
**BALANCE
DE GESTIÓN INTEGRAL
AÑO 2006**

SERVICIOS DE SALUD

SANTIAGO DE CHILE

Índice

1. Carta de la Jefa de Servicio	03
2. Identificación de la Institución	06
• Definiciones Estratégicas	07
- Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución	07
- Misión Institucional	07
- Prioridades Políticas en Programa de Gobierno	08
- Aspectos Relevantes Contenidos en proyecto de Ley de Presupuestos- Año 2006	08
- Objetivos Estratégicos	09
- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos	10
- Clientes / Beneficiarios / Usuarios	11
• Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio	12
• Principales Autoridades	13
• Recursos Humanos	14
- Dotación Efectiva año 2006 por tipo de Contrato	14
- Dotación Efectiva año 2006 por Estamento	15
- Dotación Efectiva año 2006 por Grupos de Edad	15
• Recursos Financieros	16
- Recursos Presupuestarios año 2006.....	16
3. Resultados de la Gestión	17
• Cuenta Pública de los Resultados	18
- Balance Global	18
- Resultados de la Gestión Financiera	21
- Resultados de la Gestión por Productos Estratégicos	32
• Cumplimiento de Compromisos Institucionales	34
- Informe de Programación Gubernamental	34
- Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas	34
• Avances en Materias de Gestión Interna	35
- Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión	35
- Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo	35
- Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales	35
- Otras Materias de Gestión	36
4. Desafíos 2007	37

5. Anexos	39
• Anexo 1: Comportamiento Presupuestario Año 2006.....	40
• Anexo 2: Indicadores de Gestión Financiera.....	42
• Anexo 3: Indicadores de Desempeño Presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2006	44
• Anexo 4: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas.....	49
• Anexo 5: Transferencias Corrientes	66
• Anexo 6: Iniciativas de Inversión	67
• Anexo 7: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos	74
• Anexo 8: Proyectos de Ley	76

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Recursos Presupuestarios año 2006.....	16
Cuadro 2: Ingresos y Gastos años 2005 – 2006.....	21
Cuadro 3: Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2006 a nivel de subtítulos.....	27
Cuadro 4: Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2006	40
Cuadro 5: Indicadores de Gestión Financiera	42
Cuadro 6: Cumplimiento de Indicadores de Desempeño año 2006	44
Cuadro 7: Cumplimiento Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas	49
Cuadro 8: Transferencias Corrientes	66
Cuadro 9: Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2006	69
Cuadro 10: Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos	74

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Dotación Efectiva año 2006 por tipo de Contrato (mujeres y hombres)	14
Gráfico 2: Dotación Efectiva año 2006 por Estamento (mujeres y hombres)	15
Gráfico 3: Dotación Efectiva año 2006 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)	15

1. Carta de la Jefa de Servicio

María Soledad Barría Iroume
Ministra de Salud

El 2006 fue un año de avance en la implementación de la Reforma de Salud y de desarrollo de iniciativas tendientes al mejoramiento continuo de la relación entre los usuarios y los funcionarios del sector, sobre la base de un fortalecimiento de las capacidades del sector de dar respuesta oportuna a los requerimientos de las personas en salud y en el contexto de un incremento de la capacidad de acogida del sistema de salud en sus dimensiones objetivas y subjetivas.

En el marco de las metas del Gobierno para los primeros 100 días se realizaron las medidas siguientes:
Se construyeron 69 nuevos centros comunitarios de salud familiar cerrando brechas para un acceso más cercano a la atención primaria. Una inversión cercana a los 5.600 millones de pesos, los Centros Comunitarios de Salud atendieron durante el año 2006 a una población de 275 mil personas.
Se amplió la gratuidad en la atención a mayores de 60 años afiliados a Fonasa que se atienden bajo la modalidad institucional.

Se agregaron 15 nuevos problemas de salud, (Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en Adultos de 35 a 49 años Sintomático; Cáncer Gástrico en personas de 40 años y más; Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más; Órtesis para personas de 65 años y más; Estrabismo en menores de 9 años; Retinopatía Diabética; Desprendimiento de Retina; Hemofilia; Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más; Hiperplasia Benigna de próstata en personas sintomáticas; Vicios de Refracción en personas de 65 años y más; Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más; Manejo Integral de Adultos de 45 años con Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica; Manejo Integral de niños menores de 15 años con Asma; Síndrome Dificultad Respiratoria en recién Nacidos), sumando un total de 40 problemas de salud al sistema de garantías explícitas en el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en salud, los que son exigibles en la red pública y privada. La población beneficiada por el AUGE en FONASA y atendida en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, alcanzó a 1.338.363 de personas en el 2006.

Además, se desarrolló un modelo de apoyo a las personas que permanecen postradas, entregando un estipendio y asesoría técnica a quienes se encargan de estos cuidados.

Junto a esto seguiremos profundizando modelos de participación que se expresan a través de las cuentas públicas, en el trabajo con las organizaciones de salud, especialmente con los consejos de desarrollo local instancias en las cuales la comunidad participa en forma conjunta con los grupos técnicos. De igual modo la política de participación se expresa en el fortalecimiento de instancias orientadas a facilitar la interacción para que esta sea eficiente en la resolución de los problemas de los usuarios, como son las Oficina de Informaciones, Sugerencias y Reclamos (OIRS). Asimismo, los Servicios de Salud cuentan con herramientas que permitirán incorporar en forma efectiva los requerimientos de los ciudadanos en el conjunto de las definiciones de la red asistencial: entre ellas, cabe destacar los presupuestos participativos, implementados este año en siete Servicios de Salud.

Un segundo aspecto considerado en la gestión del presente año, dice relación con las condiciones de la infraestructura y equipamiento físico para dar una atención de calidad a nuestros usuarios. Este año se implementó por primera vez el servicio de atención y orientación telefónica Salud Responde, que fue exitoso como plan piloto en la Región Metropolitana, otorgando información y acompañando a la ciudadanía de manera permanente.

En materia de las inversiones, durante el 2006 se finalizó la construcción y habilitación de 31 nuevos Centros de Salud Familiar (CESFAM), que mejorarán la dignidad de la atención de 870 mil personas.

En la red hospitalaria se terminó la reconstrucción de hospitales relevantes en la Novena Región como son el de Victoria, Nueva Imperial y Puerto Saavedra. También se dio inicio a obras en más de nueve otros centros como son Alto Hospicio, Norte en Antofagasta, Vallenar, Isla de Pascua, Chiloé, Curanilahue, entre otros treinta proyectos que se ejecutarán antes del 2010.

En el área de las urgencias pre - hospitalarias se fortaleció la atención de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), así como –a nivel de los hospitales- de las unidades de emergencia y de atención a pacientes críticos. En la atención primaria también se incrementaron los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y se inició un proceso de renovación de los Sistemas de Urgencia Rural.

En cuanto a la calidad de nuestras prestaciones, se continúa con el programa de mejoramiento de resolución de especialidades a nivel primario, incrementando en cerca de un 25 por ciento la actividad en esta estrategia.

Para dar un óptimo cumplimiento a los 40 problemas de salud que conforman el sistema de garantías explícitas en salud, se realizaron inversiones sustantivas en tecnología y equipamientos médico, especialmente en imagenología. En materia de tecnologías de la información, las prioridades se han orientado a fortalecer la oportunidad de la información y seguimiento de las prestaciones otorgadas. Esto se canaliza a través de un programa de desarrollo de tecnologías información y comunicaciones que incluye, entre otras iniciativas, una plataforma de soporte para las comunicaciones del sector salud a lo largo del país, que contempla servicio de telefonía IP y transmisión de datos que cubre a todos los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud y de los Municipios .

Todos estos esfuerzos deben ir complementados de equipos de salud capacitados y en condiciones de responder a las nuevas exigencias que hemos ido implementando. Por eso, durante el año 2006 se dio inicio a un proceso de mejoramiento de las condiciones laborales del sector, en el que destaca el incremento de dotación a nivel primario, lo que nos permite avanzar en la implementación del modelo de salud familiar. En el ámbito hospitalario, también se aumentó la dotación y se desarrolló un programa de capacitación para el personal del sector.

Adicionalmente, se realizó un enorme esfuerzo para llevar a cabo la ampliación de las horas de visitas a seis horas al día al menos, para los pacientes de nuestros servicios asistenciales, se considera que esto da respuesta a una de las necesidades más sentidas por la población.

Con la firme convicción de que es deber del sector avanzar en la implementación de todas las iniciativas tendientes al logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década, se ha trabajado en el fortalecimiento técnico, humano y de infraestructura sanitaria. Estamos ciertos que es necesario mejorar el trato a los usuarios y usuarias, lo que requiere la explicitación de los derechos y deberes de las personas

en salud, iniciativa que se ha presentado nuevamente el año 2006 en el proyecto de Ley que se encuentra en el Congreso, el que otorga un marco de referencia para la relación que debe establecer el equipo de salud y sus instituciones, del sector público y privado, con la ciudadanía favoreciendo una relación de diálogo y de información adecuada para la toma de decisiones de los pacientes .

2. Identificación de la Institución

- Definiciones Estratégicas
 - Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución
 - Misión Institucional
 - Prioridades Políticas en Programa de Gobierno
 - Aspectos Relevantes Contenidos en Proyecto de Ley de Presupuestos- Año 2006
 - Objetivos Estratégicos
 - Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos
 - Clientes / Beneficiarios / Usuarios
- Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio
- Principales Autoridades
- Recursos Humanos
 - Dotación Efectiva año 2006 por tipo de Contrato y Sexo
 - Dotación Efectiva año 2006 por Estamento y Sexo
 - Dotación Efectiva año 2006 por Grupos de Edad y Sexo
- Recursos Financieros
 - Recursos Presupuestarios año 2006

• Definiciones Estratégicas

- Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución

- Constitución Política de la República de Chile, 1980.
- Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- Ley N° 19.490, Asignación de Estímulo, Sector Salud.
- Ley N° 19.966, Régimen de Garantías en Salud.
- Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- Ley N° 19.664 Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud.
- Ley N° 15.076 Estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.
- Ley de Presupuesto Anual.
- Decreto Supremo N° 98 de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.
- Decreto Supremo 136 de 2004, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo 140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
- DFL N° 1 de 2005 de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto de Ley N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469.
- DFL N° 725 de 1967, Código Sanitario.

- Misión Institucional

Programar, ejecutar y evaluar las políticas gubernamentales del Sector Salud, en particular aquellas que buscan ampliar la cobertura y la oportunidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema Público, así como consolidar la gestión en red del sector en base a las necesidades expresadas en los objetivos sanitarios, avanzando en el proceso de Reforma de la Salud, descentralización administrativa y modernización del Estado. Los Servicios de Salud asumen el liderazgo en el cuidado de la Salud de sus poblaciones, enfrentando sus problemas en forma planificada, buscando continuamente la satisfacción de sus necesidades y expectativas, con calidad y eficiencia sanitaria, usando los recursos con eficiencia y equidad.

- **Prioridades Políticas en Programa de Gobierno**

Número	Descripción
1	Fortalecimiento de la Atención Primaria. Desarrollo del modelo de salud familiar, constitución de equipos de cabecera, estrategias de formación de RRHH. Desarrollo de plan de inversiones para la construcción e implementación de establecimientos; aumento de la resolutivez de especialidades de acuerdo a realidad local y en perspectiva de red.
2	Salud Comprometida, acogedora y participativa. Participación Ciudadana a través de audiencias públicas, cabildos comunales y Consejos de Desarrollo de establecimientos (Hospitales y Centros de Salud). Apertura de los hospitales a las familias; mejoramiento de la satisfacción de usuario y fortalecimiento de las OIRS.
3	Prioridad en niños y niñas. Disminución de la mortalidad infantil, estimulación temprana (equidad desde el principio), protección integral a través de intervenciones en la red de protección a la infancia.
4	Adulto Mayor. Impulso de programas de promoción de la salud de los adultos mayores; subsidios para la inserción de los adultos mayores en sus propias familias(estipendio); plan de cuidado domiciliario a postrados.
5	Aseguramiento de Implementación Plan AUGÉ. Garantías Explícitas en Salud (GES), inversión en infraestructura, equipamiento, capacitación y contratos con sector privado.

- **Aspectos Relevantes Contenidos en Proyecto de Ley de Presupuestos- Año 2006**

Número	Descripción
1	Incorporación de 15 nuevas patologías AUGE (asegura la atención de 56 patologías a 2007 para toda la población).
2	Programa de Aumento de la Resolutivez: ampliar las prestaciones odontológicas integrales para mujeres y hombres de escasos recursos, exámenes de laboratorio básico, cirugía menor, atención domiciliaria de personas postradas y atención de especialidad.
3	Programa de Atención Primaria de Urgencia, aumento de cobertura de SAPU (cobertura urbana) y SAPUR (cobertura rural).
4	Programa de Evaluación de Salud Visual en Adulto Mayor, Prevención y Tratamiento de Consumo Alcohol y Uso de Drogas, Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar; Programa de Salud Sexual y Antipsicóticos Atípicos de Salud Mental.
5	Nivel de atención secundario y terciario, se cubren patologías con riesgo vital, urgencias y enfermedades crónicas, cuya resolución o tratamiento es de alta complejidad y/o elevado costo.
6	Red de Urgencia: mayor número de camas críticas, intensificación y reforzamiento de las Unidades de Emergencia Hospitalaria y Servicio de atención médica prehospitalaria (SAMU).
7	Implementación del Plan Cuatrianual de Inversiones y Equipamiento hospitalario de alta y mediana complejidad.
8	Atención primaria. Aumento de la participación del gasto en atención primaria en relación al gasto operacional de los servicios de salud, ascenderá a un 30,9%.
9	Hospitales Autogestionados en Red: mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutivez, y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad.
10	Recursos para el pago de incentivos económicos asociados al cumplimiento de metas para el personal de la salud.

- Objetivos Estratégicos

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

- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<p>Acciones de salud en el nivel primario -Municipalidad o de los Servicios. Subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección precoz de patologías. • Atenciones médicas y odontológicas electivas, incluyendo tratamiento farmacológico y procedimientos. • Controles de salud de personas sanas y enfermos crónicos. • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. • Atenciones médicas y odontológicas de urgencia. • Acciones de fomento y protección. • Acciones a través de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS. • Educación en salud tanto individual, grupal como comunitaria. 	2, 3 y 4
2	<p>Acciones en establecimientos de segundo nivel –Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS. Subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones ambulatorias médicas de especialidad, odontológicas y de otros profesionales de la salud. • Atenciones médicas, odontológicas electivas ambulatorias. • Atención médica electiva cerrada. • Atención médica de urgencia cerrada. • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: intervenciones quirúrgicas mayores. • Hospitalización. • Control y tratamiento de enfermos crónicos. • Acciones de las Oficinas de Orientación, Reclamos y Sugerencias-OIRS. 	2, 4 y 5
3	<p>Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud. Subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de la red asistencial de salud. • Ejecutar las políticas de inversión y de gestión financiera. • Implementar modelos de autogestión hospitalaria. • Desarrollar y fortalecer el modelo de salud familiar comunitario. 	1, 2, 3, 4 y 5

- Clientes / Beneficiarios / Usuarios

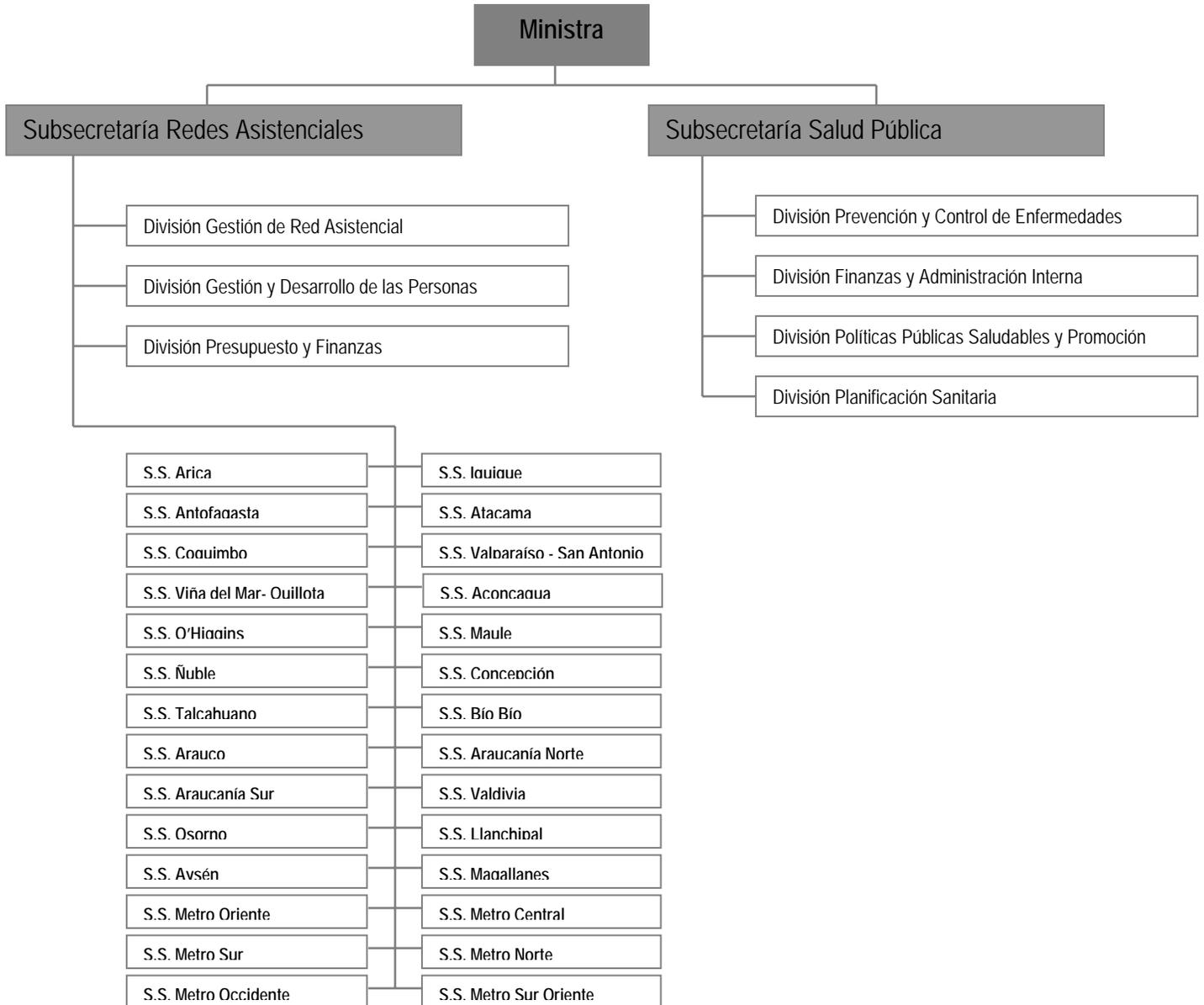
Número	Nombre
16.515.374 ¹	Toda la población del país, en especial los beneficiarios del sector público.
11.479.384 ²	Afiliados al Régimen de la Ley 18.469 incluidas sus cargas familiares.
2.991.049 ³	Las personas carentes de recursos conforme a la nueva normativa DS110, o que reciben una pensión asistencial (PASIS).
13.653 ³	Cesantes con subsidio de cesantía y sus cargas.
948.351 ³	Causantes de subsidio único familiar.

1 Población Nacional a Dic. 2006, basado en Proyección Censal INE 1950-2050.

2 Estimación de Población, Fuente Subdepto de Estadísticas y Red de Conocimiento – Planeamiento Institucional.

3 Fuente Base de Beneficiarios a Diciembre de 2006, PASIS incluye Cargas Familiares.

- Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio

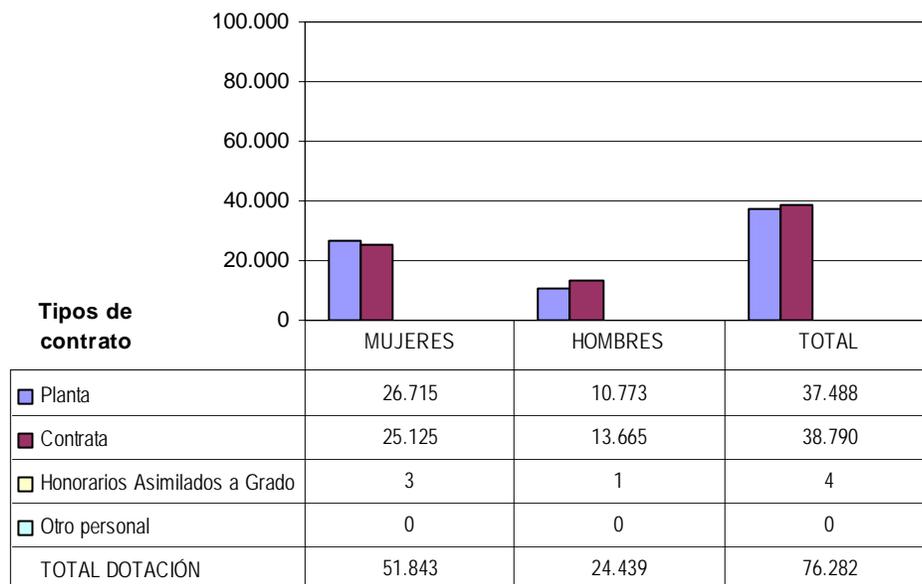


● Principales Autoridades

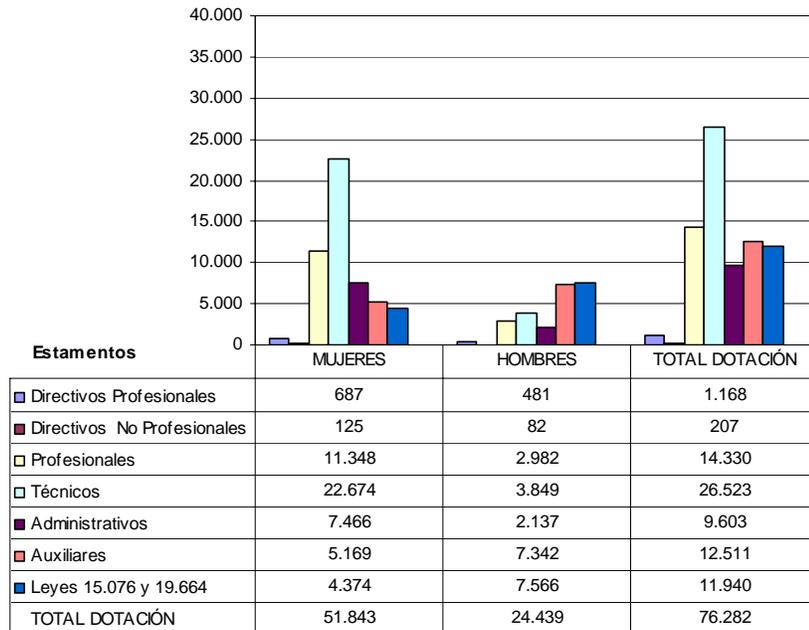
Cargo	Nombre
Ministra de Salud	María Soledad Barría I.
Subsecretario de Redes Asistenciales	Ricardo Fábrega L.
Jefa División de Gestión de la Red Asistencial	Ghislaine Arcil G.
Directora Servicio de Salud Arica	Carolina Asela A.
Director Servicio de Salud Iquique	Patricio Bustos S.
Director Servicio de Salud Antofagasta	Francisco Grisolia C.
Directora Servicio de Salud Atacama	Anita Quiroga A.
Director Servicio de Salud Coquimbo	Ernesto Jorquera F.
Directora Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio	Nélida Velasquez G.
Directora Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	Alessandra Zaccaría I.
Directora Servicio de Salud Aconcagua	Carmen Castillo T.
Director Servicio de Salud O'Higgins	Marcelo Yévenes S.
Director Servicio de Salud Maule	René Cárdenas D.
Director Servicio de Salud Ñuble	Iván Paul E.
Director Servicio de Salud Concepción	Jaime Sepúlveda C.
Director Servicio de Salud Talcahuano	Jorge Ramos V.
Director Servicio de Salud Biobío	Aldo Yáñez V.
Director Servicio de Salud Arauco	Javier García de Cortazar G.
Director Servicio de Salud Araucanía Norte	Nelson Gaete Q.
Director Servicio de Salud Araucanía Sur	Jaime Neira R.
Director Servicio de Salud Valdivia	Joel Arriagada G.
Directora Servicio de Salud Osorno	Isabel Courard D.
Directora Servicio de Salud Llanquihue	Eugenia Schnake V.
Director Servicio de Salud Aysén	Víctor Acevedo R.
Director Servicio de Salud Magallanes	Jorge Flies A.
Director Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Héctor Olgún A.
Director Servicio de Salud Metropolitano Central	Jorge Lastra T.
Directora Servicio de Salud Metropolitano Sur	Angélica Verdugo S.
Director Servicio de Salud Metropolitano Norte	Antonio Infante B.
Director Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Enrique Ayarza R.
Director Servicio de Salud Metropolitano Suroriental	Pedro Yáñez A.

- Recursos Humanos

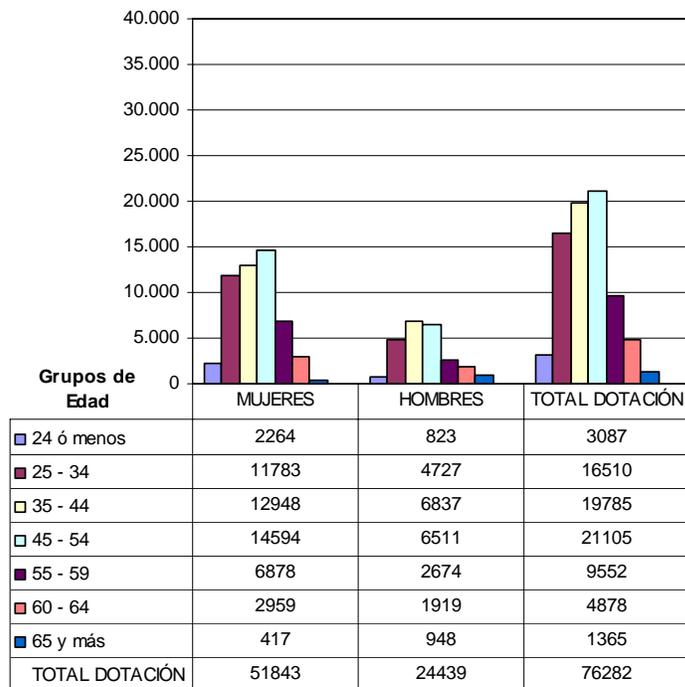
- Dotación Efectiva año 2006 por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



- Dotación Efectiva año 2006 por Estamento (mujeres y hombres)



- Dotación Efectiva año 2006 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



- Recursos Financieros

- Recursos Presupuestarios año 2006

Cuadro 1			
Recursos Presupuestarios 2006			
Ingresos Presupuestarios Devengados		Gastos Presupuestarios Devengados	
Descripción	Monto M\$	Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal		Corriente ⁴	1.428.784.232
Endeudamiento ⁵		De Capital ⁶	84.629.316
Otros Ingresos ⁷	1.547.202.547	Otros Gastos ⁸	21.265.199
TOTAL	1.547.202.547	TOTAL	1.534.678.747

4 Los gastos Corrientes corresponden a la suma de los subtítulos 21, 22, 23 y 24, Compras Directas FONASA Auge y No Auge, 23, 24 y 25..

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

6 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29, 30, 31 y 32.

7 Excluye el Saldo Inicial de Caja y todos los ingresos no considerados en alguna de las categorías anteriores.

8 Excluye el Saldo Final de Caja y todos los ingresos no considerados en alguna de las categorías anteriores.

3. Resultados de la Gestión

- Cuenta Pública de los Resultados
 - Balance Global
 - Resultados de la Gestión Financiera
 - Resultados de la Gestión por Productos Estratégicos
- Cumplimiento de Compromisos Institucionales
 - Informe de Programación Gubernamental
 - Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Avance en materias de Gestión Interna
 - Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión
 - Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
 - Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales
 - Otras Materias de Gestión

• Cuenta Pública de los Resultados

- Balance Global

Los resultados de la gestión realizada en el año 2006, por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, se enmarca en el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos.

Fiel al compromiso de entregar mayor calidad de salud a todos los chilenos, se priorizó para el año 2006 el reforzamiento de la atención de salud, con énfasis en la oportunidad de la atención, para las patologías de mayor riesgo y costo que afectan a la población. Con este fin, el presupuesto aprobado para el Sector Salud en el año 2006, contempló un crecimiento de un 11,2% real.

Estos recursos permitieron continuar avanzando en la Reforma de la Salud, que garantiza el acceso igualitario de todos los chilenos a la atención médica y hospitalaria, con mayor equidad y eficiencia en el uso de los recursos. Dentro del presupuesto asignado se destinaron más de \$65.592 millones para la incorporación de 15 nuevas patologías al régimen de garantías AUGE, con lo que se aumentó a 40 el número de problemas de salud incluidas en dicho plan.

Las nuevas patologías incorporadas fueron: (i) Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en Adultos de 35 a 49 años Sintomático; (ii) Cáncer Gástrico en personas de 40 años y más; (iii) Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más; (iv) Ortesis para personas de 65 años y más; (v) Estrabismo en menores de 9 años; (vi) Retinopatía Diabética; (vii) Desprendimiento de Retina; (viii) Hemofilia; (ix) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más; (x) Hiperplasia Benigna de próstata en personas sintomáticas; (xi) Vicios de Refracción en personas de 65 años y más; (xii) Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más; (xiii) Manejo Integral de Adultos de 45 años con Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica; (xiv) Manejo Integral de niños menores de 15 años con Asma y (xv) Síndrome Dificultad Respiratoria en recién Nacidos.

Se continuó con el sistema de evaluación de la actividad asistencial municipal a través del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), incorporado en el año 2005, en el cual se evalúa la actividad realizada en el nivel primario y, si esta es insuficiente, se rebaja el financiamiento asociado por no cumplimiento de actividad. El cumplimiento promedio de la Actividad General fue de 96,79%, la rebaja promedio fue de 0,07% y, de las 268 comunas en evaluación, 263 tuvieron un desempeño conforme a las metas y solo 5 comunas presentaron un rendimiento insatisfactorio.

La priorización de atención a grupos vulnerables, la mejoría en los registros de las acciones, el aumento de los rendimientos del recurso humano, entre otras acciones, fueron clave para la actividad asistencial. Los factores que favorecieron el logro de los objetivos fueron el compromiso local en la implementación de las estrategias, el monitoreo permanente, la amplia difusión en la comunidad de las estrategias implementadas y el incremento de la transparencia de la información desde las instituciones a la comunidad, reflejado en la realización de las Cuentas Públicas en todos los Servicios de Salud y Hospitales tipo 1 y 2º del país.

⁹ Corresponden a Hospitales de Alta Complejidad, que es aquel que realiza prestaciones especializadas en modalidad de atención abierta y cerrada; desarrolla múltiples subespecialidades; tiene mayor desarrollo tecnológico; cuenta con personal especializado y subespecializado en áreas específicas; presenta un óptimo desarrollo de técnicas en los campos quirúrgico, de imágenes

Se ha avanzado en el desarrollo del modelo de salud familiar, por cuanto la constitución de equipos de cabecera, fundamentales para la atención de la población, ha sido creciente. La habilitación de espacios que faciliten la atención cercana y digna de los usuarios así como la construcción y reposición de establecimientos han sido fundamentales para la gestión de los Servicios y los recursos para estas acciones han sido considerables.

En el año 2006 los hospitales Luis Tisné, Del Tórax y Traumatológico alcanzaron la calidad jurídica de Establecimiento Autogestionado en Red, sumándose a los tres existentes: Instituto Nacional del Cáncer, Luis Calvo Mackenna y Hospital de Temuco. Constituyendo un avance sostenido en la implementación de este punto estratégico para el desarrollo de la Red Asistencial Pública.

La Inversión en Infraestructura y Equipamiento realizada por los Servicios de Salud en el año 2006, fue de MM\$ 88.279 (incluye: gasto devengado de los proyectos de inversión, cuota leasing, y adquisición de activos no financieros) destinada a construir, reponer, habilitar y equipar los establecimientos de salud de la red hospitalaria y atención primaria. Cabe destacar que se entregaron proyectos de inversión de reposición y construcción de nuevos centros de salud de nivel primario¹⁰ y secundario¹¹, localizados a lo largo de todo el país así como en los centros de mayor densidad de población.

Respecto a la deuda del Sistema, al 31 de diciembre del año 2006, los Servicios de Salud registraron una Deuda Total de MM\$ 2.780, disminuyendo en un monto nominal de MM\$ 17.653, con respecto a la deuda al 31 de diciembre del año 2005; esto significó una disminución del 86,4%.

En lo que concierne a la deuda en bienes y servicios de consumo del Sistema Nacional de Servicios de Salud, ésta alcanzó la suma de MM\$ 2.374, que representa el 85,4% de la Deuda Total.

En lo relativo a la calidad de la deuda en Bienes y Servicios de consumo, del Sistema Nacional de Servicios de Salud, el 85,6% de esta se concentró entre 0 y 60 días.

En materia de Gestión y Desarrollo de las Personas se lograron importantes avances que dicen relación con el fortalecimiento de la capacidad instalada del Sistema Nacional de Servicios de Salud a través del aumento de la dotación; la capacitación centrada en los lineamientos estratégicos del sector; la implementación del Sistema de Alta Dirección en todos los Servicios de Salud y Organismos incorporados al sistema; la puesta en marcha del nuevo sistema de promoción del personal regido por la Ley N° 18.834; la cristalización de un acuerdo sobre Mejoramiento de la Carrera Funcionaria y Remuneraciones con FENATS Unitaria, FENTESS y FENFRUSS, que representan a la mayoría de funcionarios del sistema; la realización de un importante acuerdo de mejoramiento remuneracional y de perfeccionamiento del sistema de carrera funcionaria con CONFUSAM; y la elaboración de un proyecto de ley que perfecciona la gestión y

diagnósticas y en laboratorio clínico. En cada red asistencial es el, o son los, establecimientos de derivación final, antiguamente denominados "hospitales base", que por lo general se ubican en grandes centros urbanos. Responden a estas características los Hospitales Autogestionados, (antiguos Institutos y Hospitales tipo 1 y 2). Se constituye en Centro de docencia e investigación.

¹⁰ Ver Art. 16 bis del Decreto Ley N°2763, de 1979. Nivel de atención constituido por Consultorios, Centros de Salud, Postas Rurales y SAPUs, entre otros dispositivos, que realizan acciones de educación, promoción, prevención y atención ambulatoria de salud programada o de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere.

¹¹ Conciernen a consultas médicas de mayor complejidad y resolución. Necesariamente cuenta con mayores medios tecnológicos que la Atención Primaria y es entregada en Hospitales y Consultorios de Especialidad. En algunos casos incluye hospitalización. Para obtener atención en este nivel es requerida la derivación desde el Consultorio de Atención Primaria con una interconsulta.

el sistema de carrera de los profesionales funcionarios regidos por la ley N° 19.664 en los Servicios de Salud, el cual además establece un Examen Médico Nacional que representa un importante instrumento para garantizar la calidad del ejercicio de la profesión de médico cirujano en nuestro país

Se incorporaron 9.546 hrs. semanales de profesionales funcionarios de las leyes médicas¹² y 1.410 cargos profesionales y técnicos regidos por el Estatuto Administrativo.

Un total de 52.934 funcionarios de la Ley 18.834 y 5.227 profesionales funcionarios de las Leyes 15.076-19.664 recibieron capacitación en el Nuevo Modelo de Atención, en Gestión de Red Asistencial y en el Sistema de Garantías en Salud (GES), todo ello asociado a un presupuesto de M\$ 4.464.000.

Se llamó a concurso a través de la Dirección Nacional del Servicio Civil todos los cargos de I Nivel Jerárquico correspondientes a los Directores de Servicios de Salud, se designaron 25 cargos y 3 están en proceso de selección. Respecto del II Nivel Jerárquico de dichos Servicios, se llamó a concurso 120 cargos. Asimismo, se designaron por igual procedimiento el Director de la Central de Abastecimientos y el Superintendente de Salud y todos los cargos de II Nivel Jerárquico de dichos organismos.

El nuevo sistema de promoción del personal regido por la Ley N° 18.834, puesto en marcha durante el año 2006, representa la promoción por concurso interno de los directivos de carrera y profesionales y por acreditación de competencias en las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares, conforme a la reforma incorporada en esta materia por la Ley N° 19.937.

¹² Ver DFL N° 1 texto refundido, coordinado y sistematizado de la LEY 15.076 de estatuto para médicos-cirujanos, farmacéuticos o químicos farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

- Resultados de la Gestión Financiera

Cuadro 2				
Ingresos y Gastos años 2005 – 2006, y Ley de Presupuestos 2007				
Denominación	Monto Año 2005 M\$ ¹³	Monto Año 2006 M\$	Monto Ley de Presupuestos Año 2007 M\$	Notas
• INGRESOS DEVENGADOS¹⁴	1.335.299.185	1.547.202.547	1.599.836.741	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.196.942.990	1.383.102.806	1.532.642.975	1
Del Sector Privado	6.203			
Fondo Nacional de Salud – Atención Primaria	293.303.499	335.555.303	399.576.993	
Fondo Nacional de Salud – Prestaciones Valoradas	370.961.596	428.853.513	540.608.277	
Compras Directas FONASA AUGE	31.220.558	48.252.920	54.503.833	
Compras Directas FONASA No AUGE	1.207.183	1.448.780	1.635.540	
Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	484.863.363	552.151.712	518.126.343	
Subsecretaría de Salud Pública	2.123.663	2.031.348	1.271.411	
Fondo Único Prestaciones Familiares y Subsidios Cesantía	13.250.437	14.753.873	16.920.578	
De Gobierno Extranjero	6.488			
De Otras Entidades Públicas		55.357		
Rentas a la Propiedad	570.991	554.798	574.427	
Ingresos de Operación	64.219.383	61.321.805	59.042.188	
Otros Ingresos Corrientes	19.650.994	21.659.428	2.245.944	
Ventas de Activos No Financieros	411.304	933.991	0	
Ventas de Activos Financieros		3.371		
Recuperación de Préstamos	11.224.489	11.166.448	5.331.207	
Transferencias Gastos de Capital	42.279.034	68.459.900		

¹³ La cifras están indicadas en M\$ del año 2006. Factor de actualización es de 1,0339 para expresar pesos del año 2005 a pesos del año 2006.

¹⁴ Los Ingresos Devengados, incorporan compras directas efectuadas por FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el AUGE y No AUGE del programa de Prestaciones Valoradas. Por otra parte, se debe señalar que los Ingresos Denegados excluyen el Saldo Inicial de Caja.

Cuadro 2
Ingresos y Gastos años 2005 – 2006, y Ley de Presupuestos 2007

Denominación	Monto Año 2005 M\$ ¹⁵	Monto Año 2006 M\$	Monto Ley de Presupuestos Año 2007 M\$	Notas
• GASTOS DEVENGADOS¹⁶	1.334.026.971	1.534.678.747	1.599.836.741	
Gastos en personal	616.021.484	661.302.841	665.696.772	2
Bienes y servicios de consumo	298.796.693	357.937.638	437.930.293	3
Compras Directas FONASA AUGE	31.220.558	48.252.920	54.503.833	3
Compras Directas FONASA NO AUGE	1.207.183	1.448.780	1.635.540	3
Prestaciones Previsionales	54.557.584	65.003.421	70.294.971	
Transferencias Corrientes	253.142.433	294.838.632	344.713.279	
Impuestos	4.501	3.606	4.658	
Sentencias Ejecutoriadas	167.139	1.270.784	258.750	
Adquisición de Activos no Financieros	10.374.203	23.690.502	14.798.645	
Proyectos de Inversión	40.475.322	60.938.814		
Servicio a la Deuda	28.059.871	19.990.809	10.000.000	

Notas a Ingresos Devengados 2005 - 2006

(1) Transferencias Corrientes:

Las Transferencias Corrientes se incrementaron en MM\$ 186.160 en el año 2006, lo que representó un aumento del 15,6% con relación al año 2005, esto incluye las Compras Directas de Fonasa.

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

a) Transferencias del Programa de Atención Primaria de Salud: Se incrementaron los ingresos por la suma de MM\$ 42.252, cuya variación está directamente relacionada con la expansión otorgada durante el año 2006, cuyos principales incrementos fueron los siguientes:

- I. Expansión de 3 nuevas patologías AUGE en APS y 5 vigentes, por la suma de MM\$ 11.151.
 - Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS, MM\$ 3.700.
 - Manejo integral del ASMA, MM\$ 1.741.
 - Manejo Ambulatorio Integral Adultos de 45 años con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, MM\$ 354.
 - Infecciones Respiratorias Agudas en Menores de 5 años, MM\$ 2.938.
 - Salas ERA para Soporte de Garantías EPOC y Asma Bronquial, MM\$ 2.370.

¹⁵ La cifras están indicadas en M\$ del año 2006. Factor de actualización es de 1,0339 para expresar pesos del año 2005 a pesos del año 2006.

¹⁶ Los Gastos Devengados, incorporan compras directas efectuadas por FONASA, por mandato de los Servicios de Salud, para prestaciones contenidas en el Auge y No Auge del programa de Prestaciones Valoradas, además los Gastos Denegados excluyen el Saldo Final de Caja.

- Neumonía Adquirida en la Comunidad en Personas de 65 años y más, MM\$ 4.
 - Salud Oral Integral para Niños de 6 años, MM\$ 42.
 - Epilepsia No Refractaria, MM\$ 2.
- II. Expansión en Avance patologías AUGE en APS, por la suma de MM\$ 9.694.
- Programa de Aumento Resolutividad en Nivel Primario de Salud, MM\$ 2.854.
 - Programa de Evaluación Salud Visual en Adulto Mayor, MM\$ 247.
 - Programa de Diagnostico y Tratamiento Integral Violencia Intrafamiliar, MM\$ 258.
 - Programa de Prevención y Tratamiento Consumo y/o Dependencia Alcohol y Drogas, MM\$ 522.
 - Implantación Registro Clínico Electrónico, MM\$ 829.
 - Programa de Promoción de Salud - Vida Sana sin Tabaco, MM\$ 124.
 - Ampliación y Mejoramiento de Atención Reducción de Riesgos en Salud Sexual y Reproductiva, MM\$ 630.
 - SAPU, MM\$ 3.548.
 - Programa Antipsicóticos Atípicos de Salud Mental, MM\$ 354.
 - Programa de Ventilación Domiciliaria No Invasiva, MM\$ 328.
- III. Incrementos de la Base Inercial, por la suma de MM\$ 13.677.
- Efecto Población, MM\$ 10.170.
 - Ley N° 19.813 y Otros, MM\$ 3.507.
- IV. Programas de las 36 Medidas Presidenciales, por la suma de MM\$ 7.730.
- Medida N° 6, dice relación con la creación de subsidios para el cuidado de discapacitados y adultos mayores postrados, que se pagarán a quienes estén a cargo de su cuidado, MM\$ 1.500.
 - Medida N° 15, se crearan 60 Centros Comunitarios de Atención Familiar en todo Chile, dando preferencia a las localidades con mayores aumentos de los requerimientos de atención Ley N° 19.813 y Otros, MM\$ 5.269.

b)Transferencias Programa de Prestaciones Valoradas: Se incrementaron en MM\$ 75.166, según consta en el siguiente cuadro:

PROGRAMA DE PRESTACIONES VALORADAS	DEVENGADO 2005 EN M\$ 2006	DEVENGADO 2006 EN M\$ 2006	DIFERENCIAS
AUGE	60.762.444	118.725.921	57.963.477
Compras Directas FONASA AUGE	31.220.558	48.252.920	17.032.362
Compras Directas FONASA NO AUGE	1.207.183	1.448.780	241.597
COMPLEJAS	26.223.622	30.580.920	4.357.298
PAM	6.635.771	5.507.348	-1.128.423
POA	26.557.925	21.207.699	-5.350.226
OTROS	156.315.127	157.177.606	862.479
OTRAS VALORADAS	52.249.273	50.460.591	-1.788.682
SALUD MENTAL	21.478.898	18.403.224	-3.075.674
REBALSES	3.815.823	6.360.740	2.544.917
DFL	16.922.714	20.429.465	3.506.751
TOTAL	403.389.338	478.555.214	75.165.876

El Programa de Prestaciones Valoradas, contempla una serie de programas de salud, siendo el más relevante el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), el cual comenzó a implementarse en el año 2002 con 3 patologías pilotos, sin embargo, fue en el segundo semestre del año 2005, cuando éste entro en vigencia, con 25 patologías AUGE. En el año 2006 se agregaron 15 nuevos problemas de salud, sumando un total de 40 al Sistema de Garantías Explícitas.

En este contexto, el aumento que presentó el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, respecto al año anterior, ascendió a MM\$ 74.996, y se explica principalmente, por la expansión otorgada en el año 2006¹⁷ a las 15 patologías del nivel secundario, además del incremento asociado a la mantención de los problemas de salud ya existentes. A su vez, el aumento que presentaron en el año 2006, las Compras Directas FONASA AUGE, se debieron al aumento de prestaciones de Hemodiálisis otorgadas a los beneficiarios. El incremento de los MM\$ 74.996, incorpora el incremento de recursos autorizados en la Ley de Presupuesto del año 2006 por MM\$ 54.440 y reasignaciones del presupuesto al interior del MINSAL por MM\$ 20.556.

Por otra parte, las Compras Directas FONASA NO-AUGE presentaron incrementos en el año 2006 por MM\$ 242, y se debieron principalmente al aumento de prestaciones otorgadas a través de convenios con terceros, a saber: Hogar de Cristo, Clínica Alemana, Clínica Antofagasta, Fundación Dignidad Hombre, entre otros.

Otros incrementos a considerar en el Programa de Prestaciones Valoradas, están asociados a las siguientes líneas programáticas:

- I. Prestaciones Complejas, el incremento asociado a estas prestaciones fue de MM\$ 4.357, y se originó principalmente en:
 - Cardiocirugía Adulto, es una patología del aparato circulatorio que representa la principal causa de muerte en Chile. En el área quirúrgica se produjo un incremento respecto al 2005 de los siguientes procedimientos: 254 Coronariografías, 385 Angioplastias, 129 Cardiocirugías con CEC de Urgencia, 95 Cineangiografías de Urgencia, 226 Angioplastias de Urgencia, 15 Desfibrilaciones y 18 Exámenes Electrofisiológicos. Esto tuvo como resultado un incremento de MM\$ 1.794.
 - Resonancia Nuclear Magnética, a partir de enero del año 2006 comenzaron a operar nuevos equipos en los siguientes Hospitales: Carlos Van Buren, Grant Benavente y Barros Luco, los cuales generaron 11.700 prestaciones adicionales, lo que originó en un incremento de MM\$ 1.635.
 - Tratamiento de Fibrosis Quística, que contempla un tratamiento integral para esta patología congénita, en donde y de acuerdo a la opinión de expertos, los pacientes que la padecen van cambiando su condición, año tras año, pasando de leve a moderada y de moderada a severa. Se estima que cerca del 30% de los pacientes pasa a la clasificación siguiente, por evolución natural de la enfermedad. Dicho tratamiento redundó en un incremento de MM\$ 206.
 - Tomografía Axial Computarizada, durante el año 2006 comenzaron a operar nuevos equipos en los siguientes Servicios de Salud: Iquique, Antofagasta, Maule, Araucanía Sur, Valparaíso y Metropolitano Oriente, los cuales generaron 11.654 nuevas prestaciones TAC, con un costo total de MM\$ 637.
 - Litotripcia, que es un procedimiento vía externa para tratarlos cálculos renales o de vía urinarias, los cuales son fragmentados sin someter al paciente a una cirugía u otros procedimientos invasivos y sus consecuentes peligros y molestias. En el año 2006 se generó un incremento de 146 procedimientos, que redundó en un incremento de MM\$ 57.

17 Colesectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en Adulto de 35 a 45 años Sintomático, Cáncer Gástrico, Cáncer de Próstata, Leucemia en Personas de 15 años y más, Estrabismo en Menores de 9 años, Retinopatía Diabética, Desprendimiento de Retina, Hemofilia, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Secundaria, Hiperplasia Benigna de Próstata en Personas Sintomáticas, Hipoacusia en Personas de 65 años y más, Accidentes Cerebro Vascular Isquémico, Manejo Integral de Adultos de 45 años con EPOC, Manejo integral del Asma, Síndrome Dificultad Respiratoria en Recién Nacido.

-
- II. Programa del Adulto Mayor, durante el año 2006 este programa presentó un menor devengo respecto al año anterior, por la suma de MM\$ 1.128, producto de que todas las órtesis, prótesis y la foto-coagulación, pasaron a formar parte del AUGE.
- III. Programa de Oportunidad en la Atención, durante el año 2006 este programa presentó un menor devengo respecto al año anterior, por la suma de MM\$ 5.350, debido a que la confirmación de las colecistectomías y la intervención quirúrgica de las colelitiasis, pasaron a formar parte del AUGE.
- IV. Rebalses Ley N° 19.650, durante el año 2006 el nivel de rescate de los pacientes desde un centro asistencial no público hacia un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, disminuyó ostensiblemente, generándose mayores cuentas por pagar a los establecimientos privados, por la suma de MM\$ 2.545.

c)Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales: Este programa durante el año 2006 presentó en devengo mayor respecto al año 2005, por la suma de MM\$ 67.288, los cuales están asociados a las siguientes líneas programáticas:

- Recursos Humanos, los incrementos asociados a las leyes de Recursos Humanos y otros gastos inerciales inherentes al personal, generaron un mayor devengo en el año 2006, por la suma MM\$ 29.994, y se originó principalmente por; el incremento de 129 Liberados de Guardia por MM\$ 1.260, Puesta en Marcha Proyectos de Inversión MM\$ 1.645, Normalización Sistema de Turno 5° y 6° por MM\$ 2.113, Acreditación de la Ley N° 19.664 por MM\$ 2.600, Incremento Ley 19.937 por MM\$ 3.354, Diferencia reajuste y bonos 2005-5006 por MM\$ 16.957, Efectos años, Rentas Experimentales por MM\$ 1.045.
- Prestaciones Previsionales, las mayores tasas de uso y el incremento de remuneraciones conjuntamente con el mayor número de cotizantes, generó un mayor gasto devengado en el año 2006, por la suma de MM\$ 10.446.
- Mayores Cotizantes FONASA, el incremento de los beneficiarios de FONASA ocurridos en el año 2006, genera un mayor gasto devengado, por la suma de MM\$ 7.131.
- Efecto 21 de Mayo, el incremento asociado a estas medidas, demandó recursos por MM\$ 9.100, para la adquisición de ambulancias, equipos dentales móviles y otros.
- Leasing Radioterapia, se incorporaron MM\$ 2.400.
- Adulto mayor 60 años, se incorporaron MM\$ 400.
- Adquisición de Activos No Financieros; se incorporaron MM\$ 7.300.

Notas a Gastos Devengados 2005 – 2006

(2) Gastos en Personal

En el año 2006 el Gasto en Personal aumentó en MM\$ 45.281, es decir, tuvo un incremento del 7,4% en relación al año 2005. Este aumento se originó por los siguientes conceptos:

- Incorporación de 1.670 cargos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que redundó en un mayor gasto devengado de remuneraciones fijas y variables, por MM\$ 20.780, y se originó principalmente por Contratación del Recurso Humano por MM\$ 11.247, Aumento de Horas Extras y Asignación de Turno por MM\$ 2.304, Aumento de Suplencias y Reemplazos por MM\$ 2.320, Honorarios a Suma Alzada por MM\$ 4.498.
- Reajustes otorgados a los Empleados Públicos, además de los Bonos y Aguinaldos de Navidad y Fiestas Patrias, presentaron un incremento en los gastos devengados, respecto al año 2005, de MM\$ 16.957.

-
- La anualización de los cargos de la Red de Urgencia, que en el 2005 consignaron un gasto por nueve meses, implicó un aumento de MM\$ 1.156.
 - En conformidad a lo establecido en la Ley N° 19.230, durante el año 2006 correspondió liberar de guardia a 129 profesionales de la Ley N° 15.076 que cumplieron 20 años de servicio en el sistema de turnos permanentes, lo cual generó un mayor gasto devengado por este concepto de MM\$ 1.260.
 - Por efecto de la Ley N° 19.940, el gasto de los Servicio de Salud se incrementó en MM\$ 1.775.
 - Aplicación de la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, que establece un conjunto de conceptos remuneracionales específicos para el personal del Sistema Nacional de Servicios de Salud, consistentes en: Asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, Asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, Asignación de estímulo a la función directiva, Bonificación compensatoria de turno y Asignación de responsabilidad, se generó un mayor devengo por la suma de MM\$ 3.353.

(3) Gastos en Bienes y Servicios de Consumo

En el año 2006 el Gasto en Bienes y Servicios de Consumo aumentó en MM\$ 76.415, lo que significó un incremento del 23,1%, con relación al año 2005. Cabe señalar que este incremento incorpora MM\$ 17.274, del gasto efectuado por FONASA para la compra de prestaciones relacionadas al AUGE y otras patologías NO-AUGE asociadas a convenios con terceros. En este contexto, los incrementos se originaron principalmente por:

- Las Compras Directas de FONASA en las patologías AUGE, que corresponden fundamentalmente a las prestaciones de: Hemodiálisis, Fístulas, Radioterapia, Cataratas y Patologías Renales, se incrementaron en el año 2006 en MM\$ 17.032 con relación al año 2005, fundamentalmente por el aumento de los Convenios de Hemodiálisis, de los cuales MM\$ 9.137 fueron financiados con incrementos de recursos y los restantes con reasignaciones al interior del presupuesto del MINSAL.
- Por otra parte, las Compras Directas realizadas por FONASA en las patologías No-AUGE, corresponden a convenios de prestaciones otorgadas por terceros, a saber: Hogar de Cristo, Clínica Alemana, Clínica Antofagasta, Fundación Arturo López Pérez, Fundación p/Dignidad Hombre, Clínica Mater y DIPRECA, las cuales se incrementaron en MM\$ 242 en relación al año 2005.
- La entrada en operación en el año 2006 de los Hospitales de Victoria, Puerto Saavedra y Nueva Imperial, que incorporaron en su totalidad 31.813 mt2 de nueva infraestructura, incidieron en el incremento de los consumos básicos durante el año 2006, por la suma de MM\$ 3.464.
- Rebalses Ley N° 19.650, ya que durante el año 2006 el nivel de rescate de los pacientes desde un centro asistencial privado hacia un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, disminuyó ostensiblemente, generándose mayores cuentas por pagar a los establecimientos privados, por la suma de MM\$ 2.545.
- En el año 2006 se incorporaron los Leasing de Equipamiento de Imagenología Compleja y Aceleradores Lineales, que incidieron en el incremento de los gastos devengados, por la suma de MM\$ 4.116.
- Así mismo, se incorporó en el Sistema Nacional de Servicios de Salud al Programa Nacional de Hemofilia, lo cual incidió en un incremento en el gasto por la suma de MM\$ 2.536.
- Los incrementos otorgados al Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el año 2006, por la incorporación de 15 nuevas patologías, además de la mantención de los problemas de salud ya existentes, generaron un mayor gasto devengado por la suma de MM\$ 46.000.

Cuadro 3								
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2006 a nivel de Subtítulos								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁸ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁹ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
			TOTAL INGRESOS	1.385.617.807	1.555.654.513	1.547.202.547	8.451.966	
5			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.316.620.237	1.392.907.819	1.383.102.806	9.805.013	
	2		Del Gobierno Central	1.316.620.237	1.392.907.819	1.383.047.449	9.860.370	
		7	Fondo Nacional de Salud – Atención Primaria	327.090.886	337.975.503	335.555.303	2.420.200	
		8	Fondo Nacional de Salud – Prestaciones Valoradas	451.133.323	430.815.721	428.853.513	1.962.208	
		8	Compras Directas FONASA AUGE	42.397.859	48.593.206	48.252.920	340.286	
		8	Compras Directas FONASA NO AUGE		1.448.780	1.448.780	0	
		9	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	481.662.031	556.520.731	552.151.712	4.369.019	
		10	Subsecretaría de Salud Pública	120.416	2.175.625	2.031.348	144.277	
		13	Subsecretaría de Redes Asistenciales		271.531		271.531	
		22	Fondo Único Prestaciones Familiares y Subsidios Cesantía	14.215.722	15.106.722	14.753.873	352.849	
	3		De Otras Entidades Públicas			55.357	-55.357	
6			RENTA DE LA PROPIEDAD		504.393	554.798	-50.405	
7			INGRESOS DE OPERACIÓN	60.997.988	54.664.084	61.321.805	-6.657.721	
8			OTROS INGRESOS CORRIENTES	2.169.995	19.621.435	21.659.428	-2.037.993	
10			VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		933.377	933.991	-614	
11			VENTA DE ACTIVOS FINANCIEROS			3.371	-3.371	
12			RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	5.331.207	5.626.561	11.166.448	-5.539.887	
13			TRANSF. PARA GASTO DE CAPITAL	0	72.722.784	68.459.900	4.262.884	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	498.380	8.674.060	0	8.674.060	
			TOTAL GASTOS	1.385.617.807	1.555.654.513	1.534.678.747	20.975.766	
21			GASTOS EN PERSONAL	589.228.676	670.385.729	661.302.841	9.082.888	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	418.884.860	411.019.958	407.639.338	3.380.620	
			Compras Directas FONASA AUGE	42.397.859	48.593.206	48.252.920	340.286	
			Compras Directas FONASA NO AUGE		1.448.780	1,448.780	0	
23			PRESTACIONES PREVISIONALES	61.736.708	65.964.305	65.003.421	960.884	
	1		Prestaciones de Seguridad Social	47.284.655	50.695.784	50.078.014	617.770	
		10	Subsidios de Reposo Preventivo	166.919	48.013	44.437	3.576	
		11	Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa	42.151.069	45.007.002	44.344.860	662.142	
		12	Subsidios por Accidentes del Trabajo	2.592.052	3.196.159	3.176.347	19.812	
		13	Subsidio Maternal, A° 196 Código del Trabajo	2.374.615	2.444.610	2.512.370	-67.760	

18 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

19 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2006

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

Cuadro 3
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2006 a nivel de Subtítulos

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁸ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁹ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
	2		Prestaciones de Seguridad Social	14.452.053	15.260.520	14.917.798	342.722	
		4	Ayudas Económicas y Otros Pagos de Preventiva	236.331	153.798	151.108	2.690	
		5	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	14.215.722	15.106.722	14.766.690	340.032	
	3		Prestaciones Sociales del Empleador	0	8.001	7.609	392	
		1	Indemnización de Cargo Fiscal		8.001	7.609	392	
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	283.172.331	297.345.399	294.838.632	2.506.767	
	1		Al Sector Privado	120.416	978.842	472.012	506.830	
		395	Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas		838.426	337.606	500.820	
		461	Centros de Prev. Alcoholismo y Salud Mental	120.416	120.416	134.406	-13.990	
		470	Federación Internacional Estudiantes Medicina	0	20.000	0	20.000	
	3		A Otras Entidades Públicas	283.051.915	296.366.557	294.366.620	1.999.937	
		298	Atención Primaria, Ley N° 19.378	283.051.915	296.321.867	294.241.164	2.080.703	
		396	Campaña Invierno		44.690	125.456	-80.766	
25			INTEGROS AL FISCO	1.895	4.800	3.606	1.194	
26			OTROS GASTOS CORRIENTES	0	1.252.480	1.270.784	-18.304	
29			ADQ. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	8.094.957	24.465.958	23.690.502	775.456	
	1		Terrenos		21.000	16.000	5.000	
	2		Edificios			13.010		
	3		Vehículos		704.942	1.067.870	-362.928	
	4		Mobiliarios y Otros	8.094.957	3.508.938	3.774.789	-265.851	
			Máquinas y Equipos		19.093.316	17.522.958	1.570.358	
			Equipos Informáticos		1.005.801	1.172.240	-166.439	
			Programas Informáticos		81.646	69.085	12.561	
			Otros		50.315	54.550	-4.235	
31			PROYECTOS DE INVERSIÓN	0	63.777.559	60.938.814	2.838.745	
34			SERVICIO DE LA DEUDA	24.000.000	6.160.028	19.990.809	-13.830.781	
35			SALDO FINAL DE CAJA	498.380	15.278.297		15.278.297	

ANÁLISIS DE VARIACIONES DEL PRESUPUESTO INICIAL Y FINAL DEL AÑO 2006

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

El presupuesto inicial aprobado por la Ley de Presupuesto N° 20.083, para el Año 2006, estableció para el Sistema Nacional de Servicios de Salud un monto de MM\$ 1.343.220. Producto de las modificaciones al presupuesto inicial, las cuales se señalan en el punto siguiente, el presupuesto al 31 de diciembre del año 2006, alcanzó los MM\$ 1.505.613, aumentando en MM\$ 162.393, lo que implica una variación de un 12,1% respecto al presupuesto inicial.

MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO INICIAL

Las principales modificaciones realizadas durante el periodo enero – diciembre de 2006 que afectan la base presupuestaria, por un total de MM\$ 162.393, se explican por los siguientes efectos:

- I. El Nivel Primario de Atención, incremento su presupuesto inicial en la suma de MM\$ 10.885, que se explica por lo siguiente:
 - Efecto de reajuste, bonos y otros, la Base Inercial se incrementó en MM\$ 8.276.
 - Programas de las 36 Medidas Presidenciales, por la suma de MM\$ 7.730, a saber: Medida N° 6, dice relación con la creación de subsidios para el cuidado de discapacitados y adultos mayores postrados, que se pagarán a quienes estén a cargo de su cuidado; Medida N° 15, se crearán 60 Centros Comunitarios de Atención Familiar en todo Chile, dando preferencia a las localidades con mayores aumentos de los requerimientos de atención Ley N° 19.813.
 - Los restantes - MM\$ 1.750, correspondieron a reasignaciones para el financiamiento centralizado del manejo de los programas de atención primaria.
 - Otros - MM\$ 3.017, correspondieron a reasignaciones para otros programas del PPI.
 - Finalmente, los - MM\$ 354, fueron reasignados al PPV para el Programa de Antipsicóticos Atípicos de salud mental.

- II. El Nivel Secundario de Atención, incrementó su presupuesto inicial en la suma de MM\$ 151.508, que se explica por lo siguiente: Reajustes y bonos otorgados durante el año 2006 que incrementaron el presupuesto en MM\$ 37.306.
 - Bonos Variables de la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, que aumentaron el presupuesto inicial en MM\$ 5.863.
 - Mayor gasto en subsidios de incapacidad laboral, fenómeno determinado por el aumento del número de cotizantes, rentas promedio y número de días de licencias médicas, que incrementaron los Subsidios en MM\$ 4.227.
 - Incorporación de proyectos de inversión en obras civiles y equipamiento por MM\$ 80.149, que incluyen MM\$ 9.100 de las medidas anunciadas el 21 de Mayo y MM\$ 2.1161 correspondientes a equipamiento AUGE.

-
- Respecto al Servicio de la deuda, el año 2006 se registró un menor gasto con la consecuente disminución del -MM\$ 3.060.
 - En el año 2006 el número de cotizantes se incrementó respecto al año 2005, lo que redundó en un aumento de cotizaciones, por la suma de MM\$ 7.131.
 - Durante el año 2006, se incorporaron proyectos de Salud Pública y Redes Asistenciales por la suma de MM\$ 2.060, a saber: Campaña Invierno, Enfermedades Emergentes, Centros de Alcoholismo y Call Center, entre otros.
 - Producto de implementación de las 36 medidas anunciadas por la Sra. Presidenta, el presupuesto se incrementó en la suma de MM\$ 400, producto de las bonificaciones a los mayores de 60 años y en MM\$ 918 producto de los seis meses de cargos para las Garantías AUGE implementadas el 1º de Julio.
 - Rebases Ley N° 19.650, puesto que el nivel de rescate de los pacientes desde un centro asistencial no público hacia un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, disminuyó ostensiblemente, generándose mayores cuentas por pagar a los establecimientos privados, razón por la cual, el presupuesto fue incrementado en la suma de MM\$ 3.811.
 - Incorporación de recursos al Sistema de Acreditación de la Ley N° 19.664 por un monto de MM\$ 2.600.
 - Recuperación de Licencias Médicas por un monto de MM\$ 16.436.
 - Disminución de los ingresos de operación por un monto de -MM\$ 6.333.

ANÁLISIS DE VARIACIONES DEL PRESUPUESTO FINAL Y DEVENGOS DEL AÑO 2006

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

El presupuesto final del Sistema Nacional de los Servicios de Salud para el período 2006 fue de MM\$ 1.555.655, y el devengo en el mismo período, alcanzó la suma de MM\$ 1.534.679, experimentando un excedente de MM\$ 20.976.

- En Gastos en personal se experimentó un excedente de MM\$ 9.083, producto de los MM\$ 8.010 que quedaron consignados en el marco presupuestario del programa de contingencias operacionales, los cuales no tuvieron uso de fondos en el devengo del año 2006.
- En bienes y servicios de consumo, incorporando las compras directas de FONASA, se experimentó un excedente de MM\$ 3.381, por efecto de la acumulación del stock de fármacos e insumos en programas sanitarios, que tuvo como efecto una menor adquisición de éstos.
- Durante el año 2006, las transferencias corrientes devengaron un monto menor al presupuesto por la suma de MM\$ 2.506.
- Las prestaciones previsionales devengaron un monto menor al presupuestado por la suma de MM\$ 961.

-
- Finalmente, los proyectos de inversión devengaron un monto menor al presupuesto por la suma de MM\$ 3.614, debido a que parte del Equipamiento y las Obras Civiles fueron recibidas a fines del mes de diciembre del año 2006, no pudiendo incorporarlas en la base devengada de ese año, por cuanto el proceso administrativo de recepción provisoria y definitiva no estaba realizado.

- Resultado de la Gestión por Productos Estratégicos

Acciones de Salud en el Nivel Primario

Las acciones de salud en el Nivel de Atención Primaria, tuvieron un desempeño positivo en el año 2006, de acuerdo al resultado entregado por los subproductos derivados de esta.

En el caso de las atenciones médicas y odontológicas electivas, las atenciones antes de 48 horas realizadas a la población más vulnerable, constituida por menores de un año y mayores de 65 años, presentaron un cumplimiento del 101%, lo cual confirma la tendencia observada en el último quinquenio. Es así como se atendieron a 3.534.216 personas que solicitaron atención en establecimientos de la Atención Primaria.

La tasa de consulta médica por beneficiario en Atención Primaria fue de 1,6 superando la meta proyectada para el 2006. Se alcanzó un 103% de cumplimiento, con un total de 14.485.265 consultas médicas anuales a beneficiarios de la atención primaria del país.

El rechazo de atención médica electiva fue de un 2,0% con lo cual se dio cumplimiento al 98% de la meta proyectada para el año 2006, sin embargo desciende en 0,1 punto porcentual respecto a los resultados del año 2005.

Por otra parte, se realizaron 685.959 altas odontológicas totales en la población menor de 20 años en la Atención Primaria, lo que representa un 103% de cumplimiento de la meta estimada para el año.

En los controles de salud realizados a personas sanas y enfermos crónicos en la Atención Primaria se logró la compensación del 70% de los pacientes hipertensos de 20 a 64 años, es decir de 440.478 personas. El porcentaje alcanzado es mayor al observado en el 2005 y a la meta establecida para el 2006. En cuanto a la compensación de pacientes diabéticos del mismo grupo etáreo, el porcentaje alcanzado fue de un 32% menor a la meta proyectada de un 40%, sin embargo la población bajo control creció considerablemente entre el 2005 y el 2006, de 175.389 a 220.824. La incorporación de esta patología al AUGE, así como las dificultades asociadas a mantener hábitos alimenticios y comportamiento saludable por parte de los pacientes, incidieron en los resultados obtenidos.

Durante el 2006, las OIRS se preocuparon de aplicar el modelo Gestión de Solicitudes Ciudadanas y Sistema de Gestión de Reclamos de Garantías Explícitas en Salud en la Red Asistencial, instalando el soporte informático para la gestión de los reclamos GES a través del call center de FONASA.

Finalmente, se realizaron diferentes actividades de promoción de la salud en el intersector²¹, como: actividades físicas, de alimentación, de antitabaco, medio ambiente y otras condicionantes, impulsadas por las estrategias públicas de escuelas saludables, estrategia global contra la obesidad, programa Chile Crece Contigo y otros más.

21 Consiste en la coordinación con otros sectores sociales y gubernamentales para potencial los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. Se identifican los siguientes sectores prioritarios: educación, urbanismo y vivienda, trabajo y medio ambiente.

Acciones de Salud en Establecimientos de Segundo Nivel

La tasa de variación anual de altas odontológicas por especialidad, realizadas en menores de 20 años en atención de segundo nivel, para el año 2006 alcanzaron 12% teniendo un 101% de cumplimiento, lo que se explica por la vigencia de la garantía de salud oral integral de los niños de 6 años, lo que sumado a la orientación de las metas de desempeño de la Ley 19.813 tendientes a aumentar las coberturas a los menores de 6 años, producen un aumento de la pesquisa y derivación desde el nivel primario al secundario.

Los casos AUGE en que se cumplieron las garantías explícitas de oportunidad fueron 694.132, lo que constituyó un 100% de cumplimiento.

Respecto a las atenciones médicas de urgencia, la instalación del selector de demanda²² en las Unidades de Emergencia de los hospitales tipo 1 y 2 en 42 de los establecimientos, corresponde al 98% de la meta estimada. El índice ocupacional de camas críticas de adultos en la unidad de pacientes críticos, alcanzó un 87% en el año 2006, lo cual representa un 104% de cumplimiento sobre la meta estimada. Este indicador incorpora las camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y camas de Unidades de Tratamientos Intermedios (UTI) de adultos, las que alcanzaron 305.340 días camas ocupados de un total de 350.139 días cama disponibles. En caso de las infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía la meta de 1.3 se cumple en 100%, con un total de 352 infecciones sobre un total de 27.151 intervenciones de colecistectomía por laparotomía. Por otro lado, en cuanto a las infecciones de herida operatoria por cesáreas, se cumple un 100% de la meta con 1.219 infecciones²³ de un total de 54.881 intervenciones.

Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud

Con el incremento de las patologías incorporadas al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, el trabajo de las redes asistenciales fue de aplicación de la ley considerando la capacidad de oferta del sistema público, la incorporación de tecnologías, consolidación del sistema de monitoreo informático capaz de dar seguimiento a la atención de salud y a las garantías asociadas tanto financieras, como de oportunidad y protocolos sanitarios. Se realizaron amplias inversiones tanto en infraestructura como equipamiento y en la capacitación de los trabajadores de la salud.

Se realizó una inversión por MM\$ 19.800, que se dirigió a la adquisición de 850 equipos médicos de diferente complejidad, orientados centralmente al área de Imagenología.

La tasa de variación de la deuda total de los Servicios de Salud, tuvo una disminución del 86%, alcanzando MM\$ 2.780.237 en el 2006 en comparación con MM\$ 20.432.836 del año 2005. En cuanto a la concentración de la deuda, el 85,64% de esta se situó entre los 0 y 60 días de vencimiento.

El porcentaje de los ingresos de operación en proporción al total de ingresos percibidos disminuyó en 0,73 puntos porcentuales respecto al año 2005, principalmente explicado por la disminución de los ingresos de operación percibidos producto de la baja en la recepción de ingresos por copago AUGE y gratuidad de 60 a 64 años.

²² Es el proceso en el cual un profesional o técnico de un centro de salud realiza preguntas relativas al estado del usuario para conocer el grado de urgencia y la posibilidad de diferir la atención.

²³ Cabe tenerse en cuenta que los datos 2006 tienen carácter de provisorio, ya que, las estadísticas relativas a cesáreas arrojan resultados a nivel nacional e internacional, más de 1 año después de ocurrido el evento.

- **Cumplimiento de Compromisos Institucionales**

- **Informe de Programación Gubernamental**

El Servicio no registra compromisos de Programación Gubernamental 2006.

- **Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones²⁴ Evaluadas²⁵**

PROGRAMAS EVALUADOS

La evaluación del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), contempla líneas programáticas del Programa de Atención Primaria, asociadas a acciones de salud en el nivel primario con establecimientos dependientes de municipios y de Servicios de Salud, cuyos componentes son: SAPU, IRA (Infecciones Respiratorias Agudas del Niño), ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto), Apoyo Radiológico en la detección de patologías respiratorias, Fondo de Incentivo y Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos. Cabe destacar, que el período de evaluación de este Programa correspondió a los años 1999-2004.

Los componentes antes mencionados, fueron creados a partir del año 1990 para resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial, probando nuevas tecnologías en aquellas áreas que se detectó era indispensable reforzar las acciones de salud existentes. Dichos componentes e asocian al Producto Estratégico 1 de Acciones de Salud en el Nivel Primario.

INSTITUCIONES EVALUADAS

El Servicio no presenta evaluaciones durante el periodo comprendido entre los años 1999 y 2006.

²⁴ Instituciones que han sido objeto de una Evaluación Comprehensiva del Gasto.

²⁵ Los programas a los que se hace mención en este punto corresponden a aquellos evaluados en el marco del Programa de Evaluación que dirige la Dirección de Presupuestos.

- **Avances en Materias de Gestión Interna**

- **Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión**

El Servicio no formula Programas de Mejoramiento de Gestión (PMG) ni está adscrito al Programa Marco del PMG 2006.

- **Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo**

La evaluación del Desempeño Colectivo Institucional de la Médica (Ley 19.664)²⁶ para el año 2006, aún se encuentra en proceso de validación de los datos registrados en la aplicación dispuesta por DIPRES. Se espera tener completamente concluido el proceso a fines de mayo. Hasta ese momento no es posible entregar información alguna.

Del total de 27.070 funcionarios regidos por la Ley 19.813 de Atención Primaria, el 92,2% (24.962 funcionarios) cumplieron entre el 90% y 100% de las metas propuestas; el 7,4% (2.010 funcionarios) cumplió entre el 75% y menos del 90%; y solamente el 0,4% de estos tuvieron un cumplimiento de las metas menor al 75%. Dicho porcentaje de cumplimiento de metas está referido al componente variable de esta asignación.

En cuanto a la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo del Decreto de Ley N° 2.763, en sus Artículos 61²⁷ y 66²⁸, sobre la base de evaluación de 235 establecimientos que suscribieron metas sanitarias y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud en 2005, se puede establecer que el porcentaje promedio de cumplimiento alcanza a un 96,26%.

- **Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales**

El Servicio no incorpora otro tipo de incentivos remuneracionales.

²⁶ Se utiliza la expresión "Ley Médica" porque de las profesiones indicadas en la nota al pie n° 12 de la página 20, los médicos son los "profesionales funcionarios" que mayoritariamente se rigen por estas disposiciones.

²⁷ Aplicable a auxiliares, técnicos y administrativos de los Servicios de Salud.

²⁸ Aplicable a profesionales de los Servicios de Salud.

- Otras Materias de Gestión

Campaña de Invierno.

La Campaña de Invierno tiene como objetivo prevenir y tratar las enfermedades respiratorias como la Neumonía, Influenza y el Virus Sincicial Respiratorio, que pueden ser letales para lactantes y adultos mayores. Para ello se realizó la inmunización gratuita contra la influenza para los grupos etáreos señalados, así como para enfermos crónicos, embarazadas y trabajadores avícolas y de la salud la que fue apoyada por una campaña de medios masivos, es decir radio y televisión. Durante el 2006, las salas IRA habilitadas en Atención Primaria, permitieron el tratamiento de más de 100.000 niños. En el periodo crítico se ejecutó la reconversión de camas hospitalarias pediátricas y de adultos.

El 2006 el impacto alcanzado medido en mortalidad infantil de menores de un año, fue la reducción de 50 casos, de 81 fallecidos en el año 2005 a 31 fallecidos el año 2006. En el mismo periodo las personas fallecidas mayores de 65 años, fueron 1.806, reduciéndose la mortalidad del adulto mayor en 904 casos, con respecto al año 2005.

Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud.

El sistema de evaluación de la Atención Primaria de salud Municipal implementado durante el 2005, tuvo un cumplimiento promedio de Actividad General en el último semestre móvil del 2006 de 96,79%. La rebaja promedio, alcanzó un 0,07%. Esta última evaluación tuvo un incremento de 0,32 puntos porcentuales respecto al primer semestre del año evaluado.

De las 268 comunas en régimen de evaluación, 263 alcanzaron un desempeño conforme a las metas establecidas, esto significó que sólo 5 comunas presentan un rendimiento insatisfactorio respecto de lo requerido.

Proyectos de Intervención Educativa con metodología de Educación Permanente en Salud (EPS)

Todos los Servicios de Salud del país cuentan con un Equipo Gestor EPS, consistente en un Jefe de Capacitación más profesionales dedicados al desarrollo de la estrategia en el nivel local. La focalización de los Equipos EPS ha estado fuertemente dirigida a problemas "basales" (trato, información, registros, procesos de atención, privacidad, entre otros, que resultan ser claves para la resolución de desafíos "prioritarios" vinculados de manera directa a problemas de salud o patologías AUGE.

4. Desafíos 2007

Los desafíos de la gestión del Sistema Nacional de Servicios de Salud para el año 2007, avanzan en la consolidación y desarrollo de los objetivos programáticos definidos en la agenda ministerial, orientados a entregar a la población beneficiaria, la mayoría del país, acceso a salud de calidad, cercana, efectiva y acorde a las características propias de la multiplicidad de personas que componen nuestra sociedad.

Es así como para asegurar la atención de las personas en lugares accesibles y cercanos, con equipos multidisciplinarios que entreguen respuesta a las múltiples necesidades biológicas, psicológicas y sociales que presentan y determinan el desarrollo integral del ciclo vital, se construirán 31 nuevos Centros Comunitarios de Salud Familiar, que iniciarán su funcionamiento durante el 2007, se iniciará la construcción de otros 21 Centros de Salud Familiar (CESFAM); se aumentarán en 18 los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); se habilitarán 90 salas de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en lugares con menos de 10.000 habitantes y 100 salas mixtas IRA-ERA, para niños y adultos. Se continuará el fortalecimiento de los programas dirigidos a adultos mayores

Para resguardar la respuesta oportuna y de calidad que garantice el acceso creciente de la población a recibir una atención integral de los problemas de salud que representan una mayor carga enfermedad y en consecuencia afectan la calidad de vida de las personas, este año se implementarán las acciones necesarias para la incorporación de los 16 nuevos problemas de salud del tercer Régimen de Garantías que entran en vigencia el 1º de julio del 2007.

La búsqueda de soluciones expeditas a los problemas de salud es un requerimiento creciente de los usuarios del Sistema, por lo que la atención de urgencia se constituye en una instancia de suma importancia. En respuesta a esta necesidad, se fortalecerán los equipos de salud y se capacitará a los profesionales de los servicios de urgencia hospitalaria. Al mismo tiempo se instalarán 10 nuevas Salas de Acogida y Procedimientos para las víctimas de delitos sexuales en las unidades de emergencia hospitalarias.

Respecto al nivel de atención secundaria, se aumentará la complejidad de camas disponibles en hospitales; se reforzará la atención neuro-quirúrgica implementando nuevas camas UCI y UTI; se fortalecerán las Unidades de Cuidados Críticos Coronarios e incrementarán las camas de cuidados intermedios. Por otra parte, se ampliará la complejidad de 300 camas básicas de medicina, reforzándolas con residencias médicas, enfermeras y técnicos paramédicos, además de dotarlas con el equipamiento necesario para su funcionamiento. De tal modo que se avanzará en un modelo de gestión centralizado de camas hospitalarias que optimizarán el uso de camas, la dotación de profesionales y el acceso de la población a este servicio.

El año 2007, se entregarán siete obras en lugares tan diversos como Iquique, Antofagasta, Vallenar, Talca, Curepto, Curanilahue y Puerto Cisnes. Dicha inversión asegura la creación y renovación de más de 56.000 metros cuadrados para la asistencia de salud. Adicionalmente, se invertirán \$ 20.000 millones en equipamiento: 151 ambulancias para la red SAMU, 2 nuevos angiógrafos, 2 resonadores nuclear magnético, 5 scanners, equipos de pabellón con máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas y lámparas, centrales de monitoreo, monitores multiparámetros e incubadoras para neonatología, equipamiento de

anatomía patológica y equipamiento dental. Estas inversiones permitirán a los servicios de salud correspondientes, otorgar mejor calidad de atención, mejorando la dignidad de las personas, especialmente de los sectores más vulnerables del país, situación que es fundamental para la red pública de salud

Con el propósito de sustentar las buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable entre los usuarios y usuarias y equipos de salud, los directivos de cada establecimiento de salud se han comprometido en el fortalecimiento de la participación ciudadana, la priorización del trabajo con los Consejos Consultivos Asesores, Consejos Vida Chile y mesas de Trabajo con Pueblos Indígenas y los presupuestos participativos en los Servicios de Salud. En este sentido se invertirá en fortalecer y difundir la acción de las OIRS, entregando respuestas oportunas para las consultas y reclamos de las personas.

Otra área prioritaria de los servicios de salud consiste en avanzar en la iniciativa de "Hospital Amigo" con las siguientes medidas: incrementar la asistencia del padre o familiar cercano al parto; lograr alimentación asistida de acuerdo a dependencia del paciente adulto mayor en los hospitales; implementar un mejor sistema de acogida e información a la familia y mejorar la infraestructura para facilitar la comodidad de la familia durante su estadía en el hospital.

Los desafíos anteriormente descritos para el año 2007 permitirán avanzar en el modelo de atención de salud en red a lo largo del país. Confiamos en la labor y capacidad de los equipos que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud, para trabajar en el desarrollo de una atención digna, incluyente y de calidad, donde el acceso sea universal, el trato amable y se atiendan los diversos factores que impactan la salud de la población.

5. Anexos

- Anexo 1: Comportamiento Presupuestario Año 2006
- Anexo 2: Indicadores de Gestión Financiera
- Anexo 3: Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2006
- Anexo 4: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Anexo 5: Transferencias Corrientes
- Anexo 6: Iniciativas de Inversión
- Anexo 7: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos
- Anexo 8: Proyectos de Ley

• Anexo 1: Comportamiento Presupuestario Año 2006

Cuadro 4 Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2006								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁹ (M\$)	Presupuesto Final ³⁰ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ³¹ (M\$)	Notas
			TOTAL INGRESOS	1.385.617.807	1.555.654.513	1.547.202.547	8.451.966	
5			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.316.620.237	1.392.907.819	1.383.102.806	9.805.013	
	2		Del Gobierno Central	1.316.620.237	1.392.907.819	1.383.047.449	9.860.370	
		7	Fondo Nacional de Salud – Atención Primaria	327.090.886	337.975.503	335.555.303	2.420.200	
		8	Fondo Nacional de Salud – Prestaciones Valoradas	451.133.323	430.815.721	428.853.513	1.962.208	
		8	Compras Directas FONASA AUGE	42.397.859	48.593.206	48.252.920	340.286	
		8	Compras Directas FONASA NO AUGE		1.448.780	1.448.780	0	
		9	Fondo Nacional de Salud Prestaciones Institucionales	481.662.031	556.520.731	552.151.712	4.369.019	
		10	Subsecretaría de Salud Pública	120.416	2.175.625	2.031.348	144.277	
		13	Subsecretaría de Redes Asistenciales		271.531		271.531	
		22	Fondo Único Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía	14.215.722	15.106.722	14.753.873	352.849	
	3		De Otras Entidades Públicas			55.357	-55.357	
6			RENTA DE LA PROPIEDAD		504.393	554.798	-50.405	
7			INGRESOS DE OPERACIÓN	60.997.988	54.664.084	61.321.805	-6.657.721	
8			OTROS INGRESOS CORRIENTES	2.169.995	19.621.435	21.659.428	-2.037.993	
10			VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		933.377	933.991	-614	
11			VENTA DE ACTIVOS FINANCIEROS			3.371	-3.371	
12			RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	5.331.207	5.626.561	11.166.448	-5.539.887	
13			TRANS PARA GASTO DE CAPITAL	0	72.722.784	68.459.900	4.262.884	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	498.380	8.674.060	0	8.674.060	
			TOTAL GASTOS	1.385.617.807	1.555.654.513	1.534.678.747	20.975.766	
21			GASTOS EN PERSONAL	589.228.676	670.385.729	661.302.841	9.082.888	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	418.884.860	411.019.958	407.639.338	3.380.620	
			Compras Directas FONASA AUGE	42.397.859	48.593.206	48.252.920	340.286	
			Compras Directas FONASA NO AUGE		1.448.780	1.448.780	0	
23			PRESTACIONES PREVISIONALES	61.736.708	65.964.305	65.003.421	960.884	
	1		Prestaciones de Seguridad Social	47.284.655	50.695.784	50.078.014	617.770	
		10	Subsidios de Reposo Preventivo	166.919	48.013	44.437	3.576	
		11	Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa	42.151.069	45.007.002	44.344.860	662.142	

29 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

30 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2006

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

Cuadro 4
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2006

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ²⁹ (M\$)	Presupuesto Final ³⁰ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ³¹ (M\$)	Notas
		12	Subsidios por Accidentes del Trabajo	2.592.052	3.196.159	3.176.347	19.812	
		13	Subs. Maternal, A° 196 Código del Trabajo	2.374.615	2.444.610	2.512.370	-67.760	
	2		Prestaciones de Seguridad Social	14.452.053	15.260.520	14.917.798	342.722	
		4	Ayudas Económicas y Otros Pagos de Preventiva	236.331	153.798	151.108	2.690	
		5	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	14.215.722	15.106.722	14.766.690	340.032	
	3		Prestaciones Sociales del Empleador	0	8.001	7.609	392	
		1	Indemnización de Cargo Fiscal		8.001	7.609	392	
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	283.172.331	297.345.399	294.838.632	2.506.767	
	1		Transferencias al Sector Privado	120.416	978.842	472.012	506.830	
		395	Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas		838.426	337.606	500.820	
		461	Centros de Prev. Alcoholismo y Salud Mental	120.416	120.416	134.406	-13.990	
		470	Federación Internacional Estudiantes Medicina	0	20.000	0	20.000	
	3		A Otras Entidades Públicas	283.051.915	296.366.557	294.366.620	1.999.937	
		298	Atención Primaria, Ley N° 19.378	283.051.915	296.321.867	294.241.164	2.080.703	
		396	Campaña Invierno		44.690	125.456	-80.766	
25			INTEGROS AL FISCO	1.895	4.800	3.606	1.194	
26			OTROS GASTOS CORRIENTES	0	1.252.480	1.270.784	-18.304	
29			ADQ. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	8.094.957	24.465.958	23.690.502	775.456	
	1		Terrenos		21.000	16.000	5.000	
	2		Edificios			13.010		
	3		Vehículos		704.942	1.067.870	-362.928	
	4		Mobiliarios y Otros	8.094.957	3.508.938	3.774.789	-265.851	
	5		Máquinas y Equipos		19.093.316	17.522.958	1.570.358	
	6		Equipos Informáticos		1.005.801	1.172.240	-166.439	
	7		Programas Informáticos		81.646	69.085	12.561	
	99		Otros		50.315	54.550	-4.235	
31			PROYECTOS DE INVERSIÓN	0	63.777.559	60.938.814	2.838.745	
34			SERVICIO DE LA DEUDA	24.000.000	6.160.028	19.990.809	-13.830.781	
35			SALDO FINAL DE CAJA	498.380	15.278.297	15.278.297		

• Anexo 2: Indicadores de Gestión Financiera

Cuadro 5 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ³²			Avance ³³ 2006/ 2005	Notas
			2004	2005	2006		
Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes	$[\text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios} - \text{N}^\circ \text{ de decretos originados en leyes}^{34} / \text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios}] * 100$	Porcentaje	93,62	83,33	77,78	93,34%	
Promedio del gasto de operación por funcionario	$[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)} / \text{Dotación efectiva}^{35}]$	M\$ / Funcionario	11.737,29	12.123,7	13.361,48	110,21%	
Porcentaje del gasto en programas del subtítulo 24 sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en Programas del subt. 24}^{36} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}] * 100$	Porcentaje	0,12	No se mide	No se mide	No se mide	
Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en estudios y proyectos de inversión}^{37} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}] * 100$	Porcentaje	2,16	4,42	5,98	135,27%	

Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes

Durante el año 2006 el porcentaje de decretos no originados por leyes disminuyó en 5,55 puntos porcentuales con relación al año 2005.

Promedio del gasto de operación por funcionario

El Promedio de Gasto de Operación (Gasto en Personal y Bienes y Servicios de Consumo) por Funcionario del año 2006 fue de M\$ 13.361,48, constatándose un aumento real de M\$ 1.237,78 respecto año 2005, lo que significa un incremento del 10,21%.

Por otra parte, la dotación efectiva de 76.282 funcionarios aumentó en 25 personas en el año 2006 lo que significa un incremento del 1,09% a pesar de lo cual ello no influyó significativamente en el resultado del indicador. Sin embargo, el aumento en los gastos de operación, de MM\$ 45.281 en personal y MM\$ 59.141 en bienes y servicios de consumo, impactaron en forma importante en el indicador.

³² Los factores de actualización de los montos en pesos es de 1,0655 para 2004 a 2006 y de 1,0339 para 2005 a 2006.

³³ 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.

³⁴ Se refiere a aquellos referidos a rebajas, reajustes legales, etc.

³⁵ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

³⁶ Corresponde a las transferencias a las que se aplica el artículo 7° de la Ley de Presupuestos.

³⁷ Corresponde a la totalidad del subtítulo 31 "Iniciativas de Inversión".

Porcentaje del gasto en programas del subtítulo 24 sobre el gasto de operación

Desde del año 2004 solamente se consideraba el monto del Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas. Sin embargo, el año 2005 y 2006 se traspasó el gasto del Programa a los subtítulos correspondientes, lo cual hace que la medición de este indicador deje de ser pertinente.

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

Este indicador aumentó en 1,56 puntos porcentuales con relación al año 2005. Dicha variación es debida al fuerte incremento de la inversión en infraestructura y equipamiento del sector, lo cual se inserta en el Programa Global de Inversiones en Salud que tiene como fin entregar una plataforma acorde a las exigencias impuestas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- ## Anexo 3: Indicadores de Desempeño Presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2006

Cuadro 6
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2006

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2006	Cumple SI/NO ³⁸	% Cumplimiento ³⁹	Notas
				2004	2005	2006				
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes menores de 1 año y mayores de 65 atendidos en establecimientos de Atención Primaria antes de las 48 horas	(Pacientes menores de 1 año y mayores de 65 atendidos antes de 48 horas año t/Pacientes menores de 1 año y mayores de 65 que solicitan atención en establecimientos de Atención Primaria año t)*100	%	100	100	101	100	Si	101	
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de establecimientos de atención primaria sin filas a temprana hora	(Número de establecimientos de atención primaria sin filas a temprana hora año t/Total establecimientos atención primaria año t)*100	%	98	96	98	98	Si	100	
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes rechazados en atención dental de urgencia	(N° de personas que pidieron hora de atención dental de urgencia en establecimientos de atención primaria menos total de personas atendidas en urgencia odontológica/N° de personas que pidieron hora de atención dental de urgencia)*100	%	NC	2,0 0,0-0,0	2,0 0,0-0,0	2,0 0,0-0,0	Si	100	
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes rechazados en atención médica electiva	(N° de personas que pidieron hora de atención médica electiva en establecimientos de atención primaria del país menos total de consultas médicas electivas realizadas/N° de personas que pidieron hora de atención médica electiva)*100	%	NC	2,2	2,0	2,0	Si	98	
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Tasa de consulta médica por beneficiario en atención primaria, promedio del país	Total consultas médicas anuales a beneficiarios en atención primaria país/Total Población beneficiaria atención primaria país		1,5	1,4	1,6	1,5	Si	103	

38 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2006 es igual o superior a un 95% de la meta.

39 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2006 en relación a la meta 2006.

Cuadro 6
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2006

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2006	Cumple SI/NO ³⁸	% Cumplimiento ³⁹	Notas
				2004	2005	2006				
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tasa de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía	(N° de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía/N° de intervenciones de colecistectomía por laparotomía)*100	%	1,3	1,3	1,3	1,3	Si	100	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tasa de infecciones de herida operatoria en cesáreas	(N° de infecciones de herida operatoria en cesáreas/N° total de cesáreas)*100	%	1,3	1,2	1,3	1,3	Si	100	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Índice ocupacional de camas críticas de adultos en la Unidad de pacientes críticos adultos UPC	(N° días cama críticas adultos ocupados/N° días cama críticas adultos disponibles)*100	%	83	84	87	84	Si	104	
	Enfoque de Género: No									
Institucional	Porcentaje de los ingresos de operación sobre el total de ingresos de los Servicios de Salud	(Suma de los Ingresos de operación subtítulo 01 de los Servicios de Salud/Suma del Ingreso total de los Servicios de Salud)*100	%	5,8	4,5	3,8	5,4	No	70	1
	Enfoque de Género: No									
Institucional	Porcentaje promedio de deuda total de los Servicios de Salud con vencimiento menor o igual a 60 días, Mínimo y Máximo	(Suma deuda total de los servicios de salud con vencimiento menor o igual a 60 días/Suma total deuda de los servicios de salud)*100	%	52,5	49,9	85,6	52,5	Si	163	2
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Tasa de consulta al servicio de atención primaria de urgencia (SAPU)	(N° de consultas al servicio de atención primaria de urgencia/Total de población beneficiaria inscrita en establecimientos de atención primaria)*100		46,7	59,9	50,9	46,7	Si	109	
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 6
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2006

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2006	Cumple SI/NO ³⁸	% Cumplimiento ³⁹	Notas
				2004	2005	2006				
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Tasa de variación anual de altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años en atención de segundo nivel	$((N^{\circ} \text{ altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años en Atención de segundo nivel año } t/N^{\circ} \text{ altas odontológicas por especialidad realizadas en menores de 20 años en Atención de segundo nivel año } t-1)-1)*100$	%	72 50570	28 58622	12 54651	3 54095	Si	101	
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 20 - 64 años en el nivel primario	$(N^{\circ} \text{ de pacientes hipertensos compensados en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario/Total de pacientes hipertensos de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario}) * 100$	%	56	50	70	50	Si	140	3
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados bajo control en el grupo de 20 - 64 años en el nivel primario	$(N^{\circ} \text{ de pacientes diabéticos compensados en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario/Total de pacientes diabéticos en el grupo de 20 a 64 años bajo control en el nivel primario}) * 100$	%	40	40	32	40	No	81	4
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2 con sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria en relación con el total de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2	$(\text{Número de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2 con sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria funcionando/Total de camas en trabajo de hospitales tipo 1 y 2 con estadía promedio mayor o igual a 3 días por servicio clínico}) * 100$	%	SI	25	27	28	Si	98	
Institucional	Tasa de variación de la deuda total de los Servicios de Salud	$((\text{Monto deuda total de los Servicios de Salud año } t/\text{Monto deuda total de los Servicios de Salud año } t-1)-1)*100$	%	-18 27673	-26 20432835	-86 2780237	0 24000000	Si	500	5

Cuadro 6
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2006

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2006	Cumple SI/NO ³⁸	% Cumplimiento ³⁹	Notas
				2004	2005	2006				
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de casos AUGE en que se cumplen las garantías explícitas de oportunidad	(N° casos AUGE en que se cumplen las garantías explícitas de oportunidad/N° total de casos AUGE en el periodo)*100	%	96	100	100	100	Si	100	
	Enfoque de Género: No									
Acciones en establecimientos de segundo nivel - Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS	Porcentaje de establecimientos tipo 1 y 2 con selector de demanda en las Unidades de Emergencia	(número de establecimientos tipo 1 y 2 con selector de demanda implementado/numero total de establecimientos tipo 1 y 2 de la red asistencial)*100	%	NC	82	93	96	Si	98	
	Enfoque de Género: No									
Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.	Porcentaje de establecimientos de mayor complejidad técnica que cumplen con los requisitos para obtener calidad de establecimientos de autogestión en red	(N° de establecimientos de mayor complejidad técnica que cumplen con los requisitos para obtener calidad de establecimientos de autogestión en red/N° total de establecimientos de mayor complejidad técnica)*100	%	NC	5	5	28	No	19	6
	Enfoque de Género: No									
Acciones de salud en el nivel primario - Municipalidad o de los Servicios	Porcentaje población menor de 20 años beneficiaria del sistema público con altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria	(N° de altas odontológicas totales realizadas en menores de 20 años en la atención primaria/N° de población menor de 20 años beneficiaria del sistema público)*100	%	17	18	21	20	Si	103	
	Enfoque de Género: No									

Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio: 88 %
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas: 0 %
Porcentaje de cumplimiento global del servicio: 88 %

Notas:

1.- Para el año 2006 el porcentaje de ingresos de operación sobre los ingresos totales, ambos percibidos, fue de 3,79%, porcentaje que comparado con el año 2005 bajó en 0,73 puntos porcentuales. En este indicador no se cumplió la meta establecida para el año 2006 a pesar de los esfuerzos realizados, debido principalmente al aumento de los ingresos totales producto de las mayores transferencias realizadas por el nivel central para solventar los programas implementados.

2.- Durante el año 2006, la deuda en bienes y servicios de consumo se concentró en un 85,64% entre 0 y 60 días, se obtuvo una mayor concentración de la deuda entre 0 y 60 días en 33,14 puntos porcentuales en relación con la meta, debido principalmente a los sistemáticos esfuerzos de los Servicios de Salud en

gestionar en forma eficiente y eficaz los pagos a los proveedores, además de alcanzar niveles de deuda bajos, como fue en el año 2006, donde la deuda en bienes y servicios de consumo al 31/12/2006 alcanzó los MM\$ 2.374.

3.- Dado que la Hipertensión Arterial es una patología garantizada por el AUGE, el objetivo en el cual se ha trabajado es la mantención de la población lo más cercana posible a los niveles de compensación. Los resultados son el reflejo del cumplimiento del Régimen de Garantías implementado en la red asistencial.

4.- La Diabetes es una condición de difícil manejo en el nivel primario de atención ya que involucra el cambio de estilos de vida y niveles de alimentación, los cuales son parte de la cultura de la población en lo cual se está trabajando a través de, entre otros, la estrategia global contra la obesidad. Dado que esta es una patología AUGE, la atención de los pacientes es regular ya sea por la entrega periódica de medicamentos de control. El resultado del indicador da cuenta que aún no logra verse impactado por las acciones de salud preventiva en los estilos de vida.

5.- Durante el año 2006 la Deuda total alcanzó un monto de MM\$ 2.780, disminuyendo en un 86,39% respecto del año 2005, superando ampliamente la meta establecida para el año 2006. Este sobre-cumplimiento se debe principalmente al mejoramiento continuo en la gestión financiera de los Servicios de Salud, orientada a la optimización en el uso de los recursos financieros, mejorando el manejo de los saldos de caja, realizando oportunamente reasignación de recursos y cumpliendo las metas de gasto establecidas.

6.- El cumplimiento de este indicador está sujeto a la Ley 19.937, que tiene relación con el desempeño de las distintas áreas de gestión y el nivel de desarrollo que debe alcanzar un establecimiento. Para poder realizar el trabajo requerido para desarrollo de la gestión hospitalaria integral, es necesario contar con un marco financiero tal que permita respaldar dicha labor. El resultado indica que los establecimientos realizan un avance incipiente en el cumplimiento integral de los requerimientos evaluados por el instrumento de certificación.

● **Anexo 4: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas⁴⁰**
(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2006)

Programa/Institución: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)
Año Evaluación: 2004
Fecha del Informe: Martes, 29 de Mayo de 2007

Cuadro 7	
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas	
Compromiso	Cumplimiento
1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actualmente utilizados por los componentes del PRAPS y señalar posibles problemas asociados.	<p>Los criterios de asignación de recursos para los componentes Praps año 2006 son: riesgo sanitario, acceso a la atención, ubicación geográfica y población. Dichos criterios fueron informados a los Servicios de Salud para la distribución de la expansión y elaboración de convenios, así como para la apertura de nuevas salas. Los medios de verificación, convenios y programas de cada componente, se incluyen en los puntos siguientes, correspondientes a cada uno de ellos.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> El cumplimiento de este compromiso depende del cumplimiento de los compromisos particulares a cada componente del PRAPS, donde debe quedar claro en el medio de verificación y en la respuesta al cumplimiento del compromiso cómo se mide cada uno de los criterios.</p>
2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos.	<p>En ejecución dentro de la formulación presupuestaria 2007. Se han considerado los siguientes criterios de asignación de recursos según línea programática.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cierre de brecha para ampliar cobertura. - Mejorar la resolutivez. - Aumentar accesibilidad. <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Los criterios de asignación que se señalan en la respuesta no se entienden como tales, si no que son más bien objetivos que se pretende lograr con la aplicación de criterios de asignación. Se debe precisar a través de qué variables se operacionalizan estos criterios. Además, se debe evidenciar cuáles son las alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación y explicitar que estos criterios son nuevos y no previamente definidos. Adicionalmente, se debe adjuntar los medios de verificación respectivos.</p>
1.1. Rediseñar el componente Fondo de Incentivos, orientándolo hacia el mejoramiento de la gestión de la información en los establecimientos APS, permitiendo recoger información para la medición, entre otros aspectos, de los indicadores en los convenios de transferencia de recursos.	<p>A Diciembre 2005 se rediseñó el componente Incentivo para el año 2006, cuyo programa reorienta los recursos hacia el mejoramiento de la gestión de información en salud, estimulando financieramente a los equipos de salud del nivel primario de atención para el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades relacionadas con la eficiencia, eficacia, calidad técnica y gestión, que permitan alcanzar las metas propuestas, logrando oportunidad y consistencia en los registros e información solicitada por el Servicio de Salud y el MINSAL al centro de salud y, mantenga al personal capacitado en registro y estadísticas de salud de acuerdo a orientaciones del MINSAL.</p>

⁴⁰ Se refiere a programas/instituciones evaluadas en el marco del Programa de Evaluación que dirige la Dirección de Presupuestos.

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>El Programa de Incentivos redefinió sus objetivos orientándolos a lograr que los registros y la información solicitada por el Servicio de Salud y el MINSAL al centro de salud se entregue dentro de los plazos establecidos (1), a mantener la consistencia en los registros generados en los establecimientos de nivel primario acorde a las orientaciones técnicas (2), y mantener al personal capacitado en registro y estadísticas de acuerdo a las orientaciones del MINSAL (3). Anteriormente, el programa consideraba diversos ámbitos de acción, diluyéndose la concreción de los objetivos y el mejoramiento de la gestión.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Junio 2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programa de Incentivos Año 2006 Memorandum DPTO. Jurídico MINSAL que aprueba Programa y Convenio Tipo Programa de Incentivos Año 2006, y adjunta proyecto de resolución aprobatoria del referido programa.</p>
<p>2.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente Fondo de Incentivos, considerando la consistencia entre su objetivo e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos (Ídem compromiso 1.2.1 de la recomendación general II.1.2).</p>	<p>El convenio tipo adjunto, considera en su cláusula cuarta los objetivos y metas del componente Incentivos, e incorpora en cláusula quinta indicadores consistentes con las metas, que permitan medir el grado de cumplimiento y evaluar los recursos a transferir por concepto de segunda cuota bajo los criterios asociados a la cláusula tercera del convenio adjunto que determina los recursos. Para el año 2006, el equipo responsable, trabajó en conjunto con los Servicios de Salud articulando las modificaciones a incorporar en el programa desde la perspectiva del soporte jurado (convenio y resolución), asignación de recursos, planificación del monitoreo y evaluación de cumplimiento. Este esfuerzo se tradujo en el rediseño de los indicadores y metas, de manera de asegurar la coherencia con los objetivos del nuevo programa que reparan las falencias detectadas en el proceso de evaluación anterior. Al respecto, se señala que se ha cuidado especialmente la coherencia entre los objetivos y las metas, por ejemplo, para el objetivo n°1 (en numeral anterior) se definió la Meta: 100% de la información de convenios y REM entregadas en los plazos establecidos. Para el objetivo n°2, la Meta: 100% de consistencia en las Metas del IAAPS. Por último, para el objetivo n°3, la Meta es el 40% del personal del establecimiento capacitado en registro y estadísticas en salud.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Junio 2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Convenio Programa de Incentivos Año 2006</p>
<p>2.2 Evaluar el cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores de los convenios y presentar sus resultados (Ídem compromiso 1.2.4. de recomendación general II.1.2).</p>	<p>En la asignación de recursos del programa Fondo de Incentivo a la Gestión cuyo propósito es fortalecer la gestión de información en salud, se incorporaron los criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el ámbito de establecimientos dependientes de administración municipal: se utilizó como criterio la variable dotación, es decir el número de funcionarios de la dotación local, asociándoles un valor percapitado anual de \$65.550. Posteriormente se calculó el número de funcionarios de la comuna por el valor indicado, obteniendo de esta manera el total anual de la comuna que debe destinarse a los requerimientos locales en materia de insumos para la gestión y capacitación del recurso humano en la función de registro de información en salud, permitiendo un acceso equitativo en la distribución. 2. Para el ámbito de establecimientos dependientes de administración de Servicios de Salud: se consideró como criterio el número de establecimientos de Atención Primaria por Servicio, asociándole un valor percapitado de \$1.380.340 y procediendo en el cálculo de la manera señalada

Cuadro 7 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>en el ámbito municipal. Este criterio fue utilizado, al no disponer de información de dotación de AP – No Municipal.</p> <p>La matriz de distribución del programa (adjunta) presenta la distribución final de recursos que es puesta en conocimiento de los Servicios. En la columna G, está contenida la variable dotación operacionalizada en el número de número de funcionarios y en la columna H el valor capitado por funcionario. En el caso de la variable, establecimiento, corresponde la misma columna para identificar la variable establecimiento, sólo que se encuentra a partir de la celda A324.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> El compromiso señala que se debe entregar un resumen del cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores de los convenios, mostrando sus resultados (comparación entre meta y cuantificación del indicador). Es decir presentar un resumen que integre los resultados de la evaluación que se presenta como medio de verificación de forma resumida. La respuesta debe ser similar a la de la recomendación 3, compromiso 3.1 del componente Fondo de Incentivos.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Resultado Indicador Consolidado de evaluación enviada por los Servicios de Salud. Consolidado de resultados de la evaluación.</p> <p>Durante el ejercicio del 2006 se realizó un trabajo conjunto con el Departamento de Información en Salud (DEIS) y se incorporaron al REM todos los registros necesarios para elaborar los indicadores, de los Programas de APS. Sin embargo, los indicadores del Fondo de Incentivo se relacionan a ACTIVIDADES que no se pueden incorporar al REM porque no corresponden a PRESTACIONES DE SALUD que son las variables que recoge el citado instrumento. Para efecto del Fondo de Incentivo del año 2007, el DEIS como la instancia ministerial que tiene por objeto validar la información en salud que se emite desde las diferentes instancias; recogerá la información requerida para el monitoreo del Programa en una planilla adjunta pero inserta en el mecanismo de recolección de datos oficial en el que se medirán indicadores de: oportunidad en la entrega de la información, la consistencia de la metas IAPPS y la capacitación de funcionarios.</p>
2.3. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).	<p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Se debe revisar la consistencia entre los indicadores de los convenios y la herramienta de registro del DEIS ya que ésta última no contiene el indicador "% de indicadores auditados con informe entregado". Es decir, en la planilla de registro no se encuentran todos los indicadores comprometidos en los convenios de transferencia de recursos. Por otra parte, se debe entregar medio de verificación que la herramienta de recolección de datos (la cual es en principio una propuesta) fue presentada al DEIS para su posterior utilización.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM Extensión médica REM Extensión odontológica REM 09 Mujeres y Hombres Escasos Recursos Horas Operativas (IIAPS) Convenio Herramienta DEIS_Recoleccion 2007.xls</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>2.4. Incorporar en el REM aquellos indicadores de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p>	<p>Convenio del Programa (página 2 contiene el numeral "INDICADORES DE MONITOREO Y CONTROL").</p> <p>Como fue señalado anteriormente, las variables que permiten elaborar los indicadores del Programa de Incentivo se relacionan a ACTIVIDADES que no se pueden incorporar al REM porque no corresponden a PRESTACIONES DE SALUD. Sin embargo, y coherente con lo anterior, durante el 2006 se incorporaron al REM, las prestaciones que se desprenden de demás Programas de Reforzamiento de la APS, que si son prestaciones de salud, a modo de ejemplo: Resolutividad, mujeres y hombres de escasos recursos entre otros. A pesar de lo señalado y en el interés de la Atención Primaria de mantener los compromisos manifestado con la evaluación realizada, para el año 2007, el DEIS recogerá la información requerida para el monitoreo del Programa en una planilla adjunta pero inserta en el mecanismo de recolección de datos oficial, como fue indicado en el numeral anterior.</p> <p>Se adjuntan todos los Indicadores de los Programa de APS, que se incorporaron al REM y sus respectivos medios de verificación según códigos entregados por el DEIS.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> El cumplimiento de este compromiso depende del cumplimiento del compromiso anterior. Una vez revisada la consistencia entre los indicadores incorporados en el convenio 2007 y la herramienta de seguimiento que utilizará el DEIS, entonces se dará por cumplido este compromiso.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programas con sus Indicadores y medios de verificación según DEIS. Manual de Procedimientos e Instructivo REM 09 Programa Resolutividad Programa Incentivos Programa mejoramiento APS Convenio de incentivos 2007.</p>
<p>3.1. Evaluar el cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores de los convenios y presentar sus resultados (Ídem compromiso 2.2. de la recomendación 1.2 del Fondo de Incentivos).</p>	<p>Meta N° 1: Mejoramiento de la Oportunidad en la entrega de la información de salud consiste en el envío en tiempo oportuno de los REM al los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de salud municipal (comunas) durante 9 cohortes en el año, que equivalen a 9 meses informados (100% esperado). El cumplimiento promedio de la meta a nivel del país fue de un 85% con un promedio de 8 entregas anuales. Lo anterior significa que se está a un 15% de alcanzar el resultado esperado a nivel país. Al analizar los resultados, pensamos que hubo premura en la fijación de las metas sin medir el desarrollo desigual de los establecimientos en las comunas a nivel de la disposición de recursos humano (digitadoras/res) e infraestructura tecnológica, factores que condicionan el cumplimiento de la meta. No obstante, para el año 2007 se espera superar esta diferencia, considerando la los ámbitos falentes, en la gestión de información durante el año anterior, a la luz de las directrices entregadas por el programa de incentivo a la gestión, incluida la capacitación, la compra de insumos o equipos y la contratación de recursos humanos cuando fuera necesario. La Meta N° 2: Mejoramiento de la Oportunidad en la entrega de las Evaluaciones de los Programas de Atención Primaria (100% esperado). La meta introducida guarda estrecha relación con los insumos necesarios para el monitoreo y seguimiento de los programas implementados. Se cuantificó la meta en 3 evaluaciones que representan los trazadores de programas evaluados en Atención Primaria. El cumplimiento de la Meta es de un 100%,</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>1.1. Revisar los criterios de focalización del componente Odontológico existentes actualmente, considerando su simplificación y mantención de la priorización de los beneficiarios del Chile Solidario, identificando los cambios necesarios.</p>	<p>lo que quiere decir que las entidades administradoras de salud municipal (comunas) cumplieron enviando en forma oportuna las 3 evaluaciones de programa solicitadas.</p> <p><u>Meta N°3:</u> Alto grado de consistencia en el los resultados del IAAPS (100% esperado). Esta meta fue introducida como indicador en el seguimiento del programa, considerando la importancia de validar el IAAPS como herramienta para la evaluación de la gestión. Evidentemente, el desafío del programa es lograr el cumplimiento del 100% de las 15 metas evaluadas. No obstante, en la medición se alcanzó un cumplimiento promedio de 96% representando 14 metas cumplidas. Esta cifra que es coherente con la tendencia de mejoría en los cumplimientos del IAAPS, desde inicio en 2005.</p> <p><u>Meta N°4.1:</u> Capacitación del 40% de los funcionarios y funcionarias de la Atención Primaria, en registro y estadísticas (100% esperado). Esta meta es de vital para el proceso de fortalecimiento de la gestión de información, por esa razón se comprometió la capacitación del 40% de la dotación que participa en el proceso de registro e información, las cuales están vinculadas a las Categorías D (Técnico Paramédicos) y Categoría E (Administrativos). El cumplimiento de esta meta es del 100%, puesto que se logró capacitar al 44% de la dotación.</p> <p><u>Meta N°4.2:</u> Elaboración programa de capacitación (100% esperado): Esta meta se basa en la necesidad de hacer de la capacitación un proceso permanente, sistemático e inserto en el cotidiano de las actividades programada para la dotación de atención primaria. Conforme, los antecedentes recogidos, se obtuvo un 100% de cumplimiento en la citada meta.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Diciembre 2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Consolidado de los resultado de la evaluación que sustenta el cumplimiento de metas informadas anteriormente</p> <p>La focalización del Programa está orientada según criterios que se desglosan a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Mujeres y hombres pobres, de 15 a 64 años, inscritos en los establecimientos de las comunas. 2.- A las jefas y jefes de hogar y de núcleo egresadas del Programa Puente con cargas familiares bajo su responsabilidad. 3.- A las jefas y jefes de hogar que se encuentran trabajando, cesante o buscando trabajo, ya sea en forma dependiente o independiente.
	<p>En los establecimientos de APS, se encuentra el registro (Sistema de Inscritos III y registros de Ficha de familia); sin embargo la certificación nacional realizada por FONASA, considera solamente la cuantificación de la población autorizada para determinar el Per cápita comunal.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido.</p> <p><u>Observación:</u> La respuesta debe señalar de qué manera se ha considerando la simplificación de los criterios. Además se debe identificar los cambios ocurridos producto de la revisión, precisando cuáles son los criterios que se encuentran vigentes además de ser beneficiario de Chile Solidario y mujeres provenientes del Programa de Habilitación Laboral del SERNAM respecto de los que se encontraban anteriormente. Por otra parte, medios de verificación adjuntos no dan cuenta de que los criterios señalados en la respuesta se estén tomando en cuenta para la focalización del componente odontológico. Es así que en los convenios de resolutividad del año 2007 se establece que para el componente Odontológico debe recibir</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>atención toda persona que lo requiera (lo que no establece un criterio de focalización), además los criterios de focalización establecidos en el Programa de Resolutividad se refieren principalmente a los beneficiarios del Chilesolidario.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2006 ORD. PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2006 Programa de Resolutividad 2007 Distribución Recursos 2007 CONVENIO DE RESOLUTIVIDAD AÑO 2007</p>
<p>1.2. Introducir los cambios necesarios para asegurar que la focalización del programa sea hacia la población objetivo, priorizando a beneficiarios del Chile Solidario.</p>	<p>El componente Odontológico del programa de Resolutividad contiene orientaciones específicas relativas a la focalización de las familias del "Chile Solidario" y de Mujeres reconocidas por SERNAM para "Habilitación Laboral" como beneficiarios del programa y también de la obligatoriedad de la identificación rufificada de ellos. La identificación de Chilesolidario se realiza localmente, a través de nóminas provenientes de Mideplan a las Seremi de Salud y los Municipios, los cuales entregan a los consultorios o a las clínicas en convenio. SERNAM entregará nómina a cada Municipio de las Mujeres incorporadas al Programa de Habilitación Laboral.</p> <p>Al igual que en el numeral anterior, el nivel central no dispone de la desagregación de las variables socioeconómica de los beneficiarios, por tanto los actores locales realizan la priorización y focalización en los beneficiarios del Programa Chile Solidario.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> El medio de verificación no da cuenta de la introducción de los cambios para asegurar que la focalización del programa priorice a los beneficiarios del Chilesolidario. El medio de verificación adjunto no da cuenta de los mecanismos que permiten focalizar los beneficios de este componente, ya que solo se dispone de la distribución final de los beneficiarios efectivos.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Distribución Municipal Mujeres y Hombres</p>
<p>2.1. Reformular canasta de atención incorporando el control posterior (alta de mantención) para verificar la conformidad de tapaduras y prótesis en el marco de la formulación del presupuesto 2007.</p>	<p>Se reformuló una canasta llamada de Mantención o seguimiento, para incentivar a los encargados a realizar un control posterior, después de un año de haber sido atendidos, a un porcentaje equivalente a un 4% de las personas atendidas ese año. El costo de esta atención es de \$21.000 por persona.</p> <p>Las prestaciones odontológicas que incorpora la canasta de mantención son: Examen de Salud, tratamiento de periodoncia, pulidos coronarios y radiculares, reparación de obturaciones y/o de prótesis dentales. Como centinela y alerta de la calidad de las atenciones recibidas en este Programa, se incorporó en el REM, el N° de reparaciones de prótesis dentales efectuadas en las atenciones de mantención, de personas atendidas el año anterior en el Programa.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido.</p> <p><u>Observación:</u> Lo informado en la respuesta no deja claro el cumplimiento del compromiso. ¿el 4% de las personas que recibieron atención de prótesis y tapaduras son las que recibieron un control posterior para detectar su conformidad? En el segundo párrafo no se entiende a qué corresponde el 100% de las personas atendidas seleccionadas según muestra ¿se refiere que se hizo seguimiento al 100% de las personas que recibieron atención de</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>pulidos coronarios y radiculares? Por último, los medios de verificación no dan cuenta del cumplimiento íntegro del compromiso.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 09 Atención Salud Odontológica. Canasta de Seguimiento Mujeres y Hombres. Instructivo REM 09.</p>
<p>2.3. Incorporar en el convenio de transferencia de recursos correspondiente al año 2007 indicador que mida la conformidad con las tapaduras y prótesis de acuerdo a lo realizado en alta de mantención.</p>	<p>En el REM 09 SECCIÓN H: PROGRAMAS ESPECIALES se incorpora el registro para el indicador de % de Reparaciones de Prótesis, del total de Prótesis Instaladas el año anterior en el Programa. Numerador = N° de Reparaciones de Prótesis realizadas año 2007 en personas pertenecientes al Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos. Denominador = N° Total de Prótesis dentales instaladas año 2006. No ha quedado considerado este indicador en el convenio de transferencia de recursos para el año 2007, sin embargo se espera incorporarlo el año 2008. Con los Datos entregados este año por el Deis, se construirá la línea basal. Se espera que el total de reparaciones que se registren en el REM este año corresponda exclusivamente a las reparaciones de prótesis resultantes de las atenciones de las personas en seguimiento, para poder relacionar el total de reparaciones de prótesis, con el total de prótesis instaladas el año pasado. Se reitera que en REM solo se incorporó las Reparaciones de Prótesis Dentales, no las reparaciones de Obturaciones (Tapaduras), porque su baja incidencia no lo justifica.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> A la espera de la incorporación del indicador en el convenio de transferencia del año 2008.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 09. Sección H. Celdas J130 y K130 REM 09. Sección H. Celdas J128 y K128 Tabla con Indicadores del Programa y sus medios de Verificación. Se incorporó para el año 2007 los registros necesarios para la formulación de los Indicadores correspondientes al Programa: - % de Reparaciones de prótesis del total de prótesis instaladas. - % de Altas Integrales realizadas en personas del Chile Solidario del total de altas integrales realizadas en el Programa. - % de altas de seguimiento realizadas año 2007 del total de altas realizadas año 2006. Se adjuntan los registros incorporados en el REM 09 Atención Odontológica para la confección de indicadores: SECCION H: Programas Especiales. PRÓTESIS REMOVIBLES: Se registra el número de prótesis instaladas en los beneficiarios de este Programa. REPARACIONES DE PRÓTESIS DENTALES: Se registra el número de Reparaciones de prótesis realizadas en los beneficiarios de este Programa. ALTAS INTEGRALES: Se registrarán en la línea superior el Número total de personas que han sido atendidos en este Programa (mujeres y hombres del Programa Chile Solidario, mujeres del SERNAM, entre otros) y han finalizado su tratamiento. En la línea inferior se registran solamente el número de persona identificadas del Programa Chile Solidario. ALTAS DE SEGUIMIENTO: Corresponde registrar en la línea superior el número total de personas que acuden a control después de haber sido dado de Alta el año anterior en este Programa. A estos pacientes, se les entregará la atención que necesiten según nivel de riesgo o patología, lo que dará lugar a un Alta Educativa, Preventiva o Integral. Se le citará a un nuevo control por odontólogo según las condiciones de riesgo que</p>
<p>2.5. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).</p>	

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>presentar(Paciente en seguimiento). En la línea inferior se registran solamente las altas de seguimiento en personas del Chile Solidario. Los Indicadores se adjuntan en el Programa de Resolutividad con sus respectivos Medios de Verificación DEIS.</p> <p>La conformidad de prótesis dentales se mide con el centinela de Reparación de Prótesis Dentales efectuadas en el Programa de Mujeres y Hombres de Escasos Recursos.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Diciembre 2006)</p> <p><u>Observación:</u> Para dar por cumplido el compromiso se debe en primer lugar incorporar en el convenio de transferencia del año 2008 los indicadores que midan "CONFORMIDAD CON PRÓTESIS Y TAPADURAS". Luego se debe entregar una propuesta de los indicadores que serán incorporados al en el REM para su posterior presentación al DEIS.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM 09 Instructivo DEIS-REM 09 Programa Resolutividad Componente Mujeres y Hombres Se han incorporado los registros necesarios en el REM para realizar los indicadores comprometidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Altas odontológicas integrales realizadas por el Programa (diferenciar por sexo):(Nº de altas odontológicas integrales realizadas en el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 años/Nº total de altas integrales comprometidas en el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 años)* 100 Medio de verificación: REM 09. Sección H. Celdas J130 y K130. 2. Prótesis dentales instaladas por el Programa según sexo:(Nº de prótesis instaladas por el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 años por sexo/Nº total de prótesis comprometidas por el Programa a beneficiarios entre 15 y 64 por sexo)* 100 Medio de verificación: REM 09. Sección H. Celdas J128 y K128. 3. Beneficiarios de Chile Solidario atendidos en el Programa(Nº personas beneficiarias de Chile Solidario con alta integral, atendidas en el Programa/Nº total de personas entre 15-64 años con alta integral)*100 Medio de verificación: REM 09. Sección H. Celdas J131 y K131 y Celdas J130 y K130. 4. Proporción de auditorías de calidad a pacientes (Nº de pacientes atendidos en el programa que fueron auditados/Nº total de pacientes atendidos en el Programa)*100 Medio de verificación: Registros Programa. <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Para dar por cumplido el compromiso se debe adjuntar el medio de verificación respectivo. En el REM 09 del año 2006 adjunto en compromiso anterior no se visualizan las variables señaladas en las celdas indicadas. Si las celdas indicadas corresponde al REM 09 del año 2007, adjuntar éste como medio de verificación, si corresponde a 2006, modificar respuesta.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programas con sus Indicadores y medios de verificación según DEIS.</p>
<p>2.6. Incorporar en el REM aquellos indicadores de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p>	<p>1.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales y señalar posibles problemas asociados, debiendo incorporar nuevos criterios para lograr mayor cobertura comunal, dado que se encuentra en AUGE.</p> <p>A partir del año 2005, el criterio implementado fue incorporar los recursos del componente IRA municipal al precio per cápita, lo que implica asimilar el criterio per cápita de reconocimiento de la situación de pobreza, de ruralidad y demográfica, además de mayor cobertura a nivel nacional, para poder</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>garantizar la atención. Se incorpora el comportamiento epidemiológico en la asignación de fármacos. Todo lo anterior, se encuentra definido en las prestaciones asociadas a los Programas contenidos en el Decreto del Aporte Estatal Año 2006 y se alcanzó un 100% de cumplimiento a lo programado el 2005.</p> <p>Los criterios de asignación de recursos utilizados hasta el año 2006, se han focalizado en localidades con altas concentraciones de población, con la finalidad de que éstos dieran apoyo a las poblaciones más dispersas. Dadas las especiales características de algunas comunas con poblaciones menores de 10.000, consultorios adosados a hospitales y hospitales tipo 4, para el año 2007 se ha proyectado nueva salas que den atención integral a niños y adultos en enfermedades respiratorias.</p> <p>Los criterios de asignación de las IRA son población, riesgo epidemiológico, ubicación geográfica (posibilidad de acceso).</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> No es claro cuáles son los criterios que operaban para ampliar el número de salas IRA (criterios para lograr mayor cobertura comunal). Además de la población, operan criterios de pobreza y epidemiología, si es así, en la respuesta debe quedar claro las variables que permiten operacionalizar estos criterios. Además, se debe enviar el medio de verificación correspondiente. Por último, se debe explicitar cuáles son los problemas de los criterios de asignación de recursos existentes y los nuevos criterios incorporados.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> DECRETO APORTE ESTATAL AÑO 2006 Convenios entre los Municipios y Servicios de Salud o Resolución Exenta en los casos de dependencia del Servicio.</p>
<p>1.2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos. (Ídem compromiso 1.3.2. de la recomendación general II.1.3).</p>	<p>Se incorporó en la formulación presupuestaria para el año 2007, la solicitud de nuevas salas que atiendan enfermedades respiratorias en niños y adultos, en aquellas comunas con menos de 10.000 habitantes, consultorios adosados a hospitales y hospitales tipo 4, teniendo en cuenta la situación en que se encuentran localidades apartadas con poblaciones pequeñas y con difícil acceso a la atención.</p> <p>Cada Servicio de Salud envía una propuesta con análisis epidemiológicos de las localidades y en base a esa propuesta del el Servicio se asignan las nuevas Salas.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Se debe explicitar cómo estos criterios de asignación responden a los problemas detectados en el compromiso anterior. Además, se debe adjuntar el medio de verificación respectivo.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Formulario para análisis epidemiológico.</p>
<p>2.1. Elaborar Norma Clínica para uso de fármacos de pacientes crónicos en el caso de IRA.</p>	<p>El proyecto presentado en la formulación presupuestaria para el año 2007, contempla la capacitación de profesionales kinesiólogos, que cumpliendo con las guías clínicas sean capaces de atender a todos los pacientes con enfermedades respiratorias que reciban.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> La respuesta debe ser autocontenida. Debe explicitarse cuál es la norma (o un resumen con los aspectos más importantes) para uso de</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>fármacos de pacientes crónicos y cómo los medios de verificación dan cuenta del cumplimiento (si son documentos del AUGE completos señalar nº de página donde se encuentra explícito lo respondido).</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Guía Clínica IRA. Decreto Garantía Explícitas en Salud (GES) 2006.</p>
<p>3.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente IRA, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos a cada convenio de transferencia de recursos.</p>	<p>Los recursos del componente IRA se incorporaron el año 2005 al precio per cápita, por lo que no requirieron convenios, sino que forman parte del Decreto que determina el Aporte Estatal Anual, a través de una resolución comunal, quedando sujeto a la Evaluación del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) que corresponden al conjunto de indicadores que permite evaluar el desempeño de la APS, que determina indicadores y metas consistentes con el resto de los Programas que contempla el Decreto, medidos y evaluados por primera vez el año 2005. Adicionalmente, el Dpto. de Estadísticas e Información en Salud, incorporará en DEIS la información del componente necesaria para evaluar metas en todo el país. El objetivo sanitario fue alcanzado impactando en la tasa de mortalidad infantil favorablemente.</p> <p>· Calificación de IRA según DEIS y Códigos CI10. · REM modificado desde enero 2007.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> En la respuesta debe quedar claro en qué consiste el IAAPS y precisar cuál es la información que incorporará el DEIS para evaluar el componente IRA. Se debe explicitar en qué consistió la revisión del diseño de los indicadores y de qué forma éstos son consistentes con los objetivos y metas. Señalar cómo los medios de verificación da cuenta del cumplimiento del compromiso, pues en ellos no se visualiza que se está cumpliendo con lo requerido. La respuesta debe ser autocontenida.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> DECRETO APORTE ESTATAL AÑO 2006 REM IRA</p>
<p>3.2. Diseñar indicadores de seguimiento pertinentes para ser incorporados en el Registro Estadístico Mensual (REM), sobretodo a la luz de la incorporación de las salas IRA baja (menores de 5 años) en el AUGE.</p>	<p>En diciembre 2005 se modificó el REM para incorporar las garantías específicas en IRA baja. REM modificado desde enero 2007: Consultas totales/morbilidad pediátrica/consultas por IRA baja.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> La respuesta debe ser autocontenida. Se debe explicitar cuáles fueron los indicadores diseñados y además se debe entregar medio que verifique que dichos indicadores fueron incorporados al REM. Se solicita redactar la respuesta, pues así como está no se entiende en qué consisten los indicadores propuestos.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM IRA</p>
<p>3.3. Incorporar los indicadores pertinentes en el REM como plan piloto.</p>	<p>En diciembre 2006 se modificó el REM para incorporar las garantías específicas en IRA.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Se debe explicitar cuáles fueron los indicadores (consistentes con objetivos y metas del componente IRA) que se incorporaron en el REM,</p>

Cuadro 7 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>señalando cómo el medio de verificación da cuenta del cumplimiento del compromiso. El documento adjunto no contiene indicadores.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM IRA</p> <p>El 100% de los profesionales que se desempeñan en las salas ERA, nuevas y antiguas, se encuentran capacitados en la Norma Técnica relativa a la detección y parámetros de derivación de patologías respiratorias, así como en el manejo farmacológico a seguir para cada una de ellas.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p>
1.1. Elaborar Norma Clínica para uso de fármacos de pacientes crónicos en el caso de ERA.	<p><u>Observación:</u> Explicitar la forma en que los medios de verificación responden al cumplimiento del compromiso y cuál es la norma clínica para el uso de fármacos de pacientes crónicos del componente ERA.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Norma Clínica ERA y EPOC. Guía Clínica Neumonía. DECRETO GES 2007.</p>
2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del ERA y señalar posibles problemas asociados.	<p>Los criterios de asignación de recursos corresponden a: tasas de mortalidad, variables epidemiológicas y demográficas, con la complementación del requerimiento de los Servicios de Salud de acuerdo a las necesidades locales. Lo anterior fue informado a los Servicios de Salud vía Ordinario adjunto para la elaboración de convenios, lo que puede modificar la distribución original bajo dichos criterios de asignación, producto de su adecuación a la realidad local.</p> <p>Los problemas que podrían suscitarse corresponderían a comunas con poblaciones pequeñas o establecimientos adosados a hospitales, lo cual ha sido contemplado en la formulación presupuestaria para el año 2007.</p> <p><u>Verificación:</u> Salas antiguas: 2% de población crónica en control. Salas nuevas: 1% de población crónica en control. Evaluación Nacional Programa ERA.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Ni la respuesta al compromiso ni el medio de verificación dejan claro cuáles son los indicadores específicos que se incluyen para ampliar la cobertura de las salas ERA. Se debe precisar cuáles son las variables epidemiológicas y demográficas utilizadas.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> ORD. C2 N° 373 DE FECHA 2006 QUE DETERMINA SALAS DE EXPANSIÓN PROGRAMA ERA AÑO 2006 Estadística salas ERA. Evaluación Nacional Programa ERA.</p>
2.2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos.	<p>En la formulación presupuestaria para el año 2007, se presentó un proyecto que contempla la solicitud de salas de atención para niños y adultos en comunas con problemas de acceso y nuevas salas ERA, que se complementan para lograr mayor cobertura poblacional y entregar más y mejores atenciones en materia respiratoria. Además, durante el primer semestre del año 2006, con las garantías en Asma, EPOC y Neumonía, se ha realizado la compra de fármacos que permita abastecer y cubrir todas estas patologías.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso

Cumplimiento

	<p><u>Observación:</u> La respuesta no informa acerca del cumplimiento del compromiso. ¿Cuál es la propuesta que permita incorporar de forma gradual los nuevos criterios de asignación de recursos de acuerdo a los problemas detectados en el compromiso anterior? Además, adjuntar medios de verificación pertinentes.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Diagnóstico epidemiológico y solicitud de ampliación de las Salas 2007. Convenios de instalación Salas nuevas.</p>
<p>3.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente ERA, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos.</p>	<p>Se incorporan en el programa ERA adjunto (en papel, ya que no se dispone del archivo electrónico) los indicadores de evaluación, en congruencia con los objetivos y metas del componente. Además, la patología de Neumonía se incorpora como garantía, que conlleva el seguimiento del cumplimiento de metas por medio del sistema de información y gestión de garantías.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Se debe explicitar cuáles son los indicadores incorporados al convenio de transferencia y qué metas serán evaluadas a través de estos indicadores.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO ERA AÑO 2006 RESOLUCIÓN QUE APRUEBA EL PROGRAMA ERA GES que garantiza oportunidad de diagnóstico y tratamiento En diciembre 2005 se modificó el REM para incorporar las garantías específicas en ERA.</p>
<p>3.2. Diseñar indicadores de seguimiento pertinentes para ser incorporados en el Registro Estadístico Mensual (REM) a incorporar en registro, sobre todo a la luz de las EPOC, asma y, obstrucción y neumonía en el AUGE.</p>	<p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> ¿Qué indicadores de ERA se incorporaron al REM? La respuesta debe ser autocontenida. Describir cuáles fueron los indicadores diseñados del ERA y si éstos fueron incorporados al REM. En el medio de verificación no se visualiza por lo demás los indicadores diseñados.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM ERA.</p>
<p>3.3. Incorporar los indicadores pertinentes en el REM como plan piloto.</p>	<p>En diciembre 2006 se modificó el REM para incorporar las garantías específicas en ERA.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> La respuesta debe ser autocontenida especificando cuáles fueron los indicadores pertinentes de incorporar en el REM. El archivo adjunto no contiene ningún indicador.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM ERA.</p>
<p>2.1. Explicitar los criterios de asignación de recursos actuales del Apoyo Radiológico y señalar posibles problemas asociados</p>	<p>La asignación de recursos del componente radiológico se asocia al riesgo sanitario del establecimiento, así como al volumen de población del mismo, lo que aún se ve limitado en su desarrollo, por el rápido crecimiento de nuevas salas ERA en sectores ampliamente poblados y los costos que implica su implementación. Los criterios han sido informados a los Servicios de Salud, los que se encuentran tramitando los convenios respectivos.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p><u>Observación:</u> Se debe explicitar los criterios de asignación de recursos, es decir, cuáles son las variables que permiten medir el riesgo sanitario, los ponderadores de cada criterio y los posibles problemas asociados. El convenio radiológico 2006-2007 no se encuentra adjunto.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA APOYO RADIOLÓGICO AÑO 2001 Convenio radiológico 2006 - 2007.</p>
2.2. Elaborar propuesta que permita incorporar nuevos criterios en la asignación de recursos de acuerdo a problemas detectados en el compromiso anterior, para su análisis en el proceso de formulación de presupuesto 2007. Esta propuesta debe contener alternativas de incorporación gradual de los criterios de asignación de recursos.	<p>En cuánto al apoyo radiológico para las salas respiratorias el año 2006, se han definido criterios de incidencia de patologías con garantía, concentrando las nuevas salas, y por tanto, las placas radiológicas, en aquellas comunas que presentan mayor riesgo sanitario y morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Falta envío de la propuesta que incorpora los criterios de incidencia de patologías y las variables que permiten medir este criterio. Además, vincular este criterio a los problemas detectados en el compromiso anterior.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Base de riesgo en informe de vigilancia. Al unificar en un sólo convenio los componentes ERA y apoyo radiológico, se ha tenido en cuenta la necesidad de que los objetivos, metas e indicadores sean consistentes y permitan un mayor análisis y proyección de resultados, asociado a la oportunidad y pertinencia del cuoteo de transferencias durante el año. Los Servicios de Salud se encuentran tramitando dichos convenios.</p>
3.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente Radiológico, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos.	<p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Se debe precisar cuáles son los indicadores y sus metas incorporadas en el convenio de transferencia y cómo ellas dan cuenta de los objetivos.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> CONVENIO IRA Y ERA APOYO RADIOLÓGICO AÑO 2006 -2007 REM modificado desde enero 2007 Consultas totales/morbilidad pediátrica/consultas por IRA baja.</p>
3.2. Evaluar el cumplimiento de las metas para los indicadores incorporados en el convenio	<p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> En la respuesta se debe señalar cuáles son las metas para los indicadores diseñados que responden al compromiso anterior y cuál es el dato efectivo, es decir, se debe evaluar el CUMPLIMIENTO de tales metas. Lo anterior respecto de los indicadores incorporados en los convenios de transferencia. Además, se debe adjuntar el medio de verificación que sustente lo informado en el cuadro de respuesta.</p> <p>La radiografía es un examen complementario que confirma o rechaza estado de condensación y su magnitud, corroborando el diagnóstico y ayudando a establecer niveles de gravedad, por lo que no corresponde incorporar este examen al REM, pero si la calificación de las patologías resultantes de su aplicación.</p> <p>Toda la estrategia radiológica se expresa como complemento del diagnóstico clínico, por lo que esta contenido en el REM. Toda neumonía tiene Rx, toda EPOC tiene Rx y toda Asma tiene Rx.</p>
3.3. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).	

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>3.4. Incorporar en el REM aquellos indicadores de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p>	<p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> No queda claro cuál será el indicador asociado a la calificación de las patologías que será incorporada al REM. Además, falta medio de verificación respectivo (propuesta de indicadores a incorporar al REM).</p> <p>El Programa de IRA, niños y ERA adultos, se evalúa por impacto sanitario y el indicador es "mortalidad por neumonía". Todas las estrategias complementarias tanto diagnósticas (Exámenes funcionales respiratorios, radiografía de tórax), como las estrategias de tratamiento (fármacos, kinesiterapia, inhaloterapia, oxígeno para crisis y oxígeno domiciliario) deben medirse con el indicador de impacto "MORTALIDAD POR NEUMONÍA", en el conjunto Nacional y por unidad territorial en cada Servicio de Salud.</p> <p>El incorporar indicadores operacionales "haría más lento" el proceso de atención y pondría en riesgo la política de manejo de las Enfermedades Respiratorias.</p> <p>Por lo que las modificaciones incorporadas en el REM a partir de enero 2007, son las que dan cuenta del impacto del programa.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p> <p><u>Observación:</u> A la espera de que se incorpore en el REM correspondiente los indicadores de los convenios. En estos convenios se encuentra el indicador "% de cumplimiento de Rx de torax correctamente informadas del total de Rx de tórax asignadas", por lo que se está a la espera de la entrega del REM que contenga este indicador.</p>
<p>1.1. Actualizar manual administrativo de la atención del SAPU</p>	<p>La necesidad de actualización del Manual Administrativo SAPU se debió a las modificaciones de actividades de urgencia primaria determinadas por la aplicación de la ley de garantías en salud (GES), por ejemplo Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y junto a ello las modificaciones de arsenales farmacológicos necesarios. Adicionalmente se introducen en él indicaciones de los flujos de derivaciones en el marco de las redes de urgencia locales e indicaciones de derivaciones de casos con implicaciones delictivas hacia la nueva justicia.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Diciembre 2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Manual Administrativo de la Atención SAPU. Manual Clínico SAPU</p>
<p>2.1. Actualizar manual administrativo de la atención del SAPU.</p>	<p>La necesidad de actualización del Manual Administrativo SAPU se debió a las modificaciones de actividades de urgencia primaria determinadas por la aplicación de la ley de garantías en salud (GES), por ejemplo Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y junto a ello las modificaciones de arsenales farmacológicos necesarios. Adicionalmente se introducen en él indicaciones de los flujos de derivaciones en el marco de las redes de urgencia locales e indicaciones de derivaciones de casos con implicaciones delictivas hacia la nueva justicia.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Diciembre 2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Manual Administrativo de la Atención SAPU. Manual Clínico SAPU.</p>
<p>3.1. Explicitar criterios de expansión de SAPUs existente y que han sido aplicados el año 2005.</p>	<p>Los criterios de expansión de los SAPU son los siguientes:</p>

Cuadro 7 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>4.1. Revisar el diseño de los indicadores del componente SAPU, considerando la consistencia entre sus objetivos e indicadores y metas correspondientes, e incorporarlos al convenio de transferencia de recursos</p>	<p>1.- Comunas con más de 80.000 habitantes 2.- Ciudades con concentración urbana importante, como cabeceras de provincia o regiones, donde la Unidades de Emergencia Hospitalarias se ven saturadas de consulta de baja complejidad que debiera ser resuelta en el nivel primario. 3.- Localidades de baja magnitud poblacional pero que atienden a un número importante de población rural de su área de atracción 4.- Asociados a consultorios Municipales o de los Servicios, situados en zonas de alta densidad poblacional, de condiciones socioeconómicas deficitarias y en sectores de relativa dificultad de acceso a las Unidades de Emergencia Hospitalaria. 5.- Solicitud de las autoridades Municipales y/o de Servicios de Salud.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Se debe explicar como se operacionalizan las variables mencionadas para establecer la expansión de SAPUs. ¿Todas las variables se ponderan por igual? ¿tienen el mismo peso? ¿el que una comuna cuente con al menos uno de estos criterios asegura la obtención de recursos para su expansión? ¿la sola solicitud por parte de las autoridades municipales garantiza que se le entregará recursos a la municipalidad correspondiente? Para dar por cumplido el compromiso, se está a la espera de que el servicio explique como se operacionalizan estos criterios y del medio de verificación que muestre el como se aplican estos criterios (la distribución final no es medio de verificación suficiente para dar cumplimiento al compromiso).</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA SAPU AÑO 2006 Expansión SAPU 2006 Informe de los Servicios de Salud donde explicitan fecha de inicio del funcionamiento del SAPU Los indicadores de funcionamiento a monitorear se encuentran en el Programa de atención Primaria de Urgencia y son:</p> <p>a) $(N^{\circ} \text{ cons. urgencia SAPU por establec.} / \text{Total de cons. morbilidad SAPU y no SAPU}) * 100$ Diferencia las consultas electivas de las consultas efectuadas en SAPU las que debería representar un 25% del total (Meta). Este conocimiento permite introducir las estrategias correctoras correspondientes.</p> <p>b) $(\% \text{ consultas no pertinentes año 2006} - \% \text{ consultas no pertinentes año 2005}) / (\% \text{ consultas no pertinentes año 2005})$ Este indicador muestra la tasa de disminución de consultas no pertinentes en Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), provenientes de establecimiento con SAPU entre año anterior y el año en evaluación, la meta es individual para cada SAPU ya que la cobertura SAPU no es total en los CES por Servicio de Salud.</p> <p>c) % existencia arsenal terapéutico pre-establecido en manuales (estudiado por auditorías). Fórmula de Cálculo: $(n^{\circ} \text{ de fármacos e insumos existentes en arsenal terapéutico} / n^{\circ} \text{ de fármacos e insumos definidos en arsenal terapéutico}) * 100$ Este indicador pretende mejorar la calidad de la consulta al dar la integridad del tratamiento prescrito.</p> <p>En los convenios de transferencia, en el punto 1° de las correspondientes Resoluciones Exentas que formalizan los convenios, se expresa que el</p>

Cuadro 7
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>Programa de Atención Primaria de Urgencia se entiende íntegramente reproducido y forma parte de la Resolución aprobatoria, para todos los efectos legales.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Los convenios no incorporan los indicadores "propuestos" por lo que el compromiso no puede considerarse como cumplido. La fórmula de cálculo del indicador b) al ser una variación porcentual es (% consultas no pertinentes año t - % consultas no pertinentes año t-1)/(% consultas no pertinentes año t-1). Lo que se propone en el punto c) se propone se calcule por separado para fármacos y arsenal terapéutico. Por lo tanto, se está a la espera de la entrega de los convenios que incluyan los indicadores mencionados con las debidas modificaciones sugeridas en las presentes observaciones</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PROGRAMA SAPU AÑO 2006 CONVENIO SAPU AÑO 2006</p> <p>Los indicadores del Programa SAPU, pueden ser monitoreados mediante los Registros Estadísticos Mensuales (REM), información recogida desde los establecimientos y servicios de Salud por el Depto. de Estadísticas de la Subsecretaría de Salud Pública.</p> <p>Respecto del Indicador "Consulta SAPU por establec...), regularmente se recogen las atenciones de urgencia APS, realizadas tanto en SAPU, como no SAPU, en registros diferenciados. Cabe recordar que desde 2005, se recogen las informaciones desde cada establecimiento. Respecto de las consultas no pertinentes, realizadas en las a UEH durante 2006, ellas se registraron e informaron al DEIS, por los Servicios, en los meses de evaluación correspondientes.</p> <p>Respecto de la existencia de fármacos previstos para el SAPU, el medio de verificación es la información proveniente de los Servicios de Salud, acerca de los monitoreos realizados a sus establecimientos, ya que no existe un sistema unificado nacional de control en la existencia y dispensación de fármacos.</p>
<p>4.2. Elaborar propuesta para incorporar los principales indicadores del SAPU de los convenios en el REM (Registro Estadístico Mensual) para ser presentada al DEIS (Departamento de Estadísticas e Información en Salud).</p>	<p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Observación:</u> Los medios de verificación no dan cuenta de que se haya dado cumplimiento a todo lo explicitado en la respuesta. En lo que se presenta en el REM no hay presencia de los indicadores mencionados y solo hay datos de las consultas en SAPUs.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM Atenciones de Urgencia (Medición de Pertinencia de Consultas de Urgencia, aparece el segundo indicador mencionado). Instructivo REM 08.</p>
<p>4.3. Incorporar en el REM aquellos indicadores del SAPU de los convenios aprobados en el marco de la propuesta.</p>	<p>En el REM se encuentra incorporado, desde el inicio del Programa SAPU, el recuento de las siguientes actividades relevantes para el mismo: a) Consultas médicas APS en horario hábil (más extensiones horarias) b) Consultas médicas SAPU c) Consultas médicas en UEH.</p> <p>En cuanto al cálculo de tasas ellas se construyen cruzando las informaciones anteriores con las poblaciones correspondientes a la unidad de análisis.</p> <p><u>Calificación:</u> No cumplido</p>

Cuadro 7

Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso

Cumplimiento

Observación: Para dar por cumplido el compromiso los convenios aprobados deben incorporar los indicadores explicitados en la respuesta de los compromisos anteriores. La respuesta no tiene 100% relación con los indicadores propuestos. Además, se debe adjuntar medios de verificación.

Resultados de metas 2006:

a) Tasa de consulta SAPU Hbte/año 2006 Resultado 0,48

b) Número de consultas SAPU/Número de consultas de morbilidad en horario hábil * 100

Resultado = 37.7%

Calificación: No cumplido

4.4. Evaluar el cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores del SAPU de los convenios y presentar sus resultados

Observación: ¿Cuáles son finalmente los indicadores a incorporar en los convenios de transferencias de recursos? La respuesta indica cuales son las metas, no los resultados finales de los indicadores, así como tampoco se detecta una evaluación respecto al cumplimiento de tales metas. Además, el medio o los medios de verificación deben demostrar que se está cumpliendo con lo solicitado.

