
		004	Servicio de Salud Atacama		20.060	20.060	
		005	Servicio de Salud Coquimbo		27.212	27.212	
		006	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		108.249	108.249	
		007	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota		111.006	111.006	
		008	Servicio de Salud Aconcagua		15.043	15.043	
		009	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		69.010	69.010	
		010	Servicio de Salud Maule		60.403	60.403	
		011	Servicio de Salud Ñuble		24.680	24.680	
		012	Servicio de Salud Concepción		76.782	76.782	
		013	Servicio de Salud Talcahuano		35.263	35.263	
		014	Servicio de Salud Bío - Bío		30.315	30.315	
		015	Servicio de Salud Arauco		20.023	20.023	
		016	Servicio de Salud Araucanía Norte		20.886	20.886	
		017	Servicio de Salud Araucanía Sur		80.288	80.288	
		018	Servicio de Salud Valdivia		23.876	23.876	
		019	Servicio de Salud Osorno		16.752	16.752	
		020	Servicio de Salud del Reloncaví		64.198	64.198	

15 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

16 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2012

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

	021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo		19.989	19.989	
	022	Servicio de Salud Magallanes		15.400	15.400	
	023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente		146.432	146.432	
	024	Servicio de Salud Metropolitano Central		1.807.607	1.807.607	
	025	Servicio de Salud Metropolitano Sur		202.599	202.599	
	026	Servicio de Salud Metropolitano Norte		134.678	134.678	
	027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente		100.247	100.247	
	028	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente		172.998	172.998	
	038	Hospital Padre Alberto Hurtado		30.450	30.450	
	039	Centro de Referencia de Salud de Maipú		7.872	7.872	
	042	Servicio de Salud Chiloé		12.109	12.109	
	03	A Otras Entidades Públicas	1.766.622			
	396	Programa Campaña de Invierno	1.766.622			
26		OTROS GASTOS CORRIENTES		92.671	92.671	
	01	Devoluciones		92.671	92.671	
29		ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1.065.828	1.128.404	1.068.779	59.625
	03	Vehículos		15.951	15.856	95
	04	Mobiliario y Otros	2.255	23.055	22.937	118
	05	Máquinas y Equipos	27.337	29.837	28.242	1.595
	06	Equipos Informáticos		28.466	25.094	3.372
	07	Programas Informáticos	1.036.236	1.031.095	976.650	54.445
33		TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	10.061.593	12.928.920	12.912.425	16.495
	01	Al Sector Privado	10.061.593	12.827.333	12.827.333	
	003	Reintegro Crédito IVA Concesiones	10.061.593	12.827.333	12.827.333	
	02	Al Gobierno Central		101.587	85.092	16.495
	002	Servicio de Salud Iquique		700	700	
	003	Servicio de Salud Antofagasta		2.500	2.500	
	005	Servicio de Salud Coquimbo		2.170	2.170	
	006	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		9.971	9.971	
	007	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota		470	470	
	009	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		3.374	3.374	
	010	Servicio de Salud Maule		520	520	
	011	Servicio de Salud Ñuble		3.900	3.900	
	012	Servicio de Salud Concepción		3.000	3.000	
	016	Servicio de Salud Araucanía Norte		17.494	1.000	16.494
	018	Servicio de Salud Valdivia		1.624	1.624	
	019	Servicio de Salud Osorno		7.250	7.250	
	020	Servicio de Salud del Reloncaví		2.000	2.000	
	021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo		3.941	3.941	
	022	Servicio de Salud Magallanes		500	500	
	025	Servicio de Salud Metropolitano Sur		9.622	9.622	
	026	Servicio de Salud Metropolitano Norte		9.001	9.000	1
	027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente		20.000	20.000	
	028	Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente		3.550	3.550	
34		SERVICIO DE LA DEUDA	1.000	4.479.001	4.478.711	290
	07	Deuda Flotante	1.000	4.479.001	4.478.711	290
RESULTADO				-6.737.593	-7.470.049	732.456

