

INFORME DE EGRESO DEL SISTEMA DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS

Programa/Institución: Programa de Reforzamiento de Urgencia y Unidades Crítica
Ministerio: MINISTERIO DE SALUD
Servicio: SUBSECRETARIA DE REDES
Año: 2001
Calificación: Egresado
Fecha Egreso: 30-06-2011

Recomendación	Compromiso	Cumplimiento
<p>1. Incorporar ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del MINSAL de normar respecto a prestadores de servicios de urgencia de los subsistemas público y privado.</p>	<p>Acreditación de la atención de urgencia.</p> <p>Presentación de informe sobre acreditación de la atención de Urgencia que incluye una evaluación de: Unidad de Emergencia Hospitalaria, Pabellones Quirúrgicos, Camas Intermedias e Intensivas; cubriendo a Clínicas y Mutuales adscritas a evaluación voluntaria y a alrededor del 90% de los Hospitales tipo 1 y 2 del Sistema Público.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2001</p>	<p>Se realizó y envió el informe sobre la situación de acreditación de la atención de urgencia de la Unidad de Emergencia Hospitalaria, Pabellones Quirúrgicos, camas intermedias e intensivas, cubriendo a clínicas y mutuales adscritas a evaluación voluntaria y alrededor del 90% de los hospitales tipo 1 y 2 de sistema público.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Ordinario 14A N°1994 del 25 de Abril del 2002.</p>
<p>1. Incorporar ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del MINSAL de normar respecto a prestadores de servicios de urgencia de los subsistemas público y privado.</p>	<p>Elaboración de propuesta técnica sobre proceso de acreditación de los servicios de urgencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>De acuerdo a la Ley N°19.937 el Ministerio de Salud ha definido los requisitos mínimos para el funcionamiento de: Unidades de Emergencia, Unidades de Paciente Crítico y Sistema de Atención Prehospitalaria (SAMU). Estos requisitos, denominados "Autorización Sanitaria" son de responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI); la "Acreditación" es de responsabilidad de la Superintendencia de Salud.</p> <p>En relación a la meta comprometida, esta Subsecretaría ha avanzado en el desarrollo de</p>

		<p>instrumentos que buscan la acreditación de los prestadores de unidades de emergencia. El departamento de Calidad, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha elaborado los instrumentos de Autorización Sanitaria, los que están siendo aplicados en las Unidades de Emergencia de los establecimientos públicos. Este instrumento es la base sobre la cual la Superintendencia de Salud podrá fiscalizar a los prestadores, tanto públicos como privados en este ámbito. Todas estas tareas se enmarcan en la implementación de la Ley del Auge.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2006)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> PAUTA DE REQUISITOS MÍNIMOS DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA.</p>
<p>1. Incorporar ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del MINSAL de normar respecto a prestadores de servicios de urgencia de los subsistemas público y privado.</p>	<p>Informar sobre cómo se incorporará la propuesta técnica en los servicios de urgencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>La propuesta técnica para la atención en Unidades de Emergencia Hospitalaria fue incorporada como Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud los años 2004 y 2005.</p> <p>Propuesta técnica para la atención en Unidades de Emergencia Hospitalaria.</p> <p>La Reforma de Salud impone un cambio sustancial en la relación tanto al interior de las redes asistenciales, como en sus inter-relaciones.</p> <p>Estos cambios nos obligan a una clara conceptualización de la Red de Urgencia/Emergencia tanto a nivel local como nacional.</p> <p>Definiciones:</p> <p>Emergencia; se entenderá aquella atención de salud no postergable, definida así por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos.</p>

		<p>Urgencia; se entiende como la solicitud de atención demandada por la población a partir de la percepción de que la atención de su problema de salud no puede ser pospuesto. (consulta no pertinente en Unidades de Emergencia Hospitalaria).</p> <p>A partir del diagnóstico hecho por cada uno de los Servicios de Salud, del total de la consulta de las Unidades de Emergencia el 45.6% corresponde a consulta de urgencia (no pertinente en un establecimiento de alta complejidad), siendo el rango entre 7.1 y 78%, la pertinencia fue definida por cada uno de los expertos de los Servicios de Salud de acuerdo a las características de su red asistencial.</p> <p>Los Servicios de Salud han realizado la caracterización de su demanda de urgencia lo que les ha permitido conocer el perfil de dicha demanda, de tal manera de generar las estrategias que permitan dar cumplimiento a la reorientación de la atención de urgencia de acuerdo a complejidad.</p> <p>Líneas en desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none">-Reorientación de las consultas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria en la Red Asistencial. <p>Los establecimientos con Recurso Humano y Tecnología altamente calificada deberán dar respuesta a las patologías de mediana y alta complejidad y la baja complejidad deberá ser atendida en los establecimientos de Atención Primaria, sean estos Consultorios o SAPU.</p> <ul style="list-style-type: none">-Ordenamiento de la atención de urgencia de acuerdo a la complejidad de la patología que el paciente presenta, para esto se implementó el Selector de Demanda en todas las Unidades de Emergencia de los establecimientos tipo 1 y 2 del
--	--	---

		<p>Sistema Público de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Facilitar el ingreso de pacientes a camas de hospitalización, esto se está desarrollando en el marco del modelo de atención progresiva, para lo cual se han implementado al interior del hospital camas de agudo. ·Desarrollo de trabajo conjunto con entidades formadoras (Universidad de Chile, Católica y de Santiago) para definir el perfil de los profesionales que se requieren en las Unidades de Emergencia. <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Compromisos de Gestión Servicios de Salud 2004 y 2005</p>
<p>2. Estudiar con detalle la mejor ubicación de la responsabilidad por la ejecución del programa en la orgánica del Ministerio y sancionar oficialmente su estructura. Definir con claridad los roles de la unidad ejecutora, los integrantes de la mesa de coordinación del programa y sus respectivas competencias. Los representantes de cada una de las divisiones y unidades ministeriales integradas a la mesa de coordinación deben representar plenamente al jefe de su respectiva instancia. Además, el FONASA en cuanto instancia responsable de la asignación de recursos financieros a los Servicios de Salud y la División de Recursos Humanos deben estar representados en dicha mesa de coordinación.</p>	<p>Presentación de un informe con definición de mecanismo de coordinación con FONASA, en lo que dice relación con la operación del Programa de Prestaciones Valoradas.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>Este compromiso fue cumplido al enviar los convenios por Prestaciones Valoradas de los Servicios de Salud con Fonasa.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Convenio Programa de Prestaciones Valoradas.</p>
<p>3. El programa debe contar con un</p>	<p>Sistema de información.</p>	<p>El MINSAL cuenta con el Departamento de</p>

<p>sistema de información que incorpore un conjunto básico de indicadores de producción, calidad, satisfacción de usuarios y económico-financieros que permitan la evaluación periódica del programa y la retroalimentación acerca de la necesidad de introducir modificaciones en su diseño. Este sistema debe estar integrado al sistema de información general del Ministerio.</p> <p>El programa debería generar un conjunto de estándares para cada uno de sus componentes, los que también deberían ser evaluados periódicamente en términos de su pertinencia y adecuación a la realidad nacional.</p>	<p>Elaboración de una propuesta de trabajo en conjunto con la "Unidad Coordinadora de Tecnología de información del sector salud" y el Departamento de Estadística del MINSAL, con el fin de unificar criterios que permitan contar con un sistema de información rápida, confiable y coherente que responda a las necesidades del Programa de Red de Urgencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>Estadística e Información en Salud, donde también se concentra la información de la actividad realizada por los distintos componentes del Programa Red de Urgencia, ejemplo, Camas Críticas; están separadas por intensivas e intermedias y en ambas están número de egresos, días camas disponibles, días camas ocupados, índices de ocupación, de rotación de sustitución, letalidad, para el caso de Atención Prehospitalaria registra la actividad realizada tanto por lo móviles básicos como los avanzados y la actividad realizada por las Unidades de Emergencia de todos los establecimientos de la Red Asistencial de cada uno de los Servicios de Salud del Sistema Público.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> DEIS. Departamento de Estadística e Información en Salud.</p>
<p>3. El programa debe contar con un sistema de información que incorpore un conjunto básico de indicadores de producción, calidad, satisfacción de usuarios y económico-financieros que permitan la evaluación periódica del programa y la retroalimentación acerca de la necesidad de introducir modificaciones en su diseño. Este sistema debe estar integrado al sistema de información general del Ministerio.</p> <p>El programa debería generar un conjunto de estándares para cada uno de sus componentes, los que también deberían ser evaluados periódicamente en términos de su pertinencia y adecuación a la realidad nacional.</p>	<p>Sistema de seguimiento y evaluación</p> <p>Presentación matriz de marco lógico e indicadores de desempeño revisados y concordados con DIPRES que sirvan de base para evaluar el logro del propósito del programa y realizar su posterior seguimiento.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2001</p>	<p>En enero del 2003, en conjunto con Fonasa se concordaron indicadores para la Red de urgencia, los cuales quedaron en los convenios de Prestaciones Valoradas sostenidos con los Servicios de Salud. Esta matriz fue enviada a DIPRES.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Indicadores de desempeño.</p>

<p>3. El programa debe contar con un sistema de información que incorpore un conjunto básico de indicadores de producción, calidad, satisfacción de usuarios y económico-financieros que permitan la evaluación periódica del programa y la retroalimentación acerca de la necesidad de introducir modificaciones en su diseño. Este sistema debe estar integrado al sistema de información general del Ministerio.</p> <p>El programa debería generar un conjunto de estándares para cada uno de sus componentes, los que también deberían ser evaluados periódicamente en términos de su pertinencia y adecuación a la realidad nacional.</p>	<p>Presentación de informe con cuantificación de indicadores del programa que cuentan con información para su medición. Este informe deberá ser presentado a la DIPRES en las instancias de seguimiento respectivas (Junio y Diciembre de cada año).</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>Se cuenta con indicadores cuantificados con información a Diciembre 2003, los que fueron presentados en el BGI 2003 de los Servicios de Salud.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Indicadores de desempeño.</p>
<p>4. Analizar con detalle las características de la demanda de morbilidad de la APS y estudiar formas innovadoras de la gestión que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia, independientemente de la hora en que se produzca.</p> <p>El SAPU debería ser concebido como una dependencia del consultorio abierta las 24 horas del día para atender lo urgente, de manera similar a lo que ocurre en los servicios de urgencia de los hospitales de baja complejidad del SNSS.</p>	<p>Sistema de registro.</p> <p>Incorporación de registro de la consulta de urgencia en Atención Primaria.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>Este compromiso fue cumplido al informar que se había concordado con Estadística del Ministerio la incorporación en el REM (Resumen Estadístico Mensual) la información de las atenciones de urgencia realizadas en los consultorios.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> REM. Resumen Estadístico Mensual.</p>
<p>4. Analizar con detalle las características de la demanda de</p>	<p>Propuesta de un modelo para la atención de urgencia hospitalaria.</p>	<p>Se plantea que los Hospitales 4, avancen en el contexto de la Reforma de Salud a constituirse en</p>

<p>morbilidad de la APS y estudiar formas innovadoras de la gestión que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia, independientemente de la hora en que se produzca.</p> <p>El SAPU debería ser concebido como una dependencia del consultorio abierta las 24 horas del día para atender lo urgente, de manera similar a lo que ocurre en los servicios de urgencia de los hospitales de baja complejidad del SNSS.</p>	<p>Realización de un análisis de un modelo para la atención de urgencia en los hospitales tipo 4 y elaborar una propuesta de modelo definitivo y un programa de trabajo para su implementación.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>"Hospital Comunitario de Salud Familiar". Con ello se busca enfatizar las actividades propias de la atención primaria, y un desarrollo mayor de acciones de complejidad necesarias para la comunidad en la que están insertos.</p> <p>La resolutivez que deben alcanzar estos establecimientos, debe obedecer al modelo que se sigue en la conformación y articulación del Servicio de Salud, funcionando adecuadamente como red asistencial.</p> <p>En relación a la atención de urgencia se plantea que estos establecimientos deben asegurar atención de urgencia las 24 horas, cuya modalidad deberá adaptarse de acuerdo a las condiciones de la red en las que esté inserto el hospital. Las prestaciones de urgencia serán aquellas que se estipulen a través de protocolos, buscando asegurar las garantías de calidad, oportunidad y seguridad de las personas.</p> <p>El cronograma establecido para la implementación del Modelo definitivo para "Hospitales Comunitarios de Salud Familiar" es el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Marco Orientador: de Noviembre del 2003 a Enero del 2004 (Cumplido). 2.- Identificación de variables de evaluación: de Febrero del 2004 a Junio del 2004 (Cumplido). 3.- Aplicación de ficha para recoger información: de Julio del 2004 a Diciembre del 2004 (En proceso). 4.- Rediseño e implementación definitiva: de Enero del 2005 hasta Agosto del 2005. <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Documento técnico final "Definición de Políticas Hospitales Comunitarios de Salud Familiar".</p>
---	--	--

<p>4. Analizar con detalle las características de la demanda de morbilidad de la APS y estudiar formas innovadoras de la gestión que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia, independientemente de la hora en que se produzca.</p> <p>El SAPU debería ser concebido como una dependencia del consultorio abierta las 24 horas del día para atender lo urgente, de manera similar a lo que ocurre en los servicios de urgencia de los hospitales de baja complejidad del SNSS.</p>	<p>Presentación de un informe con avances en la implementación del modelo de atención de urgencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2002</p>	<p>El cronograma establecido para la implementación del Modelo definitivo para "Hospitales Comunitarios de Salud Familiar" es el siguiente:</p> <p>1.- Marco Orientador: de Noviembre del 2003 a Enero del 2004 (cumplido) 2.- Identificación de variables de evaluación: de Febrero del 2004 a Junio del 2004 (cumplido) 3.- Aplicación de ficha para recoger información: de Julio del 2004 a Diciembre del 2004 (en proceso) 4.- Rediseño e implementación definitiva; de Enero del 2005 hasta Agosto del 2005</p> <p>Se envió además cronograma de las actividades en Hospitales Tipo 4</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Documento de APS. Cronograma de actividades Hospitales Tipo 4.</p>
<p>5. Aspectos económico-financieros del programa</p> <p>a) Mejorar los procedimientos administrativos que permitan recuperar los costos derivados de la atención de beneficiarios de ISAPRE. Debe dimensionarse la magnitud de la brecha entre los recursos recuperables y los efectivamente recuperados y estudiarse incentivos que estimulen una mejor gestión de estos ingresos.</p> <p>b) Incorporar formas de transferencia de recursos que incentiven la gestión clínico-financiera en los hospitales. Ejemplo de estos mecanismos de transferencia son los pagos asociados a resultados finales.</p>	<p>a) y b) Mejoramiento de los procedimientos de recuperación de costos.</p> <p>Realización de un estudio, en un número significativo de establecimientos, respecto de procedimientos de cobranza de las atenciones urgencias a beneficiarios particulares, de ISAPRES y del Seguro Obligatorio de Accidentes del Tránsito (SOAP). Estandarización del procedimiento, sobre la base de aquellos con mejores resultados.</p> <p>Revisión exhaustiva de procesos de cobranza, para analizar las facturas por cobrar, determinando la exigibilidad o incobrabilidad de éstas.</p>	<p>Respuesta BGI 2008:</p> <p>La Ley de Autoridad Sanitaria con el desarrollo de Autogestión a implicado una serie de mejoramiento de procesos dentro de los centros de mayor complejidad. La situación del proceso de cobranza, analizando sus variables con el objetivo de disminuir la incobrabilidad de los beneficiarios particulares, de ISAPRES y Seguro Obligatorio es parte de este complejo proceso, que tiene por objetivo general el desarrollo de un equilibrio financiero.</p> <p>Durante este año la implementación del proceso de autogestión permitirá obtener resultados respecto de estas variables, significando que no sería necesaria la realización de un estudio como estaba formalmente estipulado el compromiso anterior. Esto hace necesario la revisión de esta meta y el desarrollo de nuevos indicadores para evaluar este</p>

<p>Los hospitales deben ser estimulados a usar herramientas de costeo de prestaciones que les permitan comparar los resultados financieros de sus diversas unidades y que, dentro de una misma unidad, les permitan análisis comparativos de pabellones, salas de hospitalización, médicos, etc.</p> <p>(c) Modificar el arancel vigente para el cobro a compañías aseguradoras por atención a beneficiarios del seguro de accidentes de tránsito. Este arancel debería ser al menos equivalente al de la modalidad institucional de FONASA.</p> <p>(d) Revisar los aranceles FONASA para las prestaciones de urgencia, con especial énfasis en el reconocimiento de las camas críticas existentes como recursos de mayor costo que las camas comunes, para posibilitar una recuperación de costos más cercana a la realidad del gasto de los servicios en esta materia.</p>	<p>Sobre esta base, se debe implementar, con los ingresos devengados al 31.12.2001, un proceso de cobranza intensiva o en su defecto solicitar el castigo por incobrabilidad de las cuentas que se determinen.</p> <p>Análisis, junto con la Superintendencia de ISAPRES, del marco jurídico que regula la cobranza y las alternativas que pudiesen existir para darle mayor exigibilidad a los cobros.</p> <p>Definición de procedimientos que agilicen la recuperación de costos desde las aseguradoras, en el caso de beneficiarios del Seguro Público. Dichos procedimientos se definirán conjuntamente entre FONASA y MINSAL.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>compromiso.</p> <p>Inicialmente, la Subsecretaría realizó un análisis de la información enviada por los Servicios de Salud en relación a la recuperación de ingresos por efecto de atenciones prestadas a privados afectos a cajas y mutuales, tanto por la vía ambulatoria como en hospitalizaciones obteniendo un porcentaje de recuperación para el año 2002 de un 80% y el 2003 de 81%.</p> <p>En relación a las facturas por cobrar, los Establecimientos tienen claramente identificadas aquellas en las que se ha hecho toda las acciones posibles para hacer efectiva la cobranza, existiendo algunas que se arrastran de hace algunos años atrás. A través de la División de Planificación y Presupuesto se orientó a aquellos Servicios de Salud que soliciten el castigo por incobrabilidad de dichas facturas.</p> <p>Por otra parte, se instaló una comisión (Departamento Jurídico, FONASA y Superintendencia de Salud) para realizar el análisis del marco jurídico y presentar propuestas para darle exigibilidad a los cobros, la que no prosperó en su resultado. Sin embargo, la entrada en vigencia de la Ley de Autoridad Sanitaria, que regula entre otros aspectos lo referente a los hospitales de mayor complejidad, ha significado enfrentar la situación de recuperación de costos desde diversas perspectivas.</p> <p>Es así que, cada establecimiento ha desarrollado mecanismos que permiten optimizar la recuperación de costos de beneficiarios de Isapres, dado que es uno de los requisitos de los hospitales de mayor complejidad para optar a la autogestión es su</p>
--	---	---

		<p>equilibrio financiero, por lo que se encuentran en un proceso que ha incorporado mecanismos eficientes de recuperación de los costos señalados.</p> <p>Respuesta corte Junio 2008</p> <p>La información recogida en la oportunidad del estudio ya no está vigente principalmente debido al cambio estructural producido en los establecimientos de salud a raíz de la Reforma Sanitaria, la que reestructuró funciones y generó el modelo autogestionado en los establecimientos de mayor complejidad. De acuerdo a lo anterior se está realizando una actualización del estudio mencionado, de carácter analítico y propositivo, utilizando como base los establecimientos autogestionados, que a fines de 2009 habrán obtenido esta calidad, por lo tanto el estudio tendrá una mayor utilidad en el tiempo. Por otra parte, es en estos establecimientos donde hay mayor volumen y complejidad de consultas de urgencia, por lo que constituyen una muestra representativa. Adicionalmente, esta actualización incorpora a beneficiarios de todos los tipos de seguro de salud para efectos de procedimientos de recuperación de cobranza y estandarización de estos procesos. El informe de actualización será enviado en el transcurso del presente año. Medios de Verificación: Informe de estudio de actualización de recuperación de costos de prestaciones realizadas en unidades de emergencia hospitalaria.</p> <p>RESPUESTA DISCUSIÓN PRESUPUESTARIA 2010</p> <p>El estudio ya no aplica, dado que el levantamiento de información en los hospitales de mayor complejidad de realizó aplicando las pautas de certificación para la autogestión (en su acápite financiero) Se reunirá una comisión técnica para el analizar la situación por Servicio de Salud y propiciar benchmarking con los hospitales que tienen esta modalidad, "procedimientos de</p>
--	--	--

		<p>cobranzas", por ejemplo La posta Central, CRS Cordillera, Complejo Asistencial Barros Luco y CRS de Maipú.</p> <p>Medios de Verificación:</p> <p>1.- Pautas de Certificación que se encuentran disponibles en el Departamento de Auditoria del Minsal, por cada hospital complejo</p> <p>Respuesta a junio 2010 Se solicitará formalmente la cancelación del compromiso por no ser atingentes en la actualidad. Con respecto a los avances, se remite el modelo de pauta de autogestión formulada en 2009, que muestra los puntos de avance. Esta pauta se modifica y monitorea con relación al estado de avance en materias administrativas, financieras y otras de los establecimientos autogestionados.</p> <p>Respuesta a Marzo 2011 Se mantiene la solicitud de cancelar el presente compromiso, ya que se han seguido generando instancias que velan por resguardar la eficiencia en la gestión de los recursos, entre ellos los ingresos propios para todos los establecimientos hospitalarios, incluyendo además de la actividad realizada por los servicios de urgencia más bien toda la actividad productiva del establecimiento, que se otorgue a pacientes no beneficiarios.</p> <p>En dicho contexto desde mediados del año 2010 se han generado a lo menos dos instrucciones al respecto:</p> <p>Documento de Acuerdo de Gestión firmado por los Directores(as) de Servicio de Salud, Subsecretario de Redes Asistenciales y Director de FONASA mediante el cual se comprometen a mantener un equilibrio financiero para este año. Negociación de Compromisos de gestión de los</p>
--	--	--

		<p>Servicios de salud frente al Subsecretario de Redes con mención especial en Gestión Financiera, tanto para Cumplimiento de Marcos presupuestarios ítems 21., 22 y 29, más la Implementación de Unidades de Cobro y/o Recaudación de Ingresos Propios en todos los Hospitales Autogestionados y Base.</p> <p>Objetivos de ambos compromisos:</p> <p>Controlar el cumplimiento del Marco Presupuestario en Gasto en Personal</p> <p>Controlar el cumplimiento del Marco Presupuestario en Bienes y Servicios de Consumo</p> <p>Controlar el cumplimiento del Marco Presupuestario en Adquisición de Activos no Financieros</p> <p>Implementación de Unidades de Cobro y/o Recaudación de Ingresos Propios Implementadas.</p> <p>Cumplimiento de los Resultados Esperados para el tercer y cuarto trimestre en la Operación de las Unidades de Cobro y/o Recaudación en los establecimientos autogestionados y/o bases.</p> <p>La firma del Acuerdo de Gestión en diciembre del año 2010.</p> <p>Negociación de los Compromisos de gestión con los Servicios de Salud en Enero del año 2011, con 100% de los servicios aceptando el compromiso.</p> <p>Adicionalmente, se creó un Departamento de Gestión Financiera en la Subsecretaría de Redes para fortalecer los ingresos propios y el equilibrio presupuestario de los SS.</p> <p>Medios de verificación:</p> <p>Orientaciones técnicas preliminares del compromiso de gestión N°4 Gestión Financiera.</p> <p><u>Observación:</u> A junio 2011 este compromiso no ha sido cumplido ni se ha solicitado formalmente, por parte de la institución responsable, su cancelación. En consideración al tiempo transcurrido desde la</p>
--	--	---

		<p>fecha establecida para su cumplimiento, sin mostrar avances al respecto, se procede a cancelar dicho compromiso debido a la pérdida de vigencia ante la situación actual del programa/institución.</p> <p><u>Calificación:</u> Cancelado (30-06-2011)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Documento Diagnóstico.</p> <p>Pauta de autogestión formulada en 2009</p> <p>INDICADOR N 4 Porcentaje de Establecimientos con Unidades de Cobro y/o Recaudación de Ingresos Propios Implementados</p> <p>3. CUMPLIMIENTO DE MARCO PRESUPUESTARIO SERVICIOS DE SALUD Y ESTABLECIMIENTOS EXPERIMENTALES</p>
<p>5. Aspectos económico-financieros del programa</p> <p>a) Mejorar los procedimientos administrativos que permitan recuperar los costos derivados de la atención de beneficiarios de ISAPRE. Debe dimensionarse la magnitud de la brecha entre los recursos recuperables y los efectivamente recuperados y estudiarse incentivos que estimulen una mejor gestión de estos ingresos.</p> <p>b) Incorporar formas de transferencia de recursos que incentiven la gestión clínico-financiera en los hospitales. Ejemplo de estos mecanismos de transferencia son los pagos asociados a resultados finales. Los hospitales deben ser estimulados a usar herramientas de costeo de prestaciones que les permitan</p>	<p>c) El arancel para el cobro a compañías aseguradoras ya fue nivelado al nivel 3 de la Modalidad Libre Elección.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2001</p>	<p>Arancel modificado para el cobro a compañías aseguradoras, el cual fue nivelado al nivel 3 de la modalidad libre elección.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Decreto de Diciembre 2000.</p>

<p>comparar los resultados financieros de sus diversas unidades y que, dentro de una misma unidad, les permitan análisis comparativos de pabellones, salas de hospitalización, médicos, etc.</p> <p>(c) Modificar el arancel vigente para el cobro a compañías aseguradoras por atención a beneficiarios del seguro de accidentes de tránsito. Este arancel debería ser al menos equivalente al de la modalidad institucional de FONASA.</p> <p>(d) Revisar los aranceles FONASA para las prestaciones de urgencia, con especial énfasis en el reconocimiento de las camas críticas existentes como recursos de mayor costo que las camas comunes, para posibilitar una recuperación de costos más cercana a la realidad del gasto de los servicios en esta materia.</p>		
<p>5. Aspectos económico-financieros del programa</p> <p>a) Mejorar los procedimientos administrativos que permitan recuperar los costos derivados de la atención de beneficiarios de ISAPRE. Debe dimensionarse la magnitud de la brecha entre los recursos recuperables y los efectivamente recuperados y estudiarse incentivos que estimulen una mejor gestión de estos ingresos.</p> <p>b) Incorporar formas de transferencia de recursos que incentiven la gestión clínico-financiera en los hospitales. Ejemplo de estos mecanismos de transferencia son los pagos asociados</p>	<p>d) Realizar estudio de costos que incluya el análisis de las camas críticas.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2001</p>	<p>Se realizó el estudio de actualización de costos y se incorporaron los costos reales a arancel de prestaciones valoradas de FONASA en camas críticas.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Arancel prestaciones valoradas de FONASA.</p>

<p>a resultados finales.</p> <p>Los hospitales deben ser estimulados a usar herramientas de costeo de prestaciones que les permitan comparar los resultados financieros de sus diversas unidades y que, dentro de una misma unidad, les permitan análisis comparativos de pabellones, salas de hospitalización, médicos, etc.</p> <p>(c) Modificar el arancel vigente para el cobro a compañías aseguradoras por atención a beneficiarios del seguro de accidentes de tránsito. Este arancel debería ser al menos equivalente al de la modalidad institucional de FONASA.</p> <p>(d) Revisar los aranceles FONASA para las prestaciones de urgencia, con especial énfasis en el reconocimiento de las camas críticas existentes como recursos de mayor costo que las camas comunes, para posibilitar una recuperación de costos más cercana a la realidad del gasto de los servicios en esta materia.</p>		
<p>6. Abordar la solución definitiva de la dependencia y estructura administrativa de los SAMU, debido a que la actual dependencia del Centro Regulador de uno de los Servicios existentes en la región entraña una debilidad estructural del componente. Fórmulas de mayor autonomía y flexibilidad permitirían mejorar la operación de los SAMU y una gestión más adecuada de sus recursos humanos.</p> <p>Además, es necesario uniformar</p>	<p>Propuesta de organización funcional para la atención pre-hospitalaria (SAMU).</p> <p>Propuesta de estructura y organización funcional para los SAMU atención pre-hospitalaria. Se evaluarán los distintos modelos de estructura y organización funcional de los sistemas de atención pre-hospitalaria existentes en el mundo y en Chile, y se analizarán las ventajas y dificultades de las distintas formas de organización que se han dado en</p>	<p>La organización funcional de los Sistemas de Atención de Urgencia 131 (SAMU), se ha ido conformando de diferente manera en cada Servicio de Salud, de acuerdo a las fortalezas y debilidades de cada uno en los ámbitos involucrados. De esta manera se han consensado, con los equipos técnicos, la conformación de centros de regulación suprarregionales, los que dan soporte técnico clínico a través de la presencia de un médico, a las demandas de urgencia prehospitalaria de más de un Servicio y eventualmente de mas de una región. Se envió documento Modelo de Sistema de Atención de Urgencia Pre-hospitalaria.</p>

<p>critérios de acreditación de móviles de manera de facilitar la inversión en las regiones con criterios de necesidades per-cápita.</p>	<p>los distintos SAMU del país. Esta propuesta incluirá criterios de acreditación de móviles en base a demanda efectiva de la región.</p> <p>Presentación de un plan de implementación de la propuesta.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Documento Modelo de Sistema de Atención de Urgencia Pre-hospitalaria</p>
<p>6. Abordar la solución definitiva de la dependencia y estructura administrativa de los SAMU, debido a que la actual dependencia del Centro Regulador de uno de los Servicios existentes en la región entraña una debilidad estructural del componente. Fórmulas de mayor autonomía y flexibilidad permitirían mejorar la operación de los SAMU y una gestión más adecuada de sus recursos humanos.</p> <p>Además, es necesario uniformar criterios de acreditación de móviles de manera de facilitar la inversión en las regiones con criterios de necesidades per-cápita.</p>	<p>Informe con grado de avance en la implementación del modelo SAMU.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2002</p>	<p>Los Centros Reguladores Macroregionales y/o Regionales estos están en proceso de implementación.</p> <p>Actualmente el registro de la actividad realizada por los Centros en el DIES se realiza a nivel local. A partir del año 2006 se incorporará el registro en el sistema oficial.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Departamento de Estadística en Salud del MINSAL (DEIS).</p> <p>Definición de centro regulador Samu</p> <p>Estado de avance Samu</p>
<p>7. La gestión de los recursos humanos especializados y de alto costo debe ser incorporada en la gestión del programa. El estudio de fórmulas innovadoras de contratación de los recursos profesionales médicos en los servicios de urgencia, que permitan reforzar los horarios de mayor demanda, es una de las alternativas de gestión que parece importante estudiar.</p>	<p>Diagnóstico de situación de RR.HH en la Red de Urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantamiento diagnóstico de dotaciones de personal de los estamentos médicos, profesionales, técnicos y de apoyo de las unidades de la red de urgencia. - Diagnóstico de los sistemas de turno en uso en dichas unidades. 	<p>A partir del diagnóstico y evaluaciones realizadas a las Unidades de Emergencia de los establecimientos 1 y 2 de la Red Asistencial se han ido realizando las siguientes propuesta de modelo de atención de urgencia.</p> <p>Para la implementación de un modelo de atención progresivo de urgencia, las Unidades de Emergencia de los Hospitales tipo 1 y 2 debieran recibir pacientes de urgencia de mediana y alta complejidad, dando así un adecuado uso al recurso</p>

<p>Además se debe abordar la situación de los recursos médicos de alta experiencia y especialización que se liberan de guardias nocturnas en los servicios de urgencia, a fin de utilizar mejor estos recursos en funciones productivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la aplicación de las jornadas diurnas de profesionales liberados de guardia. - Evaluación de la aplicación de los beneficios de las leyes 19.264 y 19.536 en dichas unidades. - Presentación de recomendaciones a partir de los diagnósticos y evaluaciones realizadas, para mejorar la gestión de los recursos humanos <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2002</p>	<p>tanto humano como tecnológico, altamente especializado que ahí se encuentra.</p> <p>La realidad actual nos muestra que el total de la consulta de urgencia está compuesta por patologías de baja complejidad, patologías crónicas descompensadas y las emergencias con riesgo vital. Si queremos intencionar un modelo de atención progresiva en la urgencia, las dos primeras causas mencionadas deberían ser responsabilidad del primer nivel de atención.</p> <p>Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores es que a partir del año 2004 se ha establecido un compromiso de Gestión de las redes de urgencia, que nos ha permitido ir avanzando cada año en la implementación del modelo antes planteado.</p> <p>Este compromiso está orientado básicamente a lo siguiente:</p> <p>Establecer en cada Servicio de Salud una instancia de coordinación de su red local de urgencia en la que participen los Jefes de las Unidades de Emergencia de los Hospitales, los directores de SAPU, los directores de los Centros de Salud (consultorios) y los directores de los hospitales tipo 4 (cuando corresponda), liderado por la Sub Dirección Médica del Servicio de Salud.</p> <p>Esta instancia de coordinación deberá tener un plan de trabajo y un cronograma que incorpore a lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de la demanda de pacientes consultantes en las Unidades de Emergencia de los hospitales de mayor complejidad. La caracterización deberá incluir a lo menos: diagnóstico, edad, sexo, previsión, inscripción en Atención Primaria. • Definición y/o actualización del flujo de los pacientes al interior de cada red, definiendo los niveles de resolutivez y complejidad para cada
--	--	--

