

**BALANCE DE GESTIÓN  
INTEGRAL  
AÑO 2009**

**SUBSECRETARIA DE REDES  
ASISTENCIALES**

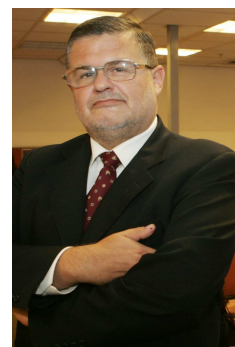
Mac Iver # 541, 5740100

[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

## ÍNDICE

1. Presentación .....	3
2. Resultados de la Gestión año 2009 .....	6
3. Desafíos para el año 2010.....	31
4. Anexos .....	34
Anexo 1: Identificación de la Institución .....	35
Anexo 2: Recursos Humanos .....	41
Anexo 3: Recursos Financieros .....	46
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009 .....	60
Anexo 5: Programación Gubernamental.....	68
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas .....	73
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009.....	96
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo .....	98
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	99
Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública.....	100

# 1. Presentación



La misión de esta Subsecretaría es regular y velar por la coordinación y articulación de las redes asistenciales para responder a las necesidades de salud de la población, con eficiencia y equidad, y garantizar la salud como un derecho social.

En la misma dirección los Objetivos Sanitarios de la década que termina orientan las políticas sanitarias a mantener y mejorar los logros de salud de la población, a asumir los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios ocurridos en sociedad, a disminuir las inequidades y a proveer servicios acordes a las expectativas de la población. Estas orientaciones son el pilar fundamental del Sistema de Protección Social que impulsa el Gobierno y determinan las prioridades específicas de esta Subsecretaría.

Además, los Objetivos Estratégicos (OE) de la Subsecretaría para el año 2009, buscan consolidar el funcionamiento de las Redes Asistenciales, mejorar la Gestión en la Atención Primaria de Salud (APS), desarrollar los Recursos Humanos en Salud, asegurar las condiciones de funcionamiento de las Garantías Explícitas en Salud y en el ámbito de la infraestructura; reponer los activos, renovar la tecnología, expandirla y reconvertirla.

Los clientes, usuario/as o beneficiario/as de la Subsecretaría son los 29 Servicios de Salud, Instituciones experimentales e instituciones de la red en general, además de los beneficiario/as directos del sistema público de salud. Para el desarrollo de sus funciones la Subsecretaría cuenta con 176 funcionario/as, 59 hombres y 117 mujeres, quienes se desempeñan en el nivel central, quienes han aportado para alcanzar los resultados que dan cuenta del énfasis en la gestión de la Subsecretaría consolidando el funcionamiento de las redes asistenciales, cuya prueba significativa fue la Pandemia por Influenza AH1N durante 2009. Para enfrentarla, la red pública realizó 25 millones de consultas, se entregaron 634.450 tratamientos antivirales gratuitos en el sector público y privado, notificó 368.129 casos clínicos ambulatorios sospechosos de Influenza Pandémica y 12.302 casos fueron confirmados a través de PCR, se reconvirtieron 3.290 camas, la Unidad de Gestión Centralizada de Camas creada (apoyada por Salud Responde y el SAMU), coordinó 987 traslados. Se dotó al sistema público de 95 ventiladores adicionales y 4 equipos de oxigenación extra corpórea-ECMO.

En la misma línea de consolidación del funcionamiento de una red asistencial que vela por la calidad de la resolución de los problemas de salud y que garantiza la participación social es posible mencionar los avances en la coordinación Nacional de Donaciones y Transplantes, el inicio de las funciones del Hospital Metroplitano, los esfuerzos en la reducción de las Listas de Espera Prolongadas, la continuidad e incremento de los logros de Programas como el Hospital Amigo y Chile Crece Contigo a través de su componente de salud (el Programa de Apoyo al Desarrollo Biosicosocial- PADB-) y la constitución de Oficinas Locales de Seguridad y Calidad del Paciente en más de 60 hospitales, entre otros. En participación social los Consejos Consultivos y de otros tipos, funcionan en 606 establecimientos y representan más de 3.000 organizaciones, se instalaron los Diagnósticos y Presupuestos Participativos en todos los Servicios de Salud y las 722 OIRS realizaron más de 22 millones de atenciones.

Asimismo se buscó alcanzar una mayor resolutiveidad e integralidad a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en el fortalecimiento de la Atención Primaria, dónde se amplió el acceso a los Servicios de Urgencia realizando 7.738.900 consultas SAPU y 492.712 consultas SUR, las que en conjunto hacen casi el 45% del total de las consultas de urgencia. Se implementaron 29 Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) llegando a 36 en el país. Estuvieron disponible 534 salas IRA, 500 salas ERA y 100 salas mixtas para los Programas de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), logrando que la mortalidad por IRA bajara de 51 en 1990 a 17.2 por 100 mil habitantes en 2009. Además entraron en operaciones 9 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF).

Por su parte, las políticas de desarrollo de Recursos Humanos en los Servicios de Salud se han centrado en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en un marco de participación para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas. Se priorizó la formación de médicos y odontólogos especialistas para los niveles primario y secundario mediante concursos para la Etapa de Destinación y Formación (Especialización de Médicos y Odontólogos), Especialización Médicos de APS Municipal y Especialistas y Sub-Especialistas de los Servicios de Salud. El proceso de formación 2006-2009 involucra recursos por M\$ 18.572.577 y un total de 1375 cupos.

Respecto del Programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud el año 2009, el Sistema de Información Gestión de Garantías Explícitas en Salud muestra un total de 8.617.098 casos de problemas de salud, el 77.4 % se resuelve en la APS. El 90 % de los casos se concentran en 17 problemas de salud. La modalidad de piloto sigue vigente para instalar las nuevas garantías. Durante 2009 se incorporó en esta modalidad el Tratamiento Integral de Salud Oral de Embarazadas y la Displasia Luxante de Cadera. Se capacitaron 1.846 profesionales.

Respecto de la reposición, renovación, expansión y reconversión de Infraestructura y Equipamiento, a Diciembre de 2009, de un total de 44 Proyectos Hospitalarios contemplados en el Plan de Inversiones 2007-2010 para el sector, 14 proyectos se encuentran en Operación los que cuentan con 143.325 m<sup>2</sup> y casi 3.000 camas, 16 proyectos en Ejecución de Obras por más de 500.000 m<sup>2</sup> y cerca de 5.000 camas, 8 se encuentran en Licitación y 6 en Desarrollo de Proyectos. Además, 52 CESFAM y 129 CECOF entraron en operación en 2009. Los proyectos Ejecutados y en Ejecución de Obras Civiles contemplan su equipamiento en un 100%. En forma adicional, el plan de 90 días

permitió adquirir 100 ambulancias por MM\$ 3.085 y equipamiento para servicios de urgencia y hospitalización por un monto de MM\$ 2.132.

Globalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales a nivel de mecanismos de control de gestión en el caso de las metas SEGPRES obtuvo un 92% en un rango de alto cumplimiento y un 8% en rango medio de cumplimiento. Para el caso de los indicadores H comprometidos en la Ley de Presupuestos 2009 la Subsecretaría tiene un 90% de cumplimiento.

Los objetivos estratégicos para el 2010 de la Subsecretaría están enfocados en la Descentralización y el Control, la coordinación de la Red Asistencial y la gestión activa de la satisfacción usuaria, oportunidad de atención y seguridad de los procesos clínicos críticos.



**Julio Montt Vidal**  
Subsecretario de Redes Asistenciales

## 2. Resultados de la Gestión año 2009

Los logros de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el año 2009 se han agrupado de acuerdo a los seis Objetivos Estratégicos definidos por el Servicio, de acuerdo al siguiente desglose:

### **OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 1: CONSOLIDAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES Y MACROREDES ASISTENCIALES, A TRAVÉS DE LA DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD, VELANDO POR LA EFICIENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN A SU CARGO.**

Los logros en este Objetivo Estratégico están vinculados a prioridades gubernamentales relacionadas con la incorporación de buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, el mantenimiento de la calidad de vida de los adultos mayores en óptimas condiciones y el garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social promoviendo el desarrollo de potencialidades de niños y niñas.

- RESPUESTA DE LA RED ASISTENCIAL A LA PANDEMIA DE INFLUENZA AH1N1

En 2009 Chile enfrentó la primera Pandemia del siglo XXI. Esta tensionó al límite la capacidad del sistema de salud (público y privado) para abordar un escenario de esta complejidad. La respuesta fue reconocida por los organismos internacionales de salud, siendo una tarea no aislada y que requirió de esfuerzos conjuntos. Así como la situación de Pandemia fue excepcional, la respuesta de los equipos de salud a lo largo y ancho de todo el país también fue excepcional.

Para enfrentar la Pandemia, el país utilizó dos estrategias. La primera, de contención, para atrasar el ingreso del virus pandémico, mediante el control de las personas que ingresaron al país por los puertos, aeropuertos y pasos fronterizo del territorio nacional. Sólo en el aeropuerto internacional de Santiago fueron controlados más de 53 mil pasajeros por el escáner de fiebre. La segunda, de mitigación, para disminuir el impacto de la pandemia en el país, mediante las acciones del sector salud para elaborar Guías Clínicas y Protocolos, adquirir y distribuir antivirales, preparar a la red asistencial para enfrentar la crisis, y gestionar decretos de facultades extraordinarias para enfrentar la emergencia logrando con esto mitigar los efectos de la pandemia.

Como resultado del trabajo, se notificaron 368.129 casos clínicos tipo Influenza y se confirmaron por laboratorio 12.302 casos de personas con Nueva Influenza Humana. Este último número da cuenta de la capacidad diagnóstica con técnicas sofisticadas como la PCR. De esta manera, se pudo confirmar y diagnosticar los casos de Nueva Influenza Humana en menos de 24 horas, sin necesidad de enviar una contramuestra al Centro de Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Estados Unidos, a través de la técnica implementada no sólo en el Instituto de Salud Pública (ISP), laboratorio de referencia nacional, también en varios hospitales y en 5 laboratorios privados, los cuales fueron certificados para ampliar la capacidad diagnóstica en el país. Cabe relevar el trabajo realizado por el ISP, que fue capaz de secuenciar el virus Nueva Influenza Humana permitiendo confirmar fehacientemente el diagnóstico. El total de personas hospitalizadas por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ascendió a 1.622. Se confirmaron 155 defunciones, de estas, 150 fueron clasificada como muertes asociadas a la Influenza Pandémica, cuatro están en estudio para

su correcta codificación y un fallecimiento fue descartado por corresponder a otra causa de muerte: Peritonitis Aguda secundaria a una Colitis Pseudomembranosa.

La red de establecimientos públicos realizó 25 millones de atenciones durante el invierno pasado. De estas, 10 millones 133 mil se realizaron en Consultorios y Centros de Salud Familiar (un millón 400 mil consultas ambulatorias más que en 2008). Hubo un doble desafío: enfrentar la Pandemia de Nueva Influenza Humana, junto al Virus Sincicial Respiratorio que afecta a los menores de 3 años

Se entregaron 634.450 tratamientos antivirales gratuitos en el sector público y en el sector privado. Esta medida representó una garantía del Estado, un bien público disponible para la población. Se reconvirtieron 3.290 camas de las cuales, 1.700 fueron camas pediátricas.

La Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) fue creada el 11 de Mayo de 2009, al inicio de la Pandemia, con el objeto de fortalecer la gestión de camas hospitalarias dentro de la red público-privada, y que garantice la distribución del recurso cama mediante una asignación ordenada y priorizada y equitativa, según nivel de complejidad y manteniendo un control sanitario y financiero. La incorporación de las regiones a la UGCC ha sido progresiva.

#### **Traslados según destino público/ privado. 11 mayo 2009 a 23 enero 2010**

<b>TIPO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
PRIVADO	1436	47
PUBLICO	1627	53
Sin información	1	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>3064</b>	<b>100</b>

En el período estudiado, se realizaron 3064 traslados por exceso de demanda de camas, fundamentalmente críticas. El 53% de esos traslados se realizaron entre hospitales públicos, el 50% correspondió a adultos y el 22% a Pediatría. A su vez, el 52% fue a UCI y el 23% a UTI. Este esfuerzo permitió disminuir a la mitad –en plena Pandemia- la compra de camas al sistema privado. También se dotó al sistema de los equipos suficientes para dar apoyo ventilatorio a los niños y adultos que lo requirieron, incorporándose a la red pública de salud, 95 ventiladores convencionales y de alta frecuencia y 4 aparatos de oxigenación extra corpórea (ECMO).

De acuerdo al indicador de desempeño “Porcentaje de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas desde la indicación en la unidad de emergencia año t sobre el total de pacientes con indicación que ingresan a cama hospitalaria desde la unidad de emergencia año t” cuya meta para el año 2009 era de 65% al 31 de diciembre el resultado fue de 77% (215.756/278.569). El sobre cumplimiento se basa en la gestión de camas realizada a partir de la Pandemia mediante la UGCC, la que contó con el apoyo del Programa Salud Responde e incluyó la gestión de traslados del Sistema de Atención Médica de Urgencia, SAMU, lo cual impactó de manera directa en el uso eficiente de los recursos disponibles.

- PROCESO DE AUTOGESTIÓN EN RED

#### POSTULACIÓN DE NUEVOS EAR 2009.

Dada la postergación de la entrada en vigencia de la ley que autoriza la implementación de los Establecimientos Autogestionados en Red al 01 de Febrero de 2010, se abrió una postulación extraordinaria y voluntaria durante el 2009 cuyo resultado favoreció a 5 de los 13 postulantes. Sin embargo, la Pandemia y dificultades administrativas para completar las definiciones presupuestarias y financieras que implica la autogestión, llevaron a suspender el proceso e intencionar que todos los Hospitales de Mayor Complejidad transitaran a la condición de Establecimiento Autogestionado en Red por el solo imperio de la ley el año 2010.

#### ACTIVIDADES CON LOS 11 EAR ACTUALES.

**Evaluación anual.** Las auditorías realizadas a comienzos del año 2009 recomendaron que 10 de los 11 EAR presentaran un Plan de Ajuste y Contingencia, los que fueron aprobados por el Ministerio de Salud. Los 4 EAR que necesitaban ajuste en materias financieras fueron acompañados por la División de Integración de Redes Asistenciales (DIREN) y la División de Inversiones, Presupuesto y Concesiones (DIFIC), y los respectivos Servicios de Salud, para identificar las causas y proponer mejoras a los Planes de Ajuste. Todos los planes fueron aprobados

#### PREPARACIÓN DE LOS HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD (HMC) EN TRÁNSITO A ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED (EAR).

**Visitas a terreno.** Intensificadas por el acompañamiento externo que ejecutaron la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Chile Calidad, la Escuela de Salud Pública, el Instituto de Administración en Salud y el Departamento de Ingeniería Industrial (los tres últimos de la Universidad de Chile), por las auditorías y la sistematización de algunos procesos que se describen más adelante.

**Diagnóstico del desarrollo organizacional de los hospitales.** Fue realizado mediante un proceso de Autoevaluación con la Guía SIGA (autorizada por Chile-Calidad), a través del cual se identificaron procesos asistenciales críticos, tales como: i) Gestión de pabellones, ii) Gestión de camas en red, iii) Modelo de atención de urgencia, iv) Atención ambulatoria y v) Unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

La integración de diversos indicadores<sup>1</sup>, identificó tres grupos de hospitales de distinto grado de complejidad organizacional. Los EAR se encuentran entre los de menor complejidad organizacional, a excepción de los Hospitales Regionales de Temuco y Chillán. Además, se revisó y sistematizó la delegación formal de facultades de los Directores de Servicio de Salud a los Directores de HMC,

---

<sup>1</sup> Producción asistencial, presupuesto anual y su proporción expresado en prestaciones valoradas, Garantías GES en el SIGGES, etc.



mediante la revisión de las resoluciones enviadas por los Servicios de Salud 2, muchas de las cuales tienen más de 10 años de antigüedad. Se concluyó que las delegaciones de facultades no están estandarizadas, que no todos los Servicios de Salud las consideraron en sus resoluciones, y dentro de una misma categoría, hay diferencias en su extensión o restricción.

En cuanto al nivel de competencias, los directivos de los Servicios de Salud tienen 1.93 grados académicos en promedio (considera 4 directivos promedio por cada Servicios de Salud). El 83.6 % corresponde a Diplomado y el 16.4% a Magíster, y predomina la Gestión Clásica (56.7%) sobre la Gerencia Estratégica (34.2%).

Los directivos de los Hospitales tienen 0.92 grados académicos en promedio (Considera 4 directivos superiores para 56 HMC). El 77.6% corresponde a Diplomados y el 22.4% a Magíster, y también predomina la Gestión Clásica (65.9%) por sobre la Gerencia Estratégica (24.9%).

### **Capacitación en Gerencia Social y Políticas Públicas.**

Tiene por objeto instalar la mirada estratégica en el desarrollo del sector, facilitar el fortalecimiento de equipos técnico-políticos para la gobernabilidad y la sostenibilidad de los Servicios de Salud y de las políticas públicas y para organizar la institucionalidad para la Reforma de Salud. FLACSO-Chile formó 270 directivos del sector salud, en un proceso continuado desde 2007.

### **Capacitación en procesos claves y/o deficitarios en 2009.**

Se privilegió el acompañamiento en terreno con levantamiento de procesos críticos, más planes de intervención desde los propios gestores y asesorados por instituciones de experiencia y prestigio.

El programa de Formación de Equipos Directivos de la Red Asistencial (FEDRA) fue reorientado hacia la Autogestión en Red. Durante 2009 finalizó en los Servicios de Salud Metropolitano Sur, Metropolitano Oriente y Bío Bío con más de 120 directivos. Está en desarrollo en el Servicio de Salud Antofagasta para 30 directivos más. En Octubre iniciaron sus actividades los Servicios de Salud Aconcagua, Valparaíso-San Antonio y Araucanía Norte para 118 directivos más.

Asimismo, fue reorientado el Curso Internacional de Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), que realizan la Organización Panamericana de la Salud, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud, con 26 alumnos en el curso actual.

Con respecto a la capacitación y acompañamiento en gestión de presupuestos, de costos y de contratos y convenios, se realizó un seminario dirigidos a los directivos de los Servicios de Salud, de EAR y Hospitales en tránsito hacia EAR, con la asesoría de la Agencia Catalana de Gestión Hospitalaria.

---

2 Las facultades delegadas se organizaron en nueve categorías: Recursos humanos, Administración de bienes, Firma de convenios con terceros, Procesos Administrativos, Condonación deudas de prestaciones médicas, Campos Clínicos, Aceptación de donaciones, Fijación de Aranceles para Prestación a Privados y Autorización para atención de pacientes particulares intrahospital.

Además, se instaló la Comunidad de Aprendizaje, con más de 1.000 profesionales inscritos, en la Página Web del Ministerio de Salud y se realizó la Feria de la Salud en conjunto con la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital para conocer el estado de avance del proceso de tránsito a la Autogestión en Red, conocer nuevos procesos de gestión y compartir los aprendizajes logrados

**Uso de instrumentos de gestión. Se distinguen los tres siguientes.**

**a) Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE).**

Sistema de información integral y uniforme, para dar más transparencia a la gestión financiera pública. Cubre aspectos operativos y gerenciales para descentralizar la gestión, genera información contable para tomar decisiones presupuestarias, registra obligaciones devengadas y no pagadas (deuda flotante) y compromisos futuros (pasivos potenciales). Así, potencia la auditabilidad del ámbito financiero.

Todos los EAR y los HMC en tránsito a la Autogestión, están operando con el SIGFE. En la formulación presupuestaria 2009, los EAR utilizaron la información del SIGFE para elaborar los anteproyectos de presupuestos que fueron aprobados para el año 2010.

**b) WINSIG para control de costos.**

Es el Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para conocer los costos medios y tomar decisiones con evidencia. Relaciona la Producción, la Eficiencia, los Recursos y los Costos (P-E-R-C). Genera una base de datos homogénea, para estudiar los costos nacionales comparados. El proyecto fue adjudicado en septiembre de 2009, y se encuentra en ejecución la etapa de diagnóstico y recopilación de información, de acuerdo al plan de trabajo definido para el desarrollo del proyecto.

**c) Sistema de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).**

Sistema de clasificación clínica de episodios de hospitalización en que los pacientes se distribuyen en grupos de procesos o de pacientes similares, y en los que se espera un consumo similar de recursos. Sirve como modelo para evaluar y darle seguimiento al desempeño de la gestión clínica hospitalaria y desarrollar bases de datos nacionales para que los Hospitales puedan compararse. Incorpora un estimador de costo para cada tipo de proceso y es uno de los sistemas más utilizados para obtener la complejidad media de los pacientes atendidos (case mix) y para el nivel de consumo de recursos atribuible a cada tipología o grupo de pacientes.

Para iniciar su implementación en el año 2009, se compró la licencia adjudicada, los codificadores fueron capacitados y se está implementando la Oficina de Análisis Clínico, todo en 15 hospitales. Además, se constituyó un equipo de 3 profesionales de la División de Integración de Redes para apoyar la implementación del sistema complementado por un experto informático.

- DISMINUCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA.

Como parte del Plan de 90 días iniciado el 1 de enero del 2009, el 31 de enero, se dio a conocer el Registro Rutificado de Información Único Nacional de Personas en Lista de Espera, con un corte al 31 de diciembre de 2008 con 339.347 personas en espera excesivamente prolongadas para atenciones, de las cuales 47.027 se registran en la lista de espera de cirugía (más de 360 días) y

291.533 en la lista de espera de consulta de especialidades (más de 180 días). A partir de esa fecha los servicios de salud iniciaron diferentes acciones para reducir este número, comprometiéndose a realizar las 340.000 atenciones durante el año 2009.

Al 30 de marzo, se redujo en un 25,8%, al 30 de junio, se redujo en un 59.4% y al 30 de septiembre, se atiende a un total de **336.191 personas**, lo que corresponde a un total del **99% de la Lista de Espera (LE)**. De las LE de Intervención Quirúrgica, se realizaron **26.268** intervenciones a personas con espera excesivamente prolongada, lo que equivale al **55.6%** al mes de septiembre.

Por otra parte, se identificó un número importante de personas (19.118) que ya no cumplen con criterios para realizar la intervención, por lo que se sacaron del listado de personas en espera, con lo que el avance llega al **96,1%**.

La menor resolución de la lista de espera quirúrgica se explica por la postergación de las cirugías electivas que debieron realizarse en el período de Pandemia, dado la prioridad en el uso de las camas, particularmente las camas críticas.

- PROYECTO DE COORDINACIÓN NACIONAL DE DONACIÓN Y TRANSPLANTES

A partir de enero del 2009 y producto del análisis interno de la situación nacional relacionada con procuramiento y trasplantes, el Ministerio de Salud estableció una política nacional de promoción de donación y trasplante de órganos y tejidos, la que pretende impulsar la donación de órganos y tejidos como un tema país, con la participación de sectores públicos y privados; levantar procesos asistenciales eficientes para evitar pérdida de órganos y crear Unidades de Donación y Procuramiento en las redes hospitalarias de mayor y mediana complejidad del país.

Se levanta un diagnóstico actualizado del funcionamiento de las unidades existentes en el SNSS a la fecha, la que se usa de base para solicitar presupuesto sectorial.

Con fecha 14 de agosto del 2009 se creó la Coordinación Nacional de Trasplante mediante Resolución Exenta N° 627.

Hasta el año 2008 existían en el país 12 (3) unidades hospitalarias con profesionales designados a tiempo parcial a la procuración. Junto con reforzar a las Unidades ya existentes, a partir de 2009, se crearon 8 Unidades más: Servicio de Salud Antofagasta; Servicio de Salud Atacama; Servicio de Salud Viña del Mar; Servicio de Salud Aconcagua; Servicio de Salud O'Higgins; Servicio de Salud Ñuble; Servicio de Salud Bío-Bío; Servicio de Salud Reloncaví. En paralelo se implementaron 36 nuevos cargos de profesionales médicos y enfermeras. Se creó la Coordinadora Nacional de Donación y Trasplantes MINSAL, dependiente de la Subsecretaría de Redes y del Departamento de Redes de Alta Complejidad. Además, se constituyó la Comisión Ejecutiva de Trasplante, como organismo asesor de la Coordinadora., la que se encuentra integrada, por representantes de cada uno de los subcomités (por órgano), de la Sociedad Científica del Trasplante, ISP, la Corporación de Trasplante y la Coordinadora. Se elaboró la Guía Clínica de Trasplantes y los criterios de asignación de órganos. También se diseñó e implementó el Programa de Trasplante de Pulmón, centralizado en el Instituto Nacional del Tórax. Se establecieron criterios y procedimientos para el

---

3 Hospital de Coquimbo; Hospital Van Buren de Valparaíso; Hospital San Juan de Dios Santiago; Hospital Barros Luco Santiago ; Hospital Sótero del Río Santiago; Hospital Salvador Santiago; HUAP Santiago; Hospital de Talca; Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; Hospital Higuera de Talcahuano; Hospital de Temuco; Hospital de Valdivia.

seguimiento y coordinación con prestadores privados sobre casos de pacientes beneficiarios atendidos en estos centros.

El Reglamento y circular N° 1709 está en proceso de modificación. Y está en trámite el Convenio con Uruguay para aumentar el acceso a órganos y transferencia de tecnología.

Se realizaron capacitaciones a equipos de UPC y Servicios de Urgencia en Talleres para EDEHP (enfrentamiento a las malas noticias y solicitud de órganos a familiares). Además, se realizó el Curso de Capacitación impartido por la Universidad de la República Oriental del Uruguay y el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos de Uruguay, en la ciudad de Montevideo, con la asistencia y participación de 36 profesionales del área salud, provenientes de diversas regiones del país.

Se realizó el Primer Taller Nacional de Procuramiento de Órganos y Tejidos, en conjunto con la Corporación de Trasplante; el cual se orientó a los profesionales del área de Procuramiento a nivel país, tanto de la red pública como privada.

Se confeccionó material para la campaña de sensibilización pública a la donación.

- HOSPITAL METROPOLITANO.

El Hospital Metropolitano de Santiago (HOSMET) es parte integrante de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Corresponde a un Hospital de derivación, para personas adultas portadores de problemas de salud médicos, definido por Resolución Exenta N° 11 del 23 de Febrero de 2009, como de Alta Complejidad. Para ello, se ha desarrollado una gestión participativa, clínica y administrativa tendiente contribuir a la satisfacción de las necesidades sanitarias de nuestros usuarios incorporando los modelos de Participación Social y Atención Progresiva.

De los aspectos destacables de la puesta en marcha de este establecimiento, que abrió sus puertas el día 15 de abril del 2009, se encuentra el plan de traspaso entre las dos Instituciones, Ejército de Chile y Ministerio de Salud. Esta transición incluyó la entrega progresiva y un período de cohabitación, permitió mantener la atención adecuada tanto de pacientes beneficiarios del Ejército como del Sector Salud, dentro de un ambiente de permanente cooperación entre el equipo del Hospital Militar (HOSMIL) y el nuevo personal del HOSMET.

La apertura total de las 208 camas se adelantó según plan inicial realizándose en 73 días (desde 15-abril al 9 de julio), producto de la situación de Pandemia sufrida por nuestro país..

- HOSPITAL AMIGO

El 100 por ciento de los Hospitales cuenta con Protocolos de Acompañamiento 24 horas para niños y niñas, adultos y adultas mayores, y en todas las etapas del proceso de parto. Los Hospitales aumentaron el acompañamiento a la mujer durante el todo el proceso de parto a un 55%. El 100% de los Hospitales de Mediana y Baja complejidad y el 86% de los Hospitales de Mayor Complejidad, con camas pediátricas, tienen acompañamiento 24 horas a niños y niñas hospitalizadas.

El 80 por ciento de las unidades de emergencia de los hospitales de mayor complejidad y demanda cuentan con un profesional con las capacidades técnicas de establecer un nexo con la familia.

Los planes de Acompañamiento Nocturno, Alimentación Asistida e Información a la familia para las personas Adultas Mayores, están establecidas en el 100% de los establecimientos de la red hospitalaria de menor complejidad.

En cuanto al acompañamiento efectivo las 24 horas para Adultos Mayores hospitalizados se logró la meta en el 90% de los hospitales de mediana y baja complejidad y en el 67% de los de alta complejidad.

Respecto de la Visita Virtual, las Orientaciones Técnicas para la implementación y funcionamiento en la red hospitalaria fueron elaboradas y difundidas. El funcionamiento piloto en el Hospital Regional Hernán Henríquez de Temuco servirá como referencia para la instalación en los otros Servicios. Los equipos que ejecutarán la Visita Virtual fueron capacitados y se instalaron los puntos de red para la conectividad.

- PROYECTO SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA RED ASISTENCIAL (SIDRA)

El Proyecto SIDRA busca instalar sistemas de información para la Red Asistencial, incluyendo a la APS. Durante el año 2009 se llamó a licitación pública y se establecieron Convenios Marco para proveer cinco módulos en ocho Servicios de Salud con el financiamiento 2009 que el Ministerio de Hacienda puso a disposición.

Los módulos encargados fueron:

- a) Agendamiento
- b) Urgencia
- c) Farmacia
- d) Registro y Población en control
- e) Referencia y Contrarreferencia

En la actualidad, los Servicios de Salud Arica, Atacama, Coquimbo, Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur, Bio Bio y Talcahuano están implementando los cinco módulos.

Los Servicios de Salud Metropolitano Norte, Metropolitano Oriente, Metropolitano Central, Valparaíso San Antonio, Viña del Mar Quillota, Arauco, Valdivia, Osorno, Reloncavi, Chiloé, Aysén y Magallanes están implementando los dos módulos: Agendamiento y Referencia y Contrarreferencia.

En paralelo, el Ministerio de Salud decidió contratar el Sistema "Repositorio Nacional de Listas de Espera" que tiene dos objetivos. El primero es de integración de la información, y para ello recogerá y almacenará lo que enviarán los Servicios de Salud. Por otra parte, hará el análisis de ingresos, egresos, mantenimientos de stock, etc., que solicite la autoridad.

La estrategia continuará con los siguientes procesos priorizados:

- a) Gestión de listas de espera y el envío de información al Repositorio Nacional de Lista de Espera.
- b) Integración del SIGGES en SIDRA para conocer las agendas de los establecimientos de salud y sus vacantes locales y remotas,
- c) Mostrar los detalles de la programación de las agendas (consultas, procedimientos, actividades grupales) y listas de espera.
- d) Mantener registros de la Población en control,

e) Otorgar cupos a través de del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para la atención de Urgencia.

f) Dispensación de Fármacos y sistema de registro de atenciones de Urgencia.

- SEGUIMIENTO A LA INSTALACIÓN DE OFICINAS LOCALES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN 30 HOSPITALES PÚBLICOS DE MAYOR COMPLEJIDAD Y EN 14 SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS.

Durante el año 2009 se constituyeron formalmente las oficinas de Calidad y Seguridad del Paciente en 60 Hospitales de Alta y Mediana Complejidad. Asimismo, se desarrollaron las redes locales de calidad, con énfasis en el diagnóstico del nivel de cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de autorización sanitaria, la sensibilización de los conceptos y procesos de Acreditación para los establecimientos de la red y el inicio de la elaboración de documentación requerida en el Manual de Acreditación. Se desarrollaron avances en elementos de seguridad del paciente tales como a) Esterilización en Atención Primaria, b) Vigilancia local de Eventos Adversos principalmente asociados a cuidados de enfermería, y c) en algunos establecimientos, junto con el Sistemas de Notificación de Eventos Adversos se aplica y el pilotaje para el Uso de la Lista de Verificación de “Cirugía Segura”. Todo esto sumado al funcionamiento habitual del Programa de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, eje central en la seguridad de la atención. Hay que destacar el inicio del Primer Estudio Nacional de Eventos Adversos (ENEAS), proyecto iniciado en el cuarto trimestre de 2009 apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con término previsto para fines del primer semestre de 2009.

**OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 2: ASEGURAR LAS CONDICIONES QUE PERMITAN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD EN LA RED DEL SERVICIO PÚBLICO, SUPERANDO BRECHAS DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS CON CRITERIOS DE EQUIDAD.**

Asegurar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, superando brechas de tecnologías sanitarias y con criterios de equidad.

- CREACIÓN DE REDES NACIONALES DE ATENCIÓN PARA LOS NUEVOS PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS, INCORPORADOS EN LA MODALIDAD DE PILOTO DEFINIDOS E INSTALADOS

**CASOS ATENDIDOS DE PROBLEMAS DE SALUD PILOTO 2008**

<b>Problemas de salud pilotos 2008</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
57. Enfermedad de Gaucher.	23	0,03%
58. Tratamiento Quirúrgico de Hernias de Pared Abdominal Hernias Complejas	5.509	6,02%
59. Tratamiento Quirúrgico de Hernias de Pared Abdominal Hernias Simples	14.557	15,90%
60. Epilepsia no Refractaria 15 Años y Más.	15.097	16,49%
61. Asma Bronquial 15 Años y Más.	44.197	48,28%

62. Enfermedad de Parkinson.	7.668	8,38%
63. Artritis Reumatoidea Juvenil. {Decreto Piloto 2008}	278	0,30%
64. Prevención Secundaria IRCT. {Decreto Piloto 2008}	4.208	4,60%
<b>Total general</b>	<b>91.537</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: SIGGES 31/12/2009

Durante el 2007 se culminó con éxito la instalación de las 56 patologías definidas como prioritarias con garantías explícitas en salud, con la incorporación al AUGÉ de los últimos 16 problemas de salud, esto debido al proceso incremental contemplado en la ley y que fue desarrollado por el Ministerio de Salud

Al 31 de Diciembre de 2009, el Sistema de Información Gestión de Garantías Explícitas en Salud muestra un total acumulado país, de 8.617.098 casos de los problemas de salud.

#### Acumulación de casos ges. Años 2005 a 2009

Año (1)	Nº Problema de Salud por DS	Total Acumulado
2005	25	1.383.090
2006	40	2.969.128
2007	56	4.727.906
2008	56	6.954.139
2009	56	8.617.098

Información registrada al 31 de diciembre de cada año

Fuente FONASA en base a SIGGES (No incluye VIH/Sida)

Del total de 8.617.098 casos al 77.4 % se resuelve en Atención Primaria de Salud. El 22.6% restante, corresponde a problemas de salud resueltos en los niveles de atención secundario y terciario.

El 90 % del total de casos se concentran en 17 problemas de salud, según se aprecia en la siguiente tabla.

#### Casos acumulados de ges según frecuencia

Problema de Salud	Total de casos
Hipertensión arterial esencial	1.734.345
Infección Respiratoria Aguda	1.510.981
Urgencias Odontológicas	1.275.853
Diabetes Mellitus Tipo 2	595.643
Depresión	557.707
Vicios de Refracción	430.381
Salud Oral	348.589
Infarto Agudo del Miocardio	259.018
Cataratas	233.014
Analgesia del Parto	158.821
Órtosis	143.978
Neumonía	108.615
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	105.416
Asma Bronquial	104.128
Prematurez Prevención parto prematuro	85.731
Retinoptia Diabética	75.068
Tratamiento Médico Artrosis de Cadera Leve o Moderada	38.953
<b>Total</b>	<b>7.766.241</b>

Fuente: SIGGES

En cuanto al cumplimiento de plazos máximos garantizados, el sistema registra retrasos de un 3,12 por ciento promedios nacionales

- NUEVOS PILOTOS AUGÉ

El primer piloto GES incorporado el año 2009 fue el Tratamiento Integral de Salud oral embarazadas. El impacto que tiene la salud bucal de la madre para su salud general, así como la influencia que ésta tiene en el riesgo de desarrollar caries temprana en su hijo(a) a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales, justifican una intervención integral que apunte a reducir los riesgos tanto para la madre, como para el hijo(a) por nacer.

El segundo piloto GES fue Displasia Luxante de Cadera considerada una alteración en el desarrollo normal de los componentes constitutivos de la cadera, para la atención focalizada principalmente en recién nacidos.

Se realizaron actividades de capacitación de los equipos entre marzo y junio 2009, según lo siguiente:

- 13 Talleres en 13 de los 29 Servicios de Salud con un total de asistentes de 1.353 personas
- 3 jornadas de trabajo 3 Servicios con asistencia de 114 personas
- 13 video conferencias para 13 Servicios con 379 personas
- Total personas capacitadas: 1.846

Posteriormente a las actividades señaladas, los Servicios de Salud determinaron localmente sus redes de atención para los dos problemas de salud, consolidándose a nivel Ministerial las redes para los 29 servicios y los dos problemas de salud del piloto y se publicaron en salunet.

En total a diciembre del 2009 para los 2 problemas de salud, las atenciones registradas fueron:

Problema de Salud	Total
<b>DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS</b>	<b>113.898</b>
<b>ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE LA EMBARAZADA</b>	<b>108.342</b>
<b>total atenciones</b>	<b>341.694</b>

Adicionalmente, el indicador de desempeño Porcentaje de agentes de gestión que han recibido herramientas de gestión para la implementación de patologías GES del año t sobre el total de agentes de gestión GES del año, obtuvo como resultado que el 100% de los agentes de gestión que han recibido las herramientas para la implementación de patologías GES 2009, es decir, 146 de 146.

**OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 3: MEJORAR LA GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA, ALCANZANDO MAYOR RESOLUTIVIDAD E INTEGRALIDAD A TRAVÉS DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO EJE DEL SISTEMA DE SALUD.**

- RESPUESTA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA PANDEMIA DE INFLUENZA AH1N1



La atención primaria absorbió y resolvió adecuadamente gran parte de la demanda de atención, evidenciando que este nivel de atención es capaz de entregar una oportuna atención ambulatoria y derivar los casos más complejos al nivel secundario. A modo de ejemplo, entre el 28 de junio y el 4 de julio, la semana de mayor demanda de este invierno, se realizaron casi 43 mil atenciones en los Servicios de Urgencia. De ellas, 16 mil correspondieron a niños de la Región Metropolitana. En el caso de los adultos, en ese plazo se atendió a 100 mil en los consultorios y SAPUS.

- SEGUIMIENTO A LA INCORPORACIÓN DE 259 ESTABLECIMIENTOS DE APS AL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIO.

A Diciembre de 2009 se logró pasar de 259 a 432 Centro de Salud Familiar (CESFAM) lo que representa un incremento de 67% en la certificación, gestión que fue comprometida a través de las Metas SEGPRES.

Tipo de establecimiento	Cantidad
Total CGU/CGR	514
Total CESFAM 2008	259
Total CESFAM 2009	432

El Programa de Resolutividad de APS fue reforzado en su componente de atención de especialidad ambulatoria, ampliándolo a especialidades más requeridas las 92 Comunas seleccionadas por criterios de vulnerabilidad. La evolución de resultados es la siguiente:

- Reducción, al 30 de Marzo de 2009, de un 20% de las listas de esperas prolongadas asociadas a consultas de especialidades médicas priorizadas: Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología y Neurología Adulto en las 92 comunas priorizadas.
- Al 30 Junio de 2009, se resolvió el 47.7% de la lista de espera de estas Comunas en las especialidades descritas. (21.623 pacientes en espera, 10.325 atendidos)
- Al 30 de Septiembre se resolvió el 59.5% de la lista de espera (21.623 pacientes en espera, 12.866 atendidos).

El efecto Pandemia afectó la ejecución del Programa en los plazos establecidos.

- FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378:

Durante el año 2009 en Pasantías Nacionales se movilizaron 487 funcionarios (as) de todas las categorías con una inversión de 306 millones 822 mil pesos.

Se ampliaron los cupos de Diplomados de Salud Familiar para capacitar a 368 profesionales con una inversión de 722 millones 400 mil pesos. Además, se apoyó la formación de 213 funcionarios pertenecientes a cinco Servicios de Salud con una inversión de 57 millones de pesos.

Durante el año 2009 se continuó con la formación por pares guiada por la Universidad de Concepción en Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar, Comunitario y en Red de 5 Servicios de Salud con participación de 320 funcionarios y con una inversión de 143 millones de peso

El Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar dio el curso GES para 163 personas. Durante el año 2009 el Curso GES para médicos fue tomado por 83 médicos con una inversión de 53 millones 120 mil pesos. El Diplomado de Resolutividad para equipos de APS, fue tomado por 405 personas con una inversión de 518 millones 400 mil pesos

En el Programa de Especialización de Médicos en Medicina Familiar y otras especialidades, se ofrecieron 112 cupos para especialización de médicos de Atención Primaria. En el concurso para el Programa de Especialidades Médicas se ofrecieron 114 cupos para médicos de Atención Primaria

El año 2008 se inició el Programa de Especialistas Básicos para Atención Primaria con formación a seis años. Se encuentran 34 médicos cursando cuatro especialidades básicas para APS; Medicina interna, Pediatría, Obstetricia y ginecología y Psiquiatría, compartiendo la formación con desempeño en su establecimiento de nivel primario.

- UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA (UAPO).

Hay 36 UAPO en el país, de las cuales, 29 fueron implementadas el año 2009. Estas tienen por objeto mejorar la accesibilidad y oportunidad de la APS, dentro del componente de Resolución de Especialidades del Programa de Resolutividad, distribuidas según el siguiente cuadro:

La Cartera de Servicios de las UAPOs comprende la atención de pacientes mayores de 15 años en las siguientes patologías: a) Vicio de refracción (hasta 64 años), b) Calificación de urgencia oftalmológica, c) Evaluación del fondo de ojo d) Detección, inicio de tratamiento y derivación de patologías crónicas como Glaucoma, Pterigion, etc.

- SALAS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO (ERA).

Durante el 2009 el Programa de Enfermedades Respiratorias contó con 534 salas IRA, 500 salas ERA y 100 salas mixtas, las cuales llevaron a cabo medidas preventivas, atención de morbilidad respiratoria, hospitalización abreviada, control de crónicas y entrega de fármacos.

La mortalidad por IRA en 1990 fue de 51 por 100 mil habitantes. En 2009 alcanzó a 17,2 por cien mil habitantes. En 1990 murieron 3.796 personas más que en 2009, incluyendo la Pandemia.

Los resultados obtenidos se deben, entre otras, a la estrategia de reforzamiento de la "Campaña de Invierno " en las áreas de:

- Vacunación Anti Influenza.
- Vacunación Anti Neumocócica en mayores de 65 años.
- Mensajes radiales y televisivos en todas las etapas.
- Informes de Vigilancia IRA semanal.
- Control y Tratamiento
- Incorporación de Salud Responde en orientación a público.
- Control de camas críticas.
- Incorporación de fármacos de última generación para crónicos respiratorios.

Las acciones de salud desarrolladas por los profesionales del sistema IRA-ERA alcanzó a 416.726 personas, con un total de 1.840.827 atenciones. Esta cifra representa una tasa de uso de 4.41 atenciones por persona, sin considerar las atenciones realizadas por enfermeras.

- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER MAMA EN APS

El aumento de la pesquisa temprana en Centros de APS en mujeres asintomáticas de 50 a 54 años, en el periodo enero-junio de 2009 alcanzó a 69.324 mamografías.

Al 30 de Agosto (4) se realizaron 75.297 mamografías, en mujeres de 35 y más años. Esta acción se suma a las desarrolladas por el programa de Cáncer Mamario implementado por el Ministerio de Salud a mediados de los años 90, que aborda tanto acciones de diagnóstico como de tratamiento del Cáncer de mama.

**Mamografías realizadas a mujeres 35 y más años**

DEPENDENCIA	N° de mamografías realizadas en el programa a mujeres de 35 y más años con PPM		
	Establecimientos dependientes de Municipalidades	Establecimientos dependientes de Servicios de Salud	N° Total de Mamografías realizadas en el Programa a mujeres de 35 y más años con PPM
<b>PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMAS</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>113.326</b>	<b>24.518</b>	<b>137.844</b>

- CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (CECOF).

Del total de CECOF comprometidos, al 30.12.2009 se encuentran funcionando 129. El año 2009 entraron en funciones nueve CECOF y se encuentran en Obras Civiles 42, los cuales estarán operativos en Julio de 2010.

- AUMENTO DE COBERTURA SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

Durante el año 2009 se completaron 218 SAPU urbanos, de los cuales 207 son de dependencia municipal, 10 de dependencia de Servicios de Salud y uno de una Organización No Gubernamental. La cobertura poblacional de SAPU al 2009 es de diez millones 600 mil personas de las áreas urbanas en el país. Existen SAPU en todas las comunas con más de 30.000 habitantes.

En el año 2009 se financiaron 14 SAPU de Verano, en 14 localidades vacacionales rurales. Estos entregan atención de urgencias de baja complejidad, durante tres meses, en horarios inhábiles en localidades rurales que se constituyen en balnearios, especialmente para poblaciones de menores recursos, en localidades tales como: El Quisco, Paredones, Pichilemu, Navidad, Colbún, Rapel, etc. Según su horario se distribuyen en 78 SAPU Largos, 138 SAPU cortos y 14 SAPU Verano. La

---

4 Corresponde a información actualizada del DEIS

flexibilidad del sistema de atención SAPU quedó probada durante el año 2009, con el importante incremento de consultas registradas entre meses de Junio y Julio 2009, con motivo de la Pandemia.

- SERVICIOS DE URGENCIA RURALES (SUR).

Desarrollan sus acciones en los Consultorios Generales Rurales o CESFAM rurales. Durante 2009 se completaron 102 SUR. La cobertura de atención a través de los Servicios de Urgencia Rurales es de 1.019.044 personas que habitan áreas rurales del país.

El año 2009 se realizaron 7.738.900 consultas SAPU y 492.712 consultas SUR, las que en conjunto (SAPU + SUR) hacen 8.231.612 consultas de urgencia en la APS, lo que representa el 45% del total de las consultas de urgencia del Sistema Público de Salud (18.285.401 consultas de urgencia). Cabe destacar que el incremento porcentual de las consultas de urgencia de la APS es mayor que el incremento en las Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH), debido a la flexibilidad y adaptación ante aumentos de demanda inesperadas como la Pandemia por Influenza Humana. El indicador H de desempeño se logró un resultado de 0.58, llegando a Diciembre 2009.

**OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 4: IMPLEMENTAR POLÍTICAS DESTINADAS A DESARROLLAR RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD 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.**

Los logros en este Objetivo Estratégico vinculados a prioridades gubernamentales relacionadas con incorporación de buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad y otorgar a la población una atención primaria de alta calidad, resolutive, acogedora y cercana, mejorando el acceso como puerta de entrada al sistema y en coordinación con el resto de la red de salud. Que cuente con equipos técnicos profesionales de salud, motivados, estables y capacitados en el modelo de salud familiar y comunitaria.

Se ha establecido como prioridad la formación de médicos especialistas y odontólogos, tanto para el nivel primario como para el secundario, la que se implementa a través de los siguientes procesos de concursos:

**Concurso EDF cupos de especialización Médicos.** Aporta al cierre de brechas de especialistas de la Red Asistencial. Esta línea de especialización contribuye en un 26% al cumplimiento del compromiso anunciado por la Presidenta el 21 de mayo de 2008, de generar para el año 2009 y 2010 quinientos nuevos cupos de formación de especialistas para cada año.

**Concurso EDF para Especialización de Odontólogos.** Esta línea de especialización contribuye al cumplimiento del compromiso anunciado, en la cual, el 67,2% de los cupos disponibles fueron asignados.

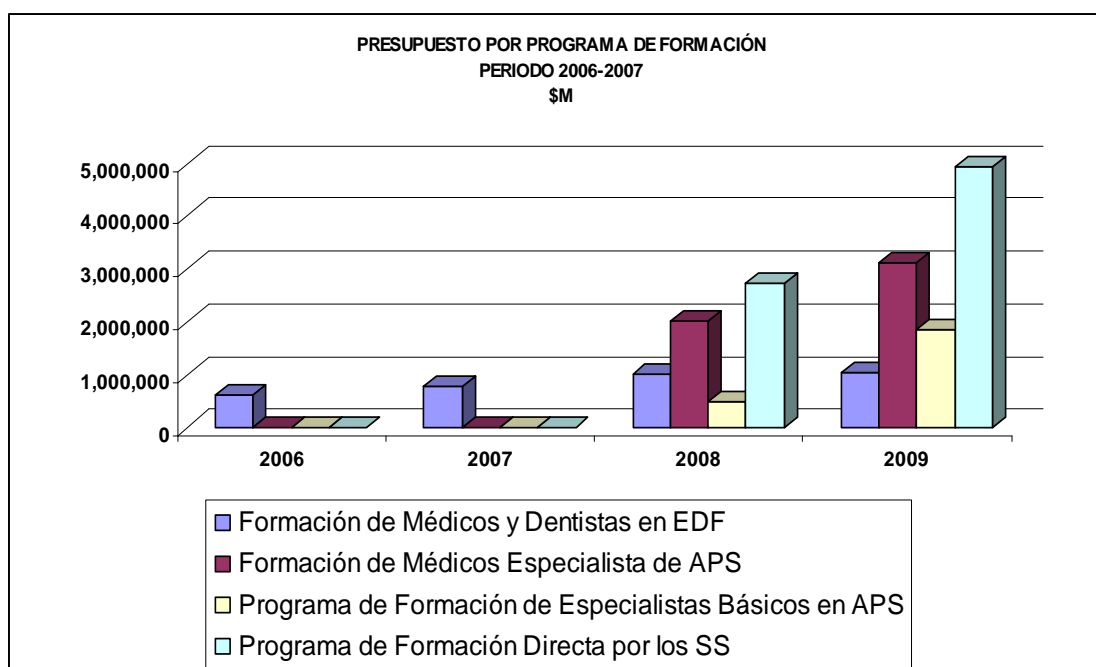
**Concurso para especialización Médicos APS Municipal.** Contribuye al protocolo de acuerdo con la Comisión Mixta de Hacienda del Congreso Nacional, a través del aumento de la resolutive. y genera un mecanismo de atracción al nivel primario de profesionales recién egresados.

**Formación directa de Especialistas y SubEspecialistas por los Servicios de Salud.** Contribuye al cierre de brechas de especialistas en los Servicios de Salud por la implementación del sistema GES.

### PRESUPUESTO PERIODO 2006-2009 PARA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN LA RED

DETALLE	2006	2007	2008	2009	TOTAL MILES \$
Formación de Médicos y Odontólogos en EDF	620.851	792.076	1.011.629	1.023.750	3.448.306
Formación de Médicos Especialista de APS	0	0	1.999.956	3.131.329	5.131.285
Programa de Formación de Especialistas Básicos en APS	0	0	481.824	1.847.030	2.328.854
Programa de Formación Directa por los Servicios de Salud	0	0	2.723.612	4.940.520	7.664.132
<b>TOTALES</b>	<b>620.851</b>	<b>792.076</b>	<b>6.217.021</b>	<b>10.942.629</b>	<b>18.572.577</b>

Nota: incluye subtítulo 21, 22 y 24 de la glosa presupuestaria

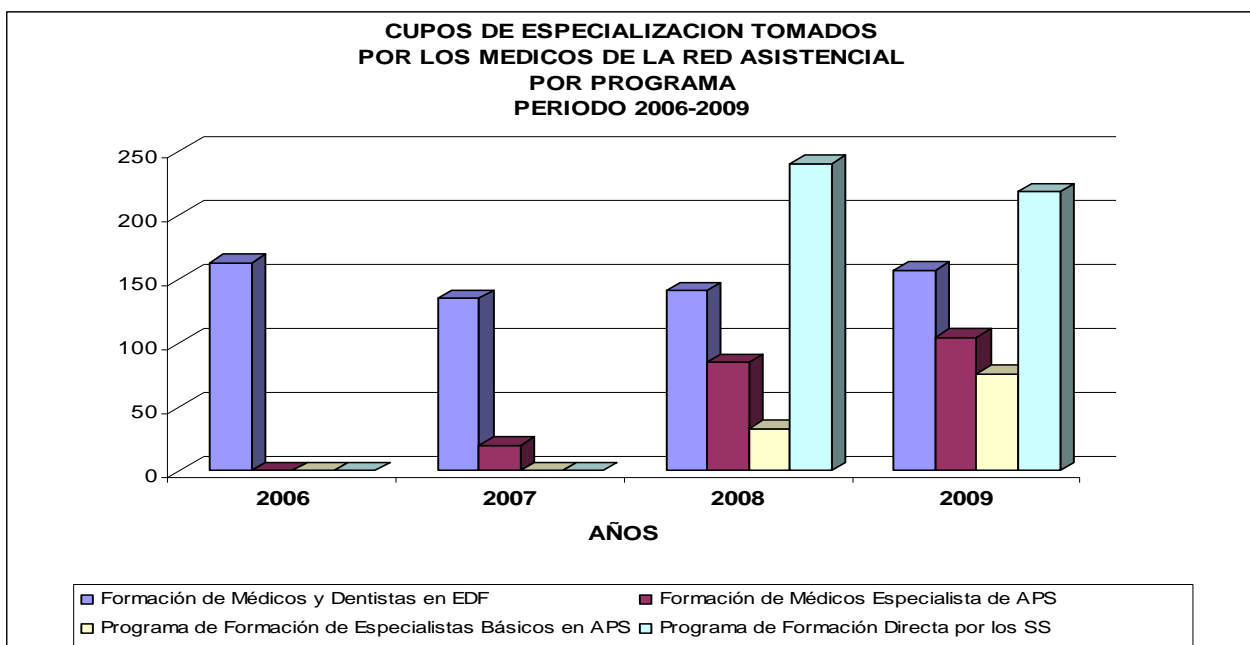


### CUPOS TOMADOS DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS PERIODO 2006-2009

DETALLE	2006	2007	2008	2009	TOTAL PERIODO
Formación de Médicos y Odontólogos en EDF	163	135	141	157	596
Formación de Médicos Especialista de APS	0	20	85	105	210
<b>Programa de Formación de Especialistas Básicos en APS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	<b>76</b>	<b>109</b>
Programa de Formación Directa por los Servicios de Salud	0	0	241	219	460
<b>TOTALES</b>	<b>163</b>	<b>155</b>	<b>500</b>	<b>557</b>	<b>1375</b>

Nota: los cupos señalados son los efectivamente tomados al inicio del programa en cada año; se debe tener en consideración que el programa de formación tiene una duración máxima de 3 años.

El gasto en formación de los recursos humanos identificados se elevó de algo más de 620 millones de pesos a casi 11 mil millones de pesos al cuarto año del programa. Los cupos tomados pasaron de 163 en el primer año a 557 en el cuarto año, con un total de 1375 profesionales formados y en formación.



**OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 5: MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS MINISTERIALES EN LOS ÁMBITOS DE REPOSICIÓN DE ACTIVOS, RENOVACIÓN TECNOLÓGICA, EXPANSIÓN Y RECONVERSIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA.**

- INFRAESTRUCTURA

El Gobierno comprometió el siguiente Plan de Inversiones del Sector Salud 2006-2014:

- a) **Construcción de 44 Establecimientos Hospitalarios:** 14 Hospitales Terminados y en Operación, 16 en etapa de Ejecución de Obras Civiles, 8 en etapa de Licitación de Obras Civiles y 6 en Etapa de Desarrollo de Proyectos.
- b) **Construcción de 90 Centros de Salud Familiar (CESFAM).** 52 CESFAM terminados y en operación y 43 en etapa de Ejecución de Obras Civiles.
- c) **Construcción de 165 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF):** 73 CECOF (2006) y 47 CECOF (2007-2008) ejecutados y en operación y 51 CECOF (2009-2010), de los cuales: 9 CECOF en Operación y 42 en Obras Civiles. Todos en operación en Julio 2010

Lo anterior implica un volumen de recursos históricos, que superan largamente los asignados al sector en los últimos 16 años. Expresado en MM\$ del año 2009, el sector aumentó las inversiones desde MM\$ 10.726 para el año 1990 a MM\$ 193.036 para el año 2010.

Los 14 Proyectos Hospitalarios Terminados al año 2009 han implicado la construcción de 143.325 m<sup>2</sup> y cerca de 3.000 camas, beneficiando directamente más de 3 y medio millón de personas

Cartera de Proyectos		M2 Hospital	N° Camas	Población	Inversión Total M\$
<b>A.- Proyectos Terminados</b>					
1	Construcción Hospital Comunitario Alto Hospicio	3,080	8	25,000	3,922,814
2	Construcción Establecimiento Asistencial Norte, Antofagasta	4,960	10	204,394	6,573,598
3	Reposición Hospital de Vallenar	17,780	144	56,681	19,455,691
4	Reposición Hospital de Talca, Primera Etapa	14,260	603	987,000	12,075,494
5	Reposición Hospital de Curepto	1,575	12	6,738	1,444,952
6	Normalización Complejo Hospitalario G, Grant B., Primera Etapa	21,150	938	1,327,125	23,964,540
7	Normalización Hospital de Talcahuano, Primera Etapa	16,500	474	262,000	10,292,003
8	Normalización Hospital de Curanilahue	12,210	89	88,612	11,365,482
9	Normalización Hospital de Victoria, Primera Etapa	15,075	186	151,898	11,921,522
10	Normalización Hospital de Victoria, Segunda Etapa	5,500	186	151,898	5,421,181
11	Reposición Hospital de Puerto Saavedra	3,415	24	14,914	3,559,238
12	Reposición Hospital de Nueva Imperial	13,305	134	104,808	10,300,737
13	Normalización Hospital de Castro	12,055	125	154,766	10,902,194
14	Reposición Hospital de Puerto Cisne	2,460	8	3,656	2,959,683
<b>Subtotal Proyectos Terminados</b>		<b>143,325</b>	<b>2,941</b>	<b>3,539,490</b>	<b>134,159,129</b>

Hay 16 Proyectos Hospitalarios en Ejecución de Obras Civiles por 500.000 m<sup>2</sup> y cerca de 5.000 camas.

Cartera de Proyectos		M2 Hospital	N° Camas	Inversión Total M\$
<b>B.- Proyectos Ejecución Obras Civiles</b>				<b>5.69%</b>
15	Normalización Hospital de Arica	35,805	277	42,278,488
16	Reposición Hospital de Tocopilla	8,100	40	13,097,491
17	Normalización Hospital de Copiapó, Segunda Etapa	39,300	314	46,000,902
18	Normalización Hospital de Coquimbo	13,300	313	15,671,696
19	Normalización Hospital de Los Andes	6,435	143	13,531,096
20	Reposición Hospital Hanga Roa, Isla de Pascua	5,920	16	17,937,281
21	Reposición Hospital de Rancagua	68,200	502	90,212,915
22	Reposición Hospital de Santa Cruz	11,735	85	14,879,674
23	Normalización Complejo Lota-Coronel	4,570	154	9,291,891
24	Reposición Hospital de Cañete	13,530	73	24,780,829
25	Normalización Hospital Talcahuano, Segunda Etapa	26,500	474	31,209,213
26	Normalización Hospital de Los Angeles, Tercera Etapa	50,540	516	50,837,701
27	Normalización Hospital de Temuco, Tercera Etapa	34,915	814	30,923,392
28	Normalización Hospital de Osorno	35,485	362	43,600,042
29	Reposición Hospital de Puerto Montt	94,400	525	94,832,256
30	Reposición Hospital de Punta Arenas	37,925	390	68,536,923
<b>Subtotal Proyectos en Ejecución</b>		<b>486,660</b>	<b>4,998</b>	<b>607,621,793</b>

Por otra parte, hay otros 8 Proyectos Hospitalarios en Etapa de Licitación de Obras

<b>Cartera de Proyectos</b>		<b>M2 Hospital</b>	<b>N° Camas</b>
<b>C.- Proyectos en Licitación Obras Civiles</b>		<b>11,923</b>	
<b>31</b>	Reposición Hospital de Antofagasta	100,500	671
<b>32</b>	Reposición Hospital de Calama	32,700	206
<b>33</b>	Reposición Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar	129,000	691
<b>34</b>	Reposicion Complejo Asistencial Hospitalario Red Sur	211,300	1,132
<b>35</b>	Reposición Hospital de Talca, Segunda Etapa	68,400	603
<b>36</b>	Reposición Hospital Traumatológico Concepción	16,575	120
<b>37</b>	Reposición Hospital de Corral	3,660	7
<b>38</b>	Reposición Hospital de Puerto Aysen	13,570	37
<b>Subtotal Proyectos en Licitación</b>		<b>575,705</b>	<b>3,467</b>

Hay 6 Proyectos Hospitalarios en Etapa de Desarrollo de Proyectos

<b>Cartera de Proyectos</b>		<b>M2 Hospital</b>	<b>N° Camas</b>
<b>D.- Proyectos en Desarrollo de Proyectos</b>		<b>14,105</b>	<b>26,028</b>
<b>39</b>	Normalización Hospital de Curicó	17,000	360
<b>40</b>	Reposición Hospital de Penco-Lirquen	12,290	40
<b>41</b>	Normalización Complejo Hospitalario Sótero del Río y CRS	114,000	785
<b>42</b>	Reposición Hospitales Salvador y Geriátrico	124,500	640
<b>43</b>	Construcción Hospital de la Florida	60,760	391
<b>44</b>	Construcción Hospital de Maipú	63,360	375
<b>Subtotal Proyectos Estudios Técnicos</b>		<b>391,910</b>	<b>2,591</b>

En relación a los proyectos de Atención Primaria, se han terminado 52 Proyectos Atención Primaria (CESFAM) entre los años 2006 y 2009.



N°	Servicio de Salud	COMUNA	Nombre	Población	Inversión Total
1	Viña del Mar-Quillota	Villa Alemana	Construcción C.G.U Sector Surponiente, Villa Alemana	20,000	1,366,654
2	Viña del Mar-Quillota	Quilpué	Construcción C.G.U. Los Pinos de Quilpué	30,000	1,213,791
3	Viña del Mar-Quillota	Viña del Mar	Construcción Consultorio General Urbano Reñaca Alto	20,000	1,062,471
4	O'Higgins	Rancagua	Construcción Centro Salud Familiar Rancagua	30,000	1,251,960
5	Maule	Talca	Construcción Consultorio Las Americas, Comuna de Talca	30,000	1,270,526
6	Talcahuano	Talcahuano	Construcción Centro de Salud Las Salinas, Talcahuano	30,000	1,406,756
7	Talcahuano	Tomé	Construcción Centro Salud Tome Alto	30,000	1,486,880
8	Concepción	Coronel	Construcción Centro de Salud Cristo Redentor, Coronel	20,000	697,404
9	Arauc. Sur	Padre Las Casas	Construcción Consultorio Genral Urbano Pulmahue - Padre Las Casas	20,000	539,411
10	Llanchipal	Quellon	Construcción Consultorio (Centro de Salud) de Quellon	20,000	1,250,952
11	Osorno	Osorno	Reposición Centro de Salud Pampa Alegre	30,000	1,093,184
12	Llanchipal	Puerto Montt	Construcción Centro de Salud Padre Hurtado	30,000	1,255,602
13	Norte	Conchalí	Reposición Consultorio Eneas Gonel Comuna Conchalí	30,000	1,357,877
14	Occidente	Lo Prado	Reposición Consultorio Dr. Raúl Yazigi	30,000	1,230,226
15	Occidente	Lo Prado	Construcción Consultorio Pablo Neruda	30,000	1,474,367
16	Oriente	Macul	Construcción Consultorio Sector Norponiente, Comuna de Macul	30,000	1,381,073
17	Oriente	Peñalolen	Reposición y Equipamiento Consultorio La Faena	30,000	1,000,719
18	Oriente	Peñalolen	Construcción Consultorio Antupiren	30,000	1,321,553
19	Central	Maipu	Construcción Tercer Consultorio Comuna de Maipu	30,000	1,451,666
20	Central	Maipú	Construcción Consultorio Dr. Carlos Godoy Maipu	30,000	1,259,109
21	Sur	El Bosque	Reposición y Equipamiento Consultorio Condoros de Chile	30,000	1,390,061
22	Sur	El Bosque	Reposición Consultorio Cisterna Sur	30,000	1,389,556
23	Sur Oriente	San Ramón	Construcción Consultorio Esperanza de San Ramón	30,000	1,419,606
24	Occidente	Pudahuel	Construcción Quinto Consultorio Comuna Pudahuel	30,000	1,318,988
25	Sur Oriente	La Florida	Construcción Séptimo Consultorio Comuna La Florida	30,000	1,360,182
26	Sur Oriente	La Florida	Construcción Octavo Consultorio Comuna La Florida	30,000	1,294,446
27	Sur	Lo Espejo	Construcción Consultorio Lo Espejo	20,000	1,363,416
28	Sur Oriente	Puente Alto	Construcción Consultorio Laurita Vicuña Comuna de Puente Alto	30,000	1,321,956
29	Sur	San Bernardo	Construcción Consultorio San Antonio Comuna de San Bernardo	30,000	1,352,013
30	Sur	San Bernardo	Construcción Consultorio Juan Pablo II	30,000	1,323,502
31	Norte	Independencia	Construcción Consultorio General Urbano Juan Antonio Rios	20,000	1,336,338

N°	Servicio de Salud	Comuna	Nombre del Proyecto	Población	Inversión Total
1	ATACAMA	COPIAPÓ	CONSTRUCCION PALOMAR DE COPIAPÓ	20,000	1,851,532
2	COQUIMBO	OVALLE	CONSTRUCCIÓN CGR DE SOTAQUÍ	10,000	1,041,981
3	ACONCAGUA	SAN FELIPE	CONSTRUCCION CGU N°2 SAN FELIPE	30,000	2,021,242
4	VALPARAISO	VALPARAISO	REPOSICIÓN CGU REINA ISABEL II DE VALPARAISO	30,000	2,116,570
5	LIBERTADOR O'HIGGINS	SANTA CRUZ	CONSULTORIO GENERAL URBANO SANTA CRUZ	20,000	1,905,747
6	MAULE	SAN CLEMENTE	REPOSICIÓN Y RELOCALIZACIÓN CGR DR. JUAN CARLOS BAEZA	30,000	1,654,297
7	MAULE	SAN JAVIER	CONSTRUCCIÓN CGU SAN JAVIER	30,000	1,526,152
8	BIO BIO	LOS ÁNGELES	REPOSICIÓN RELOCALIZACIÓN CGU 2 DE SEPTIEMBRE	20,000	1,335,693
9	BIO BIO	LOS ANGELES	REPOSICION CESFAM SANTA FE	10,000	1,663,062
10	TALCAHUANO	HUALPEN	CONSTRUCCIÓN TERCER CGU HUALPEN	30,000	1,739,506
11	ARAUCANIA NORTE	ANGOL	CONSTRUCCION CESFAM CENTRO ANGOL	20,000	2,325,241
12	ARAUCANIA SUR	TEMUCO	CONSTRUCCIÓN CGR LABRANZA	30,000	1,646,585
13	OSORNO	RÍO NEGRO	CONSTRUCCIÓN CESFAM RIO NEGRO	10,000	1,618,214
14	LLANCHIPAL	HORNOPIREN	CONSTRUCCION CONSULTORIO RIO NEGRO-HORNOPIREN	10,000	2,102,480
15	MAGALLANES	PUERTO NATALES	CONSTRUCCION CESFAM PUERTO NATALES	20,000	1,088,476
16	METROPOLITANO OCCIDENTE	PEÑAFLORES	CONSTRUCCIÓN CGU PEÑAFLORES	30,000	1,969,993
17	METROPOLITANO OCCIDENTE	TALAGANTE	CONSTRUCCIÓN CONSULTORIO TALAGANTE	30,000	2,111,400
18	METROPOLITANO SUR	LO ESPEJO	REPOSICIÓN CGU CLARA ESTRELLA	30,000	1,621,533
19	METROPOLITANO SUR	PEDRO AGUIRRE CERDA	REPOSICIÓN CONSULTORIO AMADOR NEGhme	30,000	1,776,969
20	METROPOLITANO SUR	PEDRO AGUIRRE CERDA	REPOSICIÓN CGU LA FERIA	30,000	1,644,362
21	METROPOLITANO SUR	SAN BERNARDO	REPOSICION CGU CONFRATERNIDAD	30,000	1,834,186

Por otra parte 43 Proyectos Atención Primaria (CESFAM) se encuentran en Etapa de Ejecución Obras Civiles, y debieran iniciar sus actividades durante el año 2010

Nº	Servicio de Salud	Comuna	Nombre del Proyecto	Población	Inversión
1	ARICA	ARICA	CONSTRUCCIÓN CESFAM NORTE ARICA	30,000	2,718,710
2	VALPARAISO	VALPARAISO	REPOSICION CGU MARCELO MENA DE VALPARAISO	30,000	2,380,860
3	ARAUCO	ARAUCO	REPOSICION CESFAM TIRUA	10,000	2,416,888
4	ARAUCO	LOS ALAMOS	REPOSICION CGR LOS ALAMOS	20,000	1,923,221
5	METROPOLITANO CENTRAL	MAIPÚ	CONSTRUCCIÓN CUARTO CGU MAIPÚ	30,000	2,842,499
6	METROPOLITANO CENTRAL	ESTACIÓN CENTRAL	REPOSICIÓN CGU LOS NOGALES	30,000	2,503,692
7	METROPOLITANO CENTRAL	MAIPU	CONSTRUCCION QUINTO CGU MAIPU	30,000	2,952,395
8	METROPOLITANO SUR ORIENTE	PUENTE ALTO	CONSTRUCCIÓN CONSULTORIO CENTRICO PUENTE ALTO	30,000	2,212,852

Nº	Servicio de Salud	Comuna	Nombre del Proyecto	Población	Inversión
1	ANTOFAGASTA	CALAMA	CONSTRUCCION CESFAM CALAMA, SECTOR NORPONIENTE CALAMA	20,000	2,030,748
2	ATACAMA	VALLENAR	CONSTRUCCION CESFAM ALTIPLANO SUR (Joan Crawford), VALLENAR	20,000	1,860,842
3	VIÑA DEL MAR QUILLOTA	VIÑA DEL MAR	REPOSICION MIRAFLORES ALTO, VIÑA DEL MAR	30,000	2,416,827
4	ACONCAGUA	SANTA MARIA	REPOSICIÓN CESFAM SANTA MARIA	15,000	1,666,478
5	ACONCAGUA	LLAY LLAY	CONSTRUCCION CESFAM LLAY LLAY	20,000	2,024,758
6	ACONCAGUA	SAN FELIPE	REPOSICION CESFAM N° 1 SAN FELIPE	30,000	2,378,924
7	LIBERTADOR BDO. O'HIGGINS	RANCAGUA	REPOSICIÓN CENTRO DE SALUD N°4 RANCAGUA	30,000	2,358,766
8	MAULE	MAULE	REPOSICION Y EQUIPAMIENTO CONSULTORIO GENERAL RURAL MAULE (CESFAM)	15,000	1,669,532
9	MAULE	PARRAL	REPOSICION CONSULTORIO ARRAU MENDEZ, COMUNA PARRAL (CESFAM)	30,000	2,367,237
10	ÑUBLE	CHILLAN	CONSTRUCCIÓN CESFAM LOMAS DE ORIENTE, CHILLAN	30,000	2,071,495
11	ÑUBLE	CHILLAN	CONSTRUCCION CESFAM SECTOR ORIENTE CHILLAN VEJO	20,000	1,720,437
12	ÑUBLE	SAN CARLOS	CONSTRUCCION CESFAM TERESA BALDECCHI, SAN CARLOS	30,000	1,928,966
13	BIO BIO	LOS ANGELES	CONSTRUCCION CESFAM NUEVO HORIZONTE, LOS ANGELES	30,000	2,395,245
14	BIO BIO	CABRERO	REPOSICION CESFAM CABRERO,CABRERO	20,000	1,766,698
15	BIO BIO	ANTUCO	REPOSICION CESFAM ANTUCO, ANTUCO	3,000	941,962
16	TALCAHUANO	HUALPEN	REPOSICION CENTRO DE SALUD HUALPENCILLO, HUALPEN	30,000	2,288,376
17	TALCAHUANO	TOME	NORMALIZACION CENTRO DE SALUD BELLAVISTA TOME, TOME	30,000	2,241,015
18	TALCAHUANO	PENCO	REPOSICION CESFAM PENCO-LIRQUEN	20,000	1,932,405
19	ARAUCANIA SUR	VILLARRICA	CONSTRUCCION CESFAM SEGUNDA FAJA VILLARRICA	20,000	1,871,989
20	VALDIVIA	PANGUIPULLI	REPOSICIÓN CESFAM PANGUIPULLI	20,000	2,841,203
21	OSORNO	SAN JUAN DE LA COSTA	CONSTRUCCION CENTRO SALUD FAMILIAR PUAUCHO, SAN JUAN DE LA COSTA	6,000	1,704,462
22	OSORNO	OSORNO	CONSTRUCCION CESFAM QUINTO CENTENARIO, OSORNO	30,000	2,394,240
23	RELONCAVI	CALBUCO	CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD CALBUCO	15,000	2,163,947
24	RELONCAVI	LOS MUERMOS	REPOSICIÓN CESFAM LOS MUERMOS	15,000	2,473,171
25	NORTE	QUILICURA	CONSTRUCCION CESFAM QUILICURA	30,000	2,132,318
26	NORTE	HUECHURABA	REPOSICIÓN CESFAM PINCOYA, HUECHURABA	30,000	2,207,566
27	SUR	EL BOSQUE	REPOSICION CON RELOCALIZACION CONSULTORIO LAURITA VICUÑA, EL BOSQUE	30,000	2,126,528
28	SUR	EL BOSQUE	REPOSICION CESFAM SANTA LAURA, EL BOSQUE	30,000	1,973,919
29	SUR	LA CISTERNA	REPOSICION CESFAM SANTA ANSELMA, LA CISTERNA	30,000	2,184,913
30	SUR	SAN BERNARDO	REPOSICION CESFAM CAROL URZUA, SAN BERNARDO	30,000	1,927,798
31	METRO SUR ORIENTE	LA FLORIDA	CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD NOVENO DE LA FLORIDA	30,000	2,398,666
32	METRO OCCIDENTE	RENCA	CONSTRUCCIÓN CONSULTORIO RENCA PONIENTE	30,000	2,181,617
33	METRO OCCIDENTE	MELIPILLA	CONSTRUCCION CESFAM POMAIRE	6,000	868,959
34	ORIENTE	MACUL	REPOSICIÓN CESFAM SANTA JULIA DE MACUL	30,000	2,193,719
35	ORIENTE	PEÑALOLEN	CONSTRUCCION CESFAM AMERICO VESPUCCIO, PEÑALOLEN	30,000	2,175,753

El Compromiso establecido para 2009 en entrega de Hospitales corresponde a 3 proyectos: "Normalización Hospital de Victoria, II Etapa", "Normalización Complejo Hospitalario GGB, I Etapa (CDT)" Concepción y Hospital de Coquimbo. Los 2 primeros entregados y el último con un estado de avance físico y financiero del 95%.

Además, la cartera de ejecución de proyectos contempló 15 proyectos en ejecución de obras civiles; 5. 8 proyectos en licitación de obras; Antofagasta, Calama, Talca, Fricke, Traumatológico Concepción, Corral, Puerto Aysen, Red Sur (CARS). 2 Proyectos en toma de razón; Haga Roa, Puerto Montt, 5 proyectos en etapa de preinversión y diseño (de estos 4 proyectos en Desarrollo de proyecto y 1 en estudio de preinversión), por un monto de M \$ 572.417.019.-

5 Arica, Tocopilla, Copiapó, Coquimbo, Los Andes, Rancagua, Santa Cruz, Cafete, Lota-Coronel, Talcahuano, Los Ángeles, Temuco, Osorno, Punta Arenas, Penco-Lirquén 1º Etapa.

- EQUIPOS Y EQUIPAMIENTOS

Es importante señalar que la totalidad de los proyectos Ejecutados y en Ejecución de Obras Civiles tanto de Hospitales como de Atención Primaria, han contemplado su sido equipamiento en un 100%.

Entre 2006 y 2008 se comprometieron recursos por MM\$ 21.909 para la compra de equipos de imágenes, muchos de los cuales fueron comprados por leasing financiero. Estos recursos solventaron la inversión en los siguientes equipos:

6 Angiógrafos digitales para procedimientos cerebrovasculares, 19 Arco C para intervenciones quirúrgicas, 7 ecocardiógrafos para estudios cardiacos, 55 Ecotomógrafos para estudios radiológicos generales, 29 mamógrafos, 3 resonadores magnéticos, 5 equipos de rx para estudios digestivos, 108 equipos de RX para estudios osteopulmonares (101 digitales), 1 sistema para biopsia estereotáxica de mamas y 15 tomógrafos computarizados.

Se implementaron 4 centros de radioterapia: Antofagasta, Sede Sur del Instituto Nacional del Cáncer, Hospital Carlos Van Buren y Regional de Concepción, para los cuales se adquirieron 8 aceleradores lineales y equipos complementarios por un monto MM\$ 8.320 los cuales fueron financiados mediante leasing bancario.

Además de lo anterior, se ejecutaron MM\$ 21.940, se destacan la adquisición de 1300 camas eléctricas, y un monto de MM\$ 4.899 en equipamiento para pabellones quirúrgicos consistente entre otros por 150 máquinas de anestesia, 76 lámparas quirúrgicas, 100 mesas quirúrgicas, instrumental quirúrgico.

Entre 2006 y 2007 se adquirieron 29 clínicas dentales móviles, 22 de tres sillones y 7 simples por un costo de MM\$ 1.351. En el mismo período se adquirieron 225 ambulancias por un monto de MM\$ 5.862. Durante el año 2009 se ejecutó el plan de 90 días que permitió adquirir 100 ambulancias adicionales por MM\$ 3.085 y equipamiento para servicios de urgencia y hospitalización por un monto de MM\$ 2.132, para los hospitales de la red pública

- CONCESIONES

En 2009 se adjudicó la concesión de la Construcción y Operación de los Hospitales de La Florida y Hospital de Maipú, iniciándose el desarrollo del diseño de detalle del proyecto definitivo de arquitectura en septiembre de 2009, con fecha de término para el mismo en junio de 2010.

Se adjudicó el contrato para el diseño, construcción, reparación, conservación, mantención y operación de servicios de apoyo no clínicos, del Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria; conformado por el Hospital de Maipú y el Hospital de La Florida.

Fue adjudicado al Consorcio San José-Tecnocontrol. Incluye además la construcción del CRS Transitorio de La Florida. El precio de adjudicación fue un 22% bajo el presupuesto máximo autorizado por el Ministerio de Hacienda, con un ahorro importante de recursos (Aprox US \$ 100 millones para el ciclo total del proyecto). La primera etapa del contrato se inició con el desarrollo de los diseños definitivos, fecha termino proyectada en junio 2010.

En noviembre 2009 se firmó Convenio Mandato con Ministerio de Obras Públicas para el segundo Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria conformado por los proyectos:

- a. Reposición de los Hospitales del Salvador y Geriátrico,
- b. Reposición Hospital Sótero del Río,
- c. Construcción nuevo Hospital de Quilicura y CRS de Colina;
- d. Reposición Hospital Félix Bulnes.

En conjunto significan la construcción de 2055 camas en la RM, para una población beneficiaria de 3.250.043 habitantes y por un monto global estimado de más de 827 millones de dólares. Su ejecución deberá estar completada a partir del segundo semestre del 2013

## **OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 6 INCREMENTAR EL CONTROL SOCIAL, LA PARTICIPACIÓN Y EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS CIUDADANOS EN SALUD, FAVORECIENDO LA INCLUSIÓN DE LOS GRUPOS VULNERABLES.**

- INTERVENCIONES PARA LA PARTICIPACIÓN E INTERSECTORIALIDAD

Los Consejos Consultivos, de Desarrollo, Comités Locales de Salud, etc. son instancias de participación con representantes de la comunidad organizada que funciona en 606 establecimientos (Atención Primaria y Hospitales). Representan más de 3.000 organizaciones de la red. Constituyen la plataforma para convocar a la ciudadanía a las cuentas y presupuestos participativos.

Todas las Direcciones de los Servicios de Salud tienen Consejos de participación de sus establecimientos, con organizaciones comunitarias, agrupaciones de usuarios, voluntariado y representantes de los funcionarios de salud.

El Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) es un consejo asesor y consultivo. Todas las regiones del país tienen Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, con la presencia de organizaciones de la sociedad civil. Se han realizados capacitaciones para los consejeros y funcionarios y Diálogos Ciudadanos por la Calidad de Vida

- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Para mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud mediante la gestión participativa en las funciones directiva y operativa de las redes, se instalan capacidades en estos temas. Es el caso de: a) 129 funcionarios realizaron pasantías nacionales de intercambio de experiencias y buenas prácticas en gestión de usuarios y participación ciudadana, b) 144 directivos realizaron un Diplomado en Gestión Participativa con la Universidad Complutense de Madrid, c) 45 profesionales de los Servicios de Salud realizaron un Diplomado en Gestión Participativa con la U. de Los Lagos y d) 630 funcionarios de las OIRS y otros puntos de atención directa a los usuarios, realizan Curso de Atención de público y trato al usuario en el Centro del Buen Trato de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Con el fin de aportar insumos desde la ciudadanía a la definición de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, se desarrollaron 39 Foros con la Sociedad Civil y 15 con funcionarios del sector, llamados Foros “Construyamos Juntos una mejor salud para todos y todas” con casi 10 mil participantes de todo el país. Además, se realizó una consulta a través de cuadernillos para trabajo en grupo con un total de 3.000 participantes

- PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

El año 2009, los 29 Servicios de Salud instalaron Presupuestos Participativos, cuyos ejes temáticos priorizados son Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Satisfacción Usuaría. Se convocó a comunidades provenientes de más de 100 comunas, los recursos involucrados ascienden a 1.012 millones de pesos y el número de personas que ha participado de las votaciones y priorización de propuestas alcanza a más de 140.000 a lo largo del país.

- OFICINAS DE INFORMACIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS) DE LA RED ASISTENCIAL

El año 2009, se realizaron 22 millones de atenciones, incluyendo Consultas, Solicitudes, Reclamos y Sugerencias, de las cuales 61.568 fueron reclamos cuyo 28 % lo fueron por reclamos por el trato recibido.

Las solicitudes son analizadas por los encargados de las OIRS en conjunto con los integrantes de los Consejos Consultivos y de Desarrollo, identifican áreas críticas y aportan a los planes de mejora. Para avanzar hacia la interoperabilidad de las instituciones sectoriales, se instaló el módulo OIRS del Trámite en Línea en 13 Direcciones de Servicios de Salud y en los 3 establecimientos experimentales. Permite ingresar vía Web e informatizar las solicitudes ciudadanas en los Servicios de Salud y abrir otros canales de captura como OIRS Secretarías Regionales Ministeriales, OIRS Central y Salud Responde.

A partir de la Ley de Transparencia se instalan, en el sistema OIRS, mecanismos que gestionan las solicitudes correspondientes a información existente, procesada y al alcance de la ciudadanía. Para ello se abrió un portal en las páginas Web de los 29 Servicios de Salud.

- PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIO-PSICOSOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL, COMPONENTE DE SALUD DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA – CHILE CRECE CONTIGO.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psico-Social ya se encuentra operando en 345 comunas del país y en todas las maternidades de referencia de las comunas, al mismo tiempo se privilegió su implementación en las unidades pediátricas de mayor complejidad del país.

Durante el año 2009 el sistema de protección cubre a toda la población menor de cuatro años, ofreciendo acceso a las prestaciones contenidas en el protocolo de atención, se mantienen las 5 áreas estratégicas del Chile Crece Contigo, se fortalecen las actividades dirigidas a los niños y niñas con la entrega de materiales educativos y continúa la formación de profesionales en la metodología educativa Nadie es Perfecto.

Avanzando en la incorporación de la pertinencia cultural en la atención de las gestantes, en el primer semestre del 2009, se entregan 831 guías de la gestación con pertinencia cultural, lo que corresponde al 28,6% de un total de 2.904 mujeres que se identifican pertenecientes a pueblos originarios Aymará de las regiones de Tarapacá y de Arica y Parinacota, Guía Mapuche a las gestantes de la Araucanía y la Guía Rapa Nui a las gestantes de Isla de Pascua.

Durante el primer semestre del 2009, el 72,8% de los nacimientos fueron asistidos en presencia del padre del niño o niña o de una persona significativa para la mujer. Las plantas físicas de las principales maternidades del país se adaptaron a estas necesidades, destacando la incorporación de la atención del parto con pertinencia Aymara en el Hospital de Arica y la recuperación del mismo en Iquique.

A contar del mes de Octubre y de manera retroactiva del 1 de Septiembre, se inició el Programa de Apoyo al Recién Nacido(a), para todas las familias cuyos bebés nacen en maternidades públicas entregándoles un ajuar con un Set de Implementos Básicos para el Recién Nacido(a) y educación para las familias sobre crianza temprana, fomento de apego seguro, atención y cuidados básicos del Recién Nacido /a.

La incorporación de profesionales del área Psicosocial (psicólogo y/o asistentes social) significó que en el primer semestre del año, el 95,6% de las familias con niños hospitalizados en los servicios de Neonatología, recibieran apoyo psicológico de intervención en crisis. En igual período, en los servicios de Hospitalización Pediátrica, sólo un 5,5 % de los niños recibieron atención psicosocial.

Se fortaleció el Control de Salud del Niño o Niña con énfasis en el logro de un desarrollo Integral, entregándose a todos los niños y niñas que ingresan en los centros de APS, material educativo "Acompañándote a descubrir I" y "Acompañándote a descubrir II".

Se reforzaron las intervenciones en la población infantil vulnerable y/o con atraso en su desarrollo, asegurando el acompañamiento de las familias, con dos o más visitas domiciliarias a los niños de familias más vulnerables, lográndose un promedio de 0,56 % visitas por niño /a.

A diciembre del 2009, están habilitadas un total de 334 salas de estimulación, en los centros de APS y en los hospitales, financiadas con fondos Chile Crece Contigo asignadas al MINSAL, lo que permitió que en el primer semestre el 75,1 de los niños y niñas con déficit en el desarrollo asistiera a una modalidad de estimulación.

### **3. Desafíos para el año 2010**

Se espera continuar con los Objetivos Estratégicos enunciados, agregándoles algunas especificidades.

#### **A. Consolidar el funcionamiento de las Redes Asistenciales.**

##### **1. Autogestión en Red**

Lograr la aprobación y aplicar el nuevo instrumento de auditoría para evaluar y darle seguimiento a los EAR, transformándolo, así, en un instrumento de evaluación y seguimiento de los avances en el EAR.

Analizar el estado actual de desarrollo organizacional de los EAR que no participaron del acompañamiento realizado en 2009 e implementar las mejores opciones.

Extender el proceso de acompañamiento con las consultoras universitarias al resto de los EAR e implementar los procesos de intercambio de experiencias, activar la Comunidad de Aprendizaje, etc.

##### **2. Gestión de listas de espera**

Asegurar la aplicación de las Orientaciones de Gestión del Procedimiento de Atenciones Ambulatorias, en el movimiento de los usuarios que requieren intervenciones quirúrgicas y consultas con especialistas, con el objeto de mejorar la pertinencia en las derivaciones desde el nivel de atención primario al secundario y mejorar el seguimiento de pacientes a través del Sistema.

Implementar el Modelo de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica y de Consultas de Especialidades con base en la información disponible en los Sistemas de Agendamiento y de Referencia y Contra-referencia.

Implementar las actividades conducentes a cumplir con las metas y los indicadores de Gestión de Listas de Espera incluidos en los Compromisos de Gestión 2010.

##### **3. Donación y trasplantes de órganos y tejidos**

Realizar actividades intersectoriales para aumentar la tasa de donación de órganos y tejidos en 15% y negociar con el Ministerio de Educación para incorporar la donación de órganos en las mallas curriculares e Impulsar la discusión social acerca de la donación de órganos en la población chilena. Desarrollar la institucionalidad de la donación y trasplantes aumentando a 35 las Unidades de Procuramiento, implementar un Banco de Tejidos, editar y difundir el Manual de Procuramiento de

Órganos y Tejidos, y redefinir y actualizar las canastas de Procuremento y Trasplante de drogas inmunosupresoras con FONASA.

Diseñar e implementar la Red de Traslados para facilitar el transporte terrestre y/o aéreo de los equipos quirúrgicos de procuremento y trasplante, de pacientes potenciales receptores y de tejidos, órganos y muestras biológicas.

Realizar 2º Taller Nacional de Procuremento y Trasplante

## **B. Para mejorar la Gestión de la APS.**

### **Atención de Salud a nivel Comunal**

Integrar los Programas de APS con cobertura nacional al Plan de Salud Per Capitado y extender el Pago Percápita a la APS bajo administración de los Servicios de Salud.

Completar los requerimientos de SAPU, SUR, CESFAM, COSAM, RIO, RBC, etc.

Evaluar algunos dispositivos nuevos o en uso e implementar los aprueben, como UAPO, Clínicas Dentales Móviles, Laboratorios Básicos de Centros de Salud Urbanos, Telemedicina, etc.

## **C. Asegurar las condiciones de funcionamiento del GES.**

Mejorar y mantener los problemas de salud GES vigentes y avanzar en mayores garantías explícitas, y colaborar en estudios y en la instalación. De los nuevos pilotos GES en las redes asistenciales.

Contribuir a la evaluación de la pertinencia y la evidencia de las Guías Clínicas, los Protocolos y los Flujogramas vigentes en las Redes Asistenciales.

Consolidar el Modelo de Gestión de Garantías en las Redes Asistenciales.

Difundir en las Redes Asistenciales los cambios de decretaos, protocolos, etc.

## **D. Inversiones Sectorial**

### **1. Infraestructura de APS**

a) Continuar y completar la ejecución física y habilitación de los 42 establecimientos que iniciaron su ejecución física el año 2009.

b) Coordinar con los Servicios de Salud y Municipios la puesta en marcha y entrada en operación de estos establecimientos.

### **2. Infraestructura de la Red Hospitalaria.**

a) Continuar y completar las Obras Civiles en los 14 Hospitales que las iniciaron en 2010.

b) Dar inicio a la ejecución de Obras Civiles de 10 Hospitales

c) Terminar los Desarrollos de Proyectos de otros 6 Hospitales.

3. Asegurar el presupuesto de continuidad ya que el Programa de Inversiones demandará recursos por un total de MM\$ 252.570.



## **E. Concesiones**

1. Seguimiento y desarrollo del contrato de concesiones de los hospitales de Maipú y La Florida.
2. Desarrollo de los procesos de precalificación y licitación de los proyectos que conforman el Segundo Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria:
  - a) Reposición de los Hospitales del Salvador y Geriátrico,
  - b) Reposición Hospital Sótero del Río,
  - c) Construcción nuevo Hospital de Quilicura y CRS de Colina;
  - d) Reposición Hospital Félix Bulnes
3. Evaluar el desarrollo de nuevas inversiones a través del sistema de concesiones para resolver la brecha estimada de inversiones en la RM de más de 2.500 millones de dólares en Hospitales de Alta Complejidad.

## 4. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009
- Anexo 5: Compromisos Gubernamentales
- Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas
- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
- Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional
- Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública (propuestas 2008, que fueron implementadas en 2009 y las propuesta del FMGP 2009,

# **Anexo 1: Identificación de la Institución**

## **a) Definiciones Estratégicas**

### **- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución**

Ley N°18.834, Estatuto Administrativo.

Ley N°19.490.

Ley N° 19.937, Autoridad Sanitaria y Gestión.

Ley N° 19.966, Régimen de Garantías en Salud.

DFL N°29 de 1993, Fija la Planta de Personal del Ministerio de Salud.

Decreto Ley N°2763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos.

Decreto Supremo N°98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios

Decreto N°395 de 1979, Reglamento del Ministerio de Salud.

### **- Misión Institucional**

Regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.

## - Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2009

Número	Descripción
1	<p>El proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2009 significa un gran esfuerzo para garantizar una atención médica más oportuna y de calidad a los chilenos de menores recursos, para lo cual se ha priorizado la inversión en infraestructura y equipamiento, continuar con la consolidación del Plan AUGE, aumentar las disponibilidades de camas médicas e incrementar la contratación de especialistas. En este contexto, el proyecto de Presupuestos 2009 considera recursos para salud, por \$2.960.455 millones (1), lo que representa un incremento de 8,7 %.</p>
<p><b>Mejor Atención e Infraestructura</b></p> <p>Se debe señalar que en materia de inversión en salud, en el período 1990-2006 los recursos públicos dedicados a este gasto promediaron US \$97,3 millones anuales y en el año 2009 se destinarán US\$ 300 millones, en línea con el compromiso de invertir US \$ 1.150 millones en el período 2007-2010. Lo anterior significa que durante la presente administración se habrá invertido en salud más que en toda la década anterior.</p> <p>2 Las inversiones permitirán la puesta en marcha de diversos proyectos, entre estos se debe mencionar la ampliación de la urgencia de adultos del Hospital Padre Hurtado, en la Región Metropolitana, así como la normalización de los Hospitales de Victoria (etapa II), de Coquimbo, Los Andes y el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.</p> <p>Por otra parte, se contemplan recursos adicionales orientados a reducir el déficit de camas en la Región Metropolitana, que permitirá contar con 421 camas adicionales así como complejizar otras 57. En este contexto, se destinaron \$ 5.181 millones para financiar la apertura y habilitación del Hospital Metropolitano (Ex Militar), los que permitirán contar con 204 camas adicionales.</p>	
3	<p><b>Continuación implementación Plan AUGE</b></p> <p>El Proyecto de Presupuestos 2009 compromete \$19.519 millones adicionales para cubrir el 100% de las garantías asociadas a las 56 patologías vigentes y, adicionalmente, considera \$5.382 millones para realizar un programa piloto que incorpora dos nuevos problemas de salud al Plan AUGE.</p>
4	<p><b>Nivel atención primaria de salud</b></p> <p>Por otra parte, se sigue avanzando en mejorar la calidad en los diferentes niveles de atención de salud. En este contexto, para el nivel de atención primaria se consideran \$63.308 millones adicionales, lo que representa un incremento de 10,3 % real respecto de 2008. Estos mayores recursos permitirán aumentar en un 4,02% la población inscrita y validada para 2009, alcanzando así a más de 10,8 millones de personas.</p> <p>Este incremento considera \$8.516 millones para inversión en este nivel de atención, recursos que representan un aumento del 18,1 % y permitirán financiar el término de la construcción de 9 centros de atención familiar y el inicio de otros 38, más 50 centros comunitarios de salud familiar en el país.</p> <p>Se debe señalar además que se ha incrementado en \$ 7.735 millones los recursos para el Programa Sistema de Protección Integral a la Infancia, lo que permitirá la consolidación del programa para los menores de 0 a 3 años 11 meses.</p>
5	<p><b>Efecto leyes de recursos humanos y contratación de especialistas</b></p> <p>Se han incorporado \$ 35.330 millones para financiar los efectos de diversas leyes que significan, principalmente, beneficios salariales del personal de salud asociados a mejoras de gestión.</p> <p>Con la finalidad de mejorar la calidad de salud pública, el presupuesto considera recursos por \$ 17.932 millones para dar cumplimiento del compromiso asumido por la Presidenta el 21 de mayo de 2008, de contratar 500 médicos especialistas a jornada completa en los hospitales con mayor carencias, lo que permitirá reducir significativamente las listas de espera.</p>

(1) Considera el Proyecto de Ley de Presupuesto 2008 menos los Subtítulos 30+32+34+35 más los Intereses de la Deuda.

Finalmente, otro elemento fundamental que se refuerza, es la eficiencia con el propósito de asegurar la oportuna entrega de las prestaciones, para ello, el Proyecto de Presupuestos 2009 contempla recursos por \$16.432 millones para la gestión de las redes asistenciales, en donde se incorporan \$ 2.967 millones adicionales para el sistema de información para la red asistencial (SIRA) y para apoyar la capacidad de gestión de los hospitales de mayor complejidad.

## - Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Consolidar el funcionamiento de las redes y macrorredes asistenciales, a través del aprovisionamiento de equipamiento para los establecimientos de la Red, definiendo estándares de calidad, velando por la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo.
2	Asegurar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, con criterios de equidad, para superar las brechas de tecnología sanitaria.
3	Mejorar la gestión en Atención Primaria, para lograr mayor resolutiveidad e integralidad a través del modelo de Salud Familiar y comunitaria como eje del sistema de salud.
4	Implementar políticas destinadas a desarrollar recursos humanos en los Servicios de Salud 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	Mejorar la gestión de las políticas ministeriales a través de los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la infraestructura, tanto de las redes asistenciales como de la Autoridad Sanitaria, para lograr mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos del sector.
6	Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan favorecer la inclusión de los grupos vulnerables.

## - Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<p><u>Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de apoyo a la Gestión de los Servicios de Salud                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación de los Servicios de Salud a través de distintos instrumentos de medición específicos: compromisos de gestión, evaluación de la gestión, estándares de calidad, índice de actividad de la APS (título 1), sistema de gestión y reclamos ciudadanos.</li> <li>- Fortalecimiento de la red asistencial</li> <li>- Fortalecer el control social.</li> </ul> </li> </ul>	1,2,3,6
2	<p><u>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de Formación y Desarrollo del personal (Formación de directivos, capacitaciones permanentes, pasantías nacionales y extranjeras).</li> <li>• Gestión de Dotaciones de los Servicios de Salud.</li> <li>• Administración de los estatutos laborales de salud.</li> </ul>	2,4
3	<p><u>Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar a los Servicios de salud en la gestión financiero contable de estos y de las redes asistenciales.</li> <li>• Realizar control presupuestario y de la gestión financiera sectorial.</li> <li>• Planificar, evaluar y controlar las inversiones en infraestructura y equipamiento del sector público de salud.</li> </ul>	2,5

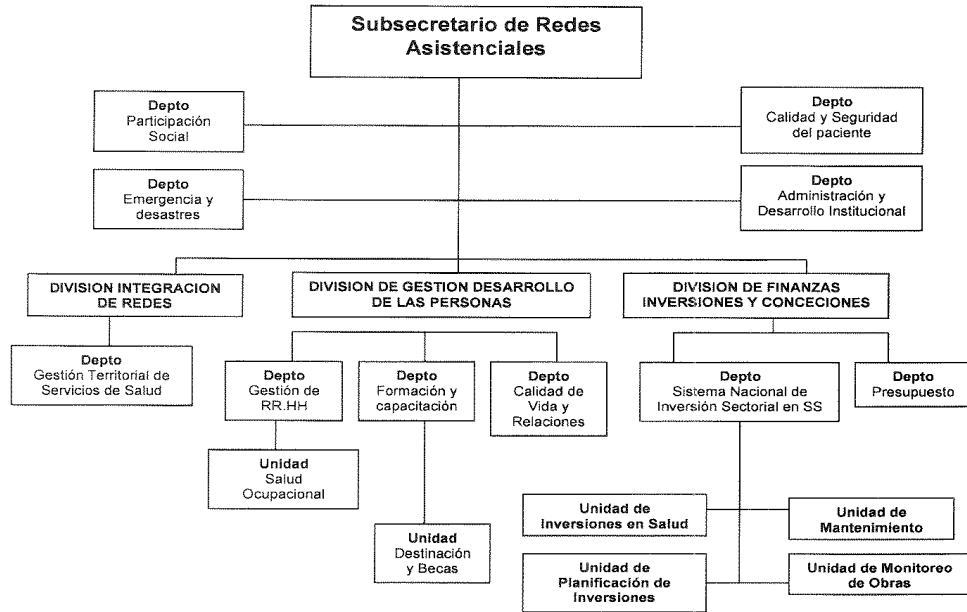
## - Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre
1	Servicios de Salud e instituciones de la red en general
2	Beneficiarios directos del sistema público de salud

## b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio



### ORGANIGRAMA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



### c) Principales Autoridades

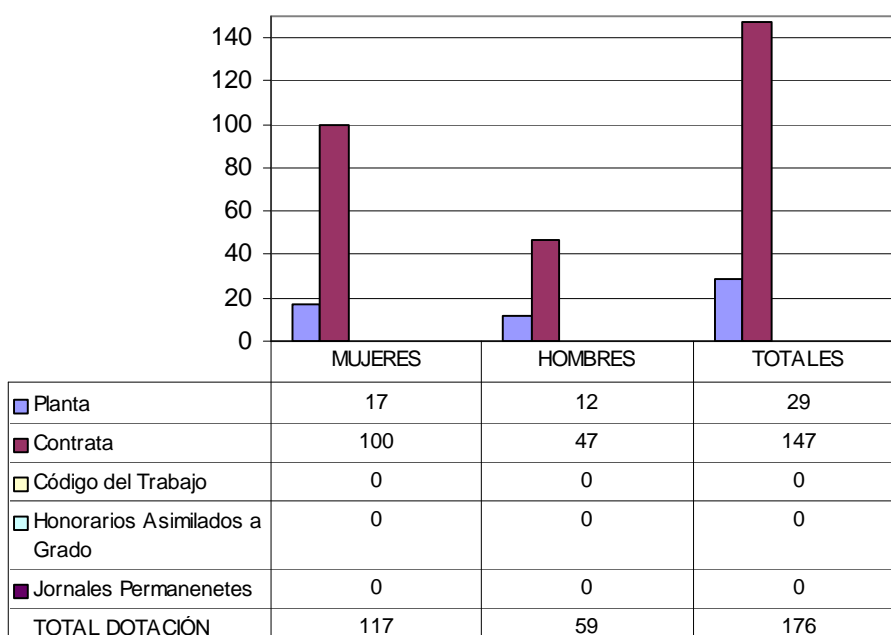
Cargo	Nombre
Ministro de Salud	Álvaro Erazo Latorre
Subsecretario de Redes Asistenciales	Julio Montt Vidal
Jefe de División de Finanzas Inversiones y Concesiones	Patricio Lagos
Jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas	Hernán Sepúlveda Uribe
Jefe de División de Integración de Redes	Gabriela Brignardello



## Anexo 2: Recursos Humanos

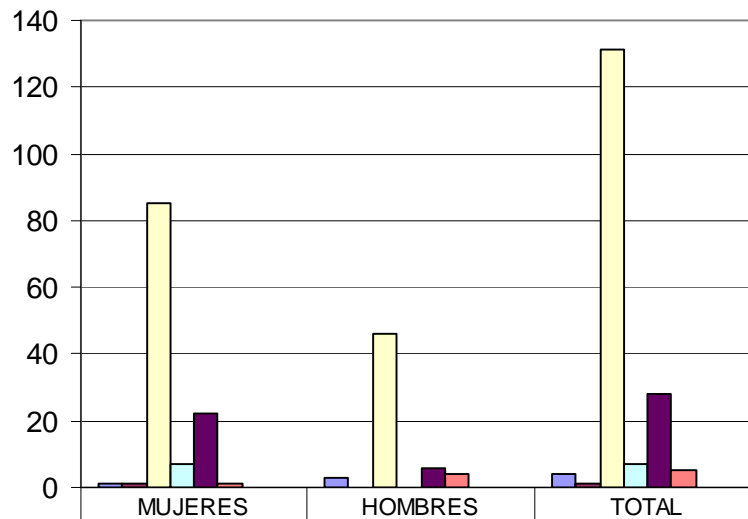
### a) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2009<sup>6</sup> por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



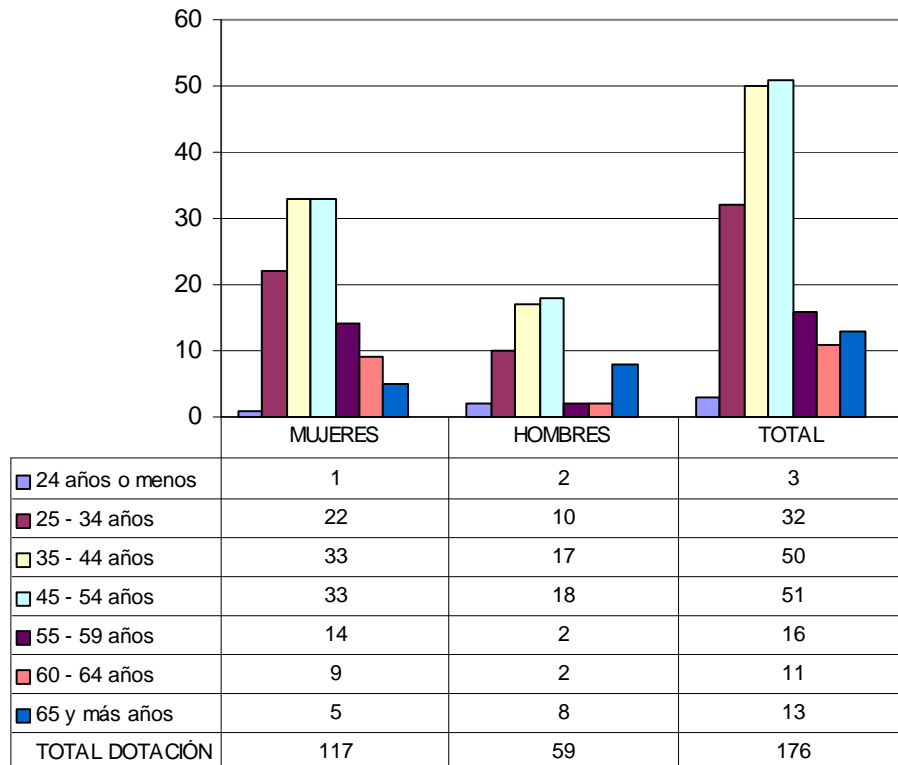
<sup>6</sup> Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2009. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- Dotación Efectiva año 2009 por Estamento (mujeres y hombres)



Estamento	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Directivos profesionales	1	3	4
Directivos no profesionales	1	0	1
Profesionales	85	46	131
Técnicos	7	0	7
Administrativos	22	6	28
Auxiliares	1	4	5
Presonal afecto a Leyes Nos. 15.076 y 19.664	0	0	0
<b>TOTAL DOTACIÓN</b>	<b>117</b>	<b>59</b>	<b>176</b>

- Dotación Efectiva año 2009 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



## b) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>7</sup>		Avance <sup>8</sup>	Notas
		2008	2009		
<b>1. Días No Trabajados</b>					
Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12)/\text{Dotación Efectiva año } t$	3,0	1,5	198,4	
<b>2. Rotación de Personal</b>					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) *100$	8,8	6,3	138,9	
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios Jubilados año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t)*100$	0,0	0,0	-	
• Funcionarios fallecidos	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios fallecidos año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t)*100$	0,0	0,6	-	
• Retiros voluntarios					
o con incentivo al retiro	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	1,9	0,6	32,0	
o otros retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros otros retiros voluntarios año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	6,3	4,0	156,3	
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras causales año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	0,6	1,1	56,8	
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año } t/ \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año } t)$	2,7	0,2	-	

7 La información corresponde al período Enero 2008 - Diciembre 2008 y Enero 2009 - Diciembre 2009.

8 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, considerar el sentido de los indicadores (ascendente o descendente) previamente establecido y señalado en las instrucciones.

Cuadro 1 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>7</sup>		Avance <sup>8</sup>	Notas
		2008	2009		
<b>3. Grado de Movilidad en el servicio</b>					
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos o Promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	0,0	0,0	-	
3.2 Porcentaje de funcionarios recontratados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios a contrata.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontratados en grado superior, año t}) / (\text{Total efectivo de funcionarios a contrata año t}) * 100$	29,0	0,0	0,0	
<b>4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal</b>					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	60,6	62,5	103,1	
4.2 Porcentaje de becas <sup>9</sup> otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	0,0	0,0	-	
4.3 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / \text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t})$	18,0	16,2	90,2	
<b>5. Grado de Extensión de la Jornada</b>					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t} / 12) / \text{Dotación efectiva año t}$	19,2	6,7	286,5	
<b>6. Evaluación del Desempeño<sup>10</sup></b>					
Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Porcentaje de Funcionarios en Lista 1	99,2	97,5	101,7	
	Porcentaje de Funcionarios en Lista 2	0,7	1,9	36,8	
	Porcentaje de Funcionarios en Lista 3	0,0	0,6	-	
	Porcentaje de Funcionarios en Lista 4			-	

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

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

## Anexo 3: Recursos Financieros

### a) Resultados de la Gestión Financiera

#### PROGRAMA 01

Cuadro 2			
Ingresos y Gastos devengados año 2008 – 2009			
Denominación	Monto Año 2008	Monto Año 2009	Notas
	M\$ <sup>11</sup>	M\$	
<b>▮ INGRESOS</b>	<b>12.551.042</b>	<b>26.082.150</b>	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0	7.741.980	
OTROS INGRESOS CORRIENTES	115.554	134.629	
APORTE FISCAL	11.155.965	17.957.413	
SALDO INICIAL DE CAJA	1.279.523	248.128	
<b>▮ GASTOS</b>	<b>12.551.042</b>	<b>26.082.150</b>	
GASTOS EN PERSONAL	4.445.152	4.922.580	
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	5.300.906	6.944.912	
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	67.673	22.128	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3.348.388	8.040.255	12
ADQUISICIÓN DE ACTIVO NO FINANCIERO	25.275	176.582	
INICIATIVAS DE INVERSIÓN	0	345.199	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	107.160	139.194	
SERVICIO DE LA DEUDA	676.094	1.527.644	
SALDO FINAL DE CAJA	-1.419.603	3.963.656	

11 La cifras están expresadas en M\$ del año 2009. El factor de actualización de las cifras del año 2008 es 1,015.

12 El mayor presupuesto 2009 en relación al 2008 se debe a la incorporación del Programa de Apoyo al Recién Nacido.

## PROGRAMA 02

Cuadro 2			
Ingresos y Gastos devengados año 2008 – 2009			
Denominación	Monto Año 2008	Monto Año 2009	Notas
	M\$ <sup>13</sup>	M\$	
<b>▮ INGRESOS</b>	<b>142.339.029</b>	<b>197.402.727</b>	
APORTE FISCAL	141.868.713	163.340.831	
SALDO INICIAL DE CAJA	470.316	34.061.896	
<b>▮ GASTOS</b>	<b>142.339.029</b>	<b>197.402.727</b>	
INICIATIVAS DE INVERSIÓN	0	0	
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	87.728.989	177.675.805	
SERVICIO DE LA DEUDA	4.054.157	2.950.616	
SALDO FINAL DE CAJA	50.555.884	16.776.306	

13 La cifras están expresadas en M\$ del año 2009. El factor de actualización de las cifras del año 2008 es 1,015.

b) Comportamiento Presupuestario año 2009

**PROGRAMA 01**

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2009								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial <sup>14</sup>	Presupuesto Final <sup>15</sup>	Ingresos y Gastos Devengados	Diferencia <sup>16</sup>	Notas <sup>17</sup>
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
				<b>24.175.281</b>	<b>26.500.427</b>	<b>26.082.150</b>	<b>418.277</b>	
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.741.980	7.741.980	7.741.980	0	
	02		Del Gobierno Central	7.741.980	7.741.980	7.741.980	0	
		002	Sistema de Protección Integral de la Infancia	7.741.980	7.741.980	7.741.980	0	
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	22.906	52.906	134.629	-81.723	
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	0	30.000	63.817	-33.817	
	99		Otros	22.906	22.906	70.812	-47.906	
09			APORTE FISCAL	16.409.395	18.457.413	17.957.413	500.000	
	01		Libre	16.409.395	18.457.413	17.957.413	500.000	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	1.000	248.128	248.128	0	
			<b>GASTOS</b>	<b>24.175.281</b>	<b>26.500.427</b>	<b>26.082.150</b>	<b>418.277</b>	
21			GASTOS EN PERSONAL	3.932.334	5.014.296	4.922.580	91.716	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	11.201.781	7.295.894	6.944.912	350.982	
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	0	22.128	22.128	0	
	03		Prestaciones Sociales del Empleador	0	22.128	22.128	0	

14 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

15 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2009.

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

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



24	001	Indemnización de Cargo Fiscal	0	22.128	22.128	0
		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	9.023.917	11.937.663	8.040.255	3.897.408
	01	Al Sector Privado	7.741.980	8.104.516	4.207.124	3.897.392
		003 Programa Apoyo al Recién Nacido	7.741.980	8.104.516	4.207.124	3.897.392
	02	Al Gobierno Central	0	3.833.147	3.833.130	17
		001 Servicio de Salud Arica	0	109.490	109.489	1
		002 Servicio de Salud Iquique	0	12.264	12.264	0
		003 Servicio de Salud Antofagasta	0	31.520	31.519	1
		004 Servicio de Salud Atacama	0	124.187	124.187	0
		005 Servicio de Salud Coquimbo	0	351.025	351.024	1
		006 Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio	0	27.696	27.696	0
		007 Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota	0	68.732	68.731	1
		008 Servicio de Salud Aconcagua	0	387.360	387.359	1
		009 Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins	0	35.199	35.199	0
		010 Servicio de Salud Maule	0	107.030	107.030	0
		011 Servicio de Salud Ñuble	0	30.979	30.979	0
		012 Servicio de Salud Concepción	0	43.466	43.464	2
		013 Servicio de Salud Talcahuano	0	35.352	35.352	0
		014 Servicio de Salud Bío-Bío	0	26.865	26.864	1
		015 Servicio de Salud Arauco	0	14.621	14.621	0
		016 Servicio de Salud Araucanía Norte	0	18.900	18.900	0
	017 Servicio de Salud Araucanía Sur	0	41.531	41.530	1	
	018 Servicio de Salud Valdivia	0	22.570	22.569	1	
	019 Servicio de Salud Osorno	0	22.049	22.048	1	
	020 Servicio del Reloncaví	0	26.393	26.392	1	
	021 Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	0	22.149	22.149	0	

	022	Servicio de Salud Magallanes	0	15.315	15.314	1
	023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	0	104.884	104.883	1
	024	Servicio de Salud Metropolitano Central	0	88.974	88.973	1
	025	Servicio de Salud Metropolitano Sur	0	141.768	141.766	2
	026	Servicio de Salud Metropolitano Norte	0	103.473	103.472	1
	027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	0	1.671.109	1.671.108	1
	028	Servicio de Salud Metropolitano Sur – Oriente	0	101.019	101.018	1
	038	Hospital Padre Alberto Hurtado	0	28.674	28.674	0
	039	Centro de Referencia de Salud Maipú	0	7.413	7.413	0
	042	Servicio de Salud Chiloé	0	11.140	11.140	0
	03	A Otras Entidades Públicas	1.281.937	0	0	0
	396	Programa Campaña de Invierno	1.281.937	0	0	0
29		ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	16.249	185.737	176.582	9.155
	04	Mobiliario y Otros	2.974	2.974	2.965	-1
	05	Máquinas y Equipos	1.062	5.550	996	4.554
	07	Programas Informáticos	12.213	177.213	172.622	4.591
31		INICIATIVAS DE INVERSIÓN	0	376.866	345.199	30.667
	02	Proyectos	0	376.866	345.199	30.667
33		TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	0	139.199	139.194	5
	02	Al Gobierno Central	0	139.199	139.194	5
	003	Servicio de Salud Antofagasta	0	4.776	4.776	0
	004	Servicio de Salud Atacama	0	350	350	0
	005	Servicio de Salud Coquimbo	0	4.284	4.284	0
	006	Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio	0	17.485	17.485	0
	007	Servicio de Salud Viña del Mar-Quilota	0	3.000	3.000	0

		Quillota				
		008 Servicio de Salud Aconcagua	0	700	700	0
		011 Servicio de Salud Ñuble	0	7.049	7.049	0
		012 Servicio de Salud Concepción	0	5.835	5.835	0
		014 Servicio de Salud Bío-Bío	0	2.550	2.550	0
		015 Servicio de Salud Arauco	0	3.749	3.748	1
		016 Servicio de Salud Araucanía Norte	0	1.000	1.000	0
		018 Servicio de Salud Valdivia	0	725	725	0
		019 Servicio de Salud Osorno	0	5.103	5.102	1
		020 Servicio del Reloncaví	0	4.400	4.400	0
		021 Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	0	2.034	2.034	0
		022 Servicio de Salud Magallanes	0	700	700	0
		023 Servicio de Salud Metropolitano Oriente	0	2.500	2.500	0
		024 Servicio de Salud Metropolitano Central	0	23.241	23.241	0
		025 Servicio de Salud Metropolitano Sur	0	4.975	4.975	0
		026 Servicio de Salud Metropolitano Norte	0	7.747	7.746	1
		027 Servicio de Salud Metropolitano Occidente	0	7.500	7.500	0
		028 Servicio de Salud Metropolitano Sur – Oriente	0	29.496	29.495	1
34		SERVICIO DE LA DEUDA	0	1.527.644	1.527.644	0
	07	Deuda Flotante	0	1.527.644	1.527.644	0
35		SALDO FINAL DE CAJA	1.000	3.963.656	3.963.656	0

## PROGRAMA 02

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2009								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto	Presupuesto	Ingresos y	Diferencia <sup>20</sup>	Notas <sup>21</sup>
				Inicial <sup>18</sup>	Final <sup>19</sup>	Gastos		
				(M\$)	(M\$)	Devengados	(M\$)	
						(M\$)		
				<b>158.323.989</b>	<b>198.329.804</b>	<b>197.402.727</b>	<b>927.077</b>	
09			APORTE FISCAL	158.322.989	163.660.836	163.340.831	693.207	
	01		Libre	155.052.368	160.763.417	160.390.215	373.202	
	03		Servicio de la Deuda Externa	3.270.621	3.270.621	2.950.616	320.005	
13			TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	0	607.072	0	607.072	
	02		Del Gobierno Central	0	607.072	0	607.072	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	1.000	34.061.896	34.061.896	0	
			<b>GASTOS</b>	<b>155.052.368</b>	<b>198.329.804</b>	<b>197.402.727</b>	<b>927.077</b>	
31			INICIATIVAS DE INVERSIÓN	155.052.368	0	0	0	
	02		Proyectos	155.052.368	0	0	0	
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	0	195.058.183	177.675.805	16.775.306	
	02		Al Gobierno Central	0	195.058.183	177.675.805	16.775.306	
		001	Servicio de Salud Arica	0	9.441.875	8.739.705	702.170	
		002	Servicio de Salud Iquique	0	350.000	258.882	91.118	
		003	Servicio de Salud Antofagasta	0	7.622.634	5.740.351	1.882.283	
		004	Servicio de Salud Atacama	0	8.548.644	8.634.355	85.711	
		005	Servicio de Salud Coquimbo	0	7.794.925	7.272.622	522.303	
		006	Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio	0	3.162.538	2.937.791	224.747	

18 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

19 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2009.

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

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

Antonio					
007	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota	0	5.690.183	5.158.783	531.400
008	Servicio de Salud Aconcagua	0	9.877.552	9.739.582	137.970
009	Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins	0	11.004.469	5.602.957	5.401.512
010	Servicio de Salud Maule	0	6.813.178	5.998.549	814.629
011	Servicio de Salud Ñuble	0	1.804.269	1.768.542	35.727
012	Servicio de Salud Concepción	0	14.975.737	14.448.438	527.299
013	Servicio de Salud Talcahuano	0	12.218.084	11.853.241	364.843
014	Servicio de Salud Bío-Bío	0	13.773.706	13.762.928	10.778
015	Servicio de Salud Arauco	0	13.221.778	12.049.811	1.171.967
016	Servicio de Salud Araucanía Norte	0	2.811.272	2.658.713	152.559
017	Servicio de Salud Araucanía Sur	0	16.270.285	15.254.285	1.016.000
018	Servicio de Salud Valdivia	0	2.516.387	2.157.779	358.608
019	Servicio de Salud Osorno	0	10.092.404	9.992.658	99.746
020	Servicio del Reloncaví	0	2.869.285	2.583.859	285.426
021	Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	0	398.308	384.288	14.020
022	Servicio de Salud Magallanes	0	10.500.600	10.412.627	87.973
023	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	0	2.741.001	1.703.734	1.037.267
024	Servicio de Salud Metropolitano Central	0	4.446.091	4.466.426	20.335
025	Servicio de Salud Metropolitano Sur	0	9.538.800	8.730.538	808.262
026	Servicio de Salud Metropolitano Norte	0	835.166	800.441	34.725
027	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	0	2.535.526	1.916.414	619.112
028	Servicio de Salud Metropolitano Sur – Oriente	0	1.870.713	1.617.942	252.771
038	Hospital Padre Alberto Hurtado	0	85.000	75.014	9.986

		039	Centro de Referencia de Salud Maipú	0	70.000	63.504	6.496	
		041	Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente	0	70.000	70.000	0	
		042	Servicio de Salud Chiloé	0	1.107.773	821.046	286.727	
34			SERVICIO DE LA DEUDA	3.270.621	3.270.621	2.950.616	320.005	
	02		Empréstitos	2.741.445	2.741.445	2.497.217	244.228	
	04		Empréstitos	529.176	529.176	453.399	75.777	
35			SALDO FINAL DE CAJA	1.000	1.000	16.776.306	16.775.306	

## C) Indicadores Financieros

### PROGRAMAS 01 Y 02

Cuadro 4							
Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo <sup>22</sup>			Avance <sup>23</sup> 2009/ 2008	Notas
			2007	2008	2009		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales <sup>24</sup> )	\$	1,3	0,9	0,9	1,0	
	[IP Ley inicial / IP devengados]	\$	0,0	0,0	0,0	0,0	
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP percibidos / IP devengados]	\$	0,0	0,0	0,0	0,0	
	[IP percibidos / Ley inicial]	\$	0,0	0,0	0,0	0,0	
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	[DF/ Saldo final de caja]	\$	333,1	763,8	590,7	77,3	
	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)	\$	399	0,3	2.725	9.083,3	25

22 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2009. Los factores de actualización de las cifras de los años 2007 y 2008 son 1,103 y 1,015 respectivamente.

23 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.