Programa 2

Sub.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial (M\$) ¹⁸	Presupuesto Final (M\$) ¹⁹	Ingresos y gastos Devengados (M\$) ²⁰	Diferencia (M\$)
INGRESOS				297.988.189	297.350.824	287.529.139	9.821.685
09			APORTE FISCAL	297.988.189	297.350.824	287.522.880	9.827.944
	01		Libre	296.451.585	295.814.220	285.957.000	9.857.220
	03		Servicio de la Deuda Externa	1.536.604	1.536.604	1.565.880	-29.276
12			RECUPERACION DE PRESTAMOS			6.259	-6.259
GASTOS				297.988.189	298.113.723	284.626.969	13.486.754
31			INICIATIVAS DE INVERSION	296.451.585	2.180.456		2.180.456
	02		Proyectos	296.451.585	2.180.456		2.180.456
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL		280.400.929	269.094.631	11.306.298
	02		Al Gobierno Central		280.400.929	269.094.631	11.306.298
		001	Servicio de Salud Arica		1.527.073	915.976	611.097
		002	Servicio de Salud Iquique		5.345.548	4.570.850	774.698
		003	Servicio de Salud Antofagasta		17.164.766	16.852.286	312.480
		004	Servicio de Salud Atacama		11.091.564	10.913.095	178.469
		005	Servicio de Salud Coquimbo		6.943.172	6.675.883	267.289
		006	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		6.575.576	6.404.223	171.353
		007	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota		4.160.371	4.006.468	153.903
		008	Servicio de Salud Aconcagua		4.522.007	4.511.418	10.589
		009	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		17.339.271	16.830.948	508.323
		010	Servicio de Salud Maule		24.815.434	24.141.571	673.863
		011	Servicio de Salud Ñuble		5.193.700	5.193.700	
		012	Servicio de Salud Concepción		15.927.665	15.099.422	828.243
		013	Servicio de Salud Talcahuano		3.576.913	3.426.243	150.670
		014	Servicio de Salud Bío - Bío		12.939.942	12.828.025	111.917
		015	Servicio de Salud Arauco		1.961.706	1.403.214	558.492
		016	Servicio de Salud Araucanía Norte		1.414.272	1.334.151	80.121
		017	Servicio de Salud Araucanía Sur		6.270.450	5.997.203	273.247
		018	Servicio de Salud Valdivia		4.359.908	4.185.811	174.097
		019	Servicio de Salud Osorno		3.608.493	3.588.014	20.479
		020	Servicio de Salud del Reloncaví		30.412.414	30.003.970	408.444
		021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo		1.744.798	1.693.221	51.577
		022	Servicio de Salud Magallanes		724.705	709.735	14.970
		023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente		8.418.794	8.292.774	126.020
		024	Servicio de Salud Metropolitano Central		22.564.155	21.835.676	728.479
		025	Servicio de Salud Metropolitano Sur		20.912.575	18.033.422	2.879.153
		026	Servicio de Salud Metropolitano Norte		6.815.275	6.290.719	524.556
		027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente		7.165.484	6.781.126	384.358
		028	Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente		21.612.074	21.550.589	61.485
		038	Hospital Padre Alberto Hurtado		913.963	878.974	34.989

18 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

19 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2012

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

	039	Centro de Referencia de Salud Maipú		205.715	205.715	
	041	Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente		172.015	171.000	1.015
	042	Servicio de Salud Chiloé		4.001.131	3.769.209	231.922
34		SERVICIO DE LA DEUDA	1.536.604	15.532.338	15.532.338	
	02	Amortización Deuda Externa	1.253.657	1.253.657	1.253.657	
	04	Intereses Deuda Externa	282.947	282.947	282.947	
	07	Deuda Flotante		13.995.734	13.995.734	
RESULTADO				-762.899	2.902.170	-3.665.069

