

## CUMPLIMIENTO INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2013

<b>MINISTERIO</b>	MINISTERIO DE SALUD	<b>PARTIDA</b>	16
<b>SERVICIO</b>	SERVICIOS DE SALUD	<b>CAPÍTULO</b>	03

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Meta 2013	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>● Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>– Atenciones médicas y odontológicas electivas, incluyendo tratamiento farmacológico y procedimientos</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Tasa de consulta médica por beneficiario, inscrito y validado, en atención primaria, promedio del país año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: SI</p>	<p>(Total consultas médicas anuales a beneficiarios en atención primaria país año t/Total Población beneficiaria, inscrita y validada, atención primaria país año t-1)</p> <p>Mujeres:</p> <p>Hombres:</p>	1.4 unidades	1.3 unidades	1.2 unidades	1.1 unidades	1.6 unidades	NO	68%	10%	<p><u>Reportes/Informes</u> Resumen Estadístico Mensual- Servicios de Salud REM A 04</p>	1
<p>● Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>– Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (HbA1c &lt; 7) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario, año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario con HbA1c &lt;7, año 2011/Total de pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario)*100)</p>	35 %	38 %	38 %	38 %	40 %	SI	95%	10%	<p><u>Formularios/Fichas</u> Resumen Estadístico Mensual REM A 05</p>	

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Meta 2013	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>•Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>•Programa: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) Evaluado en: 2004</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria en año t/N° de población total de beneficiaria del sistema público en año t)*100)</p>	8 %	8 %	9 %	9 %	9 %	SI	100%	10%	Formularios/Fichas Registro Estadístico Mensual.REM 09	
<p>•Acciones de salud en establecimientos de atención primaria - Municipalidad o de los Servicios</p> <p>– Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (&lt; 140/90 mmHg) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario, año t.</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario, con P.A. &lt; 140/90 mmHg, año t/Total de pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario en año t)*100)</p>	0 %	0 %	0 %	66 %	65 %	SI	97%	10%	Reportes/Informes Resumen Estadístico Mensual REM A 05	

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Meta 2013	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>•Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS</p> <p>– Atenciones ambulatorias médicas de especialidad, odontológicas y de otros profesionales de la salud.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas por especialidad realizadas en atención de segundo nivel año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de altas odontológicas por especialidad realizadas en Atención de segundo nivel año t/N° Población total beneficiaria del sistema público t)*100)</p>	1.36 %	1.29 %	1.22 %	1.15 %	1.44 %	NO	79%	10%	<p><u>Formularios/Fichas</u> Registro Estadístico Mensual.REM 09</p>	2
<p>•Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS</p>	<p><u>Calidad/Producto</u></p> <p>Porcentaje de pacientes operados con lista de chequeo para seguridad de la cirugía aplicada respecto del total de pacientes operados año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de pacientes operados con lista de chequeo para seguridad de la cirugía aplicada en año t/N° total de pacientes operados en año t)*100)</p>	n.m.	70.3 %	74.3 %	85.7 %	70.0 %	SI	122%	10%	<p><u>Reportes/Informes</u> Informe del departamento de calidad sobre aplicación lista de chequeo por servicio.</p>	3

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Meta 2013	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
•Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	<u>Economía/Proceso</u>  Porcentaje promedio de deuda en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud con vencimiento menor o igual a 45 días, año t  Aplica Enfoque de Género: NO	((Deuda en bienes y servicios de consumo de los Servicios de salud con vencimiento menor o igual a 45 días en el año t/Deuda en bienes y servicios de consumo de los Servicios de Salud en el año t)*100)	43 %	32 %	57 %	38 %	100 %	SI	263%	5%	<u>Reportes/Informes</u> Correo de FONASA con la información consolidada de los Servicios de Salud o alternativamente informes mensuales enviados por los Servicios de Salud.	4
•Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud. – Implementar modelos de autogestión hospitalaria	<u>Eficacia/Producto</u>  Porcentaje de establecimientos EAR con acreditación realizada del total de EAR  Aplica Enfoque de Género: NO	((N° de Establecimientos EAR con acreditación realizada por la SIS/N° de Establecimientos EAR Total )*100)	n.m.	0.0 %	5.3 %	19.3 %	70.2 %	NO	27%	10%	<u>Reportes/Informes</u> Informe de departamento de calidad	5

