



Ministerio de Salud





I. POLITICAS MINISTERIALES

La misión institucional que el Ministerio de Salud se ha dado para este período busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población, desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello, para acoger las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones y objetivos:

1. Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias
 - a. La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 - b. La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 - c. La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 - d. La coordinación y cooperación internacional en salud.
 - e. La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
2. Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema de Salud para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
3. Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.
4. Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
5. Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia.
6. Formular el presupuesto sectorial.
7. Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
8. Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
9. Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
10. Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales en todos sus niveles.

- 
11. Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
 12. Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
 13. Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.
 14. Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios para el sector público y privado en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.
 15. Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.
 16. Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud

II. PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS DURANTE EL PERÍODO 2013 A MAYO DE 2014

1. En Salud Pública

- a. Se promulgó la nueva Ley N° 20.660, en febrero de 2013, en materia de ambientes libres de humo de tabaco, que establece espacios cerrados 100 por ciento libres de humo del cigarrillo y otros productos del tabaco, siendo las secretarías Regionales Ministeriales de Salud las responsables de velar por su correcta implementación. Se han efectuado desde su publicación más de 20 mil fiscalizaciones.
- b. Se continuaron desarrollando actividades para estimular estilos de vida más saludables para las familias en el marco de los Planes Regionales de Salud. Se construyeron 138 plazas de las 221 comprometidas, lo que representó un 62 por ciento de cumplimiento.
- c. Se cuenta con la Ley N° 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad —Ley de Etiquetados de Alimentos—. Las personas pueden reconocer de mejor forma aquellos alimentos envasados que contengan altos niveles de algunos nutrientes cuyo consumo excesivo puede ser perjudicial para la salud como grasa saturada, azúcares, sal y calorías, los cuales están identificados con una advertencia en su envase.
- d. Se incorporaron en el Programa Nacional de Inmunizaciones, PNI, tres nuevas vacunas: neumococo para niños, niñas y adultos de 65 años; coqueluche para adolescentes y meningitis por W-135 para proteger a los menores de un año.

- e. Con el objetivo de combatir los factores de riesgo que inciden en la aparición de enfermedades crónicas durante la adultez se lanzó el nuevo Programa de Salud para la Infancia, cuyo foco es contribuir al desarrollo integral de los niños. Ya no sólo se trata de evitar que los niños mueran, sino contribuir a que tengan también una mejor calidad de vida.

2. En la articulación de la red asistencial

- a. Se avanzó en el proceso de acreditación de establecimientos de la red pública. A diciembre de 2013 se aumentó de cinco a once los establecimientos acreditados, diez establecimientos hospitalarios autogestionarios de la red más un establecimiento experimental.
- b. Se implementaron once unidades de Psiquiatría Forense para adultos y jóvenes, en conjunto con el Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile y el Servicios Nacional de Menores. Lo anterior respondiendo a lo establecido en los marcos jurídicos del Estado chileno en cuanto a la obligación del Ministerio de Salud de otorgar atención en salud mental a aquellas personas adultas o menores de edad que lo requieran y que se encuentran en conflicto con la justicia.
- c. Se registró un incremento esperado del financiamiento per cápita municipal. Durante el año 2013 se aumentó a tres mil 500 nueve pesos por persona para financiar el plan de salud municipal, lo que representó un crecimiento real de 8,2 por ciento respecto del año 2012.
- d. Se implementó la evaluación para el pago del bono de trato usuario y la ley que establece el financiamiento compartido de los bienestarés.
- e. En cuanto al reforzamiento de la red de urgencia de atención primaria, se implementaron once nuevos Servicios de Atención Primaria de Urgencia —SAPU—, cuatro SAPU verano y diez de Urgencia Rural —Sur—, totalizando cuatrocientos treinta y ocho dispositivos en esta red en el país.
- e. Se mejoró la resolutiveidad del nivel primario de atención en las especialidades de oftalmología, dermatología y cirugía menor. En oftalmología se implementaron 74 unidades de atención primaria oftalmológica en los servicios de salud con mayor demanda para esta especialidad y en dermatología se avanzó en el uso de la tele dermatología, realizando durante el año 2013 cerca de ocho mil 200 atenciones a través de este mecanismo, mientras que en cirugía cutánea de baja complejidad se desarrollaron 382 salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad, implementándose nueve salas durante el año 2013. Adicionalmente, durante el año 2013 se incorporó la prevención temprana del cáncer gástrico, distribuyendo seis mil 781 canastas integrales para la erradicación de *helicobacter pylori*.
- f. Se continuó fortaleciendo la gestión de camas de la red asistencial, implementando nuevas camas agudas, críticas de UCI, UTI y neonatológicas, además del modelo de hospitalización domiciliaria. En red de urgencia se focalizaron recursos para mejorar la calidad y oportunidad de la atención con la incorporación de ocho equipos para el Sistema de Atención Médica de Urgencia, SAMU.
- g. En el ámbito de recursos humanos se autorizó un aumento de dotaciones en 19 mil 481 horas de la Ley N° 19.664, 360 cargos de la Ley N° 15.076, tres mil 605 cargos de la Ley N° 18.834 y 891 horas para los establecimientos experimentales, lo que contribuyó a potenciar la capacidad instalada.

- 
- h. Se terminaron de construir 26 nuevos hospitales que iniciaron sus estudios de construcción antes del año 2010. Dentro de ellos: Maipú y La Florida en la Región Metropolitana, el Regional de Puerto Montt, el Traumatológico de Concepción, Cañete y Tocopilla, por nombrar algunos.

3. En el contexto institucional

- a. Desde julio de 2013 se incorporaron once nuevos problemas de salud, aumentando a 80 las patologías del plan de Garantías Explícitas de Salud, GES.
- b. En relación a las Prestaciones de Seguridad Social, en la Modalidad de Libre Elección, MLE, se incorporaron 21 nuevas prestaciones al Programa Asociado a Diagnóstico, PAD, quedando 62 en total. El Fondo Nacional de Salud, Fonasa, traspasó mil 174 millones 211 mil pesos a los Servicios de Salud Arica, Iquique, Viña-Quillota, Concepción y Metropolitano Occidente. En paralelo, se realizaron 35 mil tres fiscalizaciones a prestadores de salud para verificar el correcto otorgamiento de las atenciones a los beneficiarios. En el caso de la Modalidad de Atención Institucional, MAI, se incrementó el presupuesto en 228 mil 901 millones de pesos.
- c. Se amplió el programa de Fertilización Asistida de Baja Complejidad, que incorporó mil nuevos cupos, con un presupuesto de mil 800 millones de pesos.
- d. La Agencia Nacional de Medicamentos, Anamed, impulsó la implementación de la bioequivalencia de medicamentos, lo que permitió aumentar el número de productos bioequivalentes a 325 disponibles. Se promulgó la Ley N° 20.724 que modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos —Ley de Fármacos—, promulgada el día 15 de febrero de 2014, que permitirá a la población el acceso a medicamentos de calidad a bajo costo, obligando la prescripción de fármacos bajo su nombre genérico, lo que otorga a las personas la posibilidad de elegir al momento de la compra, incluyendo la venta en dosis unitaria, la comercialización de aquellos que no requieren de receta médica en las góndolas de las farmacias y la obligación de colocar el precio del medicamento en su envase.
- e. Se fortaleció la calidad de la atención para garantizar la seguridad del paciente a través del monitoreo de cumplimiento de normas y protocolos, aplicándose una lista de chequeo en 176 mil 147 pacientes operados de un total de 205 mil 485 pacientes operados seleccionados. Dentro de la misma línea entró en vigencia, el 1 de julio de 2013, la Garantía Explícita de Calidad, que implica que las prestaciones de salud garantizadas deben ser otorgadas por un prestador registrado o acreditado.

4. Subsecretaría de Salud Pública

La misión de la Subsecretaría de Salud Pública es asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020.

a. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, VPH

El cáncer cervicouterino es la sexta causa de mortalidad femenina, pero tiene la particularidad de que es cien por ciento curable con detección precoz. Aparte de las acciones preventivas, también existe cobertura curativa para este cáncer en el Plan AUGE, donde se garantiza su diagnóstico ante la sospecha, su tratamiento y el posterior seguimiento.

En octubre de 2013 se anunció la incorporación de la vacuna contra el VPH al Plan Nacional de Inmunizaciones, PNI, con el objetivo de reducir la presencia del virus en la población femenina. Se estima que durante su primer año se vacunen 125 mil niñas de nueve años. De este modo, Chile se suma a países como Australia, Inglaterra, Francia, Alemania, España, Brasil, Panamá, Estados Unidos, Canadá y México que la tienen considerada en sus planes de vacunación masiva.

b. VACUNACIÓN W135

A partir del presente año, la vacuna contra la meningitis W135 se incorporará de manera permanente en el Programa Nacional de Inmunizaciones. La novedad es que se utilizará una vacuna de una sola dosis a los doce meses, distinta a la que se ha usado históricamente, que implicaba dos dosis a los nueve y doce meses de edad.

Coberturas de Vacunación Primera dosis Grupo de 9 a 23 meses, año 2013

Región	Inmunizados	Población Objetivo
Arica y Parinacota	2.671	3.278
Tarapacá	4.136	5.314
Antofagasta	6.526	9.198
Atacama	3.499	4.540
Coquimbo	8.326	10.457
Valparaíso	16.644	21.585
Metropolitana	73.216	92.247
O'Higgins	9.896	11.255
Maule	10.620	12.549
Biobío	19.135	24.589
La Araucanía	10.154	11.984
Los Ríos	3.486	4.708
Los Lagos	8.131	10.465
Aysén	1.216	1.437
Magallanes	1.462	1.902
Total	179.118	225.508

Fuente: DIPLAS / Minsal 2013.

Coberturas de Vacunación Segundas dosis Grupo de 9 a 23 meses, año 2013

Region	Inmunizados	Población Objetivo
Arica y Parinacota	1.415	2.538
Tarapacá	2.186	4.113
Antofagasta	3.633	7.098
Atacama	2.092	3.499
Coquimbo	4.864	8.038
Valparaíso	10.225	16.703
Metropolitana	43.824	71.122
Lib. B. O'Higgins	5.872	8.616
Maule	6.398	9.594
Biobío	11.461	18.964
La Araucanía	6.077	9.221
Los Ríos	2.053	3.626
Los Lagos	4.718	8.027
Aysén	680	1.102
Magallanes	860	1.478
Total	106.358	173.739

Fuente: DIPLAS / Minsal 2013.

c. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA 2012-2020

Los problemas de salud que aquejan a la población infantil —de cero a nueve años— chilena han cambiado. Hoy los puntos críticos están en el sobrepeso y la obesidad, caries a muy temprana edad, trastornos de visión o audición, depresión o ansiedad y rezagos del desarrollo. Las causas tienen que ver con la mayor sobrevivencia de los niños, el impacto del ambiente, las características de su entorno familiar, los nuevos roles de la madre trabajadora, los estilos de vida, el estrés psicosocial, entre otras.

Por ello, los ajustes al programa durante el año 2013 fueron los siguientes: incremento del tiempo para los controles de salud, pasando de quince a 30 minutos; incorporación de un control de salud en el colegio dirigido a los niños de cinco a nueve años de edad; control del primer mes, que busca identificar niños con sospecha de enfermedades metabólicas o neurológicas y a los ocho meses se aplicará otro instrumento específico para evaluar el desarrollo sicomotor; realización de un control de la presión arterial en preescolares. También, se incorporó una evaluación agudeza visual y un control de salud en la atención primaria para los niños portadores de una condición crónica o prolongada que requieren atención más frecuente, como problemas derivados de la prematuridad, malformaciones congénitas y enfermedades crónicas de la infancia.

d. SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Incorporada en la Estrategia Nacional de Salud, en el 2011 se inicia el proceso de elaboración del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes —de entre diez y 19 años—, aprobada por la Resolución Exenta N°466, del 20 de julio de 2012. Este cuenta con un Plan de Acción Estratégico a diez años y un plan de monitoreo.



Uno de los resultados esperados, en la instalación del programa es el aumento progresivo de la cobertura del control preventivo de adolescentes a través de la estrategia Control de Salud Integral de adolescentes, o Control Joven Sano, que se establece como puerta de entrada al sistema de atención, siendo su finalidad el detectar factores de riesgo, factores de protección y los daños existentes en la salud adolescente, además de una instancia de promoción, prevención y educación en salud.

Importante es señalar el lugar de realización de los controles de salud, destacando el trabajo intersectorial realizado, tanto a nivel central, como regional y comunal: el 64,1 por ciento de los controles se realizaron en los establecimientos educacionales y un 27,7 por ciento se realizaron en otros lugares del establecimiento de salud. La intersectorialidad, a nivel central y regional, demostró efectividad en la implementación del programa, donde la conformación de las mesas intersectoriales resultaron ser una estrategia efectiva.

En consideración a los primeros resultados obtenidos y con el propósito de incrementar en forma progresiva la cobertura hacia el año 2020, se incorporó desde el año 2013 el Control Joven Sano como un Programa de Reforzamiento de Atención Primaria.

e. CAMPAÑA VIH

La prevención y la atención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, se desarrollan a través de las políticas públicas definidas por el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS —Infecciones de Transmisión Sexual—, responsable de su elaboración, coordinación y evaluación en el país.

En este contexto, el programa desarrolla la Estrategia Nacional de Prevención, cuya expresión social y masiva corresponde a las campañas de comunicación social emitidas anualmente. Durante el período 2010–2013, las campañas estuvieron enfocadas y destinadas a la promoción del examen VIH, estableciéndose para ello los siguientes objetivos:

- Aumentar la pesquisa en el público objetivo, es decir, incrementar el número de exámenes VIH en la población.
- Conocer el número de personas diagnosticadas.

Para medir la efectividad de esta estrategia comunicacional, se implementó un registro *online* que recogió el número de exámenes VIH realizados —y aquellos que resultaron reactivos— por los laboratorios públicos y privados del país. Asimismo, el Instituto de Salud Pública, referente nacional único para la confirmación de la infección por VIH, proveyó del número de exámenes que resultaron positivos.

Los resultados de esta estrategia señalan que, a pesar del aumento en el número de exámenes realizados en una cifra cercana a ocho por ciento entre el año 2011 y 2013, no se observaron cambios en la positividad al tamizaje, siendo éste de 0,6 por ciento en los tres años estudiados.

Además, en relación al número de exámenes confirmados, se observó un incremento de 4,2 por ciento entre 2011 y 2012 y de 21 por ciento entre 2012 y 2013. Sin embargo, es importante señalar que la proporción de exámenes que el Instituto de Salud Pública confirmó en este período fue cercana al 50 por ciento del total de exámenes que recibió para su análisis. Lo anterior señala la necesidad de implementar estrategias focalizadas de promoción del examen en poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de infección por VIH, estrategias con las que es posible una mayor detección y, por lo tanto, una mayor efectividad. Ello porque en Chile la epidemia del VIH es de tipo concentrada y no se ha extendido a la población general, de acuerdo a las definiciones de los organismos rectores mundiales en la materia, como la Organización Mundial de la Salud, OMS, y ONUSIDA.

f. PREVENCIÓN DE DENGUE EN ISLA DE PASCUA

Este territorio chileno —el más alejado del continente— inició este año una campaña destinada a prevenir la reaparición de esta enfermedad viral, transmitida al ser humano por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*.

Debido a que el mosquito transmisor del virus ya forma parte del ambiente en Rapa Nui, y a que las medidas adoptadas hace once años perdieron intensidad, en abril de 2013 expertos de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, recomendaron tomar nuevas acciones.

Se inició en julio de 2013 un plan de saneamiento ambiental que trata de eliminar los criaderos del mosquito en los patios de las casas, los microbasurales que hay en el pueblo de Hanga Roa, mejorar los colectores de aguas-lluvia —para que no haya pozas donde aniden los mosquitos— y difundir por radio y televisión mensajes de prevención a la comunidad.

Hay que considerar que Isla de Pascua tiene una población estable de cinco mil habitantes, pero recibe 80 mil visitantes al año y su potencial turístico depende fuertemente de la calidad sanitaria que ofrezca.

De especial importancia es el trabajo realizado para motivar el reciclaje de desechos. Lo que antes eran esfuerzos casi individuales ahora forman parte de un plan institucionalizado para separar residuos reciclables y enviarlos al continente en barcos de la Armada o de empresas navieras.

g. LEY DE TABACO

En marzo de 2013 entró en vigencia la Ley N° 20.660 que modifica la Ley N° 19.419 en materia de ambientes libres de humo de tabaco. Esta nueva legislación adecúa la normativa al convenio marco de control de tabaco y establece entre sus principales modificaciones:

- Prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de libre acceso al público o de uso comercial colectivo, independientemente de quien sea el propietario o de quien tenga derecho de acceso a ellos.
- Otros lugares en los que no se permite fumar que son incorporados, como recintos deportivos, tanto en sus espacios abiertos como cerrados, salvo en aquellos espacios especialmente habilitados para fumar. Por otra parte, la ley dispone que en los espacios abiertos de establecimientos de salud y órganos del Estado se habiliten espacios especiales para fumadores, reservándose el administrador del recinto la facultad de prohibir fumar en todos los espacios abiertos.
- Prohibición absoluta de la publicidad dentro de todo el país, incluso dentro de los lugares de venta. Además, regula explícitamente la prohibición de publicidad indirecta, así como la apología al tabaco en medios de comunicación masivos en horarios para menores. Por último, obliga a las tabacaleras a informar al Ministerio de Salud de los gastos y donaciones que efectúen a instituciones varias.
- Definición de productos de tabaco, redefiniendo el objeto que será regulado pasando la nomenclatura antigua —productos hecho con tabaco— a ser productos de tabaco.

h. CONCURSO ELIGE NO FUMAR

La campaña, denominada Concurso Elige no Fumar es la continuación de la campaña Clase sin Humo del período 2008-2010. Ésta se orientó a la promoción de estilos saludables sin tabaco y al desarrollo de habilidades y capacidades donde posicionan al no fumador como un comportamiento deseable. Durante el período de implementación de ambas campañas se

logró un aumento progresivo y significativo en el número de alumnos inscritos, aumentando en un 31 por ciento en el período 2008-2013.

Evolución Cuantitativa Alumnos y Cursos Inscritos						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total Alumnos Inscritos	18.694	15.000	13.596	19.590	21.626	24.570
Total Cursos Inscritos	606	500	412	653	802	1.117

Fuente: División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud / MINSAL

i. ESTRATEGIA LUGARES DE TRABAJO PROMOTORES DE LA SALUD, LTPS

La estrategia Lugares de Trabajo Promotores de la Salud implementa un proceso de mejoramiento continuo de la gestión organizacional cuyo propósito es implementar políticas, planes y programas en la institución que promuevan la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras. Las acciones que se desarrollaron en los lugares de trabajo durante el 2013 fueron las siguientes:

- Desarrollo del plan de mejoras, el cual apunta a la gestión institucional y cuyo propósito es promover la salud en diversas áreas temáticas.
- Aplicación de Encuesta de Calidad de Vida, Encavi, al 50 por ciento de los lugares de trabajo comprometidos con la estrategia, incorporándose en 2013 un total de 77 nuevos lugares teniendo a la fecha un total de 116.
- Subsanan las falencias encontradas en el Decreto Supremo 594 que establece consideraciones básicas sanitarias para los trabajadores.
- Medición del Índice de Masa Corporal, IMC, Presión Arterial y Circunferencia de Cintura a un diez por ciento de los trabajadores de estas empresas comprometidas con el compromiso de ir aumentando la cobertura e idealmente aplicar exámenes de medicina preventiva.

j. INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PROMOTORAS DE LA SALUD, IESPS

Estrategia que tiene por propósito incentivar a las instituciones de educación superior a instalar políticas organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud para su comunidad educativa. Esta estrategia ha sido elaborada en conjunto con la Red de Universidades Promotoras de Salud.

Es importante relevar que Chile es el primer país en Latinoamérica con un sistema de reconocimiento para este tipo de instituciones y existe gran interés en la región para conocer más exhaustivamente las características de éste.

k. ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PROMOTORES DE LA SALUD, EEPS

Con el propósito de continuar con la transformación de los establecimientos educacionales en espacios saludables reconocidos oficialmente, durante el año 2013 se continuó con dicha estrategia. Como eje de esta línea se mantuvo el trabajo orientado a colegios de enseñanza básica y media, escuelas y salas cunas y jardines infantiles, siendo su objetivo incentivar a dichos establecimientos a que instalen políticas y programas para promocionar estilos y conductas de vida saludable entre los diversos integrantes de la comunidad educativa.