c) Indicadores Financieros

Cuadro 4 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²¹			Avance ²² 2012/ 2011	Notas
			2010	2011	2012		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales ²³)	\$	1,0	1,0	1,0	100	-
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP Ley inicial / IP devengados]	\$	0,0	0,0	0,0	-	-
	[IP percibidos / IP devengados]	\$	0,0	0,0	0,0	-	-
	[IP percibidos / Ley inicial]	\$	0,0	0,0	0,0	-	-
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	[DF/ Saldo final de caja]	\$	0,6	9.237,6	1.415,7	15.3	-
	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)	\$	0,6	2.237,0	0,91	0,04	-

d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5 Análisis del Resultado Presupuestario 2011 ²⁴				
Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
FUENTES Y USOS		9.751.831	- 4.567.879	5.183.952
	Carteras Netas	-	290.301	290.301
115	Deudores Presupuestarios	-	3.121.775	3.121.775
215	Acreedores Presupuestarios	-	- 2.831.474	- 2.831.474
	Disponibilidad Neta	9.199.329	- 4.670.581	4.528.748
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	9.199.329	- 4.670.581	4.528.748
	Extrapresupuestario Neto	552.502	- 187.599	364.903
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	668.876	- 74.948	593.928
116	Ajustes a Disponibilidades	2.812	-	2.812
119	Trasposos Interdependencias	-	-	-
214	Depósitos de Terceros	- 58.148	- 128.398	- 186.546
216	Ajustes a Disponibilidades	- 61.038	15.747	- 45.291
219	Trasposos Interdependencias	9,751,831	- 4,567,872	5,183,959

21 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2012. Los factores de actualización de las cifras de los años 2010 y 2011 son 1,064490681 y 1,030057252 respectivamente.

22 El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene.

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

24 Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2012				
Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones
Mejor atención e infraestructura	296,451,585	282,350,677	269,094,631	-
-	-	-	-	-

f) Transferencias²⁵

Cuadro 7					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2012 ²⁶ (M\$)	Presupuesto Final 2012 ²⁷ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ²⁸	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					-
Inversión Real	13,518,220	13,437,863	12,832,099	605,764	
Otros					
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					-
Inversión Real	1,766,622	-	-	-	
Otros ²⁹					
TOTAL TRANSFERENCIAS	15,284,842	13,437,863	12,832,099	605,764	-

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

26 Corresponde al aprobado en el Congreso.

27 Corresponde al vigente al 31.12.2012.

28 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

29 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

g) Inversiones³⁰

NO SE APLICO PARA EL PERÍODO 2012

Cuadro 8							
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2012							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ³¹	Ejecución Acumulada al año 2012 ³²	% Avance al Año 2012	Presupuesto Final Año 2012 ³³	Ejecución Año 2012 ³⁴	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(7) = (4) - (5)	

30 Se refiere a proyectos, estudios y/o programas imputados en los subtítulos 30 y 31 del presupuesto.

31 Corresponde al valor actualizado de la recomendación del Ministerio de Desarrollo Social (último RS) o al valor contratado.

32 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2012.

33 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2012.

34 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria devengada del año 2012.

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2012

- Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2012

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2012										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2012	Cumple SI/NO ³⁵	% Cumplimiento ³⁶	Notas
				2010	2011	2012				
				0.61unidades	0.61unidades		0.60unidades			
				7600498.00/12504226.00	7812283.00/12731506.00		7791682.00/12986136.00			
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Tasa anual de consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) por beneficiario	N° consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el año t/N° Población total beneficiaria	unidades	H: 0.61 3759207.00/6127071.00	H: 0.57 3380568.00/5894645.00	0.68unidades 8970879.00/13202753.00	H: 0.53 3389382.00/6350221.00	SI	113.33%	
	Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres:		M: 0.60 3841291.00/6377156.00	M: 0.65 4431715.00/6836861.00	H: 0.00 M: 0.00	M: 0.66 4402300.00/6635915.00			

³⁵ Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2012 es igual o superior a un 95% de la meta.

³⁶ Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2012 en relación a la meta 2012 .