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Meta 2013	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
<p>•Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.</p> <p>– Coordinar y articular la red asistencial de salud</p>	<p><u>Eficacia/Producto</u></p> <p>Porcentaje de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente que son ubicados en camas críticas del sector público respecto del total de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente.</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((N° de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente que son ubicados en camas críticas del sector público/N° de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente )*100)</p>	0.0 %	0.0 %	43.9 %	32.5 %	32.5 %	SI	100%	5%	Formularios/Fichas Informe de Unidad de Gestión clínica de camas	
•Institucional	<p><u>Economía/Proceso</u></p> <p>Porcentaje de variación de la deuda total de los Servicios de Salud año t respecto a año t-1</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((Monto deuda total de los Servicios de Salud año t/Monto deuda total de los Servicios de Salud año t-1)-1)*100)</p>	-41 % 36901957	-50 % 19694871	117 % 62342488	1 % 62256440	-5 % 76000	NO	0%	5%	Reportes/Informes Reporte SIGFE por Servicio de Salud.	6
•Institucional	<p><u>Economía/Proceso</u></p> <p>Porcentaje de Recuperación de los Ingresos de Operación año t</p> <p>Aplica Enfoque de Género: NO</p>	<p>((Ingresos de Operación Percibidos en el año t/Ingresos de Operación Devengados en el año t)*100)</p>	86 %	86 %	87 %	86 %	95 %	SI	90%	5%	Reportes/Informes Reporte SIGFE por Servicio de Salud.	7

Producto Estratégico al que se Vincula	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2010	Efectivo 2011	Efectivo 2012	Efectivo 2013	Meta 2013	Cumple Si-No	% de cumplimiento	Ponderación	Medios de Verificación	No-Tas (9)
•Institucional	<u>Eficiencia/Resultado Intermedio</u>  Porcentaje de personas registradas al 31 de diciembre año t que se mantiene en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o igual al 31 de diciembre de t-3 en relación a personas en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o	(N° de personas en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o igual al 31 de diciembre de t-3 registradas al 31 de diciembre t en RNLE/N° de personas en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o igual al 31 de diciembre de t-3 registradas al 31 de diciembre de t-1 en RNLE)*100)  Mujeres:  Hombres:	0 %  0%	0 %  0%	0 %  0%	16 %  17%	25 %  25%	SI	156%	10%	<u>Reportes/Informes</u> Informes estado de Resolución Lista de Espera.	8
	Aplica Enfoque de Género: SI		0%	0%	0%	15%	25%					

(9): Fundamentaciones o justificaciones de metas no cumplidas (cumplimiento inferior a 95%) y metas sobrecumplidas (cumplimiento superior a 120%)

<b>Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio</b>	64,53%
<b>Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas</b>	0%
<b>Porcentaje de cumplimiento global del servicio</b>	64,53%

Notas:

1.-El no cumplimiento de la meta se puede explicar por la mayor demanda y utilización por parte de la población de las horas medicas de urgencia efectuadas en la atención primaria , tanto en los SAPUS , SUR, y en aquellos establecimientos que no cuentan con SAPU o SUR, atenciones que han aumentado en los últimos años. También se explica por la dotación de médicos existentes en la atención primaria, especialmente en los establecimientos municipales cuya dotación no alcanza los estándares establecidos por la OMS (1 médico por 3.500 habitantes), para la población inscrita validada corresponde una dotación de 3.402 médicos con jornada completa y la dotación año 2013 alcanza a 3.123 médicos con igual jornada.

2.-La atención Odontológica entregada a los beneficiarios del sistema público contribuye a alcanzar un estado de Salud Bucal que impacta significativamente sobre la calidad de vida y salud general de nuestros usuarios. Los datos indican que durante el año 2013 se realizaron 153.983 Altas Odontológicas totales en nivel secundario de atención, lo que significa un cumplimiento de un 82,22%

porcentaje inferior a la meta comprometida. De estas, 98.549 corresponden a Altas Odontológicas en mujeres, y 55.434 en hombres. El retraso de la ejecución podría explicarse por la implementación en el nivel secundario nuevas prestaciones en la modalidad de financiamiento PPV, con modificación de la cartera de servicios de especialidad para brindar tratamientos más complejos y resolutivos, acordes con los avances tecnológicos, alcanzando más calidad y satisfacción usuaria, que implican un mayor número de sesiones de tratamiento para lograr el Alta odontológica, adicionalmente se deben realizar controles al finalizar el tratamiento, sin los cuales no se puede dar el alta integral.

