



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL 2013

Subsecretaría de Redes Asistenciales

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2013

MINISTERIO DE SALUD

**SUBSECRETARÍA DE REDES
ASISTENCIALES**

Mac Iver 541, 5740100

www.minsal.cl

Índice

1. Carta Presentación del Ministro del ramo	3
2. Resumen Ejecutivo Servicio	5
3. Resultados de la Gestión año 2013	9
3.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2013 y la Provisión de Bienes y Servicios.....	9
4. Desafíos para el año 2014	34
5. Anexos.....	41
Anexo 1: Identificación de la Institución	42
a) Definiciones Estratégicas.....	42
b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio	46
c) Principales Autoridades	47
Anexo 2: Recursos Humanos	48
Anexo 3: Recursos Financieros	55
Anexo 5: Compromisos de Gobierno	68
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas (01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013)	70
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2013.....	72
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo	73
Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales	73
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	73
Anexo 10: Premios o Reconocimientos Institucionales.....	75

1. Carta Presentación del Ministro de Salud



El presente Balance Gestión Integral, nos muestran los resultados de los principales proyectos, logros, de todos los organismos que componen el Ministerio de Salud.

Durante el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera se construyeron y entregaron a la población 27 nuevos Hospitales a nivel país. Dentro de ellos: Maipú y La Florida en la Región Metropolitana, el Regional de Puerto Montt, el Traumatológico de Concepción, Cañete y Tocopilla, por nombrar algunos. Además, hay otros 44 que quedaron en ejecución o por iniciar obras. Junto con ello se entregaron 67 consultorios y otros 52 se encuentran en obras o inicio de faenas, para totalizar 119 establecimientos.

Pero no sólo hubo preocupación por mejorar el acceso a la salud a través de obras de infraestructura, sino también en dotar de especialistas a los hospitales, a través del Programa Especialistas para Chile que consiste en fortalecer la formación de los médicos. En el período 2010-2014 se formaron más de 4 mil facultativos. En paralelo, se amplió el programa de capacitación para los funcionarios de Atención Primaria. Se introdujeron bonos de estímulo para los trabajadores a través del Bono Trato Usuario y en noviembre del 2013 se promulgó además la Ley Especialistas para Urgencia, que en lo central aumenta los ingresos de los médicos que se desempeñan en los servicios de emergencia y aquellos que trabajan en hospitales de zonas extremas del país.

En materia legislativa, uno de los grandes logros de la administración es la nueva Ley de Tabaco, que establece espacios cerrados 100% libres de humo del cigarrillo, siendo las SEREMIS las responsables de velar por su correcta implementación. Se han efectuado desde su publicación más de 20 mil fiscalizaciones. Otro logro, es la Ley de Etiquetado de Alimentos, donde la ciudadanía podrá reconocer aquellos alimentos envasados que contengan altos niveles en algunos nutrientes como calorías, azúcares, grasas saturadas y sal.

Continuando con la labor de prevención y vigilancia, se logró la incorporación en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) de 4 nuevas vacunas: neumococo para niños, niñas y adultos de 65 años; coqueluche para adolescentes; meningitis por W-135 para proteger a los menores de 1 año frente a esta enfermedad y Virus del Papiloma Humano para niñas de 9 años, lo que permitirá disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino en Chile.

En relación a las Prestaciones de Seguridad Social, en la Modalidad de Libre Elección (MLE), se incorporan 21 nuevos Programas Asociados a Diagnóstico (PAD), llegando a un total de 62 PAD, en paralelo, se realizaron 35.003 fiscalizaciones, para verificar el correcto otorgamiento de las atenciones a los beneficiarios en los prestadores de salud; en el caso de la Modalidad de Atención Institucional (MAI), se incrementó el presupuesto en MM\$ 228.901, esto permitió desarrollar

programas como el Piloto Preventivo AUGE para tratamiento de alcohol en población entre 15 y 44 años, la promoción y prevención en salud bucal en población preescolar y el control de salud Joven Sano, entre otros.

Destacada fue también la ampliación del programa de Fertilización Asistida de Baja Complejidad, que incorporó mil nuevos cupos, con un presupuesto de MM\$1.800.

Con el fortalecimiento de ANAMED, como agencia reguladora, se impulsó la implementación de la bioequivalencia de medicamentos, lo que permitió aumentar el número de productos Bioequivalentes a 357 disponibles para la ciudadanía. Y se promulgó la Ley Nacional de Fármacos, que va a permitir a la población el acceso a medicamentos de calidad a bajo costo. En lo medular esta normativa obliga la prescripción de remedios bajo su nombre genérico, lo que otorga a las personas la posibilidad de elegir al momento de la compra. También incluye la venta en dosis unitaria, la comercialización de remedios que no requieren de receta médica en las góndolas de las farmacias, la obligación de colocar el precio del medicamento en su envase, entre otras medidas.

También se creó el Fondo Nacional de Medicamentos que considera US\$ 36 millones para el tratamiento de enfermedades infrecuentes en niños y cánceres no incluidos en el AUGE.

Se fortalecieron las funciones fiscalizadoras y reguladoras de la Autoridad Sanitaria en donde se logró la devolución de M\$ 4.131.421.- con lo que se favoreció a 216.000 personas, producto de las fiscalizaciones efectuadas al sistema ISAPRES durante 2013. El sistema de acreditación de calidad en la atención de salud evaluó y acreditó a 32 nuevos prestadores institucionales, acumulando un total de 68 prestadores institucionales acreditados.

Se fortaleció la calidad de la atención para garantizar la seguridad del paciente, a través del monitoreo de cumplimiento de normas y protocolos, aplicándose una lista de chequeo en 176.147 pacientes operados de un total de 205.485 pacientes operados seleccionados. Dentro de la misma línea entró en vigencia el 1 de Julio del 2013 la Garantía Explícita de Calidad, que implica que las prestaciones de salud garantizadas deben ser otorgadas por un prestador registrado o acreditado.

Se logró contar con hospitales con mejor tecnología al servicio de las personas, a través de Telemedicina que abarcó a diciembre del 2013, a los 29 Servicios de Salud con al menos un proyecto (Tele radiología de Urgencia, Tele radiología Osteo pulmonar, Dispositivos Móviles de Tele consulta y Tele dermatología).

Por último, se puede señalar que en el Sector de Salud, se ha avanzado contribuyendo a lograr y conseguir los 9 objetivos estratégicos contemplados en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.


Dr. Jaime Mañalich Muxi
Ministro de Salud

2. Resumen Ejecutivo Servicio



La Subsecretaría de Redes Asistenciales, corresponde a una de las siete instituciones dependientes del Ministerio de Salud, desde allí es responsable de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de Servicios 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, velando por la calidad en las atenciones y la satisfacción de nuestros beneficiarios. En el mismo marco, sus objetivos estratégicos consideran, fortalecer el Modelo de Gestión de la Red Asistencial, velar por el cumplimiento del Régimen de Garantías Explícitas en la atenciones que prestamos, relevar el rol que cumple la Atención Primaria en el sistema de salud otorgando atenciones de salud resolutivas con foco en la Familia y la Comunidad y administrar eficientemente los recursos humanos y financieros asignados para el funcionamiento del sistema.

Nuestros usuarios 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 2012 era equivalente a 13.377.082 beneficiarios, dato vigente para el ejercicio del año 2013.

Nuestra estructura considera una dotación efectiva de 187 funcionarios, siendo 129 mujeres y 58 hombres. El Organigrama institucional establece que desde la máxima autoridad representada por el Subsecretario de Redes Asistenciales dependan un Gabinete y cuatro Divisiones organizadas según áreas estructurales de Gestión, la asociada a la Gestión de las Redes Asistenciales (sigla DIGERA) la responsable de los proyectos de Inversión Sectorial (denominada INVERSIONES) la vinculada a la Gestión y el Desarrollo del Recurso Humano de los Servicios de Salud (sigla DIGEDEP) y la respectiva a la Gestión de la Atención Primaria (sigla DIVAP). Respecto a la presencia institucional en regiones, no contamos con oficinas dependientes, sino más bien con una relación de coordinación, regulación, supervisión y apoyo a los 29 Servicios de Salud existentes, quienes desde una gestión autónoma son los responsables de otorgar la atención directa a los usuarios del sistema público de salud.

Según la ley de Presupuesto vigente nuestra institución recibió para su gestión 2013 un presupuesto equivalente a 332.248 millones de pesos, el detalle incluye el Programa 01 de bienes y servicios y 02 de inversión sectorial. En relación al presupuesto sectorial esto representa 4,2% del total y el 0,30% del PIB para el mismo año.

Del resultado obtenido respecto a nuestra gestión, me es posible señalar que durante el año 2013, cumplimos con la resolución de las 89.631 personas que se encontraban en la lista de espera

quirúrgica no GES mayor a un año anunciada por el Presidente el 21 de mayo del año 2011, para la cual se nos otorgó hasta este año para solucionarlas. Al cierre de diciembre, el 97% de este universo se encontraba resuelto, quedando sólo 2.766 personas pendientes. Si bien los resultados revelan éxito de este desafío, mantenemos el compromiso con cada uno de estos pacientes aún no resueltos, mediante un seguimiento estricto hasta lograr finalizar su proceso de atención.

Cabe destacar que adicionalmente al cumplimiento de este compromiso fuimos capaces en conjunto con los Servicios de Salud de quebrar la curva de antigüedad de la espera quirúrgica debido a la disminución significativa de los pacientes con esperas excesivas, **transitando de una espera máxima de 10 años a 3 años.**

En el ámbito de la Calidad de la atención, logramos continuar avanzando en el proceso de Acreditación de establecimientos de la Red Pública. A diciembre del 2013, se aumentaron en un 100% los resultados del año 2012 (5 establecimientos), completando 11 establecimientos acreditados, 10 Establecimientos Hospitalarios Autogestionarios de la Red más un establecimiento Experimental.

Respondiendo a lo establecido en los marcos jurídicos del Estado Chileno, en cuanto a la obligación del Ministerio de Salud de otorgar atención en salud mental a aquellas personas adultas o menores de edad que lo requieran y que se encuentran en conflicto con la justicia, se logró en un trabajo conjunto con el Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile y SENAME la implementación de 11 Unidades de Psiquiatría Forense para adultos y jóvenes.

Al revisar los resultados obtenidos en torno a la gestión de la División de Atención Primaria, me complace evidenciar los incrementos logrados en relación al financiamiento per cápita municipal. Durante el año 2013, se aumentó a \$3.509 por persona al mes la cuota per cápita para financiar el Plan de salud municipal, lo que representó un crecimiento real en la tarifa basal de 8.2% respecto del año 2012. Esto nos permitió introducir mejoras en los ámbitos de la prevención, diagnóstico y tratamiento del nivel primario.

En lo referido al reforzamiento de la Red de Urgencia de Atención Primaria, se logró el aumento de once nuevos establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), tres SAPU verano y diez de Urgencia Rural (SUR) totalizando cuatrocientos treinta y siete establecimientos en esta red a nivel país.

Se cumplió también con el compromiso de mejorar la resolutivez de la APS en las especialidades de Oftalmología, Dermatología y Cirugía General. Para dar cuenta de la demanda oftalmológica hemos logrado implementar 87 UAPO¹ distribuidas a lo largo del país en los Servicios de Salud con mayor demanda por esta especialidad. En Dermatología se fortaleció el uso de la Tele dermatología, pudiendo realizar durante el año 2013 8.200 atenciones a través de esta estrategia. En lo que

¹ Unidades de atención primaria oftalmológica

respecta a Cirugía General hemos logrado instalar 407 Salas de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad. Adicionalmente durante el año 2013, se logró incorporar la especialidad de gastroenterología a este nivel de atención con el objetivo de contribuir a la prevención temprana del cáncer gástrico entregando 6.781 canastas integrales para la erradicación de Helicobacter Pylori.

Para el año 2013 la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) tuvo como objetivos estratégicos impulsar una profunda reingeniería de la gestión de los hospitales y Servicios de Salud que permitiera mejorar el funcionamiento de la red pública, lograr la incorporación de los once nuevos problemas de salud garantizados debido a la entrada en vigencia de las GES 80 y 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.

En relación a lo anterior, me permito informar que fue posible continuar fortaleciendo la Gestión de Camas de la Red Asistencial implementando nuevas camas agudas, críticas de UCI, UTI y neonatológicas, además del modelo de hospitalización domiciliaria. En la línea de la Red de Urgencia, conseguimos recursos para mejorar la calidad y oportunidad de la atención con la incorporación de ocho equipos SAMU2 y una plataforma tecnológica que facilitará la coordinación de atención pre hospitalaria de urgencia. A partir del 01 de julio del año 2013 se cumplió con la incorporación de los once nuevos problemas de salud comprometidos para las GES 80, gracias a la actualización oportuna de los marcos normativos y procesos asociados, capacitación de equipos directivos, referentes de gestión y registro de información y el fortalecimiento de la red con financiamiento para enfrentar el desafío. Considerando el incremento, la evaluación del cumplimiento de garantías GES por Servicio de Salud, al cierre del 2013 fue de un 99,7% a nivel país, lo que evidencia el compromiso y la gestión coordinada desempeñada por el equipo del nivel central responsable y los Servicios de Salud. Desde punto de vista del número de personas atendidas al 31 de Diciembre del 2013, se registró un total acumulado de 19.196.220 personas beneficiadas por el GES en el sector público, es decir, 3.020.517 más que el año anterior.

También continuamos trabajando en el concepto de la Telemedicina, logrando instalar al menos una estrategia de este tipo en los 29 Servicios de Salud. En lo relativo a la Codificación por Grupo Relacionado de Diagnóstico fue posible conocer que en el año 2013 el Índice de complejidad de los pacientes egresados de los hospitales participantes a nivel país es de un 0,81, que el porcentaje de casos outliers es de un 6,2%³ y la estancia media bruta de los pacientes es de 6,13 días. Considerando el tipo de Ingreso o vía de acceso a la hospitalización, se determinó que un 54% de estos provenían del Servicio de Urgencia y un 23% correspondían a pacientes del área Obstétrica o del área quirúrgica electiva o programada. Desde el punto de vista de la condición de egreso fue

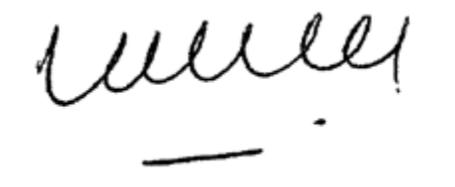
2 Servicios de Atención Médica de Urgencia.

3 El Índice de complejidad representa la intensidad de usos de recursos según los procedimientos realizados en un egreso. Los Outliers corresponden al porcentaje de todos los egresos hospitalarios que permanecieron en un establecimiento más del tiempo indicado por la norma país.

posible señalar que el 92% fue enviado a su domicilio, el 3% egresó fallecido, el 2% fue derivado para su recuperación a otro hospital del servicio de salud y un 1% correspondió a una alta voluntaria u otra condición.

Una tarea importante para la División de Gestión y Desarrollo de las personas fue fortalecer a los Servicios de Salud en el ámbito de los recursos humanos, por lo que durante el año 2013, generaron un incremento de las dotaciones máximas en 20.086 horas de la Ley 19.664, 362 cargos de la Ley 15.076, 3.609 cargos de la Ley 18.834 y 891 horas para los Establecimientos Experimentales, lo que contribuyó a potenciar la capacidad instalada y resolutivez de las redes asistenciales, a través de la puesta en marcha de nuevos proyectos de inversión hospitalaria, incorporación de líneas programáticas de apoyo a la gestión GES y desarrollos intersectoriales.

Por último, gracias al trabajo desarrollado por nuestra División de Inversiones, en el ámbito de infraestructura y equipamiento para la red hospitalaria y atención primaria, durante el año 2013 logramos terminar 16 proyectos adicionales a los entregados al año 2012, 6 hospitales y 12 centros de atención primaria. Esto permitió avanzar en el compromiso del sector para el período 2010- 2014, de los diez hospitales prometidos se lograron 17 terminados y entregados, y de los cincuenta y seis Centros de Salud Familiar fueron 62 los que entraron en operación.



Dr. Luis Castillo Fuenzalida

Subsecretario de Redes Asistenciales

Ministerio de Salud

3. Resultados de la Gestión año 2013

3.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2013 y la Provisión de Bienes y Servicios.

El presupuesto para el año 2013 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales consideró un total de \$331.405 millones, el detalle incluyó el Programa 01 (bienes y servicios) y 02 (inversión sectorial). En el año 2012 dicho presupuesto fue equivalente a \$39.768 millones para Bienes y \$297.289 millones para inversión en infraestructura.

LISTAS DE ESPERA NO GES

El 21 de Mayo del 2011 el Presidente Sebastián Piñera Echenique en su mensaje presidencial para mejorar la calidad y equidad de la Salud enfatizó que el Gobierno asumía un nuevo compromiso, la enorme deuda que se tenía con las cirugías No AUGE donde 89 mil 631 personas habían esperado más de un año para ser operadas. El desafío Presidencial fue asumido por el Ministerio de Salud aprovechando la oportunidad para, desde el punto de vista técnico, avanzar en la instalación de un proceso de gestión de la información y resolución de las Listas de Espera, que fuera oportuno, confiable y sólido. En ello, la Subsecretaria de Redes Asistenciales asignó la responsabilidad al Departamento de Gestión de la Información (DGI) para fortalecer la Gestión del Registro de las Listas No Ges tanto de Consulta de nueva Especialidad como de Intervención Quirúrgica y la resolución de la lista de espera quirúrgica del Compromiso Presidencial.

Las estrategias planteadas consideraron: contar con equipos responsables tanto a nivel central, como en los Servicios de Salud y sus establecimientos para la recopilación de información como la resolución; actualizar el Marco Normativo de Registro de Listas de espera definido durante el año 2008; la asignación de financiamiento adicional sólo para la gestión de listas de espera mayores a un año el cual sería transferido contra el cumplimiento periódico de la resolución quirúrgica de estos pacientes.

Todas estas estrategias permitieron que en Enero del 2013 se lograra reducir a 24.892 las personas en espera mayor a un año del Compromiso Presidencial lo que significó un cumplimiento del 72% del compromiso encomendado al Ministerio de Salud. A partir de este resultado, se implementa el plan LENA cuya misión es mejorar los resultados obtenidos a la fecha, a nivel país, en la resolución de las listas de espera quirúrgica NO GES, principalmente a través de la optimización del funcionamiento de la oferta pública institucional y la generación de una oferta privada que a costos controlados, permita asegurar un acceso equitativo de los beneficiarios del sistema público de salud, aumentando con ello su nivel de satisfacción.