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2012

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2012	Cumple SI/NO ³⁵	% Cumplimiento ³⁶	Notas
				2010	2011	2012				
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	Porcentaje de transferencias efectuadas a los respectivos Servicios de Salud sobre el marco presupuestario vigente de aporte estatal a salud municipal en el año t	(Monto de transferencias efectuadas a los Servicios de Salud, del decreto supremo de aporte estatal a salud municipal, año t/Total de recursos considerados en el decreto supremo de aporte estatal a salud municipal del año t)*100	%	100%	100%	100%	100%	SI	99.94%	
				(370382774/370721238)*100	(453069630/453486261)*100	(535838756905/5332/570224132)*100	(57022414132)*100			
				0	0	536)*100	0			
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud	Porcentaje de avance de Proyectos de inversión decretados	(Monto total de recursos decretados en proyecto de inversión /Monto total de asignación a inversión sectorial en la Ley de Presupuesto)*100	%	100%	99%	99%	100%	SI	99.27%	
				(260542756/260542756)*100	(297052175/298950883)*100	(294275582/296451585)*100	(274975753/274975753)*100			
				0	0	0	0			
	Enfoque de Género: No									
	Enfoque de Género: No									

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2012

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2012	Cumple SI/NO ³⁵	% Cumplimiento ³⁶	Notas
				2010	2011	2012				
Programa Salud Responde	Porcentaje de personas que califica como satisfactoria la información entregada por el programa Salud responde	(Número de personas que califica como satisfactoria la información entregada por el programa Salud Responde/Número de personas que califica la información entregada por el programa Salud Responde)*100 Hombres: Mujeres:	%	0.0%	90.5%		90.0%	SI	106.62%	
				(0.0/0.0)*100	(875.0/967.0)*100		(1080.0/1200.0)*100			
				H: 0.0	H: 90.7	96.0%	H: 90.0			
				(0.0/0.0)*100	(235.0/259.0)*100	(927.0/966.0)*100	(324.0/360.0)*100			
Enfoque de Género: Si				M: 0.0	M: 90.4	H: 0.0	M: 90.0			
				(0.0/0.0)*100	(640.0/708.0)*100	M: 0.0	(756.0/840.0)*100			
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Porcentaje de Garantías GES cumplidas año t	(Número de Garantías Ges cumplidas en el año t/Número de Garantías GES generadas en el año t)*100	%			99.63%	100.00%	SI	99.63%	
						(3065196.00/3076664.00)*100	(2648000.00/2648000.00)*100			
Enfoque de Género: No				N.M.	0.00%	00	00			
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Porcentaje de servicios de salud con unidades de coordinadores de procuramiento y trasplantes intrahospitalarias implementadas	(Nº de servicios de salud con unidades de coordinadores de procuramiento y trasplantes intrahospitalarias implementadas /Nº total servicios de salud que generan donantes)*100	%			100.0%	100.0%	SI	100.00%	
						(25.0/25.0)*100	(25.0/25.0)*100			
Enfoque de Género: No				N.M.	0.0%					

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2012

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2012	Cumple SI/NO ³⁵	% Cumplimiento ³⁶	Notas
				2010	2011	2012				
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Porcentaje de Servicios de Salud con implementación de las estrategias de Telemedicina (teleodontología, Teleradiología osteopulmonar, TAC UEH/UPC)	(Número de Servicios de Salud con implementación en Telemedicina/Total de Servicios de Salud)*100	%			79.3%	69.0%	SI	114.99%	
						(23.0/29.0)*100	(20.0/29.0)*100			
	Enfoque de Género: No			N.M.	0.0%					
Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y evaluación del Sistema de Atención de Salud en Red:	Promedio de días de estada de hospitalización de pacientes en el extra sistema, derivados vía UGCC	Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema/Número total de pacientes trasladados vía UGCC al extrasistema	días			6.9días	6.8días	SI	98.98%	
						15640.0/2274.0	17300.0/2541.0			
	Enfoque de Género: No			S.I.	0.0días					

Porcentaje global de cumplimiento:

Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:	100 %
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:	0%
Porcentaje de cumplimiento global del servicio:	100 %