3.-1. Se proyectaba un cumplimiento de un 70% de la aplicación de la lista de chequeo para la seguridad de la cirugía encontrando un cumplimiento de un 86% anual, un 16% sobre la meta propuesta. 2. A diferencia del año 2012 se logra la participación de los 29 Servicios de Salud de la red asistencial del país. 3. Entre el I y II corte se evidencia un aumento en la cobertura del número de pacientes beneficiados con la aplicación de este indicador y de los hospitales que reportan, manteniéndose un comportamiento estable en los trimestres siguientes. 4. Durante el 2013, el manejo de este indicador en la red asistencial ha mostrado una tendencia positiva tanto en la adherencia al reporte (calidad y oportunidad de información) como a la adherencia a la práctica clínica (medición de cumplimiento de protocolo). 5. La evolución positiva y el compromiso de los equipos locales (servicios de Salud y Hospitales) obedece a un trabajo sistemático de monitoreo continuo y de apoyo metodológico por parte del Depto. de calidad, para la mejor interpretación del objetivo de la medición (consistencia con la práctica).

4.-Se debe considerar que los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) representan el 80,0% del gasto de los Servicios de Salud y de acuerdo a lo establecido en el Decreto N°38 del 2005 que establece el reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, artículo 9° artículo c poseen 60 días para el pago de sus obligaciones; por lo que el cálculo del indicador se distorsiona al hacer exigible un parámetro distinto para el plazo de pago.

5.-? Diferencias conceptuales y técnicas por parte de los evaluadores de las Entidades Acreditadoras, que ponen en riesgo la acreditación del prestador debido a exigencias superiores a las definidas en el Manual de los Estándares de Acreditación, sumándose a lo anterior que no se cuenta con la presencia de profesionales de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud en todos los procesos de acreditación.? Riesgo de fracaso en acreditación de hospitales que no están en cumplimiento de los requisitos y no ?aceptan? la recomendación del retiro de solicitud ante la SIS, dada por parte del equipo de profesionales del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.? Profesionales del estamento médico que declaran su no participación en el proceso en el período actual.

6.-La deuda flotante corresponde a aquellas facturas devengadas y no pagadas al cierre del periodo; por lo que, el problema se presenta en aquella deuda que no ha sido pagada por déficit de caja. Durante el año 2013 se realizó un trabajo para mejorar la gestión de los Servicios de Salud, en dos ámbitos: recuperación de ingresos y contención del gasto. Al cierre del ejercicio 2013 las cuentas por cobrar alcanzan los MM\$39.750 en todos los subtítulos de ingreso, y el déficit se estima en MM\$30.340.

7.-Dentro de las razones del incumplimiento del indicador se encuentran:? Decisiones y directrices de los servicios de cerrar pensionados o disminuir la cantidad de camas de estos para resolver otras prestaciones prioritarias.? Existen recintos hospitalarios donde los procesos de cobro aún no se afiitan al 100%, generándose una ineficiencia en la recuperación de ingreso.? No todos los establecimientos poseen distintas formas de cobro tales como, Imed, tarjetas de crédito bancarias o comerciales, limitando solo al pago en efectivo.? Algunos hospitales no poseen sistemas eficientes para emitir la ?cuenta paciente?, entregando ésta no de forma inmediata(al finalizar la prestación) sino que con días o semanas posteriores, generando con esto, un desfase de tiempo importante donde el paciente finalmente no realiza el pago de la atención de salud.

8.-La resolución y gestión de la Lista de espera quirúrgica NO GES se trabajó desde los Servicios de Salud y el nivel central con la misión de egresar a los pacientes de mayor antigüedad que se encontraban esperando, principalmente a través de la optimización del funcionamiento de la oferta pública institucional y la generación de una oferta privada que a costos controlados, permitiera asegurar un acceso equitativo de los beneficiarios del sistema público de salud, aumentando con ello su nivel de satisfacción. Como resultado de esta gestión se logró finalizar al año 2013 con 8.122 personas en lista de espera de las 51.371 originales que se encontraban con una espera mayor a 3 años, informada por los Servicios de Salud a través de la plataforma de Repositorio Nacional de Lista de Espera ?RNLE, lo que equivale a un 94% de disminución según se muestra en la tabla N°2, superando con esto la meta propuesta del 25%.