Una dimensión de lo anterior se tradujo en fortalecer y fomentar la alianza entre distintos organismos públicos y privados ligados al tema educacional e incrementar la calidad de las acciones de promoción de la salud, vinculándolas directamente al proyecto educativo. En términos prácticos se actualizaron las orientaciones técnicas de EEPS, considerando pautas de reconocimiento diferenciadas, tanto para salas cunas y jardines infantiles como escuelas y liceos. Estos lineamientos fueron elaborados en conjunto con el intersector Ministerio de Educación; Junta Nacional de Jardines Infantiles, Junji; Fundación Integra; Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junaeb, e Instituto Nacional de Deportes.

Durante 2013 se trabajó en las mejoras de las orientaciones técnicas y se continuó con la implementación de los EEPS.

l. POLÍTICA NACIONAL DE TURNOS DE FARMACIA

A partir del segundo semestre de 2012 se implementó la política nacional de Turnos de Farmacia para asegurar la existencia de turnos éticos en las farmacias, instaurándose calendarios con criterios sanitarios para que los usuarios tuviesen la posibilidad de acceder durante las 24 horas del día a esos establecimientos. Esta nueva política conllevó el aumento sustancial del número de farmacias con obligatoriedad de abrir las 24 horas y cuya información estuvo disponible en la página web del ministerio.

Para evaluar la implementación de la política pública de turnos de farmacias se desarrollaron dos estudios: el primero sobre la implementación de los turnos de farmacias, utilizando el método del cliente incógnito; y otro de evaluación del conocimiento de la población sobre esta política, ambos estudios disponibles para el público. Sobre el primero, los resultados indicaron que la mayoría de las farmacias implementaron los turnos; sin embargo, se detectaron algunas falencias como falta de una adecuada identificación de la farmacia que se encuentra de turno; poca iluminación de los establecimientos; inseguridad laboral de los dependientes de farmacia, especialmente en comunas periféricas de la Región Metropolitana, entre otros. Con respecto al segundo, los resultados indicaron que falta conocimiento por parte de la población, sugiriéndose una mayor difusión de estas iniciativas, por ejemplo, promocionar el calendario de turnos por otros medios de difusión.

m. SISTEMA DE GESTIÓN DE FARMACIA FARMANET

Durante el año 2013 se trabajó en la elaboración del software denominado Farmanet. Esta herramienta tiene como objetivo facilitar el trabajo y la gestión de las Seremi en materia de farmacias para que, entre otros aspectos, se mejore la asignación de turnos y se disponga de información actualizada de los establecimientos, facilitando así la fiscalización de las farmacias. Desde el punto de vista de la ciudadanía, permitirá una búsqueda fácil de farmacias en la web, las cuales estarán georreferenciadas con la información de contacto y ubicación disponible. Durante esta primera fase se trabajó con las regiones de Valparaíso (donde se desarrolló el programa), Metropolitana, Biobío, Arica y Parinacota, Tarapacá, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo y Magallanes y de la Antártica Chilena.

n. COMISIÓN PARA PROTEGER DERECHOS DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

El 6 de diciembre de 2013 comenzó a funcionar la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales. El organismo reemplazó una antigua comisión y se creó en congruencia con la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes que, en uno de sus artículos, establece que debe existir una comisión nacional y comisiones regionales para velar por los derechos de estos pacientes en la atención de salud que reciban por parte de prestadores públicos o privados.



Esta Comisión Nacional está integrada por representantes de la Autoridad Sanitaria, de colegios profesionales, sociedades científicas de la salud mental además de asociaciones de usuarios y de familiares de personas con discapacidad síquica o intelectual. La comisión nacional quedó compuesta por una secretaría ejecutiva de tres miembros radicada en el gabinete del Ministro de Salud, más diez integrantes externos que prestarán servicios *ad honorem* durante tres años.

ñ. NUEVO REGLAMENTO DE ETIQUETADOS DE ALIMENTOS

El 6 de julio de 2012 se publicó en Diario Oficial la Ley N° 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad.

Uno de los objetivos de esta ley es establecer normas que permitan entregar una información más clara y comprensible al consumidor sobre el contenido de los alimentos, junto con regular contenidos de su publicidad para orientar a los consumidores en la elección de alimentos con menos contenido de nutrientes como sodio, grasa, sal y calorías.

Entre enero y marzo de 2013, el Ministerio de Salud efectuó un proceso de consulta pública nacional e internacional de una propuesta de reglamento para la ley. Posterior a este proceso de consulta, la Subsecretaría de Salud Pública contrató una asesoría de profesionales externos al equipo técnico del ministerio y se hizo cargo de todo el proceso siguiente. De este modo, se elaboró un Decreto Supremo, publicado en el Diario Oficial el 17 de diciembre de 2013. Éste establece tiempos diferidos para la entrada de vigencia de seis, doce y 18 meses, según nutrientes críticos determinados. La primera fecha establecida se cumplirá el 17 de junio de 2014, para el nutriente grasas saturadas.

Con el propósito de mejorar la implementación de dicha ley, el Ministerio de Salud ha resuelto llevar a cabo un proceso de revisión del mencionado reglamento en atención a múltiples observaciones nacionales e internacionales de diversos actores interesados en esta reglamentación y nuevos antecedentes técnicos y científicos disponibles. En consecuencia, para efectos operativos, las disposiciones indicadas en ese reglamento se encuentran actualmente en proceso de revisión y próximamente serán modificadas.

La modificación tiene como finalidad que el reglamento efectivamente tenga coherencia con la ley y con lo ya regulado actualmente para contribuir en la disminución del consumo de sal, azúcares, grasas saturadas y calorías en Chile, además de regular la publicidad de los mismos.

El nuevo proceso de modificación se realizará integrando a todos los sectores con la participación de académicos, sociedades científicas y de la ciudadanía mediante diálogos o estrategias que empoderen a la comunidad y que permitan incorporar su mirada.

5. Subsecretaría de Redes Asistenciales

a. LISTAS DE ESPERA NO GES

Se fortalecieron los mecanismos de gestión del registro de listas No GES tanto de consulta de nueva especialidad como de intervención quirúrgica. Las estrategias planteadas consideraron: contar con equipos responsables tanto a nivel central como en los servicios de salud y sus establecimientos para la recopilación de información como su resolución; la asignación de financiamiento adicional sólo para la gestión de listas de espera mayores a un año, el cual sería transferido contra el cumplimiento periódico de la resolución quirúrgica de estos pacientes.