Anexo 5: Compromisos de Gobierno

Cuadro 11 Cumplimiento de Gobierno año 2012			
Objetivo ³⁷	Producto ³⁸	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ³⁹	Evaluación ⁴⁰
Implementar gradualmente la garantía de calidad	Acompañar y lograr la acreditación de calidad de 10 hospitales: Padre Hurtado, Doctor Exequiel González, El Pino, Talagante, San Juan de Dios, Doctor Luis Tisné y Doctor Luis Calvo Mackenna, Iquique, Los Andes y Chillán		A tiempo en su cumplimiento
Terminar con las cirugías no AUGE que llevan esperando más de un año dentro de los próximos dos años	Terminar con las 89.631 cirugías no AUGE que han esperado más de un año para ser operadas		A tiempo en su cumplimiento
Construir, al menos, 56 nuevos centros de salud familiar	56 centros de salud familiar comenzando obras en 2010-2011		Cumplido
Construir, al menos, 10 nuevos hospitales	10 hospitales comenzando obras en 2011: Hospitales Maipú, La Florida, Antofagasta, Sótero del Río, Félix Bulnes, Salvador, Curicó, Cauquenes, Parral, Constitución.		A tiempo en su cumplimiento
Aprobar la Ley de Derechos y Deberes del Paciente	Aprobar en el Congreso		Cumplido
Terminar con las listas de espera AUGE antes de noviembre de 2011	Dar cumplimiento a las garantías retrasadas AUGE		Cumplido
Formar nuevos especialistas médicos	Formar a 593 médicos especialistas, sub especialistas y dentistas		Cumplido
Implementar 30 centros de salud familiar de excelencia	Implementar 30 centros de salud familiar de excelencia		Cumplido
Implementar programa Mi Hospital se pone a Punto	Ejecutar programa en 13 hospitales		Cumplido

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

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

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

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

Anexo 6: Informe Preliminar⁴¹ de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas⁴² (01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012)

Programa / Institución: Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)

Año Evaluación: 2011

Fecha del Informe: viernes, 03 de mayo de 2013 10:46:22

Cuadro 11	
Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas	
Compromiso	Cumplimiento
<p>1. Definir la población objetivo del PARN acorde a los criterios de selección de beneficiarios.</p>	<p>El compromiso adquirido por ambos ministerios, fue establecer requisitos o condicionantes que las usuarias deberían cumplir a fin de acceder a los beneficios del Programa asistir a talleres en la Atención Primaria de Salud y atender su parto en un establecimiento de la red pública de salud y no focalizar al 60 % de la población más vulnerable, como lo recomendó el panel. Por consiguiente la Población objetivo del PARN, se ha definido como: Recién Nacidos que egresan vivos de un establecimiento público de salud, cuyas madres hayan atendido su parto en la red asistencial. Según lo anterior y considerando el acuerdo sostenido entre autoridades de los Ministerios de Desarrollo Social y Ministerio de Salud, se define no condicionar la entrega de los set de Implementos adscritos al PARN, definiendo la población beneficiaria como todos los recién nacidos/as cuya madre atienda su parto en algún establecimiento de la red pública de Salud y que a egresan vivos/as del establecimiento.</p> <p>Docto: Ord. C59/N° 3284, 08/11/2012, del Sr Subsecretario de Redes Asistenciales</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> programa PARN resolución aprobatoria de programa minuta compromiso respuesta compromiso institucional SRA MDS cambio de condicionalidad PARN Ord 32 84 Subse Redes minuta compromiso PARN dipres dic 2012</p>
<p>1. Definir las condiciones mínimas que requieren los recién nacidos para su desarrollo y priorizarlas en función de estudios y diagnósticos. En concordancia con las condiciones priorizadas, reformular, si corresponde, el set de implementos y los contenidos de las sesiones educativas y materiales educativos.</p>	<p>El estudio se encuentra en etapa de ejecución y se espera su resultado para Junio de 2013.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> contrato de estudio parte 1 contrato de estudio parte 2 informe de estado de avance del estudio 1º informe</p>

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

42 Se refiere a programas/instituciones evaluadas en el marco del Programa de Evaluación que dirige DIPRES.

Cuadro 11
Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>1. Presentar resultados de las capacitaciones (asistencia, contenidos, etc.) y entrenamiento a los equipos de salud en los cuales se presente la nota metodológica actualizada y se socialice el aporte de la inserción de las actividades del PARN en el catálogo de prestaciones. Reforzar en los mismos los contenidos asociados a las condiciones mínimas.</p>	<p>Las capacitaciones realizadas durante el año 2012 fueron de carácter nacional, en modalidad presencial, organizando los Servicios de Salud en macrozonales: Norte, Centro y Sur. La capacitación macrozonal Norte fue realizada en la ciudad de Arica el día 5 de Julio del 2012, asistieron 208 personas e involucró a los servicios de arica, Atacama, Antofagasta y Coquimbo. La capacitación macrozonal Centro fue realizada en la ciudad de Santiago el día 23 de noviembre, asistieron 256 personas provenientes de los servicios de salud de la metropolitana (Sur, Sur Oriente, Norte, Occidente, Oriente y Central) Del Maule, Ohiggins, Aconcagua y Valparaíso- San Antonio. En la macrozonal Sur se realizó el día 12 de septiembre en la ciudad de Valdivia, asistieron 183 personas. Los contenidos entregados en las capacitaciones presenciales fueron los siguientes: Fomento de las competencias Parentales en el Desarrollo Infantil, Buenas prácticas CHCC de promovidas desde cada SS y cambios en la nota metodológica del Programa de apoyo al recién nacido. También se generó un Curso e-learning de 20 horas cronológicas, en modalidad de aprendizaje autogestionado y con certificación. El objetivo del curso es que los y las profesionales del sistema público de salud, que desarrollan actividades en el ámbito de la gestación, nacimiento y de la atención de los niños y niñas, en la infancia temprana, actualicen conocimientos sobre crianza temprana con enfoque respetuoso del bebé; conozcan los cambios en la implementación, las características de los paquetes y el uso de los implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido a fin de facilitar la educación de las familias para obtener el máximo beneficio de cada uno de ellos. Contenidos: Descripción del Programa de Apoyo al Recién Nacido(a), Aspectos operativos del Programa de Apoyo al Recién Nacido(a), Educación para las familias, Contenidos educativos de las sesiones prenatales y del puerperio.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> programa PARN 2012 ppt de las capacitaciones PARN programa y listado de Macrozonal Centro programa y listado macrozonal Norte programa y listado macrozonal Sur evaluación macrozonal Norte evaluación macrozonal Centro evaluación macrozonal Sur ficha técnica del curso elearning</p>
<p>1. Realizar análisis de costos de la incorporación del operador logístico en la distribución de los sets a maternidades, el control del stock y entrega de los sets. Levantar las condiciones logísticas en los puntos de entrega y establecer estrategias de apoyo a maternidades para mejorar las condiciones logísticas y</p>	<p>Se realiza el estudio "Evaluación Económica Operación Logística PARN" durante el año 2011, este estudio tiene por objetivo el análisis de costos de la incorporación de un operador logístico en la distribución de los sets, el control de stock y la entrega de los sets; con la finalidad de mejorar y hacer más eficiente el proceso de entrega de los Ajuares. Para esto el estudio utilizó una metodología de levantamiento de información y diagnóstico de la situación existente en el programa PARN y</p>

Cuadro 11
Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
administrativas.	<p>sus condiciones logísticas. El estudio definió un alcance de nivel nacional, incluyendo comparación de gasto según la geografía u otras características de la región. Analizó sus métodos de entrega y comparó distintos escenarios, obteniendo como resultado del estudio que el escenario más conveniente a nivel económico y metodológico es la incorporación de un Operador Logístico externo.</p> <p>Para esto se licitó y contrato un operador externo y se implemento en el Sistema Informático del PARN una pestaña para el Operador Logístico.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> contrato operador logístico Evaluación económica operador logístico verificable de operador logístico vigente</p>