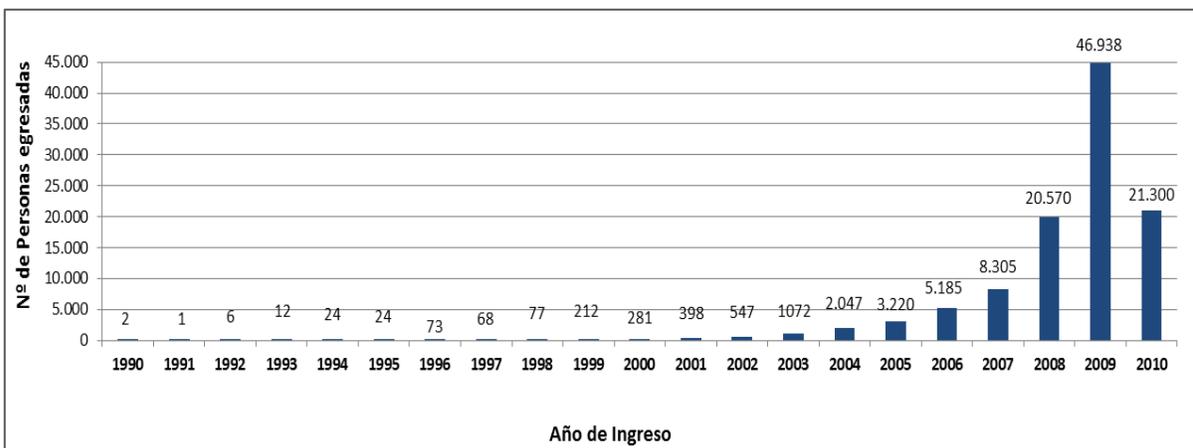
Finalmente de las 89.631 personas que se encontraban en la lista quirúrgica no GES mayor a un año anunciado por el Presidente, se logró reducirlas a 2.766 personas a diciembre del 2013 equivalentes a 97% del universo comprometido.

Gráfico N°1 Evolución de la disminución de la Lista de Espera NO GES Quirúrgica mayor a un año al 2010 – Compromiso Presidencial. Corte diciembre 2013. Fuente: RNLE.



Además del trabajo realizado por nuestra Subsecretaria en conjunto con los Servicios de Salud en torno a la resolución de este universo, fue factible quebrar la curva de antigüedad de la espera quirúrgica debido a la disminución significativa de los pacientes con esperas excesivas, **transitando de una espera máxima de 10 años a 3 años.**

Gráfico N°2 Antigüedad de las listas de espera quirúrgica no GES. Corte diciembre 2013 Fuente: RNLE.



CALIDAD DE ATENCIÓN

FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el marco de la mejoría continua de la calidad y respondiendo a la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes de las personas en acciones vinculadas a la atención en salud, que rige a contar del año 2012, el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a nombre del MINSAL ha debido velar por garantizar la calidad de la atención en salud de los beneficiarios del seguro público dado que constituye un objetivo fundamental de este gobierno, el cual se ha materializado a través de la estrategia de fortalecimiento de la calidad de la atención.

Los componentes más relevantes de esta estrategia y su impacto corresponden a:

1. **El Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente**, cuya creación contribuye a implementar, monitorear y evaluar todas las normas y protocolos asociados a la calidad y seguridad del paciente e introducir las mejoras necesarias. Una de ellas está asociada a la responsabilidad de monitorear el cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo quirúrgico en los hospitales públicos de mayor y mediana complejidad. Dicho monitoreo persigue conocer el nivel de adherencia a las prácticas clínicas según norma específica, evaluar resultados, orientar sobre instancias de mejora y estimular la aplicación de planes de intervención, contribuyendo a la instalación progresiva de una cultura de seguridad en la atención de los pacientes quirúrgicos.

Durante el año 2013, se aplicó la lista de chequeo en **179.604** pacientes operados sobre un total de **209.207** pacientes operados seleccionados, lo que muestra un cumplimiento del **86% equivalente a** un 16% más por sobre la meta propuesta para el año recién pasado (70%).

2. **Creación de Comisión Nacional de Resistencia Microbiológica:** con el propósito establecer las condiciones necesarias para controlar y disminuir el problema de resistencia bacteriana en el país.

Tabla N°1 Porcentaje de pacientes operados en SNSS con aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía a diciembre del 2013, actualizado a feb.2014.Fuente:Depto. Calidad.

APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA					
PERIODO DE EVALUACION TRIMESTRAL	CORTE I	CORTE II	CORTE III	CORTE IV	ACUMULADO ANUAL 2013
NUMERO DE PACIENTES OPERADOS CON LISTA APLICADA	31.130	48.243	48.029	52.202	179.604
N° TOTAL DE PACIENTES OPERADOS (MUESTRA)	40.267	55.239	54.424	59.277	209.207
RESULTADO	77%	87%	88%	88%	86%
TOTAL DE HOSPITALES QUIE REPORTAN	58	74	76	88	N/A

ACREDITACIÓN DE LA GARANTÍA DE CALIDAD.

En Mayo del 2011 la autoridad ministerial definió que al 1° 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 llevaría 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 solicitaba lograr la acreditación del 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, buscando que los 57 Establecimientos Auto gestionados de la Red pública estuviesen acreditados al 1° de Julio 2014.

Al cierre del año 2012 los resultados del plan evidenciaron la existencia a nivel país de 13 prestadores institucionales de atención cerrada de mayor complejidad acreditados, siendo 5 de ellos públicos: Instituto Nacional del Cáncer, Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Hospital Padre Hurtado (Experimental), Hospital San Juan de Dios y Hospital San Juan de Dios de Los Andes.

A diciembre del 2013, se logró aumentar en un 100% el universo correspondiente al sector público de salud completando 11 establecimientos acreditados, 10 Establecimientos Hospitalarios Autogestionarios de la Red más un establecimiento Experimental (Tabla N°2). El hospital INCANCER, pierde condición de "Acreditado" por razones administrativas, habiendo solicitado re-acreditación fuera del plazo correspondiente (Agosto 2013).

Tabla N° 2: Hospitales de mayor complejidad acreditados del SNSS. Diciembre 2013.
Fuente: Depto. Calidad- MINSAL

N°	Servicio de Salud	Hospital	Año de acreditación
1	Metropolitano Sur	Exequiel Gonzalez Cortes	2012
2	Metropolitano Sur Oriente	*Padre Hurtado (Experimental)	2012
3	Metropolitano Occidente	San Juan de Dios	2012
4	Aconcagua	San Juan de Dios de Los Andes	2012
5	Aconcagua	Hospital San Camilo	2013
6	Talcahuano	Hospital de Tomé	2013
7	Araucanía sur	Hospital de Temuco	2013
8	Valdivia	Hospital de Valdivia	2013
9	Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco	2013
10	Metropolitano Sur	Hospital El Pino	2013
11	Metropolitano Occidente	Hospital de Talagante	2013

INSTALACIÓN DE UNIDADES DE PSIQUIATRÍA FORENSE DE ADULTOS Y MENORES.

Durante el año 2013, el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaria de Redes Asistenciales y como proyecto intersectorial junto al Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile y SENAME logra la instalación de las Unidades de Psiquiatría Forense para adultos y menores. Esta estrategia viene a dar respuesta a lo establecido en los marcos jurídicos del Estado Chileno, en cuanto a dar atención en salud mental a aquellas personas adultas o menores de edad que lo requieran y que se encuentran en conflicto con la justicia. Al MINSAL le correspondió el financiamiento de la contratación del Recurso Humano clínico y parte de la operación de las 11 unidades de hospitalización psiquiátrica, colaborando con la construcción o habilitación de espacios, mantención de los mismos y otra parte de la operación a cargo del Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD Y TRATO AL USUARIO

Desde de la perspectiva de la participación social, al año 2013 se ha logrado consolidar la implementación de cuatro estrategias las que en conjunto han contribuido a mejorar la satisfacción usuaria: **Realización de Diálogos Ciudadanos Participativos**: Instancia de participación realizada entre la comunidad organizada y el Subsecretario de Redes Asistenciales, cuyo objetivo es generar una retroalimentación entre ambos para mejorar las políticas de salud. **Jornadas “Aunando Miradas”**: Capacitación y sensibilización a funcionarios de salud (basado en la Ley Antidiscriminación), que buscan mejorar el trato a grupos vulnerados. **Jornadas “Humanización y Elaboración Positiva del Duelo”**: Su objetivo es sensibilizar y capacitar a funcionarios de la red para mejorar su relación con los usuarios afectados por la muerte de un familiar y apoyarlos en el difícil proceso. **Protocolos de Atención en Urgencia**: Creados para apoyar la Ley de Derechos y

Deberes y los procesos de acreditación hospitalaria, implementados en tres áreas de atención: ventanilla, triage y atención médica.

Tabla N° 3 Total de asistentes por Diálogo Ciudadano realizados entre el 2011 al 2013 Fuente: Depto. Participación Social- MINSAL

Diálogos Ciudadanos		
AÑO	Nº DE DIÁLOGOS CIUDADANOS	Nº DE ASISTENTES
2011	5	570
2012	10	3.270
2013	13	2.598

Tabla N° 4 Total de funcionarios del SNSS capacitados en Jornadas Aunando Miradas a Diciembre 2013. Fuente: Depto. Participación Social- MINSAL

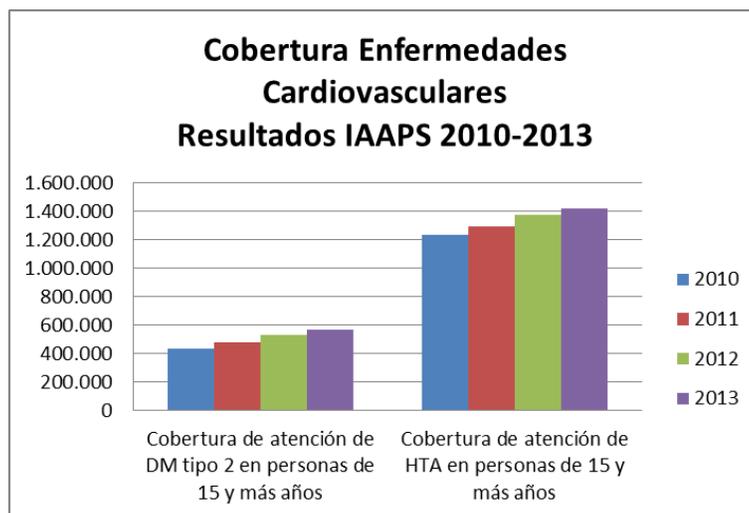
Jornadas "Aunando Miradas" (2012-2013)		
TEMÁTICA ABORDADA	Nº JORNADAS	Nº FUNCIONARIOS
Discapacidad	2	135
Diversidad Sexual	10	1150
Adulto Mayor	2	170
Pueblos indígenas	1	70
Migrantes	4	280

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, analizadas 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 plantean de manera prioritaria las líneas estratégicas que se detallan.

Durante el año 2013, la atención primaria de los Servicios de Salud recibió un presupuesto equivalente a \$968.721.756 millones, lo que representó un incremento de \$ 89.119.522 (\$ constantes) millones al compararlo con el año 2012, equivalente a un 10.1%. Dicho aumento se evidenció en el valor del Per Cápita Basal, el que alcanzó un total de \$3.509 por persona al mes y un crecimiento real en la tarifa basal de 8.2% respecto del Año 2012. 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 trasmisibles 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). (Gráfico N°3)

GRÁFICO Nº3 COBERTURA DE ATENCIÓN MEDICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ATENCIÓN PRIMARIA 2010-2013.



Fuente: DEIS/ Departamento modelo de atención primaria / DIVAP / MINSAL 2014

MEDICAMENTOS AUGE APS

Para este nivel de atención, en el ámbito de medicamentos AUGE, la División de Atención Primaria continuó con el desarrollo de las tres estrategias definidas de abordaje para implementarlo: el Programa de Atención Primaria, transferencia de recursos a Municipios y dispensadores automáticos de fármacos. En lo relacionado al Programa de Atención Primaria se consideran dos líneas programáticas: a) Programas APS, destinado a fármacos de Salud Cardiovascular, Epilepsia, Presbicie, Parkinson, Anticonceptivos y Artrosis, y b) Fármacos de Control Enfermedades Respiratorias incluyendo Inhaladores, aerocámaras y otros. Respecto a los recursos transferidos a Municipios, y sujetos de convenios, el año 2013 se apoyó la adquisición de los medicamentos de los dos nuevos problemas de salud GES incluidos en el AUGE 80, Hipotiroidismo y erradicación de *Helicobacter Pylori*. Finalmente, en lo relacionado a los dispensadores de fármacos se continuo con el proyecto iniciado el año 2012, cuyo objetivo principal es brindar oportunidad y acceso de la población a sus tratamientos farmacológicos a través de sistemas de dispensación automática, se instalaron 40 máquinas de entrega automática en 5 comunas de la Región Metropolitana (La Florida, lo Prado, Pudahuel, Puente Alto, La Granja), a Agosto de 2013 se habían entregado en total 19.746 recetas en todos los centros participantes del proyecto.

PROGRAMA PLAN ARAUCANÍA

El Plan Araucanía busca contribuir a la disminución de brechas de salud existente entre la población mapuche de la región y la no mapuche, puesto que subsisten diferencias en cuanto a mortalidad infantil elevada, desigualdad en el acceso en territorios donde residen los indígenas, 40% de la población indígena se ubica en los quintiles más pobres de ingresos. Además, la Región de la Araucanía congrega el porcentaje de población indígena más representativo en comparación a otras regiones del país, el mayor número de comunas vulnerables y los indicadores de salud más

desmejorados. Para el Ministerio de Salud es un compromiso asumido con el mundo indígena, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida mapuche, a través de una atención de salud culturalmente pertinente y el mejoramiento de los Centros de Salud Intercultural en dicha región. Los recursos asociados al Plan Araucanía han permitido la elaboración de un plan de trabajo en coordinación con los equipos de salud local y las comunidades mapuche de las comunas involucradas.

TABLA N°5 DISTRIBUCION DE RECURSOS PLAN ARAUCANIA AÑO 2013. Fuente: DIVAP.

DESGLOSE FINANCIERO PLAN ARAUCANIA 2013	
EXPERIENCIAS DE SALUD INTERCULTURAL	MONTO \$
HOSPITAL DE MAKEWE	86.134.326
CENTRO DE SALUD BORO A FILULAWEN	67.651.200
ASOCIACION INDIGENA NEWENTULEAIÑ	168.938.040
CENTRO DE SALUD BOYECO, TEMUCO	20.000.000
TOTAL	342.723.566

PROGRAMA DE URGENCIA EN APS: SAPU Y SERVICIOS DE URGENCIA RURAL (SUR)

El programa Servicios de Atención de Urgencia Primaria (SAPU), respondiendo a sus definiciones dentro de modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, se ha concebido como una actividad complementaria a la atención regular de la APS, dispuestos para funcionar en horarios alternos en los propios consultorios madre. Su propósito es facilitar el acceso oportuno, de calidad y equitativo de los usuarios a la atención que otorga la red de urgencia-emergencia, contribuyendo a otorgar una sensación de mayor protección y seguridad de la población, especialmente de sectores de vulnerabilidad, pobreza y/o marginalidad sociocultural, frente a eventos de salud que la población perciba como urgentes. Según la modalidad y horario de funcionamiento se dividen en SAPU, avanzado, largo o corto, y SAPU verano.

En lo referido al reforzamiento de la Red de Urgencia de atención Primaria se logró el aumento de once nuevos establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), tres SAPU verano y diez de Urgencia Rural (SUR) totalizando cuatrocientos treinta y siete establecimientos en esta red a nivel país.

Tabla N°6: Número y tipo de dispositivos de urgencia en atención primaria en funcionamiento: SAPU y SUR años 2009 - 2013. Fuente: División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013.

TIPO DE DISPOSITIVO	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013
SAPU	218	229	239	254	265
SAPU VERANO	15	17	17	22	25
TOTAL SAPU	233	246	256	276	290
SUR	102	112	122	137	147

PROGRAMA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

El Programa se centra en mejorar mediante el apoyo de procedimientos de Imagenología la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud, en el diagnóstico clínico precoz de cáncer de mama, vesícula y displasia de caderas, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica, dentro del modelo de atención con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria. Como logros se destaca la definición de estándares de calidad para Centros de Imagenología: Examen de Mamografía, Ecotomografía Mamaria, Radiografía Cadera, Ecotomografía Abdominal. Aumento cobertura mujeres de 50 a 54 años con Ex, de Mamografía vigente de 28,5% año 2012 a 45.3% Junio 2013. La cobertura promedio de mamografía en mujeres de 50 a 64 años de edad para el 2011 fue de 19,4% aumentando a 26,4% el 2012 y a Junio 2013 aumenta a 36.4%. Lo antes descrito refleja un aumento en los cupos de Mamografías y de Ecotomografía disponibles para dar respuesta a lo garantizado en el examen de medicina preventiva (EMP) e incorpora otros grupos etarios con factores de riesgo, realizando una proyección complementaria en el mismo examen a mujeres con resultado BI RADS 0.

TABLA N° 7 MAMOGRAFÍAS Y ECOMOTOGRAFÍAS REALIZADAS A BENEFICIARIAS DE LA APS. AÑOS 2010 - 2013. Fuentes: DEIS

AÑOS	MAMOGRAFÍA	ECOMOTOGRAFÍA MAMARIA
2010	195.490	13.140
2011	213.215	28.557
2012	222.549	32.009
2013	243.487	34.317

PROGRAMAS DE SALUD RESPIRATORIA

Durante el año 2013 se aumentó la cobertura del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Respiratorias del adulto (ERA), incorporando 25 nuevas salas, alcanzando un total de 1.196 salas: 555 Salas ERA, 580 Salas IRA y 61 Salas Mixtas en centros de salud con pequeñas poblaciones a cargo. Con una población bajo control de 327.311 pacientes (aumento del 2.7% en relación al año anterior) (DEIS, 2013). Correspondiendo a población adulta crónica respiratoria 188.768 usuarios y a 138.543 población menor de 20 años crónica respiratoria.

En relación al Programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva (AVI) y Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI) durante el año 2013 se logró la entrega de recursos para 40 nuevos cupos, alcanzando a diciembre 2013 un total de 553 niños en el programa. Se destaca que 262 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 2013 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 274 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 Primaria como Centros de Excelencia, 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. El año 2013, es el tercer año que en virtud de lo anterior, recibieron en reconocimiento un premio de \$80 millones como incentivo a su gestión.

Es importante destacar que el programa no busca solamente premiar a los centros reconocidos por hacer una buena gestión, sino constituirse en un factor de motivación y nivelación para los que tenían una mala evaluación inicial y lograron avances importantes. Este factor relevante ya que introduce una instancia de reconocimiento efectivo y un premio para aquéllos que, respecto de la medición inicial a la que fueron sometidos, efectuaron un esfuerzo para mejorar los indicadores que miden los ámbitos de la gestión de la calidad y seguridad, la gestión clínica, la gestión de recursos humanos, la gestión de trabajo con la comunidad y gestión financiera, que en definitiva, contribuyen a generar a mejorar la satisfacción de los usuarios, generando un trato amigable.

Constituye una estrategia para estimular medidas tendientes a mejorar la satisfacción de los usuarios que se atienden en los consultorios. En total, postularon 156 establecimientos de todo el país, de los cuáles fueron preseleccionados 72 y seleccionados 33. Como incentivo, cada uno de los 33 establecimientos será premiado con la entrega de \$ 80 millones, los cuáles deben ser destinados en un 40% a una bonificación única a todos los funcionarios del establecimiento, y el 60% restante, a implementar un plan de mejoras del mismo. El programa, tiene un costo para el Estado de \$ 2.425 millones.

RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria, mejorando el acceso y la oportunidad a las atenciones de especialidad como Oftalmología, Dermatología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Cirugía menor y con ello fortalecer la pertinencia diagnóstica en las derivaciones y la calidad técnica de los profesionales, durante el año 2013 se aumentó la cobertura de tres de estas especialidades, a través de los siguientes componentes: Unidad de atención primaria oftalmológica (JAPO), en ella se realizan atenciones de patologías como vicio refracción, procedimientos quirúrgicos menores y detección e inicio de tratamiento de patologías crónica como Glaucoma, entre otras. Son 87 las unidades existentes en el país, en las cuales se entregan atenciones por Oftalmólogos y Tecnólogos Médicos. Tele dermatología: Durante el año 2013 se realizaron 8.200 atenciones de Dermatólogos, a través de ésta estrategia. Sala de Procedimiento Quirúrgico de Baja Complejidad: en la cual 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, son 403 implementadas hasta este año en el país. Adicionalmente durante el año 2013 se logró incorporar la especialidad de gastroenterología con el objetivo de la prevención temprana del cáncer gástrico entregando 6.781 canastas integrales para la erradicación de Helicobacter Pylori.

Finalmente, como parte del mejoramiento del Programa se incorporó en 86 comunas la estrategia de Médico Gestor de la Demanda, quien centra su función en manejar y difundir los protocolos de los programas de derivación; tomar conocimiento y validar las interconsultas; colaborar en la reformulación de interconsultas mal emitidas y orientar su correcta emisión; recoger y gestionar contra referencias para su seguimiento; y recoger las interconsultas no pertinentes devueltas desde las especialidades y reorientar la atención de los usuarios.

TABLA Nº 8 COMPONENTES DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

IMPLEMENTACIÓN	2012	2013
UAPO	76	87
Tele dermatología(Nº Servicios de Salud)	23	24
Tele Oftalmología (Nº UAPO con estrategia)		14
Salas Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	394	403
Nº Médicos Gestores		86

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

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. Ya que por una parte, para los usuarios en situación de discapacidad, que no están hospitalizados, el acceso es uno de los principales problemas debido a las dificultades físicas en el uso del transporte público, su costo, los tiempos involucrados (de las personas y muchas veces de algún acompañante) y por los tiempos de espera en los hospitales, haciéndose inviable la rehabilitación por su costo social y económico. Y por otra parte, la medicina basada en la evidencia ha demostrado que la mayor parte de las condicionantes de discapacidad pueden ser resueltas con intervenciones individuales o grupales, en donde el factor de calidad esencial, es el profesional de rehabilitación, y que la implementación requerida es relativamente básica. Por ello, acercando este recurso a las comunidades y capacitando al conjunto del equipo de los centros de atención primaria en el manejo de condiciones discapacitantes, se puede dar una respuesta de calidad, en forma más oportuna.

En el año 2013, funcionaron 39 salas de rehabilitación osteomuscular, 170 salas de rehabilitación integral con base comunitaria, 33 más que el año 2012, y 23 equipos rurales. La cobertura del programa ha aumentado de manera gradual año a año, alcanzando en el año 2013 a 188.853

ingresos, 8.961 ingresos más en relación al año 2012. Atendiendo síndromes dolorosos de origen traumático y no traumático, artrosis leve y/o moderada de rodilla y/o cadera, secuelas de Accidentes Vasculares Encefálicos (AVE), secuelas de Traumatismos Encéfalo Craneanos (TEC), enfermedad de Parkinson, entre otras.

FORTALECIMIENTO DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

Para la División de Atención Primaria se transformó en un desafío lograr que la diversidad observada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, con sus aciertos y desacierto, pasara desde conceptos abstractos a un modo de hacer salud, a través de acciones concretas. Es por ello, que a través, del trabajo colaborativo con la red y el nivel local, se logra la construcción del Manual “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”

INCENTIVOS

En el marco de la aplicación del estatuto de Atención Primaria, la División de atención Primaria trabajó para concretar la entrega a los funcionarios de la APS de los siguientes:

Ley de Trato Usuario: En el marco de la implementación de la Ley 20.645, que crea una asignación anual para los funcionarios regidos por el Estatuto Atención Primaria de Salud Municipal, que se encuentren contratados a plazo fijo o indefinido. La asignación es otorgada en relación a los resultados obtenidos en el proceso de evaluación del mejoramiento en la calidad del trato al usuario en los establecimientos municipales de APS.

Desempeño Difícil Urbano y Rural: Los recursos del decreto vigente están distribuidos en función del grado de dificultad de los establecimientos, en sus servicios de salud, donde el Tramo 3 es la situación más difícil, y por tanto, reciben el porcentaje mayor, y el tramo 1, la situación menos difícil y recibe el porcentaje menor.

El cuadro siguiente resume el decreto desde la mirada del beneficio y los beneficiarios directos:

TABLA N° 9 Resumen de beneficios y beneficiados por Tramos. Decreto Rural

Clasificación de Dificultad	Contenido de la Asignación(a)	N° de Establecimientos: PSR / CGR	N° de Funcionarios Beneficiados	Total de Horas	N° Servicios
Tramo I	10% Asignación.	712	15.159	478.905	27
Tramo II	19% Asignación.	256	3.336	59.554	16
Tramo III	26% Asignación.	389	4.629	61.462	15

Nota:

(a): La Asignación corresponde al porcentaje indicado en el tramo el que se calcula según el nivel y categoría del funcionario según las horas efectuadas, con un tope de 44 horas, calculadas según la carrera referencial lineal vigente.

GESTION DE REDES ASISTENCIALES

Para el año 2013 la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) tuvo como objetivos estratégicos impulsar una profunda reingeniería de la gestión de hospitales y Servicios de Salud que permitiera mejorar el funcionamiento de la red pública, lograr la incorporación de los once nuevos problemas de salud garantizados debido a la entrada en vigencia de las GES 80 y 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, que permitiera administrar y atender mejor las necesidades de las personas.

Desde el punto de vista presupuestario para lograr el cumplimiento de estos objetivos, fue factible contar con un financiamiento de \$2.655.000 millones para las actividades desarrolladas en el nivel más complejo de atención de los Servicios de Salud, lo que significó un 5,4% de crecimiento en relación al año 2012. Este incremento evidenció la incorporación de recursos equivalentes a \$136.200 millones.

Adicionalmente, se incorporaron \$7.425 millones para fortalecer la Gestión de Camas de la Red Asistencial implementando nuevas camas agudas, críticas UCI y UTI y neonatológicas, además del modelo de hospitalización domiciliaria. En la línea de la Red de Urgencia, se asignaron recursos para mejorar la calidad y oportunidad de la atención con la incorporación de ocho equipos SAMU (Servicios de Atención Médica de Urgencia) y la inclusión de una plataforma tecnológica y equipo médico de urgencia para apoyar el nivel central. También se incrementaron los recursos destinados a la Rehabilitación en \$4.706 millones, específicamente para días cama de rehabilitación de alta y mediana complejidad, atención de pacientes amputados, confección y rehabilitación de prótesis, entre otros.

Finalmente en este ámbito, se debe mencionar la existencia de otros programas que incrementaron recursos en el 2013 como son: Telemedicina, Codificación por Grupo Relacionado de Diagnóstico, Trasplante, Salud Mental y Medicina Transfusional.

REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

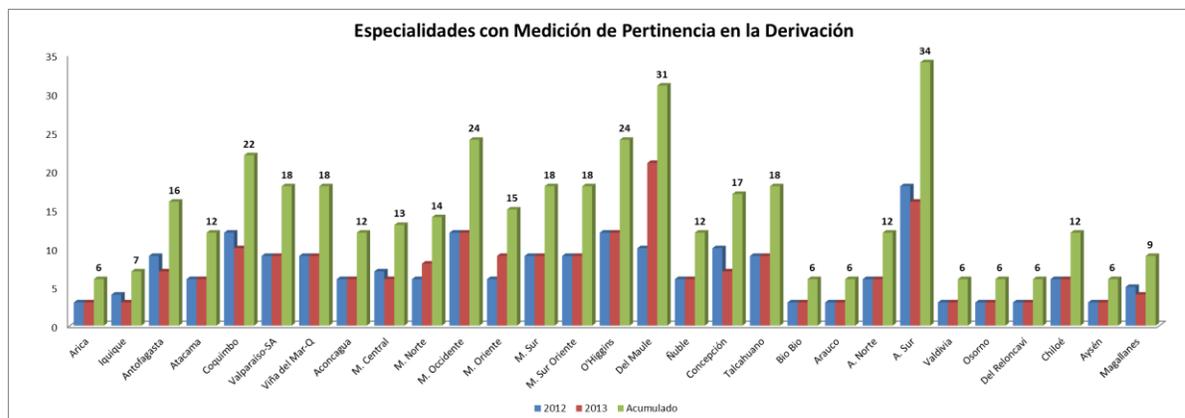
La conformación de las Redes de Salud Local y Macrorregionales requiere, para asegurar la continuidad de atención de los usuarios y la resolución de sus problemas de salud, de la elaboración de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, que indiquen las condiciones y plazos para el tránsito del usuario en la Red Asistencial. Estos Protocolos buscan constituirse en una herramienta que permita evaluar la funcionalidad de la Red a través de la medición de pertinencia en la referencia.

En el año 2013 se logró incrementar en tres el número de Especialidades con medición de Pertinencia según Protocolo y Tiempo, y por otro lado aumentar el porcentaje de Pertinencia de la línea base obtenida de una de las Especialidades medidas durante el año 2012. Es decir, se solicitó continuar con la medición de todas las Especialidades con registro de Pertinencia durante el año 2012, sumando tres nuevas Especialidades Médicas para 2013 por cada Establecimiento y un

aumento porcentual de la Pertinencia en una Especialidad por Establecimiento de Alta y Mediana Complejidad.

Las especialidades médicas que se comenzaron a medir en los Servicios de Salud durante el 2012 fueron 207 y durante el año 2013 se incorporaron 211 nuevas especialidades, llegando a un total de 418 especialidades con medición de pertinencia. (Gráfico N°4)

Gráfico N°4 Especialidades con Medición de Pertinencia según protocolo y tiempo al año 2013. Fuente: DIGERA.



GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO

En el año 2013 los 60 hospitales que pertenecen al programa clínico financiero tuvieron una cobertura del 92% de revisión de los egresos hospitalarios. En la actualidad existen 220 profesionales distribuido desde Arica a Punta Arenas y los equipos se forman de acuerdo al número de egresos y criterios de producción establecidos desde el nivel central.

Gracias a este trabajo ha sido posible determinar que en el año 2013 el Índice complejidad de los pacientes egresados de los hospitales participantes a nivel país es de un 0,81, que el porcentaje de casos outliers es de un 6,2%⁴ y la estancia media bruta de los pacientes es de 6,13 días. Considerando el tipo de Ingreso o vía de acceso a la hospitalización, se determinó que un 54% de estos provenían del Servicio de Urgencia, que en un 23% correspondían a pacientes del área Obstétrica lo mismo que para las cirugías programadas. Desde el punto de vista de la condición de egreso fue posible señalar que el 92% fue enviado a su domicilio, el 3% egresó fallecido, el 2% fue derivado para su recuperación a otro hospital del servicio de salud y 1% correspondió a una alta voluntaria u otra condición.

⁴ El Índice de complejidad representa la intensidad de usos de recursos según los procedimientos realizados en un egreso. Los Outliers corresponden al porcentaje de todos los egresos hospitalarios que permanecieron en un establecimiento más del tiempo indicado por la norma país.

RED DE TELEMEDICINA EN LAS REDES ASISTENCIALES

Durante el año 2012 se logró implementar en 24 de los 29 Servicios de Salud al menos una de las siguientes estrategias de Telemedicina: Tele radiología de Urgencia.⁵ Tele radiología Osteo pulmonar.⁶ Dispositivos Móviles de Tele consulta.⁷ y Tele dermatología.⁸ Durante el año 2013, y por ser considerada un aporte en la mejora de oportunidad en la atención, se definió abarcar a los 29 Servicios de Salud con a lo menos un Proyecto de Telemedicina. El balance a Diciembre de este año evidenció el logro de la meta y el incremento de cobertura de las estrategias implementadas en años anteriores. (Tabla N° 10)

Como resultado de esta implementación es factible señalar que entre Agosto 2012 y Diciembre 2013, se obtuvo una producción acumulada de 92.775 de Tomografía Computada a distancia, con un tiempo de máximo de respuesta para sus informes de 2 horas en 31 Hospitales de Alta Complejidad.

En Tele dermatología, entre el año 2010 a 2013, se realizaron 8.200 atenciones de especialidad ambulatoria resolutive a distancia desde 24 Hospitales de Alta Complejidad.

5 Tele radiología de urgencia: Consiste en la transmisión de imágenes digitales de Tomografías (TC) desde las Unidades Urgencias Hospitalarias (UEH) y Unidades de Pacientes Críticos (UPC) para su informe.

6 Tele Radiología Osteopulmonar: Consiste en la compra de Informes Radiológicos Osteopulmonares emitidos desde Hospitales de Mediana y Menor Complejidad cuyos informantes internos o externos contrarrefieren los informes respectivos a los Centros Referentes de modo presencial o utilizando la Red Minsal

7 Dispositivos móviles de Tele asistencia: Equipamiento para la transmisión en línea de la atención remota de especialidad para hospitales de Baja Complejidad comunicando especialistas y médicos generales para la resolución de un paciente

8 Tele Dermatología: Esta estrategia se basa en el envío de imágenes desde los consultorios de Atención Primaria a diversos Centros Hospitalarios que cuenten con la especialidad. La interacción entre los médicos no especialistas y los especialistas se desarrolla de manera asincrónica o diferida.

Tabla Nº 10 Cobertura de Estrategias de Telemedicina en la Red de Servicios de Salud al año 2013. Fuente: Depto. Gestión de Servicios DIGERA.

SERVICIO DE SALUD	ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS 2013				SS CON IMPLEMENTACIÓN N 1 O + ESTRATEGIAS DE TELEMEDICINA
	DMT	TX URGENCIA	TX OSTEOP	TELE DERMATOLOGIA	
1-ARICA	X	X	X	X	1
2-IQUIQUE	X	X		X	1
3-ANTOFAGASTA	X	X	X	X	1
4-ATACAMA	X	X		X	1
5-COQUIMBO	X	X	X	X	1
6-ACONCAGUA	X	X	X		1
7-VALPARAISO	X	X		X	1
8-QUILLOTA	X	X		X	1
9-ANTOFAGASTA	X	X	X	X	1
9-O'HIGGINS	X	X		X	1
10-MAULE	X	X	X	X	1
11-ARAUCO	X		X	X	1
12-BIO BIO	X	X	X	X	1
13-CONCEPCION	X	X		X	1
14-TALCAHUANO	X	X		X	1
15-ÑUBLE	X		X	X	1
16-ARAUCANIA NORTE	X	X		X	1
17-ARAUCANIA SUR	X	X	X		1
18-VALDIVIA	X	X	X	X	1
19-OSORNO	X	X			1
20-RELONCAVI	X	X	X	X	1
21-CHILOE	X	X	X	X	1
22-MAGALLANES	X	X		X	1
23-AYSEN	X	X		X	1
24-MET. SUR ORIENTE	X	X	X		1
25-MET. SUR OCCIDENTE	X	X		X	1
26-MET. OCCIDENTE	X	X		X	1
27-MET. ORIENTE	X	X		X	1
28-MET. NORTE	X	X			1
29-MET. CENTRAL		X		X	1
TOTAL SS					29

UNIDAD DE GESTIÓN CENTRALIZADA DE CAMAS UGCC

La creación de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) se realiza en Mayo del año 2009, con el fin de optimizar el uso del recurso hospitalario cama y su eventual necesidad de apoyo en la red privada. En este contexto se crea una estrategia que vincula la oferta en línea de camas (a través del uso de un software), con la demanda no satisfecha de éstas, en los distintos establecimientos públicos. Esta estrategia permitió optimizar la búsqueda y asignación de cama a

pacientes Fonasa que no contaban con este recurso en su hospital de origen, iniciando la búsqueda en la red pública y posteriormente en la privada (a través de un modelo estructurado y validado de compra de camas), en el caso de que la primera red no contara camas disponibles. Desde su creación hasta el año 2013, la UGCC ha gestionado 25.625 traslados de pacientes beneficiarios de FONASA, los cuales en un 59% (N 15.144) tiene por destino un establecimiento privado de salud, mientras que el 41,% (N 10.481) es ubicado en una cama pública (tabla nº11).

Tabla Nº11 Total de pacientes trasladados vía UGCC del sector público y privado Mayo 2009 a Diciembre 2013. Fuente: Sistema informático UGCC

Tipo de Destino	Total de pacientes trasladados	%
PRIVADO	15.144	59,1%
PUBLICO	10.481	40,9%
Total general	25.625	100,0%

Durante el año 2013, se realizaron 3.912 traslados, de los cuales el 58,2% (N 2.278) tiene por destino un establecimiento privado de salud, mientras que el 41,8% (N 1634) es ubicado en una cama pública (tabla nº12).

Tabla Nº12 Total de pacientes trasladados vía UGCC del sector público y privado a Diciembre 2013. Fuente: Sistema informático UGCC

Tipo de Destino	Total de pacientes trasladados	%
PRIVADO	2.278	58,2%
PUBLICO	1.634	41,8%
Total general	3.912	100,0%

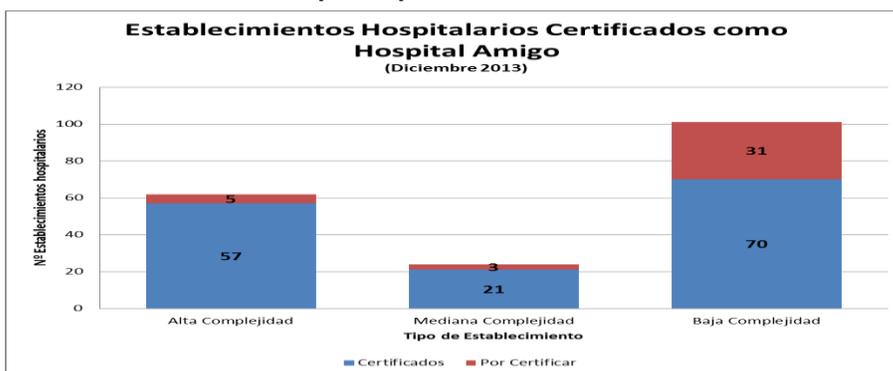
De los 3.912 traslados, el 67% correspondió a solicitudes de pacientes adultos, el 11% a pacientes neonatológicos y el 22% a pacientes pediátricos. Con respecto al tipo de cama, el mayor % fue de camas de Unidad de Paciente Crítico (UPC) alcanzando el 71%, el resto a requerimientos de camas agudas y básicas.

En el 2013 se inició el plan de monitoreo y gestión del Cumplimiento de la Ley de Urgencia en los establecimientos hospitalarios del SNSS y del sector privado, En respuesta a la alta demanda de personas por atención de Emergencia con Riesgo Vital y/o riesgo de secuela funcional que consulta en ambos sectores y que invoca el derecho al uso de beneficios que establece la Ley de Urgencia.

SATISFACCION USUARIA

En el contexto de la satisfacción usuaria, a diciembre 2013, se encuentran certificados como Hospital Amigo, 148 establecimientos hospitalarios que cumplen con las medidas de esta estrategia ministerial, instalada a nivel país, con énfasis en la información al usuario, el acompañamiento y la identificación de los pacientes y equipos de trabajo. Estas medidas se relacionan directamente con la ley de derechos y deberes de las personas en su atención en salud. (Gráfico N°5)

Gráfico N°5 Establecimientos Hospitalarios con certificación de Hospital Amigo a Diciembre 2013 Fuente: Archivo Propio Depto. Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales



COORDINACION NACIONAL DE TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

En el año 2012 el número total de donantes fue de 149 personas, 36 personas más que el año 2011, esto permitió un incremento en el universo de donantes equivalente a un 24% y una tasa de donantes por millón de población de 8.8 pmp superior al 6.6 del año 2011. Lo anterior a pesar del 50% de entrevistas a familias que resultaron negativas frente a la solicitud de donación.

Para el año 2013 la meta propuesta fue un crecimiento de un 10% sobre los donantes generados el año 2012, esperando obtener un total de 165 donantes efectivos y una tasa a nivel país de 9.7 donantes pmp, muy cercana a 10 donantes pmp que corresponde a la cifra considerada de equilibrio para la actividad de donación y las listas de espera para trasplantes de órganos del país.

Los resultados a fines del 2013 demostraron una disminución de un 30.8% de las donaciones respecto del año 2012, realizándose 306 trasplantes gracias a la obtención de 103 donantes (gráfico N°6), la causa radicó en la baja de la tasa de donación dado por la disminución de los fallecidos por criterio encefálico y el aumento en la negativa familiar, actualmente en un 50%. Cabe destacar que fue posible mantener la productividad de +- 3 órganos trasplantados por donante generando un descenso de sólo un 7% en el número de trasplantes realizados (330 v/s 306). (Gráfico N°7)

Gráfico N°6 Total de Donantes de órganos disponibles entre el 2010 al 2013.

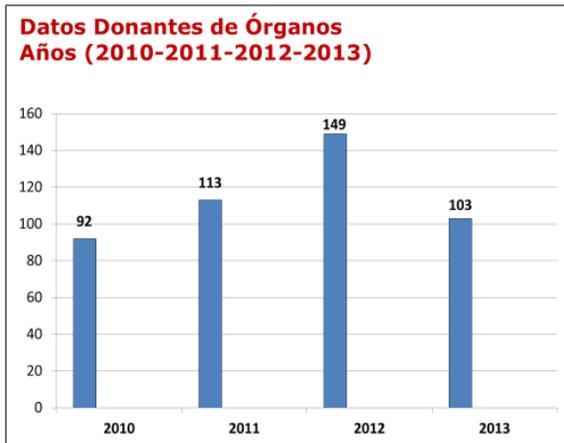
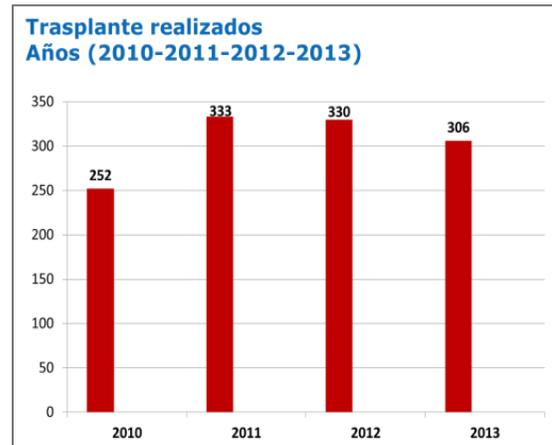


Gráfico N° 7 Total de Trasplantes realizados entre el 2010 y el 2013



En relación al desarrollo de los tejidos en el país, cabe destacar el avance en la disponibilidad de **Córneas y Tejido óseo, piel y membrana amniótica.**

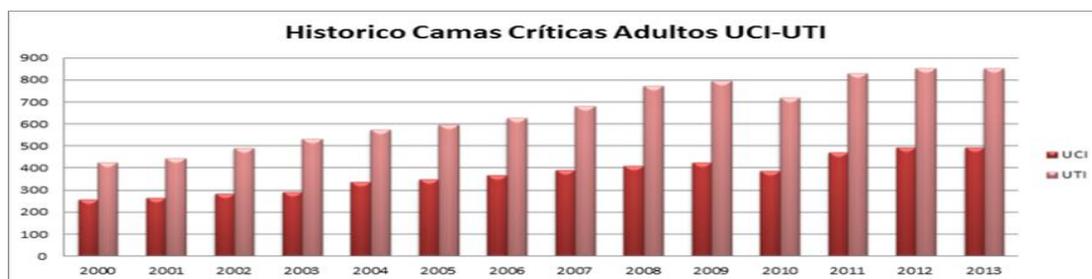
En el caso de Córneas fue posible llevar a cabo el Primer Banco de Ojos Nacional, avanzando en la desarrollo del programa de procuramiento de córneas a nivel país, esto consideró la implementación del Registro Nacional de Receptores de Córneas a nivel de I.S.P, registro que inició marcha blanca de la norma ministerial para la distribución de las córneas procuradas y los criterios de inclusión a lista de espera y, la implementación y desarrollo de programas de procuramiento de córneas en servicios de anatomía patológica, en diferentes centros del país.

En lo que se refiere a Tejido óseo, piel y membrana amniótica, se logró la implementación y puesta en marcha de las Unidades de Almacenamiento Transitorio de Tejidos (UAT) en 5 hospitales. En trámite para formalización el convenio con la Comisión Chilena de Energía Nuclear para el traspaso del Laboratorio de Procesamiento de Tejidos al Minsal.

GESTION DE CAMAS DE LA RED

Al año 2013 es factible señalar que se encuentran disponibles un mayor número de camas críticas de adulto en la Red Asistencial respecto de los totales de los últimos cinco años, son 1343 las unidades implementadas considerando 492 camas UCI y 851 camas UTI en todo el país. (Gráfico N°8)

Gráfico N°8 Disponibilidad de camas críticas en el SNSS por año y según tipo. Fuente DEIS.



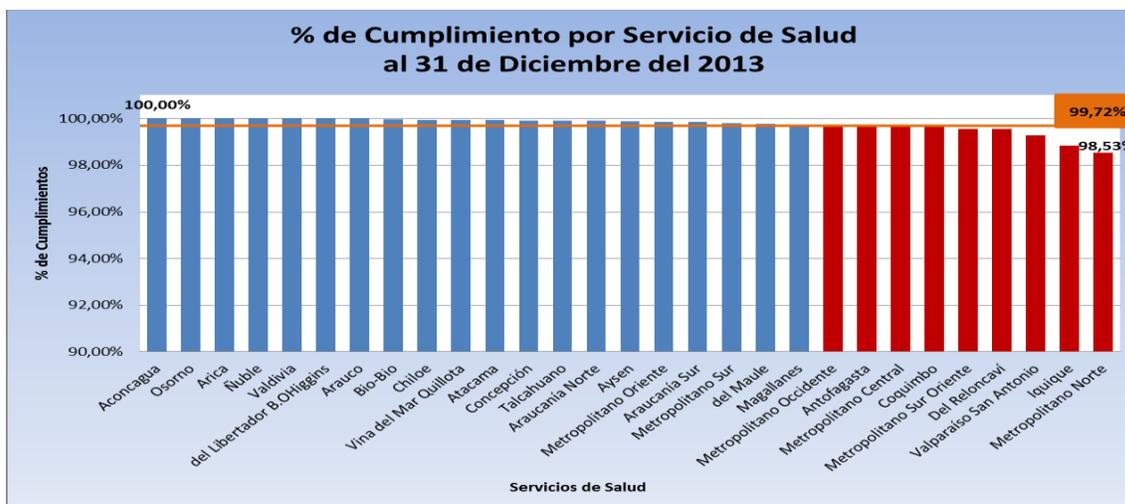
Crecimiento de Camas Críticas Adultos País

AÑO/TIPO CAMA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
UCI	258	264	282	291	335	349	367	391	411	423	387	471	492	492
UTI	425	445	491	532	574	596	626	680	773	797	717	828	851	851
TOTAL UPC	683	709	773	823	909	945	993	1071	1184	1220	1104	1299	1343	1343

GESTION DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD (GES)

A partir del 01 de julio del año 2013 se incorporaron 11 nuevos problemas de salud a la cobertura AUGE totalizando 80. Lo anterior determinó la revisión y actualización de los marcos normativos y de procesos asociados, la capacitación de equipos directivos, referentes gestión y registro de información y el fortalecimiento de la red con financiamiento para enfrentar el desafío. Considerando el incremento, la evaluación del cumplimiento de garantías GES por Servicio de Salud, al cierre del 2013 se evidenció en un 99,7% a nivel país (Gráfico N°9). Finalmente, desde el 1° de Julio del año 2005 al 31 de Diciembre del 2012, se han atendido 16.175.703 de personas en el marco del GES en el sector público. Al 31 de Diciembre del 2013 se registraron 19.196.220 personas atendidas por GES en el sector público, es decir, 3.020.517 más que el año anterior.

Gráfico N°9 Cumplimiento GES por Servicio de Salud año 2013. Corte al 31 de Diciembre 2013. Fuente: Datamart – SIGGES



GESTION DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD (RHS)

PLANIFICACION DE RHS

Como parte del fortalecimiento a los Servicios de Salud, durante el año 2013, se generó un incremento de sus dotaciones máximas en 20.086 horas de la Ley 19.664, 362 cargos de la Ley 15.076, 3.609 cargos de la Ley 18.834 y en 891 horas para los Establecimientos Experimentales, lo que ha contribuido a potenciar la capacidad instalada y resolutivez de las redes asistenciales, a través de la puesta en marcha de nuevos proyectos de inversión hospitalaria, incorporación de líneas programáticas de apoyo a la gestión GES y desarrollos intersectoriales. En el ámbito de las estimaciones de dotación adecuada, se logró estandarizar el recurso humano de Hospitales de baja complejidad, se identificó la brecha de recursos humanos para éstos establecimientos y se encuentra en proceso de edición la Guía Metodológica para los Servicios.

GESTION DE LA INFORMACIÓN Y SISTEMA INFORMATICO DE RHS

Se logró la integración del Sistema Informático de RRHH con sistemas de otros organismos públicos: SIAPER de Contraloría General y SIVEGAM de la Superintendencia de Seguridad Social.

GESTIÓN DE RHS

En materia normativa, se promulgó la Ley N° 20.707, que otorga incentivos remuneracionales a médicos, dentistas, químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los Servicios de Salud, entre los que destaca asignación de responsabilidad (jefes servicios clínicos y unidades de apoyo), reconocimiento de asignaciones de reforzamiento diurno y experiencia calificada, asignación de competencias profesionales (30% a especialistas y liberados de guardia con cargos de 28 hrs.), asignación variable de un 10% por cumplimiento de metas de producción y calidad, además de un Plan de Incentivo al retiro para 680 de estos profesionales. La Ley N°20.612 de 2012, estableció el beneficio de Retiro Voluntario, finalizando el proceso de postulación el 31 de marzo del presente año, haciéndose efectivo el alejamiento hasta el año 2015.

ALTA DIRECCION PÚBLICA

En relación al Sistema de Alta Dirección Pública, se elaboró el documento “Convenio de Desempeño Estandarizado para el cargo de Director de EAR”, siendo un primer instrumento de apoyo orientado a guiar la gestión en materia de formulación y suscripción de Convenios de Desempeño. El documento, cuenta con la validación del Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales y del Servicio Civil, y deberá guiar al alto directivo en el cumplimiento de los desafíos que le exige su cargo y fija compromisos por los cuales será evaluado al término de su periodo de desempeño.

FORMACION

En el ámbito de la certificación de especialidades médicas y odontológicas, el sistema entra en régimen permanente a contar del 31 de diciembre 2014. Para este efecto, además de la incorporación de nuevas especialidades, se publicó el 5 de febrero 2013, el DS N° 8 de los Ministerios de Salud y Educación “Reglamento de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan” que deroga el DS N° 57/2007. Para cumplir con la obligación de implementar el régimen permanente al 1° de enero 2015, se publicaron las normas técnicas operativas de las 24 especialidades de medicina y 11 de odontología incluidas en el DS N° 57, a través del decreto exento N° 489 del 28 de diciembre 2012 y su complemento, el decreto exento N° 31 de fecha 12 de febrero 2013. Con este mismo propósito, se emitió la resolución exenta N° 499 del 11 de febrero 2014 que autoriza la CONACEM como entidad certificadora de las especialidades médicas y odontológicas incluidas en el decreto N° 57/2007, conforme con la Resolución exenta N° 422 de marzo de 2010. Durante el año 2013, se elaboraron las normas técnicas operativas de las 5 nuevas especialidades médicas incluidas en el sistema de certificación, además de 21 especialidades derivadas de medicina y uno de odontología.

CAPACITACIÓN

Durante el año 2013, se capacitaron 53.806 funcionarios a través del Programa Anual de Capacitación de los SS (de una dotación de 90.381), con un presupuesto anual de M\$ 5.300, lo que permitió desarrollar alrededor de 5.000 actividades. El Presupuesto destinado a Programas de Iniciativa Central se incrementó a M\$8.304, lo que permitió capacitar a 27.460 funcionarios de los SS, en áreas prioritarias clínico asistenciales y de gestión, a través de modalidades presenciales, mixtas y a distancia, bajo formato de Talleres, Cursos y Diplomados. Bajo la Modalidad a Distancia (SIAD), se aumentó la cobertura de funcionarios de 6.526 (2009) a 70.000 (2013).

RELACIONES LABORALES Y CALIDAD DE VIDA

Se incrementó en un 26% la ejecución presupuestaria del Programa de Mejoramiento del Entorno Laboral, de acuerdo al detalle que se indica (Tabla N° 13):

Tabla N°13 Ejecución presupuestaria del Programa de Mejoramiento del Entorno Laboral, 2012-2013. Fuente: DIGEDEP.

Año	Presupuesto otorgado	Gasto efectivo	% Ejecutado	No ejecutado \$	No ejecutado %
2.012	1.285.996.000	718.048.000	56%	567.948.000	44%
2.013	1.324.558.000	1.090.448.470	82%	234.109.530	18%

En relación a clima laboral, se ha logrado una ejecución de 81.38% (\$176.001.588), del presupuesto asignado (\$216.249.000) para proyectos de mejoramiento de clima laboral en establecimientos autogestionados de la red asistencial.

SALUD OCUPACIONAL

En el ámbito del Programa de Mejoramiento a la Gestión, se cumplió con los requerimientos del Sistema Egresado de Higiene y Seguridad de la Subsecretaría de Redes, con un 92% de realización de las actividades planificadas. Se logró una Tasa de Accidentabilidad de 3.98 % para el periodo Enero a Diciembre 2013 (3.304 accidentes sobre una dotación de 83.010 funcionarios de 24 Servicios de Salud informantes), lo que permite la toma dirigida de decisiones en el mejoramiento de condiciones de trabajo.

En gestión de recursos, la identificación de necesidades de personal, recursos financieros, equipamiento e infraestructura asociada a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y a la gestión ambiental en hospitales, ha sido una prioridad para la División, lo que se ha traducido en el logro de recursos para cubrir necesidades de los Servicios de Salud:

- Normalizar el Aporte del Empleador por concepto de la Ley N° 19.404 de Trabajo Pesado, por un monto de \$430.000.000 (2012), aporte que durante 2013 se reajustó a \$514.000.000.
- Provisión de Cargos de Ingenieros en Gestión Ambiental para los Servicios de Salud (29 cargos), por un monto de \$ 563.353.000.
- Manejo responsable de residuos tóxico-peligrosos y Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS) en los Servicios de Salud, orientado a sostener el gasto derivado de la compra de servicios para la disposición final de los residuos tóxico-peligrosos generados, por un monto de \$918.707.000.-

INVERSION SECTORIAL

MEJOR ATENCIÓN E INFRAESTRUCTURA

En el año 2013 se realizó una inversión en Salud equivalente a M\$266.091.114.-, 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). Los nuevos establecimientos entregados en el año 2013 corresponden al Hospital de Cañete área Hospitalaria, Hospital de Osorno, Hospital de Maipú y Hospital de la Florida, y la Torre de Hospitalización de los Hospitales de Copiapó y Los Ángeles ambos en continuidad de obras (aéreas de apoyo). Se entregaron también los Centros de Salud de Atención Primaria El Manzano, Cefsam Rural Adriana Madrid de Maria Pinto, Centro de Salud Familiar Tirúa, Centro de Salud Familiar de Castro, Consultorio Steeger Comuna de Cerro Navia, Consultorio N° 2 de Los Andes Cordillera Andina, Centro de Salud Familiar Futrono y Consultorio Juan Pablo II de Lampa, Cefsam Teodoro Schmidt, Cefsam Rural Paihuano (estos últimos cuatro con fondos FNDR).(Tabla N° 14).

TABLA N°14 RESUMEN DE LA INVERSION SECTORIAL COMPROMISO DEL PERIODO 2010-2014.

Tipo Proyecto	2010	2011	2012	2013	Sub Total	Total	Compromiso Periodo 2010 - 2014
Hospitales Terminados	4	4	3	6	17	17	10
APS Sectorial	11	17	6	6	40	62	56
APS FNDR	6	7	5	4	22		

Fuente: División de Inversiones Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Se adjudicó, con toma razón del contrato, las obras para los Hospitales de Lautaro, Laja, Antofagasta, Fricke, Puente Alto (etapa i CRS), Phillipe Pinel, Hospital de Futaleufú y Penco Lirquen y de los Centros de Atención Primaria; Raggio Catemu, Paine, Paine comuna de Hospital, La Islita, Centenario, Santa Teresa, Entre Lagos, Santa Sabina, Algarrobo y La Ligua. Se mantienen además en ejecución las obras de los hospitales de Salamanca, Pitrufoquen, Exequiel Gonzales Cortes y Aysén y los Centros de Salud Familiar Barros Luco, y San Vicente de Tagua Tagua.

RECONSTRUCCIÓN EN SALUD

En materia de reconstrucción durante el periodo 2010 - 2014 se terminaron nueve proyectos de Construcción acelerada y cuatro proyectos de reconstrucción, por **Construcción acelerada**: Reposición Parcial Hospital San Antonio de Putaendo, Reposición Parcial Hospital Talca Externo, Reposición Parcial Hospital de Cauquenes, Reposición Parcial Hospital Talca Interno, Reposición Parcial Hospital Talca Interno, Reposición Parcial Hospital Herminda Martín de Chillán, Reposición Parcial Hospital Félix Bulnes, Reposición Parcial Hospital de Parral, Reposición Parcial Hospital de Hualañé, Reposición Parcial Hospital de Curicó. Por **Reconstrucción**: Pabellones Temuco, Camas Temuco, Angol e INCANCER.