Todas estas estrategias permitieron que en enero de 2013 se lograra reducir a 24 mil 892 las personas en espera mayor a un año.

b. CALIDAD DE ATENCIÓN

Fortalecimiento de la calidad de la atención para garantizar la seguridad del paciente. Los componentes más relevantes de esta estrategia y su impacto corresponden a:

- El Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente contribuye a implementar, monitorear y evaluar todas las normas y protocolos asociados a la calidad y seguridad del paciente e introducir las mejoras necesarias. Una de ellas está asociada a la responsabilidad de monitorear el cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo quirúrgico en los hospitales públicos de mayor y mediana complejidad. Dicho monitoreo persigue conocer el nivel de adherencia a las prácticas clínicas según norma específica, evaluar resultados, orientar sobre instancias de mejora y estimular la aplicación de planes de intervención, contribuyendo a la instalación progresiva de una cultura de seguridad en la atención de los pacientes quirúrgicos.
- Durante el año 2013 se aplicó la lista de chequeo en 179 mil 604 pacientes operados sobre un total de 209 mil 207 pacientes operados seleccionados, lo que muestra un cumplimiento del 16 por ciento sobre la meta alcanzando un 86 por ciento de chequeo de paciente
- La creación de la Comisión Nacional de Resistencia Microbiológica tiene como propósito establecer las condiciones necesarias para controlar y disminuir el problema de resistencia bacteriana en el país.

c. ACREDITACIÓN DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

En mayo de 2011 se definió que el 1 de julio de 2013 debía entrar en vigencia la Garantía Explícita de Calidad, meta que se formalizó mediante el Decreto N° 4/2013 concretándose así la entrada en vigencia de la Cuarta Garantía que se llevaría a efecto en forma progresiva. La Garantía de Explícita de Calidad implica que las prestaciones de salud garantizadas deben ser otorgadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la Ley N° 19.937. En consecuencia obliga a los prestadores individuales estar registrados ante la Superintendencia de Salud y a los Prestadores Institucionales de atención cerrada que otorguen prestaciones garantizadas, estar acreditados con el propósito de instalar una cultura de mejora continua de la calidad otorgando procesos asistenciales seguros.

A diciembre de 2013, se aumentó en un ciento por ciento los establecimientos acreditados del sector público de salud completando once establecimientos acreditados, diez establecimientos Hospitalarios Autogestionarios de la Red más un establecimiento Experimental, completando un 19 por ciento del total de los establecimientos de alta complejidad acreditados en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS, como se muestra en la siguiente tabla. El hospital del Instituto Nacional del Cáncer perdió su condición de acreditado por razones administrativas, habiendo solicitado su re-acreditación fuera del plazo correspondiente —agosto de 2013—.

Hospitales de mayor complejidad acreditados del SNSS. Diciembre 2013

Nº	Servicio de Salud	Hospital	Año de Acreditación
1	Metropolitano Sur	Exequiel Gonzalez Cortes	2012
2	Metropolitano Sur Oriente	* Padre Hurtado (Experimental)	2012
3	Metropolitano Occidente	San Juan de Dios	2012
4	Aconcagua	San Juan de Dios de Los Andes	2012
5	Aconcagua	Hospital San Camilo	2013
6	Talcahuano	Hospital de Tomé	2013
7	Araucanía Sur	Hospital de Temuco	2013
8	Valdivia	Hospital de Valdivia	2013
9	Metropolitano Sur	Hospital de Barros Luco	2013
10	Metropolitano Sur	Hospital de El Pino	2013
11	Metropolitano Occidente	Hospital de Talagante	2013

Depto. Calidad- MINSAL

d. INSTALACIÓN DE UNIDADES DE PSIQUIATRÍA FORENSE DE ADULTOS Y MENORES

Durante el año 2013, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y como proyecto intersectorial junto al Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile y Sename, logra la instalación de las unidades de Psiquiatría Forense para adultos y menores. Esta estrategia viene a dar respuesta a lo establecido en los marcos jurídicos del Estado chileno en cuanto a dar atención en salud mental a aquellas personas adultas o menores de edad que lo requieran y que se encuentran en conflicto con la justicia. Al Ministerio de Salud le correspondió el financiamiento de la contratación del recurso humano clínico y parte de la operación de las once unidades de hospitalización psiquiátrica, colaborando con la construcción o habilitación de espacios, mantención de los mismos y de la operación a cargo del Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior.

e. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD Y TRATO AL USUARIO

Desde de la perspectiva de la participación social, al año 2013 se consolidó la implementación de cuatro estrategias orientadas a mejorar la satisfacción usuaria:

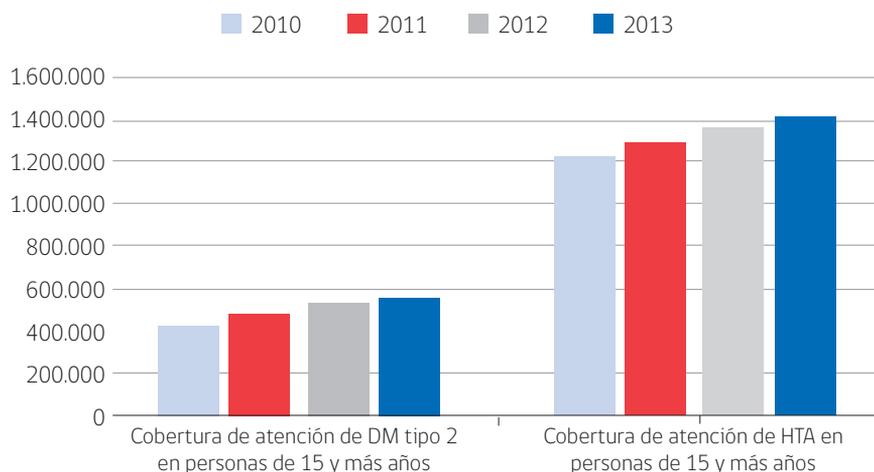
- Realización de diez diálogos ciudadanos participativos: instancia de participación realizada entre la comunidad organizada, los servicios de salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales,
- Jornadas Aunando Miradas: capacitación y sensibilización a funcionarios de salud (basado en la Ley Antidiscriminación) que buscó mejorar el trato a grupos vulnerados.
- Jornadas de humanización y elaboración positiva del duelo: su objetivo es sensibilizar y capacitar a funcionarios de la red para mejorar su relación con los usuarios afectados por la muerte de un familiar y apoyarlos en el difícil proceso.
- Protocolos de Atención en Urgencia: creados para apoyar la Ley de Derechos y Deberes y los procesos de acreditación hospitalaria

f. GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La División de Atención Primaria entrega las orientaciones técnicas para la programación local en red, elabora en conjunto con otros actores las metas sanitarias de la atención primaria y formula los presupuestos de cada uno de los programas desarrollados en los servicios de salud del país y, finalmente, monitorea el cumplimiento de los indicadores.

Durante el año 2013, en la Ley de Presupuestos se autorizó para la atención primaria de los servicios de salud un presupuesto equivalente a 968.721.756 millones de pesos, lo que representó un incremento de 73 mil millones de pesos —en moneda de 2013— con relación al año 2012 y que equivale a un 8,1 por ciento. Dicho aumento se evidenció en el valor del per cápita basal, el que alcanzó un total de tres mil 509 pesos por persona al mes. Lo anterior permitió introducir mejoras en los ámbitos de la prevención, diagnóstico y tratamiento del plan de atención de salud del nivel primario, sobre todo considerando la situación epidemiológica, especialmente, referida al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia e incidencia como la diabetes mellitus tipo 2, DM2, y la hipertensión arterial, HTA.

Cobertura de atención médica de pacientes con enfermedades cardiovasculares en atención primaria 2010-2013.



Fuente: DEIS/ Departamento modelo de atención primaria / DIVAP / MINSAL 2014.

g. MEDICAMENTOS GES APS

En el ámbito de medicamentos GES se continuó con el desarrollo de tres estrategias definidas para implementarlo: el Programa de Atención Primaria de Salud, APS; la transferencia de recursos a municipios y dispensadores automáticos de fármacos.

En lo relacionado al Programa de Atención Primaria de Salud se consideran dos líneas programáticas:

- Programas APS, destinado a fármacos de salud cardiovascular, epilepsia, presbicia, parkinson, anticonceptivos y artrosis.
- Fármacos de control enfermedades respiratorias.

Respecto a los recursos transferidos a municipios y sujetos de convenios, el año 2013 se apoyó la adquisición de los medicamentos de los dos nuevos problemas de salud GES, hipotiroidismo y erradicación de *helicobacter pylori*.

En lo relacionado a los dispensadores de fármacos, se continuó con el proyecto iniciado el año 2012 cuyo objetivo principal fue brindar oportunidad y acceso de la población a sus tratamientos farmacológicos a través de sistemas de dispensación automática, instalándose 40 máquinas de entrega automática en cinco comunas de la Región Metropolitana —La Florida, Lo Prado, Pudahuel, Puente Alto y La Granja—.

h. PROGRAMA PLAN ARAUCANÍA

El Plan Araucanía buscó contribuir a la disminución de brechas de salud existente entre la población Mapuche de la región y la no Mapuche, puesto que subsisten diferencias en cuanto a mortalidad infantil elevada, desigualdad en el acceso en territorios donde reside población indígena, 40 por ciento de la población indígena se ubica en los quintiles más pobres de ingresos.

Además, la Región de La Araucanía congrega el porcentaje de población indígena más representativo en comparación a otras regiones del país, el mayor número de comunas vulnerables y deteriorados indicadores de salud. Para el país es un compromiso asumido con el mundo indígena contribuir al mejoramiento de la calidad de vida Mapuche a través de una atención de salud culturalmente pertinente y el mejoramiento de los centros de salud Intercultural en dicha región.

Los recursos asociados al Plan Araucanía han permitido la elaboración de un plan de trabajo en coordinación con los equipos de salud local y las comunidades Mapuche de las comunas involucradas.

Distribución de recursos Plan Araucanía año 2013

Experiencia de Salud Intercultural	Monto \$
Hospital de Makewe	86.134.326
Centro de Salud Boroa Folulawen	67.651.200
Asociación Indígena Nwentuleaiñ	168.938.040
Centro de Salud Boyeco, Temuco	20.000.000
Total	342.723.566

Fuente: DIVAP/MINSAL

i. PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Se centra en mejorar, mediante el apoyo de procedimientos de imagenología, la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud en el diagnóstico clínico precoz de cáncer de mama, vesícula y displasia de caderas, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica, destacando la definición de estándares de calidad para Centros de Imagenología: examen de mamografía, ecotomografía mamaria, radiografía de cadera y ecotomografía abdominal.

Mamografías y ecotomografías realizadas a beneficiarias de la APS. Años 2010 - 2013

Años	Mamografía	Ecotomografía mamaria
2010	227.705	13.140
2011	226.572	28.557
2012	228.915	32.009
2013	297.255	34.317

Fuentes: APS / MINSAL

j. PROGRAMAS DE SALUD RESPIRATORIA

Durante el año 2013 se aumentó la cobertura del Programa de Infecciones Respiratorias del adulto, ERA, incorporando 30 nuevas salas, alcanzando un total de mil 194 salas: 560 salas ERA, 534 salas IRA y 100 Salas Mixtas en centros de salud con pequeñas poblaciones a cargo. Con una población bajo control de 327 mil 311 pacientes —aumento del 2,7 por ciento en relación al año anterior—, correspondiendo a población adulta crónica respiratoria 188 mil 768 usuarios y a 138 mil 543 población menor de 20 años crónica respiratoria.

Con relación al Programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva, AVI, y Asistencia Ventilatoria No Invasiva, AVNI, durante el año 2013 se entregaron recursos para 70 nuevos cupos, alcanzando a diciembre 2013 un total de 553 niños en el programa. Se destaca que 262 niños se ventilaron en domicilio, con períodos de permanencia en el programa que oscilaron entre uno a doce meses, lográndose liberar camas en Unidades de Pacientes Críticos y en Unidades de Intermedio de establecimientos hospitalarios de la red asistencial pública.

Respecto del Programa de AVNI, durante el 2013 se ofrecieron 70 nuevos cupos para adultos, permitiendo liberar camas en Unidades de Intermedio y Cuidados Básicos de establecimientos hospitalarios de la red asistencial pública, logrando entregar apoyo ventilatorio no invasivo en domicilio a 274 pacientes en el país.

k. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

La conformación de las redes de salud local y macrorregionales requiere, para asegurar la continuidad de atención de los usuarios y la resolución de sus problemas de salud, de la elaboración de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, que indiquen las condiciones y plazos para el tránsito del usuario en la Red Asistencial. Estos protocolos buscan constituirse en una herramienta que permita evaluar la funcionalidad de la red a través de la medición de pertinencia en la referencia.

En el año 2013 se incrementó en tres el número de especialidades con medición de pertinencia según protocolo y tiempo, por cada establecimiento y un aumento porcentual de la pertinencia en una especialidad por establecimiento de alta y mediana complejidad.

Las especialidades médicas que se comenzaron a medir en los servicios de salud durante el 2012 fueron 207 y durante el año 2013 se incorporaron 211 nuevas especialidades, llegando a un total de 418 especialidades con medición de pertinencia.

l. GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO

En el año 2013 los 60 hospitales que pertenecen al programa clínico financiero tuvieron una cobertura del 92 por ciento de revisión de los egresos hospitalarios. En la actualidad existen 220 profesionales distribuidos de Arica a Punta Arenas y los equipos se forman de acuerdo al número de egresos y criterios de producción establecidos desde el nivel central.

Gracias a este trabajo fue posible determinar que, en el año 2013, el índice complejidad de los pacientes egresados de los hospitales participantes a nivel país es de un 0,81 por ciento, que el porcentaje de casos *outliers* o atípicos es de un 6,2 por ciento y la estancia media bruta de los pacientes es de 6,13 días. Considerando el tipo de ingreso o vía de acceso a la hospitalización, se determinó que un 54 por ciento de estos provenían del servicio de urgencia, que en un 23 por ciento correspondían a pacientes del área obstétrica, lo mismo que para las cirugías programadas. Desde el punto de vista de la condición de egreso fue posible señalar que el 92 por ciento fue enviado a su domicilio, el tres por ciento egresó fallecido, el dos por ciento

fue derivado para su recuperación a otro hospital del servicio de salud y un uno por ciento correspondió a una alta voluntaria u otra condición.

m. RED DE TELEMEDICINA EN LAS REDES ASISTENCIALES

Durante el año 2013, y por ser considerada un aporte en la mejora de oportunidad en la atención, se definió abarcar a los 29 servicios de salud con, a lo menos, un proyecto de telemedicina. El balance, a diciembre de 2013, evidenció el logro de la meta y el incremento de cobertura de las estrategias implementadas en años anteriores.

Como resultado de esta implementación es factible señalar que, entre agosto 2012 y diciembre 2013, se obtuvo una producción acumulada de 92 mil 775 tomografías computadas a distancia, con un tiempo de máximo de respuesta para sus informes de dos horas en 31 Hospitales de Alta Complejidad.

En tele dermatología, entre el año 2010 a 2013, se realizaron ocho mil 200 atenciones de especialidad ambulatoria resolutive a distancia desde 24 Hospitales de Alta Complejidad.

n. UNIDAD DE GESTIÓN CENTRALIZADA DE CAMAS, UGCC

La creación de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC, se realizó en mayo del año 2009 con el fin de optimizar el uso del recurso hospitalario cama y su eventual necesidad de apoyo en la red privada. En este contexto se crea una estrategia que vincula la oferta en línea de camas —a través del uso de un *software*— con la demanda no satisfecha de éstas en los distintos establecimientos públicos.

Esta estrategia permitió optimizar la búsqueda y asignación de cama a pacientes Fonasa que no contaban con este recurso en su hospital de origen, iniciando la búsqueda en la red pública, y posteriormente en la privada —a través de un modelo estructurado y validado de compra de camas—, en el caso de que la primera red no contara con camas disponibles. Desde su creación hasta el año 2013, la UGCC ha gestionado 25 mil 625 traslados de pacientes beneficiarios de Fonasa, de los cuales en un 59 por ciento (quince mil 144) tiene por destino un establecimiento privado de salud, mientras que el 41, por ciento (diez mil 481) es ubicado en una cama pública.

Total de pacientes trasladados vía UGCC del sector público y privado.
Mayo 2009 a diciembre 2013

Tipo de Destino	Total de Pacientes Traslados	%
Privado	15.144	59,1%
Público	10.481	40,9%
Total General	25.625	100,0%

Fuente: Sistema informático UGCC

Durante el año 2013 se realizaron tres mil 912 traslados, de los cuales el 58,2 por ciento tiene por destino un establecimiento privado de salud, mientras que el 41,8 por ciento es ubicado en una cama pública.

Total de pacientes trasladados vía UGCC del sector público y privado. Diciembre 2013

Tipo de Destino	Total de Pacientes Traslados	%
Privado	2.278	58,2%
Público	16.34	41,8%
Total General	3.912	100,0%

Fuente: Sistema informático UGCC

De los tres mil 912 traslados, el 67 por ciento correspondió a solicitudes de pacientes adultos, el once por ciento a pacientes neonatológicos y el 22 por ciento a pacientes pediátricos. Con respecto al tipo de cama, el mayor porcentaje fue de camas de Unidad de Paciente Crítico, UPC, alcanzando el 71 por ciento, el resto a requerimientos de camas agudas y básicas.

En el 2013 se inició el plan de monitoreo y gestión del cumplimiento de la Ley de Urgencia en los establecimientos hospitalarios del SNSS y del sector privado. Lo anterior se da como respuesta a la alta demanda de personas por atención de emergencia con riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional que consulta en ambos sectores y que invoca el derecho al uso de beneficios que establece la Ley de Urgencia.

ñ. COORDINACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Los resultados a fines de 2013 demostraron una disminución de un 30,8 por ciento de las donaciones respecto del año 2012, realizándose 306 trasplantes gracias a la obtención de 103 donantes, la causa radicó en la baja de la tasa de donación dado por la disminución de los fallecidos por criterio encefálico y el aumento en la negativa familiar, actualmente en un 50 por ciento. Cabe destacar que fue posible mantener la productividad de tres órganos trasplantados por donante generando un descenso de sólo un siete por ciento en el número de trasplantes realizados —330 versus 306—.

o. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD, RHS

Planificación.

Como parte del fortalecimiento a los servicios de salud, durante el año 2013 se autorizó un incremento de sus dotaciones máximas en 19 mil 481 horas de la Ley N° 19.664, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud, 360 cargos de la Ley N° 15.076, que fija el estatuto para los médicos cirujanos, farmacéuticos o químico farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas; tres mil 605 cargos de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, y en 891 horas para los establecimientos experimentales, lo que ha contribuido a potenciar la capacidad instalada y la resolutivez de las redes asistenciales, a través de la puesta en marcha de nuevos proyectos de inversión hospitalaria, incorporación de líneas programáticas de apoyo a la gestión GES y desarrollos intersectoriales. En el ámbito de las estimaciones de dotación adecuada, se logró estandarizar el recurso humano de hospitales de baja complejidad, se identificó la brecha de recursos humanos para éstos establecimientos y se encuentra en proceso de edición la guía metodológica para los servicios.

Gestión.

En materia normativa se promulgó la Ley N° 20.707, estableciendo los incentivos remuneracionales en favor de los profesionales de los servicios de salud. Se destaca la asignación de responsabilidad —jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo—,



reconocimiento de asignaciones de reforzamiento diurno y experiencia calificada, asignación de competencias profesionales —30 por ciento a especialistas y liberados de guardia con cargos de 28 horas—, asignación variable de un diez por ciento por cumplimiento de metas de producción y calidad, además de un Plan de Incentivo al retiro para 680 de estos profesionales.

La Ley N° 20.612 de 2012, que otorga a los funcionarios del sector salud que indica una bonificación por retiro voluntario y una bonificación adicional finalizando el proceso de postulación el 31 de marzo del presente año, haciéndose efectivo el alejamiento hasta el año 2015.

- Alta Dirección Pública.

Con relación al sistema de Alta Dirección Pública se elaboró el documento Convenio de Desempeño Estandarizado para el cargo de Director de Establecimientos Autogestionados en Red, EAR, siendo un primer instrumento de apoyo orientado a guiar la gestión en materia de formulación y suscripción de convenios de desempeño. El documento cuenta con la validación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y del Servicio Civil y guiará al alto directivo en el cumplimiento de los desafíos que le exige su cargo y fija compromisos por los cuales será evaluado al término de su período de desempeño.

- Formación.

En el ámbito de la certificación de especialidades médicas y odontológicas el sistema entra en régimen permanente a contar del 31 de diciembre 2014. Para este efecto, además de la incorporación de nuevas especialidades, se publicó el 5 de febrero 2013 el DS N° 8 de los Ministerios de Salud y Educación con el Reglamento de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan, que deroga el DS N° 57/2007.

Para cumplir con la obligación de implementar el régimen permanente al 1° de enero 2015, se publicaron las normas técnicas operativas de las 24 especialidades de medicina y once de odontología incluidas en el DS N° 57, a través del decreto exento N° 489 del 28 de diciembre 2012 y su complemento, el decreto exento N° 31 de fecha 12 de febrero 2013. Con este mismo propósito, se emitió la resolución exenta N° 499 del 11 de febrero 2014 que autoriza a la Conacem como entidad certificadora de las especialidades médicas y odontológicas incluidas en el decreto N° 57/2007, conforme con la Resolución exenta N° 422 de marzo de 2010. Durante el año 2013 se elaboraron las normas técnicas operativas de las cinco nuevas especialidades médicas incluidas en el sistema de certificación, además de 21 especialidades derivadas de medicina y uno de odontología.

- Capacitación.

Durante el año 2013 se capacitaron 53 mil 806 funcionarios a través del Programa Anual de Capacitación de los servicios de salud —de una dotación de 90 mil 381 personas—, con un presupuesto anual de cinco mil 300 millones de pesos, lo que permitió desarrollar alrededor de cinco mil actividades. El presupuesto destinado a programas de Iniciativa central se incrementó a ocho mil 304 millones, lo que permitió capacitar a 27 mil 460 funcionarios de los servicios de salud en áreas prioritarias clínico asistenciales y de gestión, a través de modalidades presenciales, mixtas y a distancia bajo formato de talleres, cursos y diplomados. Bajo la Modalidad a Distancia, SIAD, en 2013 se aumentó la cobertura de funcionarios a 70 mil.

- Salud Ocupacional.

En el ámbito del Programa de Mejoramiento a la Gestión se cumplió con los requerimientos del Sistema Egresado de Higiene y Seguridad de la Subsecretaría de

Redes, con un 92 por ciento de realización de las actividades planificadas. Se logró una Tasa de Accidentabilidad de 3.98 por ciento para el período enero a diciembre 2013 —tres mil 304 accidentes sobre una dotación de 83 mil diez funcionarios de 24 servicios de salud informantes—, lo que permite la toma dirigida de decisiones en el mejoramiento de condiciones de trabajo.

En gestión de recursos, la identificación de necesidades de personal, recursos financieros, equipamiento e infraestructura asociada a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y a la gestión ambiental en hospitales:

- Normalizar el aporte del empleador por concepto de la Ley N° 19.404 de Trabajo Pesado, que introduce modificaciones al Decreto Ley N° 3.500, de 1980, y dicta normas relativas a pensiones de vejez, considerando el desempeño de trabajos pesados, aporte que durante 2013 se reajustó a 459 millones 601 pesos.
- Provisión de cargos de ingenieros en Gestión Ambiental para los servicios de salud —29 cargos—, por un monto de 563 millones 353 mil pesos.
- Manejo responsable de residuos tóxico-peligrosos y Residuos de Establecimientos de Atención de Salud, REAS, en los servicios de salud, orientado a sostener el gasto derivado de la compra de servicios para la disposición final de los residuos tóxico-peligrosos generados, por un monto de 918 millones 707 mil pesos.

p. INVERSIÓN SECTORIAL

- Mejor atención e infraestructura.

En el año 2013 se realizó una inversión en Salud equivalente a 266 mil 91 millones 114 mil pesos en el ámbito de infraestructura y equipamiento para la red hospitalaria, laboratorios ambientales y en atención primaria.

Los nuevos establecimientos entregados en el año 2013 corresponden al hospital de Cañete área hospitalaria, hospital de Osorno, hospital de Maipú y hospital de la Florida y la torre de hospitalización de los hospitales de Copiapó y Los Ángeles, ambos en continuidad de obras —áreas de apoyo—. Se entregaron también los Centros de Salud de Atención Primaria El Manzano, Cefsam rural Adriana Madrid de María Pinto, Cefsam Tirúa, Cefsam de Castro, consultorio Steeger comuna de Cerro Navia, consultorio N° 2 de Los Andes Cordillera Andina, Cefsam Futrono y consultorio Juan Pablo II de Lampa, Cefsam Teodoro Schmidt, Cefsam Rural Paihuano, estos últimos cuatro con aportes del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, FNDR.

Total de pacientes trasladados vía UGCC del sector público y privado. Diciembre 2013

Tipo Proyecto	2010	2011	2012	2013	Sub Total	Total	Compromiso Periodo 2010 - 2014
Hospitales Terminados	4	4	3	6	17	17	69
APS Sectorial	12	17	6	4	39	64	119
APS FNDR	3	7	10	5	25		

Fuente: División de Inversiones Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Se adjudicó, con toma razón del contrato, las obras para los hospitales de Lautaro, Laja, Antofagasta, Fricke, Puente Alto (Etapa I Centro de Referencia de Salud, CRS), Phillippe Pinel, Hospital de Futaleufú y Penco Lirquen y de los Centros

de Atención Primaria Eduardo Raggio de Catemu, Paine, comuna de Hospital, La Islita, Centenario, Santa Teresa, Entre Lagos, Santa Sabina, Algarrobo y La Ligua. Se mantienen además en ejecución las obras de los hospitales de Salamanca, Pitrufquen, Exequiel González Cortés y Aysén y los Centros de Salud Familiar Barros Luco, y San Vicente de Tagua Tagua.

- Reconstrucción en Salud.

En materia de reconstrucción, durante el período 2010 - 2014 se terminaron nueve proyectos de modulares transitorios y cuatro proyectos de reparaciones mayores por construcción acelerada: reposición parcial hospital San Antonio de Putaendo, reposición parcial hospital de Talca Externo, reposición parcial hospital de Cauquenes, reposición parcial hospital de Talca Interno, reposición parcial hospital Herminda Martín de Chillán, reposición parcial hospital Félix Bulnes, reposición parcial hospital de Parral, reposición parcial hospital de Hualañé, reposición parcial hospital de Curicó. Por reconstrucción: pabellones Temuco, camas Temuco, Angol e Instituto Nacional del Cáncer, Incancer.

Durante el año 2012 se incorporó un nuevo proyecto de reconstrucción adicional a los nueve proyectos establecidos: reparación Infraestructura y habilitación equipos/equipamientos Instituto Nacional de Geriátria, Inger, proyecto que fue terminado durante al año 2013.

De los proyectos de reconstrucción establecidos por el gobierno anterior se cumplió con catorce terminados de los diecinueve proyectos. Los cinco proyectos faltantes se encuentran en ejecución y su término de obras e inicio de operación está contemplado para el año 2014, estas son: reparación mayor hospital de Curanilahue, habilitación servicio siquiatría adulto, infantil y neuropsiquiatría infantil San Borja Arriarán, reparación torre quirúrgica, pabellones SS urgencia hospital San Carlos, reparación mayor edificio La Torre del hospital regional Guillermo Grand Benavente. (Etapa II) y reparación torre quirúrgica hospital clínico Herminda Martín de Chillan.

Cabe señalar que, respecto de la reparación mayor edificio La Torre del Hospital Regional G.G.B., durante el año 2013 fue terminada su primera etapa.

Resumen de la inversión sectorial por reconstrucción compromiso del periodo 2010-2014

Tipo de Proyecto	2010	2011	2012	2013	Total	Meta Compromiso Periodo 2010 - 2014
Hospitales Construcción Acelerada	0	9	0	0	9	9
Reconstrucción	0	2	3	0	5	5

Fuente: División de Inversiones Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- Leasing.

El programa leasing, correspondiente a la adquisición de equipamiento médico, ejecutó del Programa de Prestaciones Institucionales 986 millones 411 mil 982 pesos de los mil 25 millones 218 mil pesos asignados para el año, así como también del Programa de Prestaciones Valorizadas se ejecutaron 571 millones 661 mil 745 pesos de un presupuesto 2013 de mil 94 millones 583 mil pesos. La modalidad de leasing es asignada por los servicios de salud directamente a los distintos establecimientos hospitalarios según las necesidades que detecte a través de diagnósticos locales. Cada