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2012

I.- Identificación

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

II. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión				Prioridad	Ponderador	% del ponderador obtenido	Cumple
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance							
			I	II	III	IV				
Marco Básico	Planificación / Control de Gestión	Descentralización	O				Mediana	20.00%	100	✓
		Equidad de Género	O				Menor	10.00%	100	✓
	Planificación y Control de Gestión	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	O				Alta	60.00%	100	✓
		Calidad de Atención de Usuarios	Sistema Seguridad de la Información			O		Menor	10.00%	100
Porcentaje Total de Cumplimiento :							100.00%			

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

Cuadro 12				
Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2012				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁴³	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁴⁴	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴⁵
Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales	37	6	96.7%	16%
División Atención Primaria	28	4	98.9%	16%
División de Gestión y Desarrollo de las Personas	32	8	100.0%	16%
División de Inversiones	36	5	98.9%	16%
División de Gestión de Redes Asistenciales	37	6	96.6%	16%

43 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2012.

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

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

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

Nº	Nº de Boletín	Descripción	Objetivo	Fecha ingreso	Estado de tramitación	Beneficios Directos
1	8036-11	Otorga a los funcionarios del sector salud que indica, una bonificación por retiro voluntario y una bonificación adicional.	Se propone la creación de diversos incentivos al retiro respecto de funcionarios del sector de la salud que se indica, a saber, una bonificación por retiro voluntario y una bonificación adicional. Además, esta iniciativa consagra la compatibilidad de sus beneficios con aquellos establecidos por la ley N° 20.305 para el personal del sector salud.	15-11-2011	Ley 20.612 Publicada en Diario Oficial el 20 de agosto de 2012	Establece una bonificación por retiro voluntario equivalente a un mes de remuneración imponible por cada año de servicios prestado y fracción superior a seis meses. Lo anterior, para todos aquellos funcionarios que se desempeñan en los organismos de salud que se indican y que cumplan con las edades requeridas, esto es, 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres en cada uno de los períodos señalados en su articulado.
2	8140-11	Otorga al personal de la atención primaria de salud que indica, una bonificación por retiro voluntario y una bonificación adicional.	Se propone la creación de diversos incentivos al retiro respecto de funcionarios del sector de la salud municipal que se indican.	10-01-2012	Ley 20.589. Publicada en el diario oficial el 11 de mayo de 2012.	Establece una bonificación por retiro voluntario a los funcionarios de la salud municipalizada.
3	8660-11	Que otorga asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios, para los funcionarios pertenecientes a las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los establecimientos de los servicios de salud.	Otorga un bono por mejorar el trato.	29-10-2012	Ley 20.646. Publicada en el diario oficial el 15 del diciembre de 2012	Mejora las condiciones laborales de los funcionarios de la salud centralizada.

4	8661-11	Crea asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario, para los funcionarios regidos por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.	Otorga un bono por mejorar el trato	30-10-2012	Ley 20.645. Publicada en el diario oficial el 156 de diciembre de 2012.	Mejora las condiciones laborales de los funcionarios de la salud municipalizada.
5	8618-11	Crea los Hospitales Clínicos Metropolitanos de "La Florida" y "El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada", actualmente en etapa final de su construcción.	Regularizar como instituciones y como personas jurídicas a hospitales públicos que se encuentran en su fase final de construcción y próximos a entrar en funcionamiento.	10-10-2012	En 2º trámite constitucional. Despachado de la Comisión de Salud el 12 de mayo de 2013 y pasa a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados.	Brindar una institucionalidad jurídica a este tipo de hospitales para que se mantengan en la misma forma en que fueron creados.
6	8922-11	Establece los incentivos remuneracionales que indica, a favor de los profesionales de los servicios de salud que señala.	Mejorar las condiciones remuneracionales de los médicos del Sector público, incentivándolos a permanecer en el sector, fortaleciendo las zonas más alejadas y con una brecha mayor de este tipo de profesionales.	07-05-2013	En 1º trámite constitucional. Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.	Establece un bono para los profesionales médicos.

Anexo 10: Premios o Reconocimientos Institucionales

No aplica



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile