

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES
ASISTENCIALES

GAR/CCC/UTG/PMI/NOH/EAR/SZ/VIACR/EA/CCG/QSB

MINISTERIO DE HACIENDA

OFICINA DE PARTES

RECIBIDO 23 NOV 2017

FIJA AREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO
2018 PARA PAGO DE BONIFICACION POR
DESEMPEÑO COLECTIVO INSTITUCIONAL A QUE SE
REFIERE EL ARTICULO 37 DE LA LEY Nº 19.664

SANTIAGO, 29 SET. 2017

EXENTO Nº 277

CONTRALORIA GENERAL

TOMA DE RAZON

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....
Imputación.....
Anot. por.....
Imputación.....
Deduc.Dcto.....

VISTOS: Los artículos 28 d) y 37 de la Ley 19.664 y artículos 4, 5, 6 y 7 del Decreto 849/2000 del Ministerio de Salud, reglamento para el pago de la bonificación de desempeño colectivo institucional; Artículo 32 N°6 del Decreto Supremo N°100 del 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República. Resolución N°1600, de 2008, de Contraloría General de la República. Ordinario N°2043 de fecha 28 de septiembre del 2018 del Sr. Ministro de Hacienda, dicto el siguiente.

Considerando:

1. Que los profesionales funcionarios tendrán derecho a percibir una bonificación por desempeño colectivo institucional que tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud.
2. Que las áreas prioritarias de mejoramiento de atención y los objetivos globales o compromisos que corresponden cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, sin perjuicio de los objetivos que, en particular, se establezcan para uno o más Servicios, deberán definirse mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministro de Hacienda.
3. Que, sobre la base del decreto del considerando anterior, en la forma y plazo legal, los Directores de Servicios de Salud deben celebrar uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, que a su vez deben ser consistentes con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo. Este convenio debe contener el programa anual de trabajo para el año siguiente, ya sea para cada unidad de trabajo o para el establecimiento en su conjunto.
4. Que, los convenios deben contemplar programas de trabajo constituidos por un conjunto de actividades formuladas de manera sistemática que deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales.

DECRETO

1º FIJANSE las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1º de enero y 31 de diciembre del 2018, por los Servicios de Salud:

00023/2018

OF DE PARTES DIPRES
23.11.2017 11:11



Áreas prioritarias para los Servicios de Salud:

1. Área Atención Médica a Usuarios

Objetivo: Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención y garantizar una atención médica y no médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera:

- a. Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
- b. Contribuir a satisfacer las necesidades de atención de salud de la población y procurar una atención resolutive.
- c. Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.
- d. Mejorar la calidad de la atención, de las actividades asistenciales ambulatorias y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo clínico, haciendo uso eficiente de los recursos disponibles.

2. Área Coordinación de Red Asistencial

Objetivo: Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial a través de la acción de los profesionales de los Servicios de Salud y cumplir las garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.

3. Área Atención PreHospitalaria

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención, de la actividad asistencial de prehospitalización y en los Centros de Atención de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención, control y eficacia en el uso de los recursos.

El área prioritaria 3, del presente artículo aplica sólo para aquellos Centros de Atención Pre Hospitalaria de Alta Complejidad, que al 01 de Enero 2018 se hayan definido por resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud, como es el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central.



COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Área Atención Médica a Usuarios.

N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta Nacional 2018	Prioridad	Medio de Verificación
1.1	Eficacia	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados bajo control en el grupo de 15 y más años en el nivel primario.	$(N^{\circ} \text{ de personas con DM2 de 15 A 79 años con Hemoglobina Glicosilada bajo } 7\%, \text{ más el } N^{\circ} \text{ de personas con DM2 de 80 y más años con Hemoglobina Glicosilada bajo } 8\% \text{ según último control vigente, en los últimos 12 meses} / \text{Total de pacientes diabéticos de 15 y más años bajo control en el nivel primario}) * 100$	$\geq 45\%$	Alta	Resumen Estadístico Mensual (REM P04 2018)
1.2	Eficacia	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 y más años en el nivel primario	$(N^{\circ} \text{ personas hipertensas de 15-79 años con presión arterial } < 140/90 \text{ mmHg, más } N^{\circ} \text{ personas hipertensas de 80 y más años con presión arterial } < 150/90 \text{ mmHg, según último control vigente, en los últimos 12 meses} / \text{Total de pacientes hipertensos de 15 y más años bajo control en el nivel primario}) * 100$	$\geq 68\%$	Alta	Resumen Estadístico Mensual (REM P04 2018)
1.3	Eficacia	Porcentaje de Evaluación Anual de los Pies en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años, en el año t.	$((N^{\circ} \text{ de Personas con diabetes bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie, vigente en el año t}) / N^{\circ} \text{ Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el año t}) * 100$	$\geq 90\%$	Media	Resumen Estadístico Mensual (REM P04 2018)
1.4	Eficacia	Tasa de variación del porcentaje de pacientes que esperan más de 12 horas en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) para acceder a una cama de dotación.	$\{((\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación, en periodo t}) - (\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t-2})) / ((\text{Porcentaje de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan después de las 12 horas desde la indicación en periodo t-2})) * 100\}$	Disminución $\geq 5\%$ de pacientes con espera de hospitalización $>$ a 12 horas	Media	Planilla de cumplimiento de indicador en base a datos de Publicación DEIS y REM 2016 y REM
1.5	Eficacia	Tasa de variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.	$\{((\text{Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t} - \text{Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo t-1}) / \text{promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo t} - 1) * 100\}$	Meta 1: reducción de la línea base, de acuerdo a meta determinada para cada institución (ver Tabla N°1) aplicable a los establecimientos que se encuentran inicialmente sobre el promedio país. Meta 2: Mantener el promedio de días de espera bajo el promedio país. aplicable a los establecimientos que se encuentran inicialmente bajo el promedio país.	Media	Información publicada en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)
1.6	Eficacia	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	$(\text{Número de consultas especialista realizadas durante el periodo} / \text{Total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo}) * 100$	$\geq 95\%$	Alta	Planilla Consolidada de SS de Cumplimiento de Consultas de profesionales médicos de Atención Secundaria, periodo enero- diciembre 2018. Planillas Excel de Programación 2018 de totalidad de las horas contratadas de totalidad de los establecimientos de la Red de profesionales médicos
1.7	Eficacia	Porcentaje de ambulatorización de cirugías trazadoras definidas en el año t. (Hernias umbilicales, Inguinales, crurales, línea blanca; Colectectomías por video laparoscopias) en pacientes adultos, beneficiarios de Fonasa modalidad institucional y de severidad menor.	$(\text{Número de Egresos de CMA} / \text{Número de Egresos totales (CMA+ Hospitalizados)}) * 100$	con: - Porcentaje $< 60\%$: aumento 7 puntos porcentuales sobre su línea base (*) - Porcentaje $\geq 60\%$: no disminuir del 60% (*) Línea Base: calculada al 31 de diciembre 2017.	Media	Fuente Base de Datos GRD Minsal



2. Área de Coordinación de Red Asistencial.

N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta Nacional 2018	Prioridad	Medio de Verificación
2.1	Eficacia	Porcentaje de casos con Garantías Explícitas de salud, en los que se cumplen las garantías de oportunidad del año t.	$(N^{\circ} \text{ de casos GES con garantías cumplidas del año } t / N^{\circ} \text{ Total de casos GES del año } t) * 100$	100%	Alta	Reporte del SS sobre la base del sistema de Información SIGGES, Datamart que esté en aplicación.
2.2	Eficacia	Porcentaje de intervenciones sanitarias GES otorgadas según lo programado en contrato PPV para el año t.	$(N^{\circ} \text{ intervenciones sanitarias GES de contrato PPV otorgadas dentro del año } t / \text{Total de intervenciones sanitarias GES programadas en el contrato PPV para el año } t) * 100$	100%	Alta	Informe de actividades programadas/cumplidas mensual por establecimiento emitido y derivado por FONASA a los Servicios de Salud en donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES.

3. Área de Atención Pre Hospitalaria (Aplica sólo para los Centros de de Atención Pre-hospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud respectivo al 01 de enero 2018).

N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta Nacional 2018	Prioridad	Medio de Verificación
3.1	Eficacia	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo	$(\text{Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo} / \text{Número total de solicitudes de transporte secundario}) * 100$	100%	Media	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo a datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.
3.2	Eficacia	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en RCP básico y avanzado.	$(\text{Número de médicos con capacitación actualizada en RCP básico y avanzado} / \text{Número total de médicos}) * 100$	$\geq 80\%$	Alta	Informe Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos capacitados en RCP básico y avanzado.
3.3	Eficacia	Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)	$(\text{Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP} / \text{Total de solicitudes de atención de pacientes por RCP}) * 100$	$\geq 85\%$	Alta	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo a datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.

NOTAS DE LOS INDICADORES

- 1.1 Se entiende por paciente diabético compensado aquel que habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2, presenta una HbA1c <7 (grupo etario entre 15 y 79 años) según último control vigente, cuyo registro se obtiene del REM P04. Más aquellos pacientes del grupo etario de más de 80 años que presente una HbA1c < 8. Los pacientes diabéticos bajo control son aquellos que están adscritos al programa de salud cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04.
- 1.2 Se entiende por paciente hipertenso compensado aquel que cuyo grupo etario está entre 15 y 79 años, habiendo sido diagnosticado con presión arterial persistentemente elevada ($> 0 = a 140/90$ mmHg) registra una presión arterial menor a PA<140/90 mmHg en último control vigente, cuyo registro se obtiene del REM P04, más los pacientes del grupo etario de 80 y más años, con presión arterial menor a PA < 150/90 mmHg. Los pacientes hipertensos bajo control son aquellos que están adscritos al programa de salud cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04.



- 1.3 La meta tiene por objetivo asegurar que a toda persona con diabetes bajo control se le examinen los pies, se clasifique según riesgo de ulceración/amputación y se defina un plan diferenciado de seguimiento y educación según nivel de riesgo para prevenir estas complicaciones. La fuente de información es el REM P04.
- 1.4 Este Este indicador mide la reducción del número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), permanecen en espera en el Servicio de urgencia sin acceso a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza después de las 12 horas, comparado con línea basal 2016. Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización.
El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los siguientes tiempos:
Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.
Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.
Línea Base período t-2 (2016) que ya se encuentra validada por Minsal.
- 1.5 El indicador tiene por objetivo disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas con indicación de resolución por esta vía y otorgar atención oportuna a las personas que requieren Intervenciones Quirúrgicas, focalizando la resolución priorizada por antigüedad. Para la definición de la meta se debe tener presente Meta 1: reducción de la línea base, de acuerdo a meta determinada para cada institución (ver Tabla N°1) aplicable a los establecimientos que se encuentran inicialmente sobre el promedio país. Meta 2: Mantener el promedio de días de espera bajo el promedio país. Aplicable a los establecimientos que se encuentran inicialmente bajo el promedio país. Para estos efectos se debe considerar la siguiente tabla N°1:

LB = Línea de base: corresponde al Promedio país y Promedio Servicio de Salud del mes anterior al inicio de periodo a evaluar, estos valores serán los parámetros para cálculo de reducción esperado según tabla N°1.

Periodo T corresponde al año evaluado.

La tabla N°1 señalada corresponde a % de reducción esperado según resultado de promedio de días existente en el año T-1.

Tabla N°1 Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	Meta de reducción de línea base
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio país)
[-1% , 4%]	1%
[5% , 24%]	5%
[25% , 49%]	8%
[50% , 99%]	10%
≥ 100%	15%

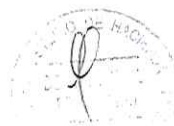
- 1.6 La meta tiene por objeto, evaluar el cumplimiento cuantitativo y objetivo de la programación de consultas de especialistas en los establecimientos hospitalarios de alta y mediana complejidad. El cálculo y la evaluación del indicador sólo consideran la actividad de consultas ambulatorias de profesionales médicos, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas de Planificación y Programación en Red 2018 enviadas desde MINSAL. La fuente de información para la construcción del indicador será la Planilla Consolidada de Servicio de Salud donde conste el Cumplimiento de Consultas de profesionales médicos de Atención Secundaria, periodo enero- diciembre 2018 y Planillas Excel de Programación 2018 de totalidad de las horas contratadas de totalidad de los establecimientos de la Red de profesionales médicos.
- 1.7 Este indicador tiene por objetivo aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas en modalidad ambulatoria de las cirugías mayores definidas como trazadoras en aquellas que son susceptibles de realizar en esa modalidad. Para lo cual se debe considerar:
Ambulatorización de cirugías trazadoras, definidas:
- Hernia umbilical, inguinal, crural, Línea Blanca.
- Colectomías por video laparoscopia.
Para realizar el cálculo del indicador, la medición debe hacerse en forma separada Hernias y Colectomías las que posteriormente deben ser sumadas.
Línea Base: calculada al 31 de diciembre 2017, validada por MINSAL.
Aplica a:
• Beneficiarios FONASA modalidad institucional (MAI).
• Pacientes con severidad menor según GRD.

Se excluyen las intervenciones quirúrgicas:
• Hernia Incisional con obstrucción, sin gangrena
• Hernia Incisional con gangrena

- 2.1 Este indicador mide el Cumplimiento de Garantías de Oportunidad en los tiempos indicados. Para estos efectos se debe considerar:
No se incluirán las garantías nombradas como "No Definidas"
No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
Incluye toda intervención sanitaria (Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento)

Para efectos del cálculo del indicador se debe tener presente la siguiente consideración:

- El número de garantías GES cumplidas (numerador) en el año T corresponden al total de garantías activadas en el año T que se tipifican como Cumplidas dentro de plazo, Cumplidas fuera de plazo y exceptuadas dentro de plazo.
- Se definen como garantías GES totales (denominador) a la suma de las garantías Cumplidas dentro de plazo, Cumplidas fuera de plazo, exceptuadas dentro de plazo, Cerradas Fuera de Plazo y Retrasadas.
- El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T.



Las Garantías Explicitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el régimen GES. Para este indicador se consideran Garantías Retrasadas a aquellas que no cumplen con la garantía explícita de oportunidad: referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma, condiciones que determina el Decreto respectivo.

- 2.2 Este indicador tiene por objetivo medir el cumplimiento de programación PPV convenida entre establecimientos hospitalarios y el FONASA. Para efectos de construcción del indicador se debe considerar en el numerador todas las prestaciones realizadas desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2018 según el convenio PPV respectivo reconocido entre ambas partes, Establecimiento/Servicio y el FONASA, según macro red vigente.

El denominador corresponde a la programación del convenio.

El denominador podrá ser modificado por la reprogramación del contrato PPV en acuerdo con Fonasa PPV.

El medio verificador será el informe de actividades programadas/cumplidas mensual por establecimiento emitido y derivado por Fonasa a los servicios de salud en donde se detalla el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de prestaciones valoradas GES.

Se excluye lo establecido en la normativa vigente GES y lo establecido en el Contrato PPV FONASA.

- 3.1 El indicador tiene por objeto medir las solicitudes de transporte secundario regulados por el médico de acuerdo a protocolo.
- 3.2 El indicador tiene por objeto medir los médicos con capacitación actualizada en RCP básico y avanzado. La evaluación debe ser realizada considerando el universo de los profesionales médicos regidos por la ley 19.664, al 30 de Junio de 2018. Para la medición el establecimiento deberá tener listado de los profesionales médicos con los que cuenta. El Programa de Capacitación Institucional Anual debe incluir cursos de RCP básico y avanzado, señalando la cobertura y periodicidad de éstas.
- 3.3 El indicador busca velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y de acuerdo a protocolo existente.

2º Los compromisos son priorizados, clasificándolos en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores deberán ser priorizados de acuerdo a lo establecido en este decreto. Los indicadores con ALTA prioridad deben tener individualmente una ponderación mayor que un indicador de MEDIA prioridad. Por otra parte, ningún indicador deberá tener una ponderación inferior a 5%, debiendo en todo caso sumar 100% para el total de cada establecimiento o Servicio de Salud. Cada establecimiento **deberá suscribir el convenio con el Servicio de Salud contemplando todos los indicadores de desempeño que les sean aplicables.**

3º Aquellos Servicios de Salud que en 2017 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2018, deben comprometer a lo menos la mantención de dicha cifra. Para aquellos indicadores nuevos, deberán suscribirse las metas máximas fijadas en el presente decreto, a menos que el Servicio de Salud justifique fundadamente un compromiso menor a la meta nacional, sin que pueda basarse para este fin en problemas de gestión interna. El Ministerio de Salud en acuerdo con DIPRES, deberán resolver la pertinencia de una meta inferior a la meta nacional.

4º El cumplimiento de los compromisos suscritos en el convenio de desempeño de los Servicios de Salud, dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios del establecimiento de salud o unidad de trabajo que corresponda una bonificación por desempeño colectivo institucional de acuerdo a la siguiente indicación:

- a) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 90%:
Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM
- b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 90%
Porcentaje de Bonificación = 50% del PBM
- c) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%
Porcentaje de Bonificación = 0% del PBM

Nota: PBM = es el porcentaje de bonificación máximo que se establecerá en el decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año 2019.

5º El porcentaje de cumplimiento global del establecimiento se calculará multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sumándose luego cada uno de estos resultados parciales para todos los indicadores señalados en el convenio del establecimiento. ***El Porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador se encuentra entre 75% a 94% se asignará el ponderador proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.***



6° Los Directores de establecimientos deberán celebrar convenios con los Directores de Servicios de Salud para el cumplimiento de estos objetivos, dentro de las áreas prioritarias señaladas, fijándose las metas por cada establecimiento o unidad de trabajo, convenios que deberán ser consistentes con los que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.

7° El Ministerio de Salud deberá certificar el porcentaje de cumplimiento de los compromisos fijados para los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE
POR ORDEN DE LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA



NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN
MINISTRO DE HACIENDA



DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD



7