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

25 En el año 2008 quedaron M\$5.420.000 en ingresos por percibir.

d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5				
Análisis del Resultado Presupuestario 2009 <sup>26</sup>				
Código	Descripción	Saldo Inicial (M\$)	Flujo Neto (M\$)	Saldo Final (M\$)
<b>FUENTES Y USOS</b>				
<b>Carteras Netas</b>				
115	Deudores Presupuestarios	0	174.548	174.548
215	Acreedores Presupuestarios	0	-3.619.453	-3.619.453
<b>Disponibilidad Neta</b>				
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	7.319.869	1.143.343	8.463.212
<b>Extrapresupuestario neto</b>				
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	4.174.868	-1.528.627	2.646.241
116	Ajustes a Disponibilidades	3.216	0	3.216
119	Trasposos Interdependencias			
214	Depósitos a Terceros	-2.642.010	-423.992	-3.066.002
216	Ajustes a Disponibilidades	-200.217	-88.840	-289.057
219	Trasposos Interdependencias	0	-123.034.180	-123.034.180

<sup>26</sup> Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.



e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2009				
Denominación	Ley Inicial (M\$)	Presupuesto Final (M\$)	Devengado (M\$)	Observaciones
Mejor Atención e Infraestructura	158.323.989	194.451.111	177.675.805	
Continuación implementación Plan AUGE	451.852	159.982	158.665	
Nivel atención primaria de salud	7.741.980	8.104.516	4.270.036	
Efecto leyes de recursos humanos y contratación de especialistas	4.789.542	2.632.305	2.292.884	

f) Transferencias<sup>27</sup>

**PROGRAMAS 01 Y 02**

Cuadro 7					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2009 <sup>28</sup>	Presupuesto Final 2009 <sup>29</sup>	Gasto Devengado	Diferencia <sup>30</sup>	Notas
	(M\$)	(M\$)	(M\$)		
<b>TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO</b>					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo	7.741.980	8.104.517	4.207.124	3.897.393	
Inversión Real					
Otros					
<b>TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS</b>					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo	0	0	0	0	
Inversión Real					
Otros <sup>31</sup>					
<b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b>	<b>7.741.980</b>	<b>8.104.517</b>	<b>4.207.124</b>	<b>3.897.393</b>	

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

28 Corresponde al aprobado en el Congreso.

29 Corresponde al vigente al 31.12.2009.

30 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

31 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

g) Inversiones<sup>32</sup>

1. Nombre: Normalización red eléctrica y sistema seguridad inmueble Minsal.

Tipo de Iniciativa: Contempla la intervención de 2.00 m2 y corresponde a la ejecución de las obras necesarias para la completa normalización eléctrica del edificio central que alberga al Ministerio de Salud, cuya instalación actual data de más de 30 años

Objetivo: Mejorar las condiciones de seguridad eléctrica del edificio.

Beneficiarios: 1.700 personas de ambos sexos.

Cuadro 8							
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2009							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado <sup>33</sup>	Ejecución Acumulada al año 2009 <sup>34</sup>	% Avance al Año 2009	Presupuesto Final Año 2009 <sup>35</sup>	Ejecución Año 2009 <sup>36</sup>	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(7) = (4) - (5)	
Normalización eléctrica	376.866	345.199	92	376.866	345.199	31.667	

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

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

34 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2009.

35 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2009.

36 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria devengada del año 2009.

## Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009

- Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2009

Cuadro 10										
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2009	Cumple SI/NO <sup>37</sup>	% Cumplimiento <sup>38</sup>	Notas
				2007	2008	2009				
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Tasa anual de consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) por beneficiario	N° consultas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el año t/N° Población total beneficiaria	unidades	0.77unidades	0.54unidades	0.58unidades	0.47unidades	SI	123%	1
				7720051	6353221	7087905	5600000			
				.00/9976	.00/1173	.00/1224	.00/1200			
				722.00	5035.00	8257.00	0000.00			
				H: 0.00	H: 0.50	H: 0.51	H: 0.42			
					2772424	3086722	2400000			
					.00/5562	.00/6022	.00/5680			
				M: 0.00	407.00	562.00	120.00			
					M: 0.58	M: 0.64	M: 0.51			
					3580968	4001182	3200000			
	.00/6172	.00/6225	.00/6319							
	628.00	695.00	880.00							

<sup>37</sup> Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2009 es igual o superior a un 95% de la meta.

<sup>38</sup> Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2009 en relación a la meta 2009.

Cuadro 10

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2009	Cumple SI/NO <sup>37</sup>	% Cumplimiento <sup>38</sup>	Notas
				2007	2008	2009				
Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de transferencias efectuadas a los respectivos Servicios de Salud sobre el marco presupuestario vigente de aporte estatal a salud municipal en el año t	(Monto de transferencias efectuadas a los Servicios de Salud, del decreto supremo de aporte estatal a salud municipal, año t/Total de recursos considerados en el decreto supremo de aporte estatal a salud municipal del año t)*100	%	0%	100%	100%	100%	SI	100%	
				(0/0)*100	(2817370/744000)*100	(602486633000/603404744000)*100	(100/100)*100			
	Enfoque de Género: No									
Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de avance de Proyectos de inversión decretados	(Monto total de recursos decretados en proyecto de inversión /Monto total de asignación a inversión sectorial en la Ley de Presupuesto)*100	%	N.M.	86%	100%	100%	SI	100%	
					(116711798/136151927)*100	(155052368/1552368)*100	(136151927/136151927)*100			
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2009	Cumple SI/NO <sup>37</sup>	% Cumplimiento <sup>38</sup>	Notas
				2007	2008	2009				
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de Establecimientos que el año 2008 no tienen la condición de	(N° de establecimientos que el año 2008 no tiene la condición de Establecimiento Autogestionado en Red con un instrumento que contenga los requisitos de acreditación aplicado/N° de establecimientos que el 2008 no tiene la condición de Establecimiento Autogestionado en Red.) * 100	%	N.M.	N.M.	100%	100%	SI	100%	
Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Establecimientos Autogestionados en Red, con aplicación de un instrumento que contenga los elementos de acreditación de Autogestión.  Enfoque de Género: No					(48/48)* 100	(48/48)* 100			
Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	Porcentaje de agentes de gestión que han recibido herramientas de gestión para la implementación de patologías GES año t	(N° de agentes de gestión GES que han recibido herramientas de gestión para la implementación de las patologías GES en el año t / N° total de agentes de gestión GES.) * 100	%	N.M.	N.M.	100%	90%	SI	111%	
						(146/146)*100	(131/146)*100			
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2009	Cumple SI/NO <sup>37</sup>	% Cumplimiento <sup>38</sup>	Notas
				2007	2008	2009				
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de problemas de salud en regimen legal y pilotos definidos GES que cuentan con flujogramas de atención diseñados y difundidos a los Servicios de Salud, en el año t	(N° de flujogramas de atención para problemas de salud en regimen legal y pilotos definidos GES diseñados y difundidos en el año t a los Servicios de Salud./N° Total de problemas de salud en regimen legal y pilotos definidos GES.)*100	%	N.M.	100% (63/63)* 100	100% (65/65)* 100	100% (100/100)*100	SI	100%	
	Enfoque de Género: No									
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas desde la indicación en la unidad de emergencia año t sobre el total de pacientes con indicación que ingresan a cama hospitalaria desde la unidad de emergencia año t	(N° de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas desde la indicación en la unidad de emergencia año t/Total de pacientes con indicación que ingresan a cama hospitalaria desde la unidad de emergencia año t)*100	%	N.M.	N.M.	77.5% (215756 .0/27856 9.0)*100	65.0% (12290. 0/18909. 0)*100	SI	119%	
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "	Cumple SI/NO <sup>37</sup>	% Cumplimiento <sup>38</sup>	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Tasa anual de disponibilidad de camas de intermedio para población beneficiaria mayor de 15 años.	(N <sup>a</sup> total de camas de cuidados intermedios año t/Población Beneficiaria mayor de 15 años)*100000 beneficiarios	%	N.M.	N.M.	8.5%	8.8%	SI	97%	
						(797.0/9346615.0)*100000.0	(792.0/8970000.0)*100000.0			
	Enfoque de Género: No									
Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud	Porcentaje de funcionarios por profesiones de las Leyes 18.834 y 19.664-15076 capacitados en el Programa Anual de Capacitación-PAC del total de las dotaciones del personal de los Servicios de Salud año t	(Funcionarios capacitados en actividades del Programa Anual de Capacitación (PAC) en el año t/Dotación de personal de los Servicios de Salud, Leyes 18.834 y 19.664-15.076)*100	%	50%	65%	46%	45%	SI	102%	
				(37989/75803)*100	(53861/82580)*100	(36792/79982)*100	(37161/82580)*100			
	Enfoque de Género: No									



Cuadro 10

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2009	Cumple SI/NO <sup>37</sup>	% Cumplimiento <sup>38</sup>	No - tas
				2007	2008	2009				
Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de Centros Comunitario de Salud Familiar (CECOF) funcionando en el año t en relación a los comprometidos	(N° De Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) funcionando en el año t/N° de CECOF comprometidos)*100	%	100%	82%	77%	100%	NO	77%	2
				(48/48)*100	(120/147)*100	(129/167)*100	(167/167)*100			
	Enfoque de Género: No									
Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en salud	Porcentaje de recursos asignados a proyectos de inversión de los Servicios de Salud devengados año t	(Monto de recursos asignados a proyectos de inversión de los Servicios de Salud devengados año t /Presupuesto asignado a proyectos de inversión de los SS año t + saldo de caja de inversiones de años anteriores)*100	%	93%	59%	100%	100%	SI	100%	
				(104397159/112255010)*100	(79944279/136151927)*100	(171806845/171806845)*100	(100/100)*100			
	Enfoque de Género: No									

Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:	90 %
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:	0 %
Porcentaje de cumplimiento global del servicio:	90 %

Notas:

1.- El aumento en la tasa de consultas en los SAPU, esta dada principalmente por los efectos de la Pandemia decretada en el país. Si se observa el comportamiento entre Enero y Septiembre 2009, sin considerar los meses de Mayo, Junio y Julio, se registró un promedio de consultas de 598.276 mensuales, cantidad que alcanzo un peak en el mes de junio de 817.328, es decir en Junio se producen 219.050 consultas sobre el promedio.La proyección de la tasa de consultas para el año 2009.El sobrecumplimiento se evidencio desde el Tercer corte trimestral, en el cual ya se obtiene una tasa de 0,46 consultas SAPU.En consideración a los datos efectivos registrados, en la meta para 2010 se fijo una tasa de 0,57.

2.- Se evidenció un retraso en el nivel de avance de los cronogramas, debido a un aumento considerable en los costos asociados a cada proyecto por tres factores principales : 1.- Demora de 10 meses en sanción de cartera definitiva de proyectos 2009.2.- 18% de los proyectos no pudo adjudicar en primera licitación por exceder las ofertas lo recursos asignados, con la consiguiente necesidad de tramitación de recursos extras, una vez concluidas segundas y terceras licitaciones.3.- Dificultades locales en el seguimiento y agilización de los proyectos.Los mayores recursos necesarios para cubrir estas diferencias de costos de los proyectos se autorizaron en el mes de Octubre 2009, procediéndose entonces a reactivar los respectivos cronogramas y establecer nuevos plazos de ejecución. Lo anterior implica reprogramar etapas pendientes de acuerdo a procedimientos legales propios de toda inversión pública, con dinámica local propia y la participación y convergencia decisional de diversos actores involucrados.

#### - Otros Indicadores de Desempeño medidos por la Institución el año 2009

Cuadro 10							
Otros indicadores de Desempeño año 2009							
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Notas
				2007	2008	2009	
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario	$(N^{\circ} \text{ pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario, con P.A. } < 130/85 \text{ mmHg} / \text{Total de pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario}) * 100$	%	n.m.	54,69% (355428/649847)	52,60% (374686/712328)	-
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria	$(N^{\circ} \text{ de altas odontológicas totales realizadas en la atención primaria} / N^{\circ} \text{ de población total de beneficiaria del sistema público}) * 100$	%	n.m.	6,62% (778256/11753035)	6,90% (845542/12248257)	-
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud	Tasa de consulta médica por beneficiario, inscrito y validado, en atención primaria, promedio del	Total consultas médicas anuales a beneficiarios en atención primaria país/Total Población beneficiaria, inscrita y validada,	Consultas	n.m.	1,42 (16729262/11753035)	1,50 (15610659/10436)	-

Cuadro 10

## Otros indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Notas
				2007	2008	2009	
en redes	país	atención primaria país	)			954)	
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	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	%	n.m.	87.90% (354359/403137)	89% (366111/411962)	-
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de población beneficiaria del sistema público con altas odontológicas por especialidad realizadas en atención de segundo nivel	(N° de altas odontológicas por especialidad realizadas en Atención de segundo nivel año t/N° Población total beneficiaria del sistema público)*100	%	n.m.	1.18% (138842/11753035)	1.23% (151010/12248257)	-
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Cobertura "Equipos de Salud de Cabecera" activos en los establecimientos de APS con más de 10.000 inscritos	((N° de establecimientos APS con más de 10.000 inscritos con Equipos de Cabecera activo/N° de establecimientos APS con más de 10.000 inscritos)*100)	%	n.m.	56% (209/372)	99% (328/331)	-
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses con evaluación del desarrollo psicomotor	(N° de niños y niñas de 18 meses con evaluación del desarrollo psicomotor /N° total de niños y niñas bajo control)*100	%	n.m.	79,27% (133045/167832)	83% (147211/176455)	-
Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	Porcentaje de pacientes intervenidos de cesáreas que presentan infección de la herida operatoria	(N° de pacientes intervenidos de cesárea que presentan infección de la herida operatoria / N° total de pacientes intervenidos de cesárea)*100	%	n.m.	1.07% (313/29307)	1,10% (47/4284)	-

## Anexo 5: Programación Gubernamental

Cuadro 10 Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009			
Objetivo <sup>39</sup>	Producto <sup>40</sup>	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula <sup>41</sup>	Evaluación <sup>42</sup>
Otorgar a la población una atención primaria de alta calidad, resolutive, acogedora y cercana, mejorando el acceso como puerta de entrada al sistema de coordinación con el resto de la red de salud. Que cuente con equipos técnicos profesionales de salud, motivados, estables y capacitados en el modelo de salud familiar y comunitaria	Finalizar el proceso de incorporación del modelo de atención integral familiar y comunitaria para 259 (50%) establecimientos con objeto de completar la cobertura nacional de 100% de los establecimientos (N=519, Fuente DEIS)	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	<u>1º Trimestre</u> <b>ALTO</b> <u>2º Trimestre</u> <b>INCUMPLIDO</b> <u>3º Trimestre</u> <b>INCUMPLIDO</b> <u>4º Trimestre</u> <b>MEDIO</b>
Otorgar a la población una atención primaria de alta calidad, resolutive, acogedora y cercana, mejorando el acceso como puerta de entrada al sistema de coordinación con el resto de la red de salud. Que cuente con equipos técnicos profesionales de salud, motivados, estables y capacitados en el modelo de salud familiar y comunitaria	Implementar el 100% de las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) (N=36)	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	<u>1º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b> <u>2º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b> <u>3º Trimestre</u> <b>BAJO</b> <u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b>
Garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social promoviendo el desarrollo de las potencialidades de niños (as) desde la gestación, priorizando acciones en aquellos de mayor riesgo sanitario y social	Aplicar encuesta con enfoque de género e interculturalidad, a las gestantes ingresadas al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) y a las madres, Padres y/o Cuidadores de niños menores de un año bajo control	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	<u>1º Trimestre</u> <b>BAJO</b> <u>2º Trimestre</u> <b>MEDIO</b> <u>3º Trimestre</u> <b>ALTO</b>

39 Corresponden a actividades específicas a desarrollar en un periodo de tiempo preciso.

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

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

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

**Cuadro 10**  
**Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009**

Objetivo <sup>39</sup>	Producto <sup>40</sup>	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula <sup>41</sup>	Evaluación <sup>42</sup>
Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.	Redes nacionales de atención para los nuevos problemas de salud con garantías, incorporados en la modalidad de piloto definidos e instalados.	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes	<p align="center"><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>1º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>
Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.	<p>Los 29 servicios de salud (100%) en su conjunto reducen en un 100% (N=299.228) el número de personas en lista de espera en patologías* de mayor demanda y mayor tiempo de espera de atención.</p> <p>*(Consultas de especialidad &gt; 120 días e Intervención quirúrgica &gt; 1 año)</p>	Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en Salud.	<p><u>1º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>
Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.	De una Cartera de 44 Proyectos de los cuales 8 fueron entregados el año 2007 y 4 durante el año 2008, se comprometen 32 proyectos para el año 2009 en las siguientes etapas; 3 proyectos se completan y se entregan en el año 2009; 20 en diferentes etapas de ejecución de OO.CC, 8 proyecto en licitación de obras y 1 proyecto en etapa de	Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en	<p><u>1º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p>

**Cuadro 10**  
**Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009**

Objetivo <sup>39</sup>	Producto <sup>40</sup>	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula <sup>41</sup>	Evaluación <sup>42</sup>
<p>Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.</p>	<p>estudios preinversionales y diseño.</p> <p>20 CESFAM de ejercicios anteriores en Obras Civiles y 18 nuevos comienzan la etapa de ejecución de obras civiles (OO:CC)</p>	<p>Monitoreo, supervisión y gestión subsidiaria del programa de inversión sectorial en</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>
<p>Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.</p>	<p>Realizar seguimiento y evaluación de los planes de mejora de los 46 establecimientos hospitalarios en tránsito a Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).</p>	<p>Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p>
<p>Incorporar buenas practicas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de las prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.</p>	<p>Concurso EDF cupos de especialización Médicos</p>	<p>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>MEDIO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>BAJO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>

**Cuadro 10**  
**Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009**

Objetivo <sup>39</sup>	Producto <sup>40</sup>	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula <sup>41</sup>	Evaluación <sup>42</sup>
<p>Incorporar buenas practicas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de las prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.</p>	<p>Concurso EDF para Especialización de Dentistas</p>	<p>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>MEDIO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>MEDIO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>
<p>Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de las prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.</p>	<p>Concurso para especialización Médicos APS Municipal</p>	<p>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>MEDIO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>MEDIO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>
<p>Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de las prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.</p>	<p>Formación Directa de Especialistas y SubEspecialistas por los servicios de salud</p>	<p>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>BAJO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>

**Cuadro 10**  
**Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009**

Objetivo <sup>39</sup>	Producto <sup>40</sup>	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula <sup>41</sup>	Evaluación <sup>42</sup>
<p>Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de las prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.</p>	<p>Concurso Formación de Médicos Especialistas Básicos para la APS</p>	<p>Planificación, desarrollo y gestión de las personas que laboran en el sector salud</p>	<p><u>1º Trimestre</u> <b>BAJO</b></p> <p><u>2º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p> <p><u>3º Trimestre</u> <b>ALTO</b></p> <p><u>4º Trimestre</u> <b>CUMPLIDO</b></p>



## Anexo 6: Informe Preliminar<sup>43</sup> de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas<sup>44</sup>

(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009)

**Programa / Institución: Programa Tratamiento de la Obesidad. PASAF Adulto e Infantil y Obesidad Mórbida**

**Año Evaluación: 2008**

**Fecha del Informe: 11-02-2010 ; 11:16:05**

Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas				
Compromiso	Cumplimiento			
<p>1. Realizar un Estudio de Accesibilidad y Cobertura Geográfica a nivel comunal del PASAF infantil.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u> Junio 2009</p>	<p>I.1.1. Cobertura Geográfica PASAF niños, niñas y adolescentes:</p> <p>Se presenta documento en ppt, que presenta mapas por regiones con información georeferencial por comunas que comprometieron ejecución presupuestaria de los PASAF 2008 diferenciado por componente 1 y 2.</p> <p>En el análisis se consideran 344 comunas, distribuidas en el área de competencia de los 29 Servicios, donde es posible señalar que la cobertura geográfica de los PASAF 2008, calculada sobre la base de que al menos un establecimiento que implemente PASAF niños, niñas y adolescentes de una misma comuna, se entiende la comuna como cubierta, en esta situación el 46% de las comunas esta cubierta geográficamente.</p> <p>Sin embargo, si se calcula la cobertura geográfica en función del número de establecimientos de APS por Servicio de Salud, la cifra de cobertura geográfica cubierta es de 33% con un total de establecimientos equivalente a 723.</p> <p>PASAF niños, niñas y adolescentes</p> <table border="0"> <tr> <td>Servicios de Salud</td> <td>% cobertura por comuna</td> <td>%</td> </tr> </table>	Servicios de Salud	% cobertura por comuna	%
Servicios de Salud	% cobertura por comuna	%		