Durante el año 2012 se incorpora un nuevo proyecto de reconstrucción adicional a los nueve proyectos establecidos en el compromiso este es la Reparación Infraestructura y Habilitación Equipos/Equipamientos INGER proyecto que es terminado durante al año 2013. De los proyectos de reconstrucción establecidos en el compromiso de gobierno se cumple con trece terminados de los dieciocho proyectos (Tabla N° 15). Los cinco proyectos faltantes se encuentran en ejecución y su término de obras e inicio de operación está contemplado para el año 2014, estas son; Reparación Mayor Hospital de Curanilahue, Habilitación Servicio Siquiatría adulto, infantil y neuropsiquiatría infantil San Borja Arriarán, Reparación Torre Quirúrgica, Pabellones SS. Urgencia Hosp. San Carlos, Reparación Mayor Edificio La Torre Hospital Regional G.G.B. (Etapa II) y Reparación Torre Quirúrgica Hospital Clínico Herminda Martín de Chillan.

Cabe señalar que respecto de la Reparación Mayor Edificio La Torre Hospital Regional G.G.B. durante el año 2013 fue terminada su primera etapa.

TABLA N°15 RESUMEN DE LA INVERSION SECTORIAL POR RECONSTRUCCION COMPROMISO DEL PERIODO 2010-2014. Fuente: División de Inversiones Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Tipo de Proyecto	2010	2011	2012	2013	Total	Meta Compromiso Periodo 2010 – 2014
Hospitales Construcción Acelerada	0	9	0	0	9	9
Reconstrucción	0	2	2	0	4	9

LEASING

El año 2013 del programa leasing, correspondiente a la adquisición de equipamiento médico, se ejecutaron del Programa de Prestaciones Institucionales \$986.411.982 de los \$1.025.218.000 asignados para el año, así como también del Programa de Prestaciones Valorizadas, la ejecución dio cuenta de \$628.575.588 de un Presupuesto 2013 de \$1.094.583.000. 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.

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 se produjo el 4° Trimestre del 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 2013 se logra el término de la Ejecución de las Obras, la Recepción Fiscal y Municipal, así como la Autorización de los Pagos de Subsidios.

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 2013 se realizó una inversión en equipo y equipamiento mediante subtítulo 31 y subtítulo 29 de M\$ 52.137.712.-

DESCENTRALIZACIÓN

Durante el año 2013 se firmó el Convenio de Programación de la Región de Los Ríos (2013 – 2023) por un monto de M\$136.545.786.- (aporte Sectorial M\$91.081.119.- y aporte FNDR M\$45.464.667.-), dicho Convenio de Programación considera proyectos de gran relevancia como Hospital Base Valdivia, Reposición Hospital de la Unión, Reposición Hospital Rio Bueno.

4. Desafíos para el año 2014

LISTA NO GES

Para el 2014, desde el ámbito de las listas de espera NO Ges se espera avanzar en un proyecto de institucionalización para la gestión de este tema, mediante la constitución de una Unidad de Gestión de Demanda y de tiempos de espera por atenciones de salud que sea responsable de la Gestión Operacional a nivel nacional del cumplimiento de las Garantías Explícitas del GES y de la resolución según criterios y estrategias fundadas y permanentes de los pacientes en espera NO GES(las consultas de especialidad, la intervención quirúrgica y los procedimientos).

Paralelamente se espera obtener definiciones institucionales de la Subsecretaria de Redes Asistenciales e instituciones asociadas permitan afianzar el marco de gestión de la demanda y los tiempos de espera en relación a:

Reformulación de los Modelos de Gestión de la Resolutividad APS, la protocolización del Acceso y a la Priorización de la demanda quirúrgica, la responsabilidad y el rol del gestor de Red y un Modelo de Gestión de Colas más eficiente.

Revisión y actualización del marco legal vinculado a la Telemedicina que permita favorecer la incorporación de la estrategia a la resolución del universo de personas en espera.

Evaluación del Impacto de la Resolución de la Demanda mediante el análisis de recursos necesarios para resolver las listas de espera actuales y mantener un modelo que considere una espera con equidad.

Tecnologías de la información integradas entre la atención primaria y la hospitalaria para la Gestión de Demanda y tiempos de espera.

Finalmente, se espera continuar trabajando sobre el modelo de recopilación de la información asociada a la demanda resuelta y en espera a nivel nacional, lo que se ha denominado cadena del valor de la gestión del registro de listas de espera, incluye a los establecimientos del Nivel hospitalario y Atención Primaria.

PARTICIPACION SOCIAL

Durante el 2014 seguiremos con las 4 áreas de trabajo, donde el principal desafío será incorporar en los presupuestos de cada Servicio de Salud presupuestos específicos para implementar cada una de las estrategias. Junto a lo anterior, comenzamos el 2013 un programa de Actualización Metodológica y Diseño de Encuestas On Line para medir satisfacción usuaria.

GESTION DE ATENCION PRIMARIA

AUMENTO DEL VALOR PER CAPITA FINANCIAMIENTO DE SALUD MUNICIPAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Aumentar el per cápita basal a \$ 3.801, de manera de acercar a valores más próximos a la realidad de la administración local de salud. La mejora del financiamiento de la APS y del aporte estatal a salud municipal se focaliza en dar un soporte financiero a las prestaciones contenidas en el plan de salud acorde a las exigencias programáticas del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

DISPENSACION AUTOMATICA DE FARMACOS

Actualmente se trabaja en la licitación de 40 máquinas, que permitirá ampliar esta modalidad a 7 comunas nuevas a nivel país, lo que implicará que 20 centros de salud cuenten con esta nueva tecnología.

Tabla N°2: DISTRIBUCIÓN PROYECTADA DE MAQUINAS DE ENTREGA AUTOMÁTICA DE MEDICAMENTOS

Distribución SS	Comunas	Nº Establecimientos	Nº Máquinas
SS CONCEPCION	Concepción	2	4
SS LBO	Rancagua	3	6
SS BIO BIO	Los Ángeles	3	6
SS OSORNO	Osorno	3	6
SS TEMUCO	Temuco	3	6
SS ORIENTE	Peñalolén	4	8
SS SUR	San Bernardo	1	2
SS VALPARAISO	Valparaíso	1	2
Total		20	40

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA - SAPU

Mejorar acceso y cobertura de atenciones de urgencia incrementando el número de Servicios de atención Primaria de Urgencia en 8 unidades más. La cantidad de SAPU que se estima necesario según población es uno por cada 30.000 habitantes lo que aún representa una meta por la cual se debe seguir trabajando, esto permitirá incrementar la cobertura de la demanda por consultas de urgencia y mejorar la calidad de ellas.

SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)

Se espera lograr la entrada en operación de 10 nuevos dispositivos de urgencia rural (SUR) ampliando la dotación existente a la fecha y con ello prestar un mayor número de atenciones en comunas rurales de alta vulnerabilidad y demanda emergente, incrementada por alta ruralidad, pobreza y dispersión de población.

AUGE EN ATENCIÓN PRIMARIA. EXPANSIÓN 2014 CURACIÓN AVANZADA DEL PIE DIABÉTICO (PARCHES)

Para el 2014 se espera incrementar de manera progresiva la cobertura del tratamiento farmacológico de las personas con patologías GES atendidas en APS, lo que permitirá contribuir al cumplimiento de la garantía explícita en salud en APS, mejorar la resolutivez de la APS evitando su derivación a nivel secundario por falta de medicamentos e insumos, disminuir la brecha existente para curación de heridas y disminuir la cantidad de amputaciones/año debido a la falta de oportunidad de curaciones avanzadas.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN ADULTO - SALAS ERA.

Aumentar la cobertura a través de la implementación de 30 salas ERA, para que sean incorporadas en los nuevos Centros de Salud Familiar 2014 y en aquellos establecimientos de APS cuyo tamaño poblacional sobrepasa las posibilidades de manejo con la dotación actual, además de establecimientos rurales con dificultad en el acceso al establecimiento de origen.

PROGRAMA RESOLUTIVIDAD ATENCIÓN PRIMARIA

Se espera lograr la incorporación de cinco Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas UAPO, aumentando con ello la oferta de consulta, cobertura de lentes y fármacos. Además se espera incorporar la prestación de examen de fondo de ojo por tele- oftalmología, permitiendo la atención de aproximadamente 160.000 pacientes con diabetes.

ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA EN NIÑOS AVNI

Para el 2014 se aumentarán en 70 cupos los disponibles para la atención de niños que requieren asistencia ventilatoria no invasiva los que serán distribuidos considerando los 29 servicios de salud, según demanda de niños que cumplan con los criterios de inclusión. Además, existe la necesidad de incorporar un equipo profesional regional en la VI, región, como estrategia para continuar con la descentralización del programa, empoderando a los equipos regionales.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN REDES DE SALUD (24 OTORGADAS SOBRE 52 SALAS DE RBC SOLICITADAS)

Aumentar el número de comunas con Rehabilitación de Base Comunitaria RBC, gracias a la implementación de 24 nuevas salas de RBC, permitiendo con ello mejorar el acceso a las personas en situación de discapacidad a las prestaciones de salud otorgadas por terapeutas ocupacionales y kinesiólogos.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

Aumentar la cobertura de prestaciones de mamografía y eco tomografía mamaria que permitan en grupos poblacionales de riesgo apoyar la pesquisa de cánceres en etapas I y II en forma oportuna

disminuyendo la mortalidad por cáncer de mama. Aumentar el número de prestaciones de apoyo diagnóstico con ecotomografía abdominal que permita detectar en grupos de riesgo en forma oportuna patología biliar y eventualmente cáncer de vesícula.

CONTROL DE SALUD JOVEN SANO

Mejorar el acceso a atención integral y resolutiva de la población de 10 a 19 años, contribuyendo a la reducción de enfermedades prevenibles, a través de la pesquisa de factores y conductas de riesgo, derivando a la red asistencial y acercando la salud a los y las adolescentes a través del control de salud.

GESTION DE REDES ASISTENCIALES

MODELO DE GESTIÓN DE CAMAS PSIQUIATRÍA FORENSE

Desde el año 2008 la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, coordinada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, han impulsado los instrumentos pertinentes para que las unidades de Psiquiatría Forense, cuenten con las normas técnicas necesarias para que dar cumplimiento a sus objetivos. Tras un arduo trabajo se logró culminar con la elaboración del Modelo de Gestión de la Unidades de Psiquiatría Forense. Para el cumplimiento de esta responsabilidad y de acuerdo al modelo de atención de salud mental, se requiere de la instalación de dispositivos adecuados que permitan otorgar una atención integral, de calidad y con acceso oportuno a los usuarios. Este nuevo Modelo de Gestión posibilita la creación y gestión de esta macro red, siendo necesaria para su operación el desarrollo de un módulo de gestión de camas de Psiquiatría Forense, en el sistema informático de la UGCC, que permita asignar y buscar cama, a este tipo de usuarios por orden judicial, a través de la gestión realizada por los profesionales del call center de la UGCC. Este hecho permitirá optimizar el uso de las camas psiquiátricas en los hospitales de la red pública de salud y dar un mejor uso de estas camas en la macro red destinada para su gestión.

NUEVAS LÍNEAS DE DESARROLLO GESTIÓN LEY DE URGENCIA

El modelo Ley de Urgencia está en desarrollo y próximamente se pretende incorporar la Gestión del Pago, Integración otras Leyes, y atención de pacientes ISAPRE en condición de emergencia con riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave, en el sector público.

AUTOMATIZACIÓN CALL CENTER

Actualmente existe una Línea Gestión de Camas Call Center UGCC, en etapa de desarrollo, cuyo objetivo es automatizar el proceso incorporando Grabaciones, Respuestas automáticas, Indicadores de Productividad, entre otras actividades.

DESARROLLO SISTEMA INFORMÁTICO UGCC

Para estar alineados con las distintas estrategias del MINSAL, se desarrollará en el sistema informático lo necesario para realizar la Integración con SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial). Así como también desarrollar monitoreo de indicadores de productividad del recurso cama hospitalaria.

GRUPOS RELACIONADOS DIAGNOSTICOS

Para el 2014 se espera aumentar la cobertura en la codificación será de un 95% a nivel país, generar la segunda Norma Nacional, Desarrollar el Manual de procedimientos y codificación, realizar una Auditoría Nacional, la implementación de la Marcación GRD médico quirúrgico, la Incorporación de Parches al agrupador de GRD, la generación de informes trimestrales, de la producción de las Unidades de Registro y Análisis de la Casuística Hospitalaria (GRD).

GESTION DE RECURSOS HUMANOS

PLANIFICACION DE RHS

A fin de contribuir a la implementación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020, se elaborarán orientaciones técnicas para la determinación de la dotación adecuada de Recursos Humanos en todos los subsectores del Sistema, conforme a los resultados esperados. Se capacitará a los referentes técnicos en la implementación de esta medición.

En la línea de medición de dotaciones adecuadas que exige la ENS y la definición de metodologías, se avanzará en la estandarización de las áreas de apoyo clínico y de apoyo administrativo, mediante la conformación de equipos transversales y multidisciplinarios (MINSAL–Servicios de Salud).

La determinación de brechas de recursos humanos deberá ser actualizada, considerando la actualización de la brecha de médicos especialistas, módulo de recursos humanos de estudios de pre-inversión hospitalaria, como así también del personal asistencial de los establecimientos de alta y mediana complejidad.

GESTION DE LA INFORMACIÓN Y SISTEMA INFORMATICO DE RHS

Se avanzará en el proceso de modernización del estado, a través de la implementación de Firma Electrónica Avanzada para Recursos Humanos del Sector y Licencia Médica Electrónica, con recursos aprobados para el presente año (\$150.000.000).

GESTIÓN DE RHS

En la línea normativa, se avanzará en la implementación de la Ley 20.707, los esfuerzos estarán abocados a dos grandes objetivos:

Elaboración de los reglamentos que la norma establece, referidos a: (1) Incentivo al Retiro; (2) Concursos para Asignación de Responsabilidad para jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo; y (3) Procedimientos y criterios para fijar metas anuales de producción y calidad para profesionales de la Ley N°15.076.

Modificación de los DFL de Plantas de los Servicios de Salud, lo que requiere de manera previa realizar los procesos de encasillamientos respectivos.

FORMACION

Perfeccionar y validar las Normas Técnicas Operativas del Sistema de Certificación de Especialidades y Subespecialidades Médicas y Odontológicas, para su publicación en el correspondiente decreto y el cierre del proceso de autorización de la entidad certificadora postulante en odontología, CONACEO. Adicionalmente, se debe elaborar un decreto que especifique los criterios y procesos de recertificación.

Consolidar un sistema de postulación en línea, que permita un proceso de concurso más expedito y transparente con los postulantes. En esta tarea se trabaja conjuntamente con el equipo del SIRH, permitiendo que sirva, además, para todos los concursos que los Servicios de Salud deseen realizar.

CAPACITACIÓN

Consolidar el financiamiento del Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD) y transferir responsabilidad y autonomía a los Coordinadores Locales del SIAD-SPS, involucrándolos en la actualización y rediseño de la oferta programática, desarrollo de la capacidad de tutoría, puesta en marcha del programa de necesidades locales compartidas y mantención y evolución del SIAD-SPS.

RELACIONES LABORALES Y CALIDAD DE VIDA

En materia de mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y seguridad del personal, se iniciará el proceso de formalización y estandarización de las Unidades de Salud del Trabajador del SNSS. Además, se realizará el estudio de caracterización de funcionarios y funcionarias del sector público de salud, que permita generar políticas y programas más eficientes, logrando contribuir a mejorar las condiciones laborales y de calidad de vida de los trabajadores de la salud.

SALUD OCUPACIONAL

En relación a la gestión ambiental, es necesario ejecutar los recursos financieros aprobados para 2014 en materia de: Tecnificación de la Gestión Ambiental en los Establecimientos “generadores” de residuos tóxico peligrosos y REAS (208 cargos de Técnico Ambiental), y distribución de recursos financieros para la implementación de las Salas REAS en los Establecimientos “generadores” no Base.

INVERSION SECTORIAL

En materia de inversión sectorial para el año 2014 se espera:

Lograr la entrega de 10 Hospitales terminados: Salamanca, Rancagua, Talca, Traumatológico Hospital Guillermo Gran Benavente, Laja, Los ángeles, Pitrufuén, Lautaro, Puerto Montt y Hospital Exequiel Gonzalez Cortés.

El término de obra e inicio de operación de cinco proyectos de Reparaciones Mayores: San Carlos, Chillán, Hospital Gran Benavente, Curanilahue y Psiquiatría Hospital San Borja Arriarán.

Continuar con la ejecución 2014-2015 de diez nuevos Hospitales: Iquique, Calama, Copiapó, Fricke, Philipe Pinel, Penco Lirquén, Futaleufú, Aysén, HUAP y CRS Puente Alto.

Iniciar durante el año 2014 para continuar el 2015 la construcción de catorce hospitales: Alto Hospicio, Ovalle, san Antonio, Chimbarongo, Florida, Carahue, Villarrica, Lanco, Ancud, Quellón, Cochrane, porvenir, Puerto Natales y Melipilla.

A ellos se suman los diseños para hospitales (como Higuera, Padre las Casas, La Unión, Río Bueno, Angol, Lonquimay, Curacautín, Collipulli, Constitución, Makewe, Misiones y San Juan de la Costa) y el programa de APS (CESFAM) y otras obras de infraestructura como: Urgencia Casablanca, Urgencia Quintero, Emergencia HCBL, Ocológica HRDR, etc., el programa de laboratorios de salud ambiental y mejoras en general, como UPC Calvo, UPC y Laboratorio Tórax, Pabellones Salvador, Obras complementarias para Concesiones, Climatización HCSBA, entre otros.

Finalmente se espera incorporar al programa de Concesiones 10 nuevos hospitales: Antofagasta, Salvador-Geriátrico, Metropolitano Occidente, Sotero, Marga Marga, Biprovincial, Curicó, Linares y Chillán.

5. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución.
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros.
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2013.
- Anexo 5: Compromisos de Gobierno.
- Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.
- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2013.
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.
- Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional.
- Anexo 10: Premios y Reconocimientos Institucionales.

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 2013.

Número	Descripción
1	En relación a la Lista de Espera No GES, el Gobierno asumió un nuevo compromiso, desafío que fue asumido por el Ministerio de Salud, se realizaron distintas estrategias que permitieron a Diciembre del 2013 reducir a 2.766 las personas en espera mayor a un año del Compromiso Presidencial lo que significó un cumplimiento del 97% del universo comprometido.
2	Durante el año 2013, la atención primaria de los Servicios de Salud recibió un presupuesto equivalente a \$968.721.756 millones, lo que representó un incremento de \$ 89.119.522 (\$ constantes) millones al compararlo con el año 2012, equivalente a un 10.1%. Dicho aumento se evidenció en el valor del Per Cápita Basal, el que alcanzó un total de \$3.509 por persona al mes y un crecimiento real en la tarifa basal de 8.2% respecto del Año 2012. 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. Así también se destinaron recursos adicionales por \$ 6.580 millones para prestaciones AUGE y piloto GES preventivo.
3	Con el objetivo de fortalecer la red asistencial, se realizó una profunda reingeniería de la Gestión de Hospitales y Servicios de Salud, para lograr el cumplimiento de estos objetivos, fue factible contar con un financiamiento de \$2.655.000 millones para las actividades desarrolladas en el nivel más complejo de atención de los Servicios de Salud, lo que significó un 5,4% de crecimiento en relación al año 2012. Este incremento evidenció la incorporación de recursos equivalentes a \$136.200 millones.
4	En el año 2013 se realizó una inversión en Salud equivalente a M\$266.091.114.-, 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).

- 5 Como parte del fortalecimiento a los Servicios de Salud, durante el año 2013, se generó un incremento de sus dotaciones máximas en 20.086 horas de la Ley 19.664, 362 cargos de la Ley 15.076, 3.609 cargos de la Ley 18.834 y en 891 horas para los Establecimientos Experimentales, lo que ha contribuido a potenciar la capacidad instalada y resolutivez de las redes asistenciales, a través de la puesta en marcha de nuevos proyectos de inversión hospitalaria, incorporación de líneas programáticas de apoyo a la gestión GES y desarrollos intersectoriales.

- 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 reducción de brecha de especialistas reales y funcionales 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, construir al menos 10 nuevos hospitales durante el periodo de gobierno y al menos 56 centros de salud familiar, 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 GES a noviembre de 2011 y NO GES compromiso presidencial a mayo de 2013, 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.
9	Impulsar una profunda reingeniería para mejorar la gestión de hospitales, consultorios y servicios del Ministerio de Salud, que permita administrar mejor y atender mejor las necesidades de las personas.

- 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 - Acciones de apoyo a la gestión de la Red Asistencial.	1,2,3,7
2	Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud: Acciones del ámbito de gestión de las personas destinadas a los funcionarios y funcionarias de la Red Asistencial.	2,4
3	Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud - Acciones de evaluación y coordinación activa de los procesos técnicos y administrativos que dan cuenta de los ámbitos financieros e inversionales del Ministerio de Salud.	5,6
4	Programa Salud Responde - Es un sistema de apoyo y acompañamiento permanente que es realizado mediante un servicio de atención telefónica las 24 horas durante todos los días del año. Busca orientar las decisiones de los usuarios haciendo más eficiente la red pública de salud. El servicio educa en salud de manera simple y expedita para desarrollar competencias crecientes en las personas, para su auto cuidado, realiza acompañamiento en el proceso de cuidado en el hogar en aquellas familias que son integradas por personas con enfermedades crónicas, graves o dependientes extremos, entre otros.	1,7,8
5	Coordinación Nacional de Fármacos e insumos - Coordinación y monitoreo de la gestión de fármacos e insumos de los 29 Servicios de Salud.	1,5,6
6	Consultorio de Excelencia - En el contexto de la consolidación del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario; es necesario avanzar en la construcción de una relación armónica y empático entre la comunidad y los establecimientos. El proceso de transformación de la atención primaria contempla el reconocimiento de los Centro de Salud Familiar a aquellos centros de Salud que cumplen con una serie de requisitos de motivación, capacitación, mejora de calidad progresiva e incorporación de la familia como unidad de atención. Por ser el reconocimiento un proceso deliberado, los CESFAM están sujetos de evaluación periódica y certificación. El propósito de esta certificación y el mejoramiento de los CESFAM es contribuir a mejorar la satisfacción usaria de los establecimientos de atención primaria que sean elegidos consultorio de excelencia. Los objetivos de estos son dos: primero entregar estímulos financieros a los establecimientos de atención	1,2,3,8,9

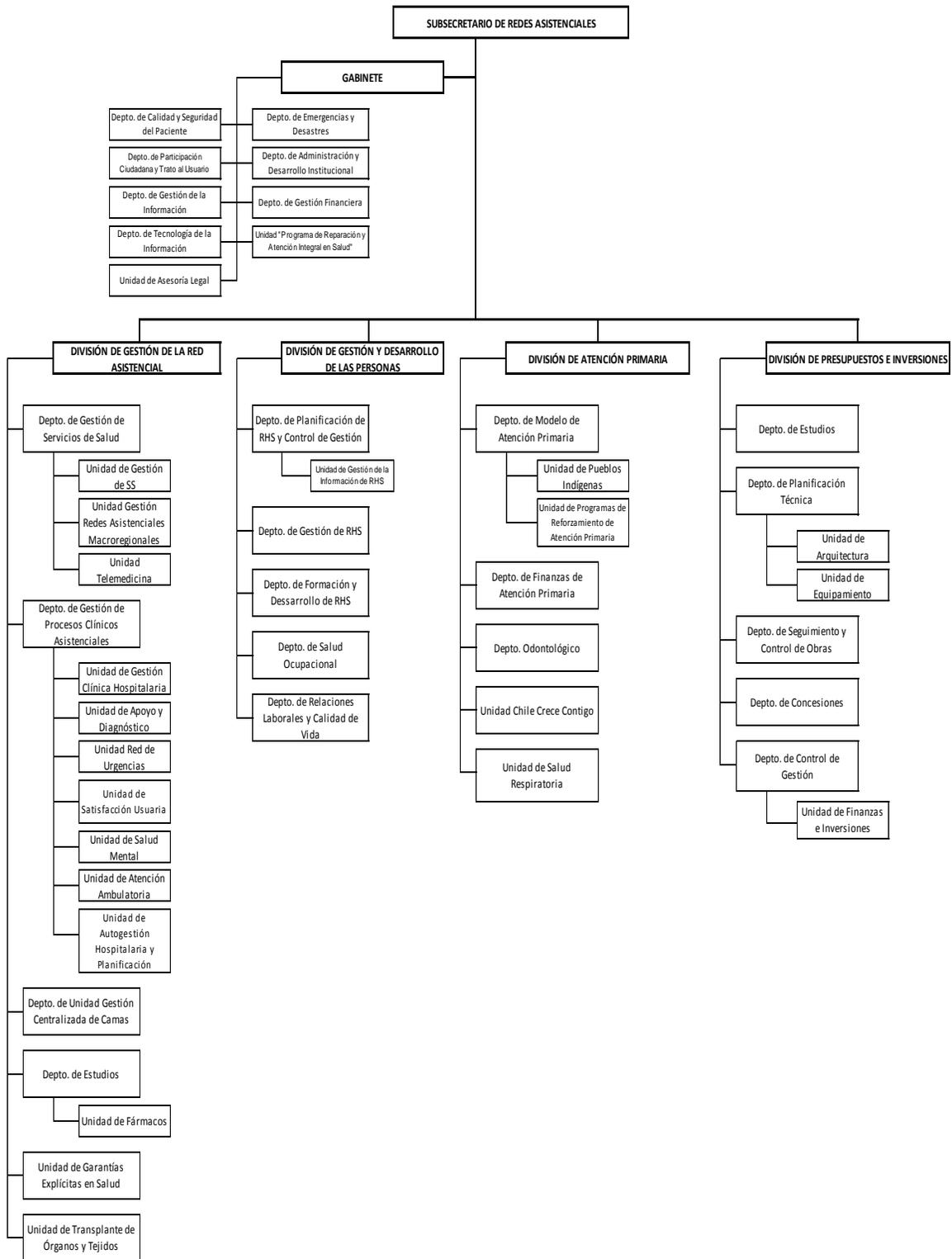
primaria de salud elegidos como consultorio de excelencia y mejorar los establecimientos.

- 7 Mi Hospital se pone a punto - Con el objetivo de aumentar la satisfacción de los usuarios del sector salud, el ministerio de Salud ha instaurado la política de conservación de los espacios de infraestructura pública en salud, comenzando con los establecimientos de mayor relevancia e impacto del país. El objetivo es dotar de un conjunto de estrategias que tiendan a establecer, mayores niveles de calidad en la atención de los espacios destinados principalmente a urgencia y los destinados a áreas de servicios de atención de público como son los consultorio adosados. Por otro lado, contempla la adquisición de equipamiento, circuito cerrado de televisión, continuar con una política de prevención y promoción de la salud y para que los establecimientos apoyen su línea de difusión de programa, beneficios, derechos y deberes de los pacientes y el general políticas de fomento a la vida sana. El objetivo de este programa de conservación de infraestructura pública de los hospitales autogestionados viene a contribuir en aumentar la satisfacción. 5,8,9

- 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



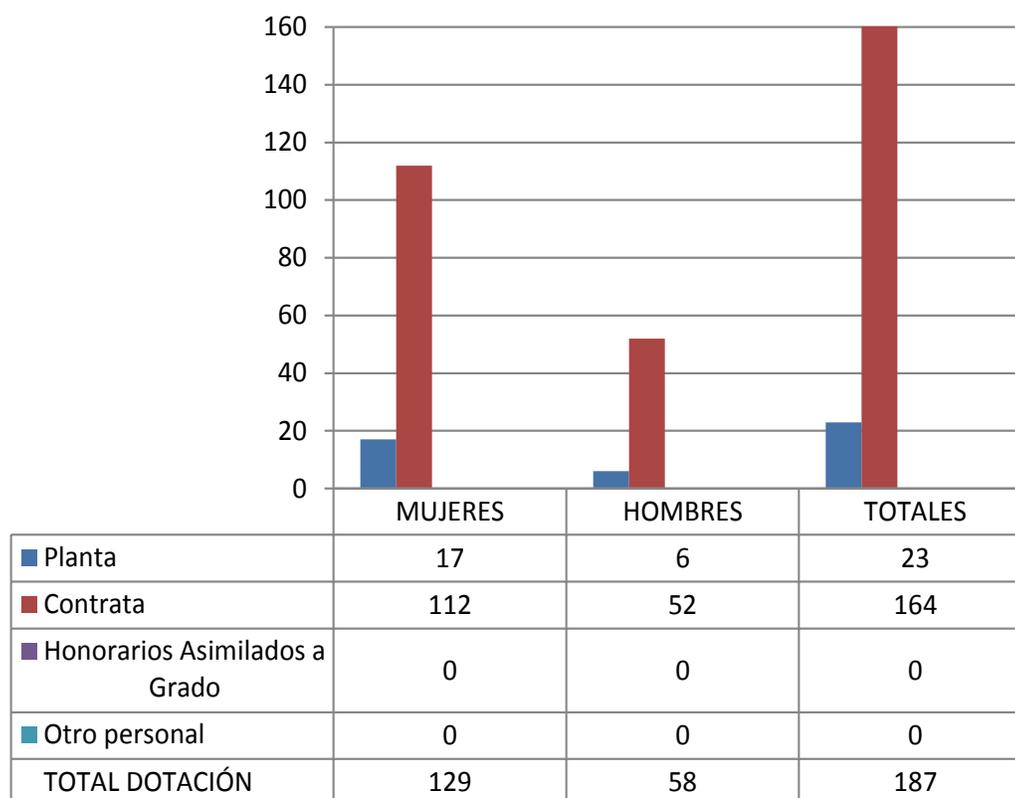
c) Principales Autoridades

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
Jefe de División de Atención Primaria	SIBILA IÑÍGUEZ CASTILLO

Anexo 2: Recursos Humanos

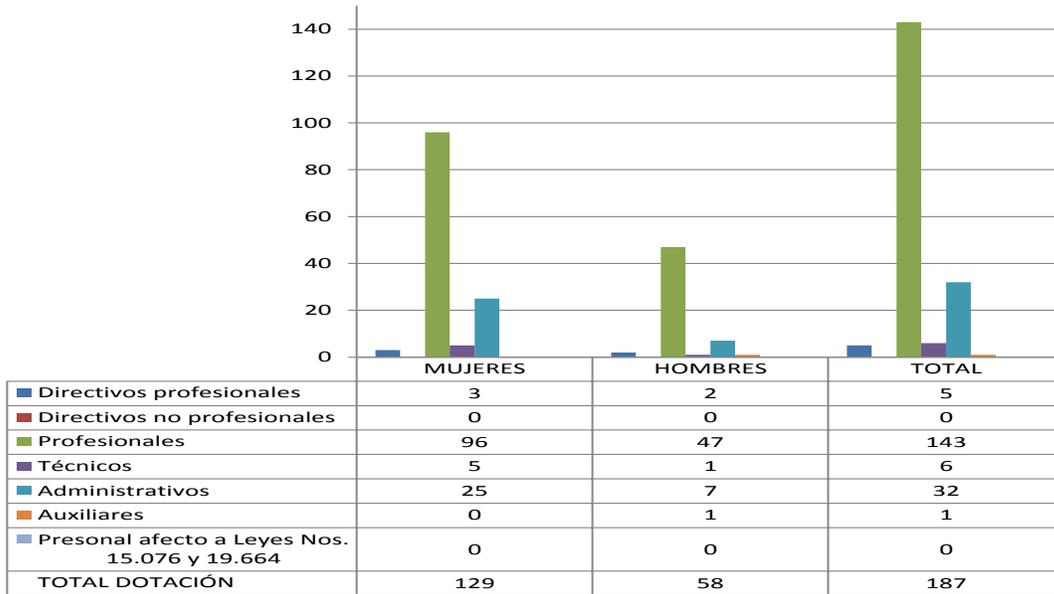
a) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2013⁹ por tipo de Contrato (mujeres y hombres)

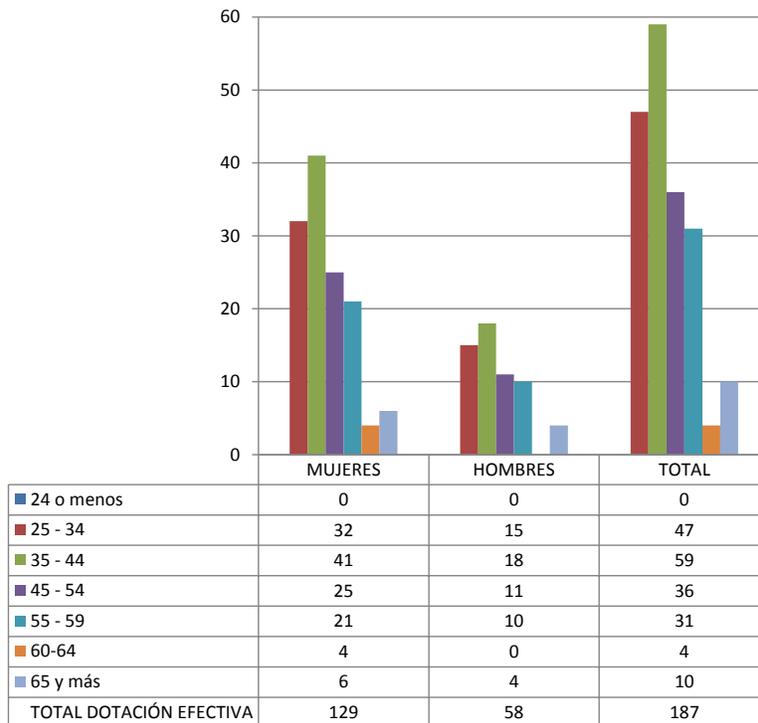


9 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2013. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- Dotación Efectiva año 2013 por Estamento (mujeres y hombres)

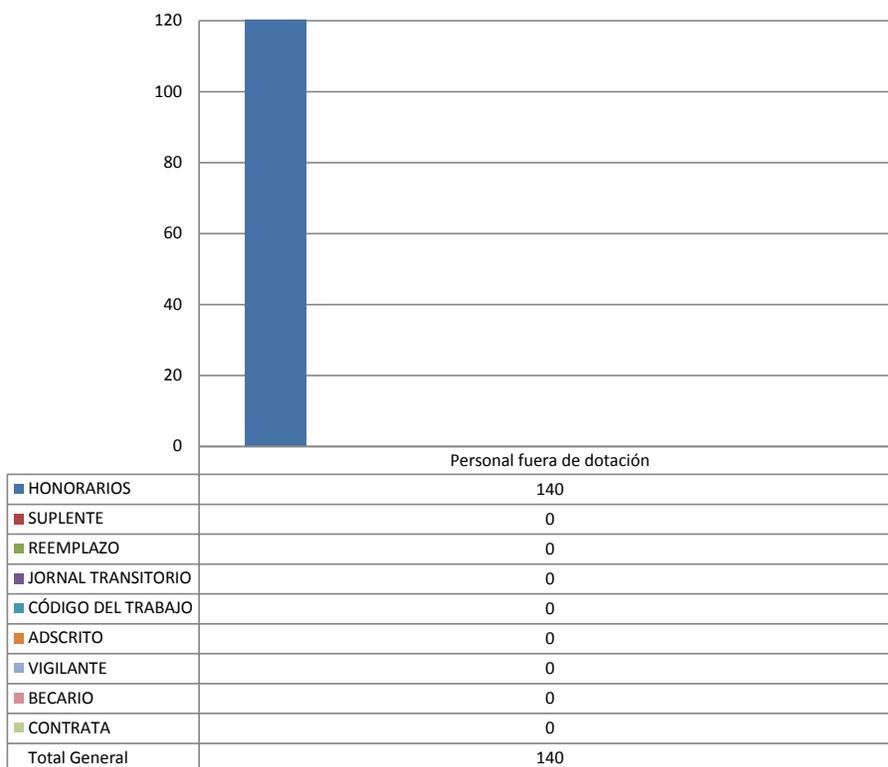


- Dotación Efectiva año 2013 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



b) Personal fuera de dotación

- Personal fuera de dotación año 2013¹⁰, por tipo de contrato



¹⁰ 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 2013.

c) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ¹¹		Avance ¹²	Notas
		2012	2013		
1. Reclutamiento y Selección					
1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata ¹³ cubiertos por procesos de reclutamiento y selección ¹⁴	(N° de ingresos a la contrata año t vía proceso de reclutamiento y selección/ Total de ingresos a la contrata año t)*100	0.0	0.0	0.0	
1.2 Efectividad de la selección	(N° ingresos a la contrata vía proceso de reclutamiento y selección en año t, con renovación de contrato para año t+1/N° de ingresos a la contrata año t 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° de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año t/ Dotación Efectiva año t) *100	7.4	13.9	53.4	
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	(N° de funcionarios Jubilados año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0.0	0.0	0.0	
• Funcionarios fallecidos	(N° de funcionarios fallecidos año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0.0	1	0.0	
• Retiros voluntarios					
○ con incentivo al retiro	(N° de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año t/ Dotación efectiva año t)*100	0.0	0.03	-	

11 La información corresponde al período Enero 2012 - Diciembre 2012 y Enero 2013 - Diciembre 2013, según corresponda.

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

13 Ingreso a la contrata: No considera el personal a contrata por reemplazo, contratado conforme al artículo 11 de la ley de presupuestos 2013.

14 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 ¹¹		Avance ¹²	Notas
		2012	2013		
○ otros retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros otros retiros voluntarios año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	5.7	7	82.2	
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras causales año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	1.7	4	40.1	
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año t} / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año t}$	1.7	1.1	151.7	
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	4.3	-	
3.2 Porcentaje de funcionarios recontratados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontratados en grado superior, año t}) / (\text{Total contratos efectivos año t}) * 100$	10.6	6.7	63.3	
4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	32.6	44.9	137.9	
4.2 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$\frac{\sum (\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas en act. de capacitación año t} * \text{N}^\circ \text{ participantes en act. de capacitación año t})}{\text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t}}$	30.0	27.9	93.0	

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ¹¹		Avance ¹²	Notas
		2012	2013		
4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia ¹⁵	(N° de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año t/N° de actividades de capacitación en año t)*100	0.0	0.0	0.0	Metodología de servicio civil se ha actualizado desde el 2013, con implementaciones piloto, para consolidarse en los años siguientes.
4.4 Porcentaje de becas ¹⁶ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	N° de becas otorgadas año t/ Dotación efectiva año t) *100	1.7	1.1	62.4	Becas autorizadas por el CBC en el marco de diplomados emergentes y por iniciativa individual
5. Días No Trabajados					
5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas, según tipo.					
• Licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1).	(N° de días de licencias médicas tipo 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.6	0.8	77.8	
• Licencias médicas de otro tipo ¹⁷	(N° de días de licencias médicas de tipo diferente al 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.1	0.2	55.1	
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	0.02	0.0	569.9	
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	5.9	4.6	128	

15 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.

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

17 No considerar como licencia médica el permiso postnatal parental.

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ¹¹		Avance ¹²	Notas
		2012	2013		
7. Evaluación del Desempeño¹⁸					
7.1 Distribución del personal de acuerdo a los resultados de sus calificaciones.	N° de funcionarios en lista 1 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	100	100	100	
	N° de funcionarios en lista 2 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	0.0	0.0	0.0	
	N° de funcionarios en lista 3 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	0.0	0.0	0.0	
	N° de funcionarios en lista 4 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	0.0	0.0	0.0	
7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño ¹⁹ 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			
8. Política de Gestión de Personas					
Política de Gestión de Personas ²⁰ 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.	SI			RES. EX. N° 1118, 08/11/2012, Subsecretaría de Redes Asistenciales: Aprueba Política de RRHH de Salud

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

19 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.

20 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			
Ingresos y Gastos devengados año 2011 – 2012			
Denominación	Monto Año 2012	Monto Año 2013	Notas
	M\$[1]	M\$	
INGRESOS	41,869,637	56,909,017	
5.TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13,761,160	13,089,320	
8.OTROS INGRESOS CORRIENTES	79,920	517,920	
9.APORTE FISCAL	14,970,701	31,937,162	
10.VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	2,423	
12.RECUPERACION DE PRESTAMOS	0	3,086,240	
13.TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	13,057,857	8,275,952	
15.SALDO INICIAL DE CAJA	0	0	
GASTOS	49,473,927	50,766,407	
21.GASTOS EN PERSONAL	6,398,613	7,692,940	
22.BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	7,572,638	10,181,422	
23.PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	0	133,961	
24.TRANSFERENCIAS CORRIENTES	16,616,674	20,876,830	
26.OTROS GASTOS CORRIENTES	94,336	2,812	
29.ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,087,988	869,750	
33.TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	13,144,478	8,181,924	
34.SERVICIO DE LA DEUDA	4,559,199	2,826,768	
35.SALDO FINAL DE CAJA	0	0	

Programa 02

Cuadro 2			
Ingresos y Gastos devengados año 2012 – 2013			
Denominación	Monto Año 2012	Monto Año 2013	Notas
	M\$[1]	M\$	
INGRESO	292,696,406	241,936,097	
8. OTROS INGRESOS CORRIENTES	0		
9. APOORTE FISCAL	292,690,034	241,936,097	
12. RECUPERACION DE PRESTAMOS	6,371	-35,534,982	
15. SALDO INICIAL DE CAJA	0	1,000	
GASTO	289,742,080	241,788,335	
31. INICIATIVAS DE INVERSION	0	13,363	
33. TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	273,930,606	240,084,113	
34. SERVICIO DE LA DEUDA	15,811,474	1,690,859	
35. SALDO FINAL DE CAJA	0	1,000	

b) Comportamiento Presupuestario año 2013

Programa 01

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2013								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²¹ (M\$)	Presupuesto Final ²² (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²³ (M\$)	Notas ²⁴
			INGRESOS	65,283,504	58,017,149	56,909,017	1,108,132	
5			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13,910,248	13,910,248	13,089,320	820,928	
	2		Del Gobierno Central	13,910,248	13,910,248	13,089,320	820,928	
5	2	2	Sistema de Protección Integral a la Infancia	13,910,248	13,910,248	13,089,320	820,928	
8			OTROS INGRESOS CORRIENTES	55,024	452,751	517,920	-65,169	
8	1	2	Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196 y Ley N° 19.117 Art. Único	29,619	29,619	27,222	2,397	
8	99	999	Otros	25,405	423,132	490,699	-67,567	
9			APOORTE FISCAL	48,806,563	31,924,467	31,937,162	-12,695	
9	1		Libre	48,806,563	31,924,467	31,937,162	-12,695	
9	1	1	Remuneraciones	0	600,000	7,848,405	-7,248,405	
9	1	2	Resto	0	31,324,467	24,088,757	7,235,710	
10			VENTA DE ACTIVOS NOS FINANCIEROS	0	0	2,423	-2,423	

21 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

22 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2013.

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

24 En los casos en que las diferencias sean relevantes se deberá explicar qué las produjo.

10	3	Vehículos	0	0	2,423	-2,423
12		RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	0	0	3,086,240	-3,086,240
12	1	Ingresos por percibir	0	0	3,086,240	-3,086,240
13		TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	2,510,669	8,275,952	8,275,952	0
13	2	Del Gobierno Central	2,510,669	8,275,952	8,275,952	0
13	2	1 IVA Concesiones Hospitalarias	2,510,669	8,275,952	8,275,952	0
15		Saldo Inicial de Caja	1,000	3,453,731	0	3,453,731
		GASTOS	65,283,504	58,017,149	50,766,406	7,250,743
21		GASTOS EN PERSONAL	8,059,801	8,821,669	7,692,940	1,128,729
21	1	1 Asignación de Antigüedad		16,410	16,410	0
21	1	1 Asignación de Dirección Superior		46,902	46,902	0
21	1	1 Asignación de Responsabilidad Superior		7,892	7,892	0
21	1	1 Asignación Profesional		85,985	85,985	0
21	1	1 Asignaciones Compensatorias		68,437	68,437	0
21	1	1 Asignaciones Sustitutivas		200,810	200,810	0
21	1	1 Gastos de Representación		2,083	2,083	0
21	1	1 Otras Asignaciones		17,571	17,571	0
21	1	1 Sueldos Bases		343,588	117,321	226,266
21	1	1 Sueldos y Sobresueldos		789,677	563,411	226,266
21	1	2 A Servicios de Bienestar		1,822	1,822	0
21	1	2 Aportes del Empleador		11,583	11,583	0
21	1	2 Otras Cotizaciones Previsionales		9,761	9,761	0
21	1	3 Asignaciones por Desempeño		128,253	128,253	0
21	1	3 Desempeño Colectivo		59,376	59,376	0
21	1	3 Desempeño Institucional		68,877	68,877	0
21	1	4 Asignación por Desempeño de Funciones Críticas		44,902	42,433	2,469
21	1	4 Comisiones de Servicios en el Exterior		6,457	6,457	0
21	1	4 Comisiones de Servicios en el País		18,410	13,556	4,854
21	1	4 Remuneraciones Variables		84,795	68,556	16,239
21	1	4 Trabajos Extraordinarios		15,026	6,109	8,917
21	1	5 Aguinaldos		681	681	0
21	1	5 Aguinaldos y Bonos		2,774	2,774	0
21	1	5 Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad		46	46	0
21	1	5 Bono de Escolaridad		167	167	0
21	1	5 Bonos Especiales		1,880	1,880	0
21	2	1 Asignación de Antigüedad		21,148	21,145	2
21	2	1 Asignación de Responsabilidad Superior		13,042	13,042	0
21	2	1 Asignación Profesional		527,098	526,951	146
21	2	1 Asignación Única		958	958	0
21	2	1 Asignaciones Compensatorias		390,412	390,301	110
21	2	1 Asignaciones Sustitutivas		1,179,578	1,179,258	319
21	2	1 Otras Asignaciones		97,782	97,757	26
21	2	1 Sueldos Bases		727,947	727,752	194

21	2	1	Sueldos y Sobresueldos		2,957,964	2,957,165	799
21	2	2	A Servicios de Bienestar		10,412	10,412	0
21	2	2	Aportes del Empleador		68,018	68,018	0
21	2	2	Otras Cotizaciones Previsionales		57,606	57,606	0
21	2	3	Asignaciones por Desempeño		662,138	662,069	69
21	2	3	Desempeño Colectivo		291,792	291,723	69
21	2	3	Desempeño Institucional		370,346	370,346	0
21	2	4	Asignación por Desempeño de Funciones Críticas		148,616	95,336	53,281
21	2	4	Comisiones de Servicios en el Exterior		3,686	2,977	709
21	2	4	Comisiones de Servicios en el País		201,219	99,493	101,726
21	2	4	Remuneraciones Variables		403,237	230,619	172,619
21	2	4	Trabajos Extraordinarios		49,716	32,813	16,903
21	2	5	Aguinaldos		7,853	7,853	0
21	2	5	Aguinaldos y Bonos		35,180	35,180	0
21	2	5	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad		511	511	0
21	2	5	Bono de Escolaridad		1,777	1,777	0
21	2	5	Bonos Especiales		25,040	25,040	0
21	3	1	Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales		7,199,154	5,814,204	1,384,950
21	3	1	Honorarios A Suma Alzada - Personas Naturales				
21	3	1	Viáticos		122,699	93,937	28,762
21	3	1	HSA - Comisiones de Servicios en el Exterior		587	587	0
21	3	5	Suplencias y Reemplazos		12,934	9,550	3,385
21	3	7	Alumnos en Práctica		3,895	1,398	2,497
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12,092,470	11,852,054	10,181,422	1,670,632
22	1	1	Para Personas		8,990	8,003	988
22	2	2	Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas		7,693	4,753	2,940
22	2	3	Calzado		3,088	2,388	700
22	3	1	Para Vehículos		12,000	9,143	2,857
22	4	1	Materiales de Oficina		65,258	44,136	21,123
22	4	2	Textos y Otros Materiales de Enseñanza		236	236	0
22	4	4	Productos Farmacéuticos		405,741	91,556	314,184
22	4	7	Materiales y Útiles de Aseo		5,705	5,183	521
22	4	8	Menaje para Oficina, Casino y Otros		550	510	40
22	4	9	Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales		32,888	22,710	10,178
22	4	11	Repuestos y Accesorios para Mantenimiento y Reparaciones de Vehículos		956	956	0
22	4	12	Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos para Mantenimiento y Reparaciones		567	217	350
22	4	13	Equipos Menores		379	379	0
22	4	999	Otros		57,242	43,183	14,059
22	5	1	Electricidad		12,318	10,813	1,505
22	5	2	Agua		1,289	289	1,000
22	5	3	Gas		481	481	0
22	5	4	Correo		16,440	15,886	554
22	5	8	Enlaces de Telecomunicaciones		2,535	2,535	0

22	6	1	Mantenimiento y Reparación de Edificaciones		5,775	1,672	4,103
22	6	2	Mantenimiento y Reparación de Vehículos		2,600	2,319	281
22	6	7	Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos		500	442	58
22	6	999	Otros		240	236	4
22	7	1	Servicios de Publicidad		115,952	70,933	45,019
22	7	2	Servicios de Impresión		169,473	147,828	21,645
22	7	3	Servicios de Encuadernación y Empaste		118	0	118
22	7	999	Otros		29,402	24,396	5,006
22	8	1	Servicios de Aseo		100,064	92,155	7,908
22	8	2	Servicios de Vigilancia		49,350	43,329	6,021
22	8	7	Pasajes, Fletes y Bodegajes		758,820	574,657	184,163
22	8	10	Servicios de Suscripción y Similares		42,527	39,515	3,012
22	8	999	Otros		800,045	476,966	323,079
22	9	2	Arriendo de Edificios		137,780	136,040	1,741
22	9	3	Arriendo de Vehículos		1,040	0	1,040
22	9	5	Arriendo de Máquinas y Equipos		56,379	53,363	3,016
22	9	6	Arriendo de Equipos Informáticos		6,677,085	6,456,376	220,709
22	9	999	Otros		101,295	91,186	10,109
22	10	2	Primas y Gastos de Seguros		115	104	11
22	10	4	Gastos Bancarios		5	5	0
22	11	1	Estudios e Investigaciones		679,566	653,106	26,460
22	11	2	Cursos de Capacitación		14,704	14,704	0
22	11	3	Servicios Informáticos		1,280,430	900,111	380,319
22	11	999	Otros		106,334	99,616	6,718
22	12	2	Gastos Menores		4,950	2,004	2,946
22	12	3	Gastos de Representación, Protocolo y Ceremonial		14,900	2,636	12,264
22	12	999	Otros		68,246	34,363	33,883
23	3	1	Indemnización de Cargo Fiscal		133,961	133,961	0
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	15,728,102	24,957,734	20,876,830	4,080,904
24	1	11	Programa de apoyo al recién nacido	13,910,248	14,433,325	10,352,421	4,080,904
24	3		A Otras Entidades Públicas	1,817,854			0
24	3	1	Servicio De Salud Arica		135,095	135,095	0
24	3	2	Servicio De Salud Iquique		171,640	171,640	0
24	3	3	Servicio De Salud Antofagasta		156,852	156,852	0
24	3	4	Servicio De Salud Atacama		199,514	199,514	0
24	3	5	Servicio De Salud Coquimbo		338,719	338,719	0
24	3	6	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio		396,982	396,982	0
24	3	7	Servicio De Salud Viña Del Mar - Quillota		641,544	641,544	0
24	3	8	Servicio De Salud Aconcagua		185,255	185,255	0
24	3	9	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		587,460	587,460	0
24	3	10	Servicio De Salud Maule		863,003	863,003	0
24	3	11	Servicio De Salud Ñuble		373,630	373,630	0

24	3	12	Servicio De Salud Concepción		374,911	374,911	0
24	3	13	Servicio De Salud Talcahuano		270,026	270,026	0
24	3	14	Servicio De Salud Bío Bío		241,721	241,721	0
24	3	15	Servicio De Salud Arauco		108,223	108,223	0
24	3	16	Servicio De Salud Araucanía Norte		125,268	125,268	0
24	3	17	Servicio De Salud Araucanía Sur		494,547	494,547	0
24	3	18	Servicio De Salud Valdivia		282,055	282,055	0
24	3	19	Servicio De Salud Osorno		136,688	136,688	0
24	3	20	Servicio de Salud del Reloncaví		278,095	278,095	0
24	3	21	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibañez del Campo		117,544	117,544	0
24	3	22	Servicio De Salud Magallanes		178,837	178,837	0
24	3	23	Servicio De Salud Metropolitano Oriente		599,621	599,621	0
24	3	24	Servicio De Salud Metropolitano Central		341,250	341,250	0
24	3	25	Servicio De Salud Metropolitano Sur		748,661	748,661	0
24	3	26	Servicio De Salud Metropolitano Norte		420,413	420,413	0
24	3	27	Servicio De Salud Metropolitano Occidente		855,902	855,902	0
24	3	28	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente		735,212	735,212	0
24	3	38	Hospital Padre Alberto Hurtado		32,454	32,454	0
24	3	39	Centro de Referencia de Salud de Maipú		10,812	10,812	0
24	3	41	Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente		1,492	1,492	0
24	2	42	Servicio de Salud Chiloé		120,983	120,983	0
26			OTROS GASTOS CORRIENTES		2,813	2,812	1
26	1		Devoluciones		2,813	2,812	1
29			ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1,075,224	1,070,716	869,750	200,966
29	4	1	Mobiliario y Otros	2,320	0	0	0
	5		Máquinas y Equipos	1,472	22,882	758	22,123
29	5	1	Máquinas y Equipos de Oficina		21,921	351	21,569
29	5	999	Otras		961	407	554
29	6		Equipos Informáticos	5,145	6,734	1,617	5,117
29	6	1	Equipos Computacionales y Periféricos		6,734	1,617	5,117
29	7		Programas Informáticos	1,066,287	1,020,584	864,596	155,988
29	7	1	Programas Computacionales		1,020,584	864,596	155,988
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	28,325,907	8,345,730	8,181,924	163,806
33	1		Al Sector Privado	28,325,907	8,275,952	8,112,146	163,806
33	1	3	Reintegro Crédito IVA Concesiones	2,510,669	8,275,952	8,112,146	163,806
33	1	4	Subsidio Fijo a la Construcción	25,815,238			
33	2	2	Servicio De Salud Iquique		750	750	0
33	2	3	Servicio De Salud Antofagasta		2,500	2,500	0
33	2	5	Servicio De Salud Coquimbo		228	228	0
33	2	6	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio		8,000	8,000	0
33	2	7	Servicio de Salud Vina del Mar - Quillota		6,000	6,000	0
33	2	9	Servicio de Salud Libertador Gral. Bernardo O'Higgins		4,499	4,499	0

33	2	10	Servicio De Salud Maule		1,130	1,130	0	
33	2	11	Servicio de Salud Nuble		3,300	3,300	0	
33	2	12	Servicio de Salud Concepcion		4,331	4,331	0	
33	2	18	Servicio De Salud Valdivia		1,670	1,670	0	
33	2	19	Servicio De Salud Osorno		7,493	7,493	0	
33	2	21	Servicio de Salud Aysen del General Carlos Ibanez del Campo		3,115	3,115	0	
33	2	23	Servicio De Salud Metropolitano Oriente		3,822	3,822	0	
33	2	25	Servicio De Salud Metropolitano Sur		8,240	8,240	0	
33	2	27	Servicio De Salud Metropolitano Occidente		11,000	11,000	0	
33	2	28	Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente		3,700	3,700	0	
34			SERVICIO DE LA DEUDA	1,000	2,831,472	2,826,768	4,704	
34	7		Deuda Flotante	1,000	2,831,472	2,826,768	4,704	
35			SALDO FINAL DE CAJA	1,000	1,000	0	1,000	

Programa 02

Cuadro 3 Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2013								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁵ (M\$)	Presupuesto Final ²⁶ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁷ (M\$)	Notas ²⁸
			TOTAL INGRESOS	266,965,012	252,021,254	241,936,097	10,085,157	
9			APORTE FISCAL	266,965,012	252,021,254	241,936,097	10,085,157	
9	1		Libre	265,309,531	250,280,773	240,280,773	10,000,000	
9	1	2	Resto		250,280,773	240,280,773	10,000,000	
9	3		Servicio de la Deuda Externa	1,654,481	1,740,481	1,655,324	85,157	
9	3	1	Amortizaciones		1,373,134	1,655,324	-282,190	
9	3	2	Intereses		320,719	0	320,719	
9	3	3	Otros Gastos Financieros		46,628	0	46,628	
12			RECUPERACION DE PRESTAMOS		0	35,535	-35,535	
12	1		Ingresos por Percibir		0	35,535	-35,535	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	1,000	1,000	0	1,000	
			TOTAL GASTOS	266,965,012	252,022,254	241,788,334	10,233,920	
31			INICIATIVAS DE INVERSION		40,858	13,363	27,495	
31	2		Proyectos	265,356,159	40,858	13,363	27,495	
31	2	2	Consultorías		40,858	13,363	27,495	
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL		250,286,543	240,084,113	10,202,430	
	2		Al Gobierno Central		250,286,543	240,084,113	10,202,430	

25 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

26 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2013.