Medios de Verificación:

Resultado SAPU

• Anexo 5: Transferencias Corrientes⁴¹

Cuadro 8 Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2006 ⁴² (M\$)	Presupuesto Final 2006 ⁴³ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ⁴⁴	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO	120.416	978.842	472.012	506.830	
Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas		838.426	337.606	500.820	
Centros de Prev. Alcoholismo y Salud Mental	120.416	120.416	134.406	-13.990	
Federación Internacional Estudiantes Medicina	0	20.000	0	20.000	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	283.051.915	296.366.557	294.366.620	1.999.937	
Atención Primaria, Ley N° 19.378	283.051.915	296.321.867	294.241.164	2.080.703	
Campaña Invierno		44.690	125.456	-80.766	
TOTAL TRANSFERENCIAS	283.172.331	297.345.399	294.838.632	2.506.767	

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

42 Corresponde al aprobado en el Congreso.

43 Corresponde al vigente al 31.12.2006.

44 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

• Anexo 6: Iniciativas de Inversión⁴⁵

1. Nombre: Normalización Hospital de Arica

Tipo de Iniciativa: Construcción de 27.080 mt², remodelación de 11.918 mt², demolición de 10.768 mt² e intervención de 2.925 mt².

Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los habitantes de las provincias de Arica y Parinacota, aumentando los estándares de seguridad en las atenciones de salud.

Beneficiarios: 152.714 personas de ambos sexos.

2. Nombre: Reposición Hospital de Vallenar

Tipo de Iniciativa: Edificación de 17.080 mt² y dotación de 131 camas, incluyendo neonatología y unidad de tratamiento intermedio.

Objetivo: Proveer a la provincia de un centro asistencial de salud de atención abierta y cerrada de mediana complejidad, que incorpora nuevas actividades de la unidad de diálisis, cirugía ambulatoria y odontología de especialidad, entre otros.

Beneficiarios: 56.681 beneficiarios directos de ambos sexos.

3. Nombre: Normalización Hospital de Coquimbo

Tipo de Iniciativa: Construcción de nuevo edificio de 12.000 mt² distribuido en cuatro pisos, zócalo, piso mecánico y helipuerto. Adquisición de equipamiento y componentes necesarios para su operación.

Objetivo: Aumentar la equidad en acceso, atención oportuna y nivel de resolutivez de los problemas de salud de población.

Beneficiarios: Población de la IV región, 600.000 personas de ambos sexos.

4. Nombre: Normalización Hospital de Talca

Tipo de Iniciativa: Construcción de un centro terapéutico y de diagnóstico de 14.258 mt².

Objetivo: Aumentar la capacidad resolutivez ambulatoria con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las acciones de salud.

Beneficiarios: 587.963 beneficiarios directos de ambos sexos.

5. Nombre: Normalización Complejo Hospitalario Guillermo Grant Benavente

Tipo de Iniciativa: Construcción de centro ambulatorio de 18.250 mt², remodelación de 1.200 mt² y adecuación funcional de 1.700 mt².

Objetivo: Asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las acciones de salud, mejorando las condiciones y calidad de atención de los usuarios.

Beneficiarios: 1.327.125 beneficiarios directos de ambos sexos.

6. Nombre: Normalización Hospital de Curanilahue

⁴⁵ Se refiere a proyectos, estudios y/o programas imputados en los subtítulos 30 y 31 del presupuesto.

Tipo de Iniciativa: Ejecución de obras civiles de 12.207 mt², para reposición del hospital de Curanilahue.
Objetivo: Dotar a los habitantes de la provincia de mejor calidad, acceso y oportunidad a las prestaciones de salud.

Beneficiarios: 88.612 beneficiarios directos de ambos sexos.

7. Nombre: Normalización Hospital Las Higueras

Tipo de Iniciativa: Primera etapa de Construcción de centro de atención ambulatoria de alta complejidad de 13.138,78 mt².

Objetivo: Mejorar la resolutiveidad y optimizar la gestión del establecimiento así como mejorar las condiciones de atención de los usuarios.

Beneficiarios: 347.257 beneficiarios directos de ambos sexos.

8. Nombre: Normalización Hospital de Victoria

Tipo de Iniciativa: Ejecución de obras civiles e infraestructura.

Objetivo: Aumentar la equidad en acceso, atención oportuna y resolutiveidad de los problemas de salud de población, incluye el desarrollo de traumatología, cirugía infantil, ortopedia, urología, en las unidades de atención progresiva.

Beneficiarios: 151.898 beneficiarios directos de ambos sexos.

9. Nombre: Normalización Hospital Nueva Imperial

Tipo de Iniciativa: Construcción de hospital intercultural de 12.526 mt², de los cuales 731 mt² serán destinados a medicina mapuche.

Objetivo: Mejorar la atención de salud de la población aportando al desarrollo del intercambio cultural.

Beneficiarios: 104.808 beneficiarios directos de ambos sexos.

10. Nombre: Normalización Hospital de Temuco

Tipo de Iniciativa: Primera etapa de reposición y ampliación de 34.917 mt². Segunda etapa de remodelación del edificio principal y centro de diagnóstico y tratamiento (CDT) de 21.143 mt².

Objetivo: Mejorar la resolutiveidad, condiciones de atención de los usuarios y optimizar la gestión del establecimiento.

Beneficiarios: 774.959 beneficiarios directos de ambos sexos.

11. Nombre: Normalización Hospital de Castro

Tipo de Iniciativa: Construcción de 7.760,39 mt² así como ampliación del CAE. Remodelación y demolición de 4.084,48 mt², obras exteriores, coordinación de traslados temporales y obras transitorias.

Objetivo: Fortalecer la capacidad resolutive del hospital facilitando a la población beneficiaria acceso a las atenciones de salud.

Beneficiarios: 154.766 beneficiarios directos de ambos sexos.

Cuadro 9
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2006

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁶	Ejecución Acumulada al año 2006 ⁴⁷	% Avance al Año 2006	Presupuesto Final Año 2006 ⁴⁸	Ejecución Año 2006 ⁴⁹	% Ejecución Año 2006	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	(7) = (4) - (5)	

NORMALIZACIONES PROGRAMA 02 - INVERSION SECTORIAL DE SALUD
(MONTOS EN M\$)

Normalización Hospital Arica (Diseño)	326.303	332.771	102%	183.023	183.024	100%	0	
Normalización Hospital Arica (Equipamiento)	4.293.743	101.464	2%	42.457	42.452	100%	5	
Construcción Hospital Comunitario Alto Hospicio	3.413.682	1.449.771	42%	1.434.751	1.249.771	87%	184.980	
Normalización Hospital Vallenar	13.397.639	10.610.076	79%	6.229.144	6.226.231	100%	2.913	
Normalización Hospital Coquimbo	13.532.809	18.139	0%	405.279	18.139	4%	387.140	
Normalización Hospital Santa Cruz	207.005	139.032	67%	48.800	48.789	100%	11	
Normalización Hospital Talca (Ejecución)	8.926.748	3.541.428	40%	1.328.657	1.327.748	100%	909	
Normalización Complejo Hospitalario Guillermo Grant-Traumatológico	17.035.483	1.857.945	11%	1.869.806	1.857.945	99%	11.861	
Normalización Hospital Higuera, Talcahuano	8.464.436	8.639.305	102%	4.809.724	4.791.966	100%	17.758	
Equipamiento Primera etapa Normalización Hospital Higuera	1.498.067	1.219.716	81%	1.031.000	1.031.000	100%	0	
Normalización Hospital Higuera U PC y Apoyo Diagnóstico Etapa II	24.500	18.327	75%	18.327	18.327	100%	0	
Normalización Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Angeles, II Etapa	10.504.293	9.344.691	89%	100.000	100.047	100%	0	

46 Corresponde al valor actualizado de la recomendación de MIDEPLAN (último RS) o al valor contratado.

47 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2006.

48 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2006.

49 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria devengada del año 2006.

Cuadro 9
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2006

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁶	Ejecución Acumulada al año 2006 ⁴⁷	% Avance al Año 2006	Presupuesto Final Año 2006 ⁴⁸	Ejecución Año 2006 ⁴⁹	% Ejecución Año 2006	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	(7) = (4) - (5)	
Normalización Hospital de Curanilahue	9.547.721	6.224.340	65%	5.483.650	5.483.650	100%	0	
Reposición y Adquisición equipos médicos Curanilahue	1.356.026	347.193	26%	347.229	347.193	100%	36	
Normalización Hospital Victoria (Obras Civiles)	14.423.300	9.521.383	66%	2.143.364	2.133.667	100%	9.697	
Normalización Hospital Victoria (Equipamiento)	2.601.952	2.323.719	89%	993.736	993.639	100%	97	
Normalización Hospital de Nueva Imperial	8.824.737	8.821.347	100%	1.419.777	1.405.768	99%	14.009	
Normalización Hospital Temuco	34.867.497	1.388.919	4%	1.389.920	1.388.919	100%	1.001	
Normalización Hospital Temuco-Upc II-Equipamiento	2.651.522	2.359.057	89%	254.144	253.535	100%	609	
Normalización Hospital Osorno	332.950	335.917	101%	84.500	83.979	99%	521	
Normalización Hospital de Castro (Ejecución)	8.153.770	4.618.725	57%	3.027.359	3.026.585	100%	774	
Reposición Hospital Jorge Ibar, Cisnes	2.569.134	1.889.649	74%	1.423.393	1.409.649	99%	13.744	
Normalización Hospital Punta Arenas	2.716.315	1.169.610	43%	261.303	261.241	100%	62	

ATENCIÓN PRIMARIA 2005 PROGRAMA 02 - INVERSIÓN SECTORIAL DE SALUD
(MONTOS EN M\$)

Construcción CGU Sector Sur poniente Villa Alemana	1.369.924	1.313.037	96%	1.071.453	1.002.893	94%	68.560	
Construcción CGU Los Pinos, Quilpué	1.205.721	1.036.257	86%	1.036.094	770.595	74%	265.499	
Construcción CGU Reñaca Alto	1.054.261	1.008.116	96%	904.313	773.865	86%	130.448	
Construcción Centro de Salud Familiar Rancagua	1.252.471	1.218.289	97%	979.091	894.250	91%	84.841	

Cuadro 9
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2006

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁶	Ejecución Acumulada al año 2006 ⁴⁷	% Avance al Año 2006	Presupuesto Final Año 2006 ⁴⁸	Ejecución Año 2006 ⁴⁹	% Ejecución Año 2006	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	(7) = (4) - (5)	
Construcción Consultorio Las Américas, Talca	1.274.247	1.251.441	98%	964.259	895.629	93%	68.630	
Construcción CGU Sector Norte, Coronel	677.811	317.367	47%	180.409	180.409	100%	0	
Construcción Centro de Salud Las Salinas, Talcahuano	1.371.121	1.432.844	105%	1.060.544	1.060.342	100%	202	
Construcción Centro de Salud Tomé Alto	1.443.617	1.546.141	107%	1.157.828	1.156.686	100%	1.142	
Mejoramiento Consultorio (Cesfam) Gil de Castro	884.413	0	0%	122.654	0	0%	122.654	
Construcción Centro de Salud, Quellón	1.260.385	1.216.032	96%	1.082.933	936.014	86%	146.919	
Reposición Centro de Salud Pampa Alegre, Osorno	1.066.393	1.047.031	98%	805.791	774.085	96%	31.706	
Construcción Consultorio Padre Hurtado	1.222.070	1.065.695	87%	1.299.159	1.065.695	82%	233.464	
Construcción y Equipamiento Cesfam 3er Consultorio, San Ramón	1.455.387	1.489.439	102%	1.265.186	1.168.141	92%	97.045	
Construcción Cesfam Carlos Godoy, Maipú	1.262.769	1.253.779	99%	1.059.788	978.025	92%	81.763	
Construcción CGU Juan Antonio Ríos	1.339.480	1.279.912	96%	1.067.916	1.009.485	95%	58.431	
Reposición Consultorio Eneas Gonel, Conchalí	1.401.628	123.383	9%	42.710	42.710	100%	0	
Reposición Consultorio Dr. Raúl Yazigi, Lo Prado	1.231.605	1.241.625	101%	975.152	949.666	97%	25.486	
Construcción Consultorio Pablo Neruda, Lo Prado	1.478.745	1.263.341	85%	1.109.851	941.209	85%	168.642	
Construcción segundo Consultorio, Pudahuel	1.400.648	1.277.579	91%	1.065.659	988.505	93%	77.154	

Cuadro 9
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2006

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁶	Ejecución Acumulada al año 2006 ⁴⁷	% Avance al Año 2006	Presupuesto Final Año 2006 ⁴⁸	Ejecución Año 2006 ⁴⁹	% Ejecución Año 2006	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	(7) = (4) - (5)	
Construcción Consultorio Sector Norponiente, Macul	1.384.729	1.449.036	105%	1.155.381	1.142.790	99%	12.591	
Reposición y Equipamiento Consultorio La Faena; Peñalolén	1.001.901	1.059.643	106%	823.085	823.012	100%	73	
Construcción y Equipamiento Consultorio Antupirén, Peñalolén	1.325.276	1.525.169	115%	1.242.596	1.234.506	99%	8.090	
Reposición y Equipamiento Consultorio Cóndores de Chile, El Bosque.	1.392.797	1.377.339	99%	1.103.468	1.059.338	96%	44.130	
Reposición Consultorio Cisterna Sur	1.391.437	1.419.874	102%	1.109.168	1.098.576	99%	10.592	
Construcción Consultorio Lo Espejo	1.366.556	1.348.553	99%	1.131.662	1.078.126	95%	53.536	
Construcción Consultorio San Antonio, San Bernardo	1.355.673	1.291.116	95%	1.074.398	992.136	92%	82.262	
Construcción Consultorio Esperanza	1.423.267	1.287.967	90%	1.138.160	972.089	85%	166.071	
Construcción octavo CGU, La Florida	1.298.107	1.273.604	98%	1.015.340	989.016	97%	26.324	
OTROS PROYECTOS DE INVERSIÓN SECTORIAL								
PROGRAMA 02 - INVERSIÓN SECTORIAL DE SALUD (MONTOS EN M\$)								
Erradicación de Microbasurales	192.013	45.599	24%	45.670	45.599	100%	71	
Reposición Equipos Osteopulmonares Red Imagenología	326.868	229.789	70%	326.868	229.789	70%	97.079	
Normalización sistema evacuación aguas servidas, Hospital Quillota	32.985	27.120	82%	25.098	25.098	100%	0	
Reparación Estanque Acumulación Agua Hospitales Tipo IV	49.900	50.000	100%	49.900	50.000	100%	0	

Cuadro 9
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2006

Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ⁴⁶	Ejecución Acumulada al año 2006 ⁴⁷	% Avance al Año 2006	Presupuesto Final Año 2006 ⁴⁸	Ejecución Año 2006 ⁴⁹	% Ejecución Año 2006	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(6) = (5) / (4)	(7) = (4) - (5)	
Reposición Box dental H. El Carmen	19.997	11.817	59%	19.997	11.817	59%	8.180	
Reposición Microscopio Laboratorio, H. de Coelemu	3.314	1.474	44%	3.314	1.474	44%	1.840	
Equipamiento central de Esterilización Hospital de Angol	28.109	28.109	100%	28.109	28.109	100%	0	
Mejoramiento uso eficiente de la energía	78.468	79.801	102%	42.000	42.000	100%	0	
Consultorio Mateo Bencur	630.842	544.584	86%	411.553	411.553	100%	0	
Reposición Posta Rural Puerto Edén	84.998	81.085	95%	40.798	36.885	90%	3.913	
Adquisición y Reposición Equip. Inst. Quirúrgico Inst. Neurocirugía	396.767	249.129	63%	250.000	249.129	100%	871	
Mej. Infraest. y Adquisición Equipamiento S.A. Patológica, H. San Juan de Dios	116.819	55.301	47%	58.693	55.301	94%	3.392	
Reposición Ascensores, S. Salud Occidente	89.307	45.771	51%	46.771	45.771	98%	1.000	
Normalización Sedile Hospital Félix Bulnes	122.104	87.832	72%	98.623	87.832	89%	10.791	
Adquisición Equipamiento CDT Hospital San Juan de Dios	1.414.655	1.026.141	73%	345.000	344.990	100%	10	

• Anexo 7: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 10 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁵⁰		Avance ⁵¹	Notas
		2005	2006		
Días No Trabajados Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12)/ \text{ Dotación Efectiva año } t$	1,92	2,20	87,27%	1
Razón o Tasa de Rotación Personal Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t/ \text{ Dotación Efectiva año } t) * 100$	4,30%	5,40%	125,58%	2
Movimientos de Personal Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios Jubilados año } t/ \text{ Dotación Efectiva año } t) * 100$	0,46%	0,41%	89,13%	2
• Funcionarios fallecidos	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios fallecidos año } t/ \text{ Dotación Efectiva año } t) * 100$	0,09%	0,14%	64,29%	1
• Retiros voluntarios	$(N^{\circ} \text{ de retiros voluntarios año } t/ \text{ Dotación efectiva año } t) * 100$	3,06%	3,91%	127,78%	2
• Otros	$(N^{\circ} \text{ de otros retiros año } t/ \text{ Dotación efectiva año } t) * 100$	0,68%	0,98%	69,39%	1
• Tasa de recuperación de funcionarios	$N^{\circ} \text{ de funcionarios ingresados año } t/ N^{\circ} \text{ de funcionarios en egreso año } t$	1,19	1,37	115,13%	3
Grado de Movilidad en el servicio Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(N^{\circ} \text{ de Funcionarios Ascendidos y promovidos}) / (N^{\circ} \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	7,31%	14,64%	200,27%	2
Grado de Movilidad en el servicio Porcentaje de funcionarios a contrata recontractados en grado superior respecto del N° de funcionarios a contrata Efectiva.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año } t)/(\text{Contrata Efectiva año } t) * 100$	6,32%	5,43%	85,92%	1

⁵⁰ La información corresponde al período Enero 2005 - Diciembre 2005 y Enero 2006 - Diciembre 2006.

⁵¹ El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene. Para calcular este avance es necesario, previamente, determinar el sentido de los indicadores en ascendente o descendente. El indicador es ascendente cuando mejora la gestión a medida que el valor del indicador aumenta y es descendente cuando mejora el desempeño a medida que el valor del indicador disminuye.

Cuadro 10
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁵⁰		Avance ⁵¹	Notas
		2005	2006		
Capacitación y Perfeccionamiento del Personal Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios Capacitados año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	35,00%	70,00%	200,00%	2
Porcentaje de becas ⁵² otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$N^{\circ} \text{ de becas otorgadas año } t / \text{Dotación efectiva año } t * 100$	0,79%	-	-	4
Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de horas contratadas para Capacitación año } t / N^{\circ} \text{ de funcionarios capacitados año } t)$	1,90	2,20	115,79%	2
Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año } t / 12) / \text{Dotación efectiva año } t$	28,83	20,70	139,28 %	1
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del Desempeño⁵³ Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Lista 1 % de Funcionarios	97,59%	-	-	5
	Lista 2 % de Funcionarios	2,27%	-	-	5
	Lista 3 % de Funcionarios	0,12%	-	-	6
	Lista 4 % de Funcionarios	0,01%	-	-	6

Notas:

1.- Indicador descendente.

2.- Indicador ascendente.

3.- Indicador ascendente. El indicador Tasa de Recuperación de funcionarios se considera ascendente, ya a que es política del sector recuperar todos los cargos de personas que se han alejado del servicio, debido a la necesidad de cubrir las funciones asistenciales de los establecimientos. A este hecho se agrega la provisión de cargos de expansión que anualmente entrega el Ministerio de Hacienda para los diferentes programas de salud (especialmente AUGÉ en los últimos años).

4.- Indicador ascendente. La información entregada el año anterior no se encontraba completa al momento de emitir el informe.

5.- Indicador ascendente. Indicadores sin información para el año 2006.

6.- Indicador descendente. Indicadores sin información para el año 2006.

⁵² Considera las becas para estudios de pregrado, postgrado y/u otras especialidades.

⁵³ Esta información se obtiene de los resultados de los procesos de evaluación de los años correspondientes.

Anexo 8: Proyectos de Ley

BOLETÍN: 2840-11

Descripción: Modifica la causal de término de los trabajadores de la Atención Primaria.

Fecha de ingreso: 18 de diciembre, 2001.

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional. Senado.

Beneficiarios directos: Los funcionarios de la atención primaria de salud municipalizada.

BOLETÍN: 4398-11

Descripción: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de Salud.

Fecha de ingreso: 8 de agosto, 2006.

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional y primero reglamentario. Cámara.

Beneficiarios directos: Todos los chilenos y chilenas, usuarios del sector público o privado de salud.

BOLETÍN: 4545-11

Descripción: Establece beneficios para el personal del Sector de Salud, establece diversas asignaciones y establece un estímulo al retiro.

Fecha de ingreso: 26 de septiembre, 2006

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional y primero reglamentario. Senado.

Beneficiarios directos: Los funcionarios públicos del Sector Salud, integrantes del SNSS, ISP y Subsecretarías del Minsal.

BOLETÍN: 4361-11

Descripción: Proyecto de Ley que crea examen único nacional de conocimientos de medicina, incorpora cargos que indica al Sistema de Alta Dirección Pública y modifica la Ley N° 19.664.

Fecha de ingreso: 19 de julio, 2006

Estado de tramitación: Primer trámite constitucional y primero reglamentarios. Senado.

Beneficiarios directos: Los profesionales funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Asimismo, la creación del Examen Único Nacional permitirá avanzar en el proceso de asegurar la calidad de las prestaciones de salud que se otorgan a los chilenos.

BOLETÍN: 3398-11

Descripción: Sobre racionalización de subsidios de incapacidad laboral y licencias médicas.

Fecha de ingreso: Año 2003

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional. Primer informe de Comisión de Salud.

Beneficiarios directos: Toda la población del país.