		<p>establecimiento que la compone.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorización de la demanda de atención de urgencia de acuerdo a complejidad (selección de demanda). • Estrategias propuestas para alcanzar las metas de mejora de oportunidad de la atención y de redireccionamiento de las consultas de urgencia, esto se refiere a que el paciente deberá ser atendido en el lugar que le corresponda según la complejidad de la patología que presenta, para ello se ha establecido que de acuerdo a las características propias de la red asistencial correspondiente deberán definir la pertinencia de la consulta en las respectivas Unidades de Emergencia Hospitalaria. <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Formato Compromisos de Gestión. Informe de resultado de encuesta. Compromiso Recursos Humanos 2006 Compromiso de Gestión 2005 Compromiso de Gestión 2006</p>
<p>7. La gestión de los recursos humanos especializados y de alto costo debe ser incorporada en la gestión del programa. El estudio de fórmulas innovadoras de contratación de los recursos profesionales médicos en los servicios de urgencia, que permitan reforzar los horarios de mayor demanda, es una de las alternativas de gestión que parece importante estudiar.</p>	<p>Elaboración de propuestas y plan de implementación para mejorar la gestión de RR.HH.</p> <p>Informe con propuesta y plan de implementación sobre establecimiento de estándares de dotación y sistemas de turnos normalizados en las unidades de la Red de Urgencia, así como estructurar una normativa que posibilite la incorporación efectiva del</p>	<p>La División de Gestión y Desarrollo de las Personas ha incluido en su Programa de trabajo 2006 la implementación de proyectos de intervención para la mejora en la utilización de los recursos humanos de la Red de Urgencia, en todos los Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).</p> <p>El objetivo específico que se ha planteado en esta materia es implementar una metodología de evaluación del rendimiento de los recursos humanos</p>

<p>Además se debe abordar la situación de los recursos médicos de alta experiencia y especialización que se liberan de guardias nocturnas en los servicios de urgencia, a fin de utilizar mejor estos recursos en funciones productivas.</p>	<p>horario diurno de los profesionales liberados de guardias a la actividad asistencial.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2002</p>	<p>de la Red de Urgencia en el Sistema Nacional de Servicios de Salud que permita gestionar los recursos disponibles optimizando su aplicación, con énfasis en los objetivos de la Reforma Sectorial y el Sistema de Garantías en Salud.</p> <p>El desarrollo de este programa de trabajo considera obtener los siguientes Productos - Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de personal de la Red de Urgencia en cada uno de los 28 Servicios de Salud. 2. Diseño y aplicación de una metodología de medición de rendimientos en la Red de Urgencia del SNSS 3. Desarrollo de medidas de gestión de las jornadas de cargos Ley N°15.076 en la Red de Urgencia del SNSS . 4. Auditoría del cumplimiento de las jornadas asistenciales y de las tareas de investigación, asesoría técnica y actividad docente realizadas por los profesionales liberados de guardia. <p>En relación al producto 1, a la fecha se cuenta con la situación diagnóstica de 27 Servicios de Salud, proceso que deberá completarse al 28 de Febrero próximo, mediante un informe de síntesis y conclusiones. Se acompaña en anexo la plantilla respectiva que se ha aplicado en todo el SNSS.</p> <p>A partir de dicho informe se programa trabajar, en conjunto con la Unidad Técnica de Red de Urgencia el diseño y aplicación de la metodología de medición de rendimientos de los Recursos Humanos de la Red de Urgencia, así como las medidas de gestión de las jornadas de los cargos Ley N°18.834.</p> <p>En el mes de Marzo se iniciará con las Subdirecciones de Recursos Humanos de los Servicios de Salud el proceso de auditoría del cumplimiento de las jornadas asistenciales y de las tareas de investigación, asesoría técnica y actividad docente realizadas por los profesionales liberados de guardia, indicado como producto 4.</p>
--	---	--

		<p>Asimismo, se cuenta con una propuesta técnica y se evaluará, con las nuevas autoridades ministeriales la viabilidad de tramitar una modificación al DS. N°2.207 de 17 de Noviembre de 1993, que reglamenta el Art. 6° de la Ley N°19.230, en orden a flexibilizar la gestión de las jornadas de profesionales liberados de guardia.</p> <p><u>Observación:</u></p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (31-12-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Planitilla para diagnóstico de personal Red de Urgencia.</p> <p>Informe de resultados.</p> <p>Dotación Red de Urgencia.</p> <p>Plan de Trabajo 2006, División de Gestión y Desarrollo de las Personas.</p>
<p>8. Extender los programas de capacitación comunitaria en materia de reanimación del paro cardíaco y dotar de instrumental de desfibrilación a instancias comunitarias (carabineros, escuelas, etc.) de manera de abordar la atención inmediata de esta emergencia.</p>	<p>Capacitación del personal de salud en reanimación del paro cardiorrespiratorio.</p> <p>Capacitar a 4.400 funcionarios de salud en reanimación del paro cardiorrespiratorio, cubriendo un 100% de la necesidad de capacitación informada por los establecimientos.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2002</p>	<p>Fue enviado por correo oficial el documento que informa los resultados del Programa Nacional de Capacitación en Urgencia Prehospitalaria (Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio).</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (30-06-2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Documento resultados del Programa Nacional de Capacitación en Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio.</p>