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

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

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento			
	cobertura por N° de establecimiento			
	1	Arica	25	100
	2	Iquique	29	35
	3	Antofagasta	11	18
	4	Atacama	56	32
	5	Coquimbo	73	57
	6	Valparaíso San Antonio		20 21
	7	Viña del Mar Quillota	89	63
	8	Aconcagua	100	71
	9	Lib. B. O'Higgins	21	12
	10	Maule	47	33
	11	Ñuble	48	48
	12	Concepción	63	38
	13	Talcahuano	100	67
	14	Bio Bio	64	36
	15	Arauco	29	27
	16	Araucanía Norte	55	46
	17	Araucanía Sur	29	18
	18	Valdivia	50	41
	19	Osorno	29	33
	20	Reloncaví	20	13
	21	Chiloé		
	22	Aysen	27	22
	23	Magallanes	30	36
	24	Metrop. Oriente	56	47

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento			
	25	Metrop. Central	60	29
	26	Metrop. Sur	92	74
	27	Metrop. Norte	44	15
	28	Metrop. Occidente	20	8
	29	Metrop. Sur Oriente	43	20
		Total	46	33
<p>Accesibilidad PASAF niños, niñas y adolescentes:</p> <p>Se calcula a partir de la Población Beneficiaria Estimada por Fonasa a diciembre de 2008, con prevalencia por obesidad y sobrepeso de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2003 y de acuerdo a los tramos la población potencial para el PASAF niños, niñas y adolescentes.</p> <p>De los antecedentes se obtiene como población potencial la suma equivalente a 1.002.261 personas en tramos de edad entre 5 y 19 años, a partir de esta población potencial, se obtiene la población objetivo para el PASAF niños, niñas y adolescentes, equivalente al 10,8% de la población potencial(*), obteniéndose un valor de 108.244 niños, niñas y adolescentes.</p> <p>PASAF niños, niñas y adolescentes 2008 financió 5.864 personas, obteniéndose una brecha de 102.380 personas, como el valor por persona es de \$79.480, el valor total de la brecha asciende a la suma de \$8.137.174.012 a considerar para el presupuesto 2010.</p> <p>Documentos adjuntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Archivo ppt. Información georeferencial, análisis de cobertura geográfica y de accesibilidad.</li> <li>2. Archivo excel con datos para análisis de cobertura geográfica.</li> <li>3. Archivo excel con datos para análisis de accesibilidad.</li> <li>4. Recuento</li> </ol>				

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>(*)informe Final de Evaluación: Programa de Tratamiento de la Obesidad: alimentación saludable y actividad física (en adultos, niños, niñas y adolescentes) y obesidad mórbida. pág. 4.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Junio 2009)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Análisis de cobertura geografica y de accesibilidad</p> <p>Análisis de cobertura geografica.</p> <p>Análisis de accesibilidad</p>

**RESPUESTA BGI 2009:**

2. Levantar una Propuesta de Disminución de Brechas de centros con programa PASAF infantil mediante la redistribución geográfica con base en el resultado del Estudio de Accesibilidad y Cobertura Geográfica a nivel comunal, definiendo metas a seguir en cuanto a la disminución de las brechas de centros.

Sobre la base que para el año 2010 el programa PASAF niños, niñas y adolescentes mantiene continuidad en su financiamiento, al igual que el PASAF adulto, la propuesta de disminución de brechas para el programa PASAF niños, niñas y adolescentes, se cruza en la práctica no solo con el análisis de accesibilidad y cobertura geográfica realizado para trabajar sobre la disminución de brechas, sino con otros criterios que se detallan a continuación:

1º Criterio: proporción del total de cupos disponibles respecto al total de la población beneficiaria de Fonasa (dic. 2008) por comuna en ambos programas.

2º Criterio: voluntad de los Municipios para implementar el programa, interés de los Departamentos de Salud y establecimientos.

3º Criterio: capacidad de los equipos de salud para implementar el programa, en función del seguimiento del programa e información disponible (se está implementando una web con todas las planillas de

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>seguimiento en línea).</p> <p>4° Criterio: de redistribución y ampliación de cobertura por comuna y/o establecimiento en el PASAF niños, niñas y adolescentes en función de la disminución de cupos adultos.</p> <p>5° Criterio: de redistribución con preferencia a las comunas vulnerables.</p> <p>6° Criterio: de focalización como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalencia de obesidad por comuna y tramo de edad</li> <li>- Prevalencia de sobrepeso por comuna y tramo de edad</li> <li>- Población potencial del Programa por comuna y tramo de edad</li> <li>- Población objetivo del programa por comuna y tramo de edad</li> <li>- Adherencia y resultados cualitativos del año anterior.</li> </ul>
<p>3. Definir las mejores alternativas de centros para la realización de las intervenciones de cirugía bariátrica.</p>	<p><b>RESPUESTA BGI 2009:</b></p> <p>Se ha constituido un equipo coordinador del Minsal del Programa de Cirugía Bariátrica, dirigido por la enfermera srta. Noelia Espinoza, nombrada por el Jefe del Departamento de Redes de Alta Complejidad y de Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, Dr. Ricardo Quezada, quien fue mandatado por el Subsecretario de Redes Asistenciales para encargarse del tema incluida la autorización de nuevos centros.</p> <p>El equipo lo conforman un representante de Fonasa (Macarena Ugarte), un representante de Salud Pública (Roxana Buscaglione), un de Redes Asistenciales (Marcela Piñero) y la coordinadora (Noelia Espinoza).</p> <p>En este comité se ha acordado autorizar a todos los establecimientos que presenten la solicitud de autorización y demuestren cumplir con la Guía Clínica y Norma de Manejo Quirúrgico del Paciente Obeso.</p> <p>El programa de cirugía bariátrica comenzó en agosto de 2008, con nueve establecimientos autorizados que se detallan a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Barros Luco, SS Metropolitano Sur</li> <li>2. Hospital Eduardo Pereira, SS Valparaíso San Antonio</li> <li>3. Hospital Sótero del Río,</li> <li>4. Hospital Padre Hurtado</li> <li>5. Hospital Guillermo Gran Benavente</li> <li>6. Hospital de Temuco</li> <li>7. Hospital de Valdivia, SS Valdivia</li> <li>8. Hospital Salvador. SS Metropolitano Oriente</li> <li>9. Hospital San Borja Arriaran,</li> </ol> <p>Recientemente, diciembre 2009, se han autorizado cuatro establecimientos adicionales alcanzando un total de 13</p>

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>establecimientos autorizados en la red, estos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital San Juan de Dios</li> <li>2. Hospital de San Fernando</li> <li>3. Hospital de Chillan</li> <li>4. Hospital de Curicó</li> </ol> <p>Han anunciado que solicitaran autorización los Servicios de Bio Bio, Talcahuano, Coquimbo y Magallanes.</p> <p>Medio de verificación</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuatro ordinarios de establecimientos autorizados (Curicó, Chillan, San Fernando y San Juan de Dios).</li> </ol> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Ordinario autorización H. Curicó  Ordinario autorización H. Chillan  Ordinario autorización H. San Juan de Dios  Ordinario autorización H. San Fernando</p>

**RESPUESTA BGI 2009:**

Durante el 1º semestre de 2009, se propone un flujograma de procesos a los coordinadores PASAF, el que fue discutido, modificado y validado por los profesionales encargados de Alimentación y Nutrición de los Servicios de Salud del país asistentes al 1º encuentro Nacional de Alimentación y Nutrición en Redes.

Medio de verificación

1. Acta del "1º encuentro Nacional de Alimentación y Nutrición en Redes" Ord. C 62 N° 3384 de fecha 16 de octubre de 2009, emitido por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, que contiene en anexo detalle del flujograma validado.

Medios de Verificación:

Ordinario C 62 N° 3384 de fecha 16 de octubre de 2009

1. Diseñar y validar un flujograma de procesos del programa PASAF con funciones y responsables.

**Programa / Institución: Red de Urgencia**  
**Año Evaluación: 2001**  
**Fecha del Informe: 11-02-2010 ; 11:13:12**

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
<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></p> <p>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 (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Ordinario 14A N°1994 del 25 de Abril del 2002.</p>
<p>Elaboración de propuesta técnica sobre proceso de acreditación de los servicios de urgencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u></p> <p>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 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 (Diciembre 2006)</p>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>PAUTA DE REQUISITOS MÍNIMOS DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA.</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.

Propuesta técnica para la atención en Unidades de Emergencia Hospitalaria.

La Reforma de Salud impone un cambio sustancial en la relación tanto al interior de las redes asistenciales, como en sus inter-relaciones.

Informar sobre cómo se incorporará la propuesta técnica en los servicios de urgencia.

Estos cambios nos obligan a una clara conceptualización de la Red de Urgencia/Emergencia tanto a nivel local como nacional.

Fecha de Vencimiento:

Junio 2002

Definiciones:

Emergencia; se entenderá aquella atención de salud no postergable, definida así por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos.

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).

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%



**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>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"> <li>·Reorientación de las consultas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria en la Red Asistencial.</li> </ul> <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"> <li>·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 Sistema Público de Salud.</li> <li>·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.</li> <li>·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.</li> </ul>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
------------	--------------

Calificación: Cumplido (Junio 2005)

Medios de Verificación:

Compromisos de Gestión Servicios de Salud 2004 y 2005

<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></p> <p>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 (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Convenio Programa de Prestaciones Valoradas.</p>
--	--

Sistema de información.

El MINSAL cuenta con el Departamento de 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.

Fecha de Vencimiento:

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
Junio 2002	<p><u>Calificación:</u> Cumplido (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> DEIS. Departamento de Estadística e Información en Salud.</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 (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Indicadores de desempeño.</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 (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Indicadores de desempeño.</p>
<p>Sistema de registro.</p> <p>Incorporación de registro de la consulta de urgencia en</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>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
<p>Atención Primaria.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u></p> <p>Junio 2002</p>	<p><u>Calificación:</u> Cumplido (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>REM. Resumen Estadístico Mensual.</p>

Se plantea que los Hospitales 4, avancen en el contexto de la Reforma de Salud a constituirse en "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.

Propuesta de un modelo para la atención de urgencia hospitalaria.

La resolutiveidad 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.

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.

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.

Fecha de Vencimiento:

Junio 2002

El cronograma establecido para la implementación del Modelo definitivo para "Hospitales Comunitarios de Salud Familiar" es el siguiente:

- 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 recoher información: de Julio del 2004 a

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>Diciembre del 2004 (En proceso).</p> <p>4.- Rediseño e implementación definitiva: de Enero del 2005 hasta Agosto del 2005.</p> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Documento técnico final "Definición de Políticas Hospitales Comunitarios de Salud Familiar".</p>
<p>Presentación de un informe con avances en la implementación del modelo de atención de urgencia.</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u></p> <p>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)</p> <p>2.- Identificación de variables de evaluación: de Febrero del 2004 a Junio del 2004 (cumplido)</p> <p>3.- Aplicación de ficha para recoger información: de Julio del 2004 a Diciembre del 2004 (en proceso)</p> <p>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 (Junio 2005)</p>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Documento de APS. Cronograma de actividades Hospitales Tipo 4.</p>

a) y b) Mejoramiento de los procedimientos de recuperación de costos.

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.

Revisión exhaustiva de procesos de cobranza, para analizar las facturas por cobrar, determinando la exigibilidad o incobrabilidad de éstas. 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.

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.

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.

Fecha de Vencimiento:

Respuesta BGI 2008:

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.

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 compromiso.

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%.

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.

Por otra parte, se instaló una comisión (Departamento Jurídico, FONASA y Superintendencia de Salud) para realizar el análisis del marco iurídico y presentar propuestas para darle exigibilidad a los

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
Junio 2002	<p>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 equilibrio financiero, por lo que se encuentran en un proceso que ha incorporado mecanismos eficientes de recuperación de los costos señalados.</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">RESPUESTA DISCUSIÓN PRESUPUESTARIA 2010</p> <p>El estudio ya no aplica, dado que el levantamiento de información en los hospitales de mayor complejidad se 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</p>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>propiciar benchmarking con los hospitales que tienen esta modalidad, ¿procedimientos de 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 Auditoría del Minsal, por cada hospital complejo</p> <p><u>Observación:</u> Si bien ciertos aspectos del compromiso han perdido pertinencia dados los cambios suscitados respecto del modelo de gestión de los hospitales, para dar por cumplido el compromiso se debe enviar una solicitud formal de cancelación de aquellos puntos que no son atingentes en la actualidad. Junto con lo anterior, se debe dar una respuesta clara respecto de aquellos puntos sobre los cuales sí fue posible avanzar, para lo cual se requiere que se adjunte el o los medios de verificación que den cuenta de dichos avances.</p> <p><u>Calificación:</u> Parcialmente cumplido</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Documento Diagnóstico.</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></p> <p>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 (Junio 2005)</p>



**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<u>Medios de Verificación:</u> Decreto de Diciembre 2000.

Se realizó el estudio de actualización de costos y se incorporaron los costos reales a arancel de prestaciones valoradas de FONASA en camas críticas.

d) Realizar estudio de costos que incluya el análisis de las camas críticas.

Calificación: Cumplido (Junio 2005)

Fecha de Vencimiento:

Diciembre 2001

Medios de Verificación:

Arancel prestaciones valoradas de FONASA.

Propuesta de organización funcional para la atención pre-hospitalaria (SAMU).

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 los distintos SAMU del país. Esta propuesta incluirá criterios de acreditación de móviles en base a demanda efectiva de la región.

Presentación de un plan de implementación de la propuesta.

Fecha de Vencimiento:

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.

Calificación: Cumplido (Junio 2005)

Medios de Verificación:

Documento Modelo de Sistema de Atención de Urgencia Pre-hospitalaria

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
Junio 2002	

Los Centros Reguladores Macroregionales y/o Regionales estos están en proceso de implementación.

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.

Informe con grado de avance en la implementación del modelo SAMU.

Calificación: Cumplido (Junio 2005)

Fecha de Vencimiento:

Diciembre 2002

Medios de Verificación:

Departamento de Estadística en Salud del MINSAL (DEIS).

Definición de centro regulador Samu

Estado de avance Samu

<p>Diagnóstico de situación de RR.HH en la Red de Urgencia.</p> <p>- Levantamiento diagnóstico de dotaciones de personal de los estamentos médicos, profesionales, técnicos y de apoyo de las unidades de la red de urgencia.</p> <p>- Diagnóstico de los sistemas de turno en uso en dichas unidades.</p>	<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 tanto humano como tecnológico, altamente especializado que ahí se encuentra.</p>
--	---

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
<p>- Evaluación de la aplicación de las jornadas diurnas de profesionales liberados de guardia.</p> <p>- Evaluación de la aplicación de los beneficios de las leyes 19.264 y 19.536 en dichas unidades.</p> <p>- Presentación de recomendaciones a partir de los diagnósticos y evaluaciones realizadas, para mejorar la gestión de los recursos humanos</p> <p><u>Fecha de Vencimiento:</u></p> <p>Junio 2002</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"> <li>• 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.</li> <li>• Definición y/o actualización del flujo de los pacientes al interior de cada red, definiendo los niveles de resolutivez y complejidad para cada establecimiento que la compone.</li> <li>• Priorización de la demanda de atención de urgencia de acuerdo a complejidad (selección de demanda).</li> </ul>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<p>• 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> <p><u>Calificación:</u> Cumplido (Diciembre 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Formato Compromisos de Gestión.</p> <p>Informe de resultado de encuesta.</p> <p>Compromiso Recursos Humanos 2006</p> <p>Compromiso de Gestión 2005</p> <p>Compromiso de Gestión 2006</p>

Elaboración de propuestas y plan de implementación para mejorar la gestión de RR.HH.

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 horario diurno de los

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).

El objetivo específico que se ha planteado en esta materia es implementar una metodología de evaluación del rendimiento de los

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
profesionales liberados de guardias a la actividad asistencial.	recursos humanos 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.
<u>Fecha de Vencimiento:</u>  Diciembre 2002	<p>El desarrollo de este programa de trabajo considera obtener los siguientes Productos - Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de personal de la Red de Urgencia en cada uno de los 28 Servicios de Salud.</li> <li>2. Diseño y aplicación de una metodología de medición de rendimientos en la Red de Urgencia del SNSS</li> <li>3. Desarrollo de medidas de gestión de las jornadas de cargos Ley N°15.076 en la Red de Urgencia del SNSS .</li> <li>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.</li> </ol> <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>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
	<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 (Diciembre 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Planilla 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>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>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 (Junio 2005)</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>Documento resultados del Programa Nacional de Capacitación en Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio.</p>

**Cuadro 12**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

Compromiso	Cumplimiento
<u>Fecha de Vencimiento:</u> Diciembre 2002	

**RESPUESTA BGI 2009**

## Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009 (Programa de Mejoramiento de la Gestión, Metas de Eficiencia Institucional u otro)

### CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AÑO 2009

#### I. IDENTIFICACIÓN

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SUBSECRETARIA DE REDES	CAPÍTULO	10

#### II. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión							Prioridad	Ponderador	Cumple
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance									
			I	II	III	IV	V	VI	VII			
Marco Básico	Recursos Humanos	Capacitación				O				Alta	15.00%	✓
		Evaluación del Desempeño				O				Mediana	10.00%	✓
		Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo				O				Alta	15.00%	✓
	Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información						O		Mediana	10.00%	✓
		Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana				O				Mediana	10.00%	✓
	Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna										
		Gestión Territorial				O				Mediana	10.00%	✓
		Planificación / Control de Gestión						O		Alta	15.00%	✓



Administración Financiera	Administración Financiero - Contable																			
	Compras y Contrataciones del Sector Público																			
Enfoque de Género	Enfoque de Género				O					Alta	15.00%	✓								
Porcentaje Total de Cumplimiento :											100.00%									

III. SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Tipo	Etapa	Justificación
Marco Básico	Administración Financiera	Administración Financiero - Contable	Eximir	0	
		Compras y Contrataciones del Sector Público	Eximir	0	
	Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna	Eximir	0	

## Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

**Cuadro 13**  
**Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2009**

Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo <sup>45</sup>	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas <sup>46</sup>	Incremento por Desempeño Colectivo <sup>47</sup>
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales	22	3	100%	16%
Div. Integración de Redes	75	7	100%	16%
Div. Gestión Financiera, Inversiones y Concesiones	48	6	98.7%	16%
Div. Gestión y Desarrollo de las Personas	33	3	100%	16%

45 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2009.

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

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

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

BOLETÍN: N° 5078-07 (JUSTICIA)

Descripción: Proyecto de ley que modifica el Código Procesal Penal y otros cuerpos legales en lo relativo al procedimiento y ejecución de medidas de seguridad (Crea Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria UPFT).

Objetivo: Solucionar el problema que la reforma procesal penal ha significado para los servicios de psiquiatría de los hospitales públicos por la necesidad de periciar a personas imputadas.

Fecha de ingreso: : Junio de 2007

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional. Para Segundo Informe de Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento. Senado. SIN URGENCIA

Beneficiarios directos: Las personas que padezcan problemas psiquiátricos y que sean imputadas y los pacientes de los establecimientos públicos en materia de salud mental.

## Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública

### 1. FONDO MODERNIZACIÓN 2009

#### Propuestas adjudicadas FMGP 2009

Nombre Propuesta Adjudicada	Monto Financiamiento Adjudicado para la elaboración de la propuesta durante año 2009
NO APLICA	

#### Propuestas FMGP 2009 a implementarse año 2010 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2010

Nombre Propuesta a implementarse	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2010
NO APLICA	

### 2. FONDO MODERNIZACIÓN 2008

#### Propuestas adjudicadas FMGP 2008

Nombre Propuesta Adjudicada	Monto Financiamiento Adjudicado para la elaboración de la propuesta durante año 2008
NO APLICA	

#### Propuestas FMGP 2008, implementadas en 2009 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2009

Nombre Propuesta implementada	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2009
NO APLICA	

Productos o componentes a implementar año 2009	Fecha Planificada de Cumplimiento de Producto o componente	Fecha real de Cumplimiento de Producto o componente	Medio de Verificación
NO APLICA			

Propuestas FMGP 2008, a implementar en 2010 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2010

Nombre Propuesta FMGP 2008 a implementarse en 2010	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2010
NO APLICA	