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

28 En los casos en que las diferencias sean relevantes se deberá explicar qué las produjo.

33	2	1	Servicio De Salud Arica		46,322	27,555	18,767
33	2	2	Servicio De Salud Iquique		5,131,933	4,980,304	151,629
33	2	3	Servicio De Salud Antofagasta		7,362,203	6,639,541	722,662
33	2	4	Servicio De Salud Atacama		1,254,616	1,209,473	45,143
33	2	5	Servicio De Salud Coquimbo		5,712,054	5,685,081	26,973
33	2	6	Servicio de Salud Valparaiso - San Antonio		3,047,007	2,260,161	786,846
33	2	7	Servicio de Salud Vina del Mar - Quillota		21,244,713	21,067,705	177,008
33	2	8	Servicio De Salud Aconcagua		6,554,690	6,554,688	2
33	2	9	Servicio de Salud Libertador Gral.Bernardo OHiggins		28,069,646	27,628,607	441,039
33	2	10	Servicio De Salud Maule		23,094,288	22,921,932	172,356
33	2	11	Servicio de Salud Nuble		7,770,901	7,618,724	152,177
33	2	12	Servicio de Salud Concepcion		18,583,905	18,401,630	182,275
33	2	13	Servicio De Salud Talcahuano		3,525,694	3,419,792	105,902
33	2	14	Servicio de Salud Bio Bio		13,398,533	13,174,443	224,090
33	2	15	Servicio De Salud Arauco		4,466,561	2,366,065	2,100,496
33	2	16	Servicio de Salud Araucania Norte		1,925,463	1,855,909	69,554
33	2	17	Servicio de Salud Araucania Sur		11,565,833	11,397,593	168,240
33	2	18	Servicio De Salud Valdivia		1,738,908	1,609,033	129,875
33	2	19	Servicio De Salud Osorno		2,431,518	2,413,163	18,355
33	2	20	Servicio de Salud Reloncavi		29,978,070	29,867,034	111,036
33	2	21	Servicio de Salud Aysen del General Carlos Ibanez del Campo		9,960,198	9,790,384	169,814
33	2	22	Servicio De Salud Magallanes		189,230	184,157	5,073
33	2	23	Servicio De Salud Metropolitano Oriente		5,145,130	4,840,833	304,297
33	2	24	Servicio de Salud Metropolitana Central		5,939,287	4,528,973	1,410,314
33	2	25	Servicio De Salud Metropolitano Sur		16,648,304	16,646,473	1,831
33	2	26	Servicio De Salud Metropolitano Norte		2,188,672	1,585,526	603,146
33	2	27	Servicio De Salud Metropolitano Occidente		3,507,008	3,238,382	268,626
33	2	28	Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente		6,115,490	4,990,214	1,125,276
33	2	42	Servicio de Salud Chiloe		3,690,366	3,180,738	509,628
34			SERVICIO DE LA DEUDA	1,607,853	1,693,853	1,690,859	2,994
34	2		Amortización Deuda Externa	1,335,134	1,373,134	1,373,134	0
34	2	2	Empréstitos		1,373,134	1,373,134	0
34	4		Intereses Deuda Externa	272,719	320,719	317,725	2,994
34	4	2	Empréstitos		320,719	317,725	2,994
35			SALDO FINAL DE CAJA	1,000	1,000	0	1,000

c) Indicadores Financieros

Cuadro 4 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²⁹			Avance ³⁰	Notas
			2011	2012	2013	2013/ 2012	
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales ³¹)	\$	1,0	1,0	1,112	111,2	
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]	\$	1,89	0,58	0,24	41,3	
	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)	\$	1,89	0,35	0,23	65,7	

d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5 Análisis del Resultado Presupuestario 2013 ³²				
Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
	FUENTES Y USOS	4,904,462	311,513,937	-306,609,475
	Carteras Netas	10,806	295,394,435	-295,383,629
115	Deudores Presupuestarios	10,806	298,880,650	-298,869,844
215	Acreedores Presupuestarios	0	-3,486,215	3,486,215
	Disponibilidad Neta	4,528,746	15,001,498	-10,472,752
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	4,528,746	15,001,498	-10,472,752
	Extrapresupuestario neto	364,910	1,118,004	-753,094
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	593,929	558,850	35,079
116	Ajustes a Disponibilidades	2,812	1,293	1,519
119	Trasposos Interdependencias	0	557,461	-557,461
214	Depósitos a Terceros	-186,540	300	-186,840
216	Ajustes a Disponibilidades	-45,291	100	-45,391
219	Trasposos Interdependencias	0	0	0

29 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2013. Los factores de actualización de las cifras de los años 2011 y 2012 son 1,04856870 y 1,01797128 respectivamente.

30 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.

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

32 Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2013				
Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones
Mejor Atención e Infraestructura	265,356,159	250,327,401	240,097,476	Corresponde a los recursos asociados a Proyectos en Inversión Sectorial en Salud

f) Transferencias³³

Cuadro 7						
Transferencias Corrientes						
Descripción	Presupuesto Inicial 2013 ³⁴ (M\$)	Presupuesto Final 2013 ³⁵ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ³⁶	Notas	
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO						
Gastos en Personal						
Bienes y Servicios de Consumo	13,910,248	14,433,325	10,352,421	4,080,904		
Inversión Real						
Otros						
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS						
Gastos en Personal						
Bienes y Servicios de Consumo	1,817,854	-	-	-	Corresponde a Campaña de Invierno, y los recursos se asignan a Servicios de Salud.	
Inversión Real						
Otros ³⁷						
TOTAL TRANSFERENCIAS	15,728,102	14,433,325	10,352,421	4,080,904		

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

34 Corresponde al aprobado en el Congreso.

35 Corresponde al vigente al 31.12.2013.

36 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

37 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

g) Inversiones³⁸

No se aplicó para el período 2013.

Cuadro 8							Notas
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2013							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ³⁹	Ejecución Acumulada al año 2013 ⁴⁰	% Avance al Año 2013	Presupuesto Final Año 2013 ⁴¹	Ejecución Año 2013 ⁴²	Saldo por Ejecutar	
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(7) = (4) - (5)	

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2013

- Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2013

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2013									
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2013	Cumple SI/NO ⁴³	% Cumplimiento ⁴⁴
				2011	2012	2013			
				0.61unidades					
				781228					
				3.00/12		0.69unidades	0.67unidades		
				731506		9233774	8890900		
				.00		.00/1337	.00/1319		
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: 0.57 338056 8.00/58	0.68unidades 94645.00	H: 0.63 3995998 8970879	H: 0.61 3832014 .00/6246	SI	102.99%
				M: 0.65 443171	2753.00	M: 0.74 5237776	M: 0.73 5058885		
	Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres:		5.00/68 36861.00	H: 0.00 M: 0.00	.00/7036 524.00	.00/6948 387.00		

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

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

40 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2013.

41 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2013.

42 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria devengada del año 2013.

43 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2013 es igual o superior a un 95% de la meta.

44 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2013 en relación a la meta 2013 .

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2013

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta	Cumple SI/NO ⁴³	% Cumplimiento ⁴⁴	Notas
				2011	2012	2013	2013			
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 Servicios de Salud respectivos 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	100.00%	
				(45306)	(535838)	(583341)	(570224)			
				9630/4	756905/	(53341)	(570224)			
				534862	5361864	183/584	132/570			
Enfoque de Género: No				61)*10	67536)*	854040)	224132)			
				0	100	*100	*100			
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 proyectos de inversión /Monto total de asignación a inversión sectorial en la Ley de Presupuesto)*100	%	99%	99%	100%	100%	SI	100.00%	
				(29705)	(294275)	(266091)	(257832)			
				2175/2	(294275)	(266091)	(257832)			
				989508	582/296	114/266	392/257			
Enfoque de Género: No				83)*10	451585)	121973)	832392)			
				0	*100	*100	*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	%	99.62	99.63%	99.72%	100.00%	SI	99.72%	
				(26380)	(306519)	(333921)	(264800)			
				00.00/2	6.00/307	8.00/334	0.00/264			
				648000	6664.00)	8511.00)	8000.00)			
Enfoque de Género: No				0	*100	*100	*100			
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 Teleradiología (Teleradiología de Urgencia, Teleradiología osteopulmonar, Dispositivos móviles de Teleconsulta y Teledermatología)	(Número de Servicios de Salud con implementación en Teleradiología/Total de Servicios de Salud)*100	%	0.0%	79.3%	100.0%	100.0%	SI	100.00%	
				(0.0/0)	(23.0/29)	(29.0/29)	(29.0/29)			
				0)*100	0)*100	0)*100	0)*100			

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2013										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "	Cumple SI/NO ⁴³	% Cumplimiento ⁴⁴	Notas
				2011	2012	2013	2013			
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					SI	97.14%	
					6.9días	7.0días	6.8días			
	Enfoque de Género:			0.0días	15640.0/	15430.0/	17300.0/			
	No			0.0/0.0	2274.0	2208.0	2541.0			

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 2013			
Objetivo ⁴⁵	Producto ⁴⁶	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ⁴⁷	Evaluación ⁴⁸
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	4 Programa Salud Responde. 6.Consultorio de Excelencia 7. Mi hospital se pone a punto.	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	4 Programa Salud Responde. 6.Consultorio de Excelencia 7. Mi hospital se pone a punto.	Cumplido
Construir, al menos, 56 nuevos centros de salud familiar	56 centros de salud familiar comenzando obras en 2010-2011	3 .Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud.	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.	3. Informes, orientaciones y documentos para el seguimiento, control y gestión subsidiaria de los ámbitos financieros y de inversión sectorial en salud.	Cumplido
Terminar con las listas de espera AUGE antes de noviembre de 2011	Dar cumplimiento a las garantías retrasadas AUGE	4 Programa Salud Responde. 6.Consultorio de Excelencia 7. Mi hospital se pone a punto	Cumplido
Formar nuevos especialistas médicos	Formar a 593 médicos especialistas, sub especialistas y dentistas	2. Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	Cumplido

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

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

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

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

Cuadro 11
Cumplimiento de Gobierno año 2013

Objetivo ⁴⁵	Producto ⁴⁶	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ⁴⁷	Evaluación ⁴⁸
Implementar 30 centros de salud familiar de excelencia	Implementar 30 centros de salud familiar de excelencia	6.Consultorio de Excelencia	Cumplido
Aprobar la Ley de Derechos y Deberes del Paciente	Aprobar en el Congreso	7. Mi hospital se pone a punto	Cumplido
Implementar programa Mi Hospital se pone a Punto	Ejecutar programa en 13 hospitales	7. Mi hospital se pone a punto.	Cumplido

Anexo 6: Informe Preliminar⁴⁹ de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas⁵⁰ (01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013)

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

Año Evaluación: 2011

Fecha del Informe: jueves, 06 de marzo de 2014 8:54:06

Cuadro 11	
Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas	
Compromiso	Cumplimiento
2. Realizar estudio de línea base, presentar sus resultados y establecer metas para los indicadores definidos para el seguimiento y evaluación del programa. Esta línea base servirá para la priorización de condiciones mínimas que cubrirá el programa a la cual refiere el compromiso 1 de la recomendación 6.	<p>Estudio línea base: la licitación de este estudio requiere de los resultados Finales del estudio de condiciones Mínimas de los Recién Nacidos chilenos, cuyo informe se entregará a comienzo del mes de septiembre del año 2013, según contrato extendido.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Minuta con solicitud de prórroga.</p>
3. Presentar resultados de la cuantificación de los indicadores definidos para el seguimiento y evaluación del desempeño del programa. Realizar un análisis de cumplimiento de metas.	<p>Se actualiza catálogo de prestaciones PADBP y se incorpora al PARN en el diseño, y gestión del PADBP. Página 24 a 26 del catálogo. Se establecen indicadores de desempeño PARN: % de familias con hijos nacidos vivos que reciben set de implementos básicos para el recién nacido (a).</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> catálogo de prestaciones Indicadores cuantificados Metas Cuantificadas EPG 2011 - PARN</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>Estudio en desarrollo, estará terminado a fines del mes de agosto, debido a que el ejecutor solicitó extensión del contrato, según bases administrativas. Se adjunta como medio de verificación tercer informe de estado de avance.</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 Tercer informe de avance . Informe Final</p>

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

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

Programa / Institución: Establecimientos Experimentales (Hospital Padre Hurtado, Centro de Referencia de Salud Maipú, y Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente)

Año Evaluación: 2010

Fecha del Informe: jueves, 06 de marzo de 2014 8:54:06

Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>Evaluar periódicamente el modelo de los EAR y EE respecto de su eficacia y eficiencia, considerando a lo menos las siguientes áreas: Producción de Servicios. Gestión clínica y asistencial, Área de RRHH, Calidad y satisfacción usuaria, y Área financiera.</p>	<p>Respecto a este compromiso se ha avanzado en la implementación de la estrategia de BSC en los establecimientos Auto gestionados. Se adjunta informe emitido por el equipo de Autogestión de la División de gestión de Redes Asistenciales.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> informe estado de implementación de BSC EAR informe estado de implementación de BSC EAR Carta Gantt 1 Carta Gantt 2</p>
<p>Incluir a los Establecimientos Experimentales (EE), en lo que corresponda, a la evaluación anual a que se somete a los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) a través de un set de indicadores validados por MINSAL y DIPRES, en particular interesa evaluar la eficiencia en el uso de los recursos de los EE respecto de los EAR.</p>	<p>de acuerdo al compromiso establecido se adjunta minuta con planificación para la implementación de un BSC en los establecimientos experimentales .</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> minuta EE Gantt 1 Gantt 2</p>
<p>Implementar y cuantificar un indicador que permita conocer el porcentaje de nuevos beneficiarios que son atendidos en los EE respecto del año anterior, en particular conocer aquellos nuevos beneficiarios que son derivados de la Atención Primaria de Salud.</p>	<p>de acuerdo al compromiso establecido se adjunta minuta con planificación para la implementación de un BSC en los establecimientos experimentales, el indicador solicitado será uno de los indicadores a incluir en el BSC una vez implementado.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> minuta EE Indicadores a incluir en evaluación EE</p>

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2013

I. IDENTIFICACIÓN

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

II. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión				Prioridad	Ponderador asignado	Ponderador obtenido	Cumple
			Etapas de Desarrollo o Estados de							
			I	II	III	IV				
Marco Básico	Planificación / Control de Gestión	Descentralización	O				Menor	5.00%	5.00%	✓
		Equidad de Género	O				Mediana	10.00%	10.00%	✓
	Planificación y Control de Gestión	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	O				Alta	80.00%	80.00%	✓
	Calidad de Atención de Usuarios	Sistema Seguridad de la Información			O		Menor	5.00%	5.00%	✓
Porcentaje Total de Cumplimiento :								100.00		

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

Cuadro 12				
Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2013				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁵¹	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁵²	Incremento por Desempeño Colectivo ⁵³
Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales	41	7	100%	16%
División Atención Primaria	31	6	100%	16%
División de Gestión y Desarrollo de las Personas	32	7	98.4%	16%
División de Inversiones	32	6	98.3%	16%
División de Gestión de Redes Asistenciales	41	7	100%	16%

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

BOLETÍN: 6499

Descripción: Sobre tenencia responsable de mascotas y animales de compañía.

Objetivo: Regular la tenencia de mascotas y animales de compañía.

Fecha de ingreso: 05 de mayo 2009

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional

Beneficiarios directos: Toda la ciudadanía.

BOLETÍN: 7036

Descripción: Vacuna Multidosis, Metales Pesados.

Objetivo: Elimina las vacunas multidosis con timerosal o compuestos organomercurícos.

Fecha de ingreso: 06 de julio 2010

Estado de tramitación: Tercer trámite constitucional, con veto presidencial

Beneficiarios directos: Los ciudadanos, según corresponda.

51 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2013.

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

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

BOLETÍN: 7899

Descripción: Traspasa a FONASA la tramitación de licencias médicas que se indica.

Objetivo: Traspasa a FONASA la tramitación de licencias médicas que se indica, es decir, traspasar las funciones que ejercen las COMPIN respecto de las licencias médicas por enfermedad común, reposos maternales y enfermedad del niño menor de un año, junto al pago de los subsidios que dichas entidades hoy efectúan, al referido Fondo.

Fecha de ingreso: 01 de septiembre 2011

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional

Beneficiarios directos: Cotizantes de FONASA, 80% de la Población aproximadamente.

BOLETÍN: 7955 - 8105

Descripción: Modifica el sistema privado de salud

Objetivo: Modifica el sistema privado de salud a través de un plan garantizado de salud y se incorpora una tabla de factores (IPC de la salud)

Fecha de ingreso: 28 de septiembre del 2011 y 20 de diciembre 2011

Estado de tramitación: Primer Trámite Constitucional –Segundo Trámite Constitucional

Beneficiarios directos: Cotizantes de Isapres, 20 % de la Población aproximadamente.

BOLETÍN: 7984

Descripción: Respecto de acompañamiento a familias en caso de anomalía fetal severa.

Objetivo: Acompañamiento a familias en caso de anomalía fetal severa.

Fecha de ingreso: 05 de octubre del 2011

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional

Beneficiarios directos: Los ciudadanos, según corresponda.

BOLETÍN: 8026

Descripción: Proyecto de ley, iniciado en mensajes de S.E el Presidente de la República, sobre publicidad de los alimentos.

Objetivo: sobre publicidad de los alimentos.

Fecha de ingreso: 08 de noviembre 2011

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional

Beneficiarios directos: Toda la Población.

BOLETÍN: 8105

Descripción: Modifica sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado.

Objetivo: Incorpora un plan garantizado de salud, para que los beneficiarios del sistema cuenten con antecedentes suficientes para adoptar una decisión informada.

Fecha de ingreso: 20 de diciembre 2011

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional (10 de Septiembre 2013)

Beneficiarios directos: Cotizantes de Isapres

BOLETÍN: 8618

Descripción: Crea los hospitales clínicos que indica en la región metropolitana.

Objetivo: Establecer un estándar remuneracional de los funcionarios de dicho centro asistencial

Fecha de ingreso: 10 de Octubre 2012

Estado de tramitación: Comisión mixta (14 de Enero del 2014)

Beneficiarios directos: Funcionarios del Hospital de la Florida y Maipú.

BOLETÍN: 8783

Descripción: Crea la agencia nacional de medicamentos.

Objetivo: Modificar el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud -que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469- creando la Agencia Nacional de Medicamentos

Fecha de ingreso: 13 de enero 2013

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional

Beneficiarios directos: Toda la ciudadanía.

BOLETÍN: 9229

Descripción: Otorga acceso a la modalidad de atención de “libre elección” a los beneficiarios del sistema público de salud que indica.

Objetivo: modificar el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933, para dar acceso a la modalidad de atención de “libre elección” a los beneficiarios del régimen de prestaciones de salud pertenecientes al grupo A), establecido en su artículo 160, respecto de las prestaciones ambulatorias que indica

Fecha de ingreso: 07 de enero 2014

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional

Beneficiarios directos: FONASA

Anexo 10: Premios o Reconocimientos Institucionales

No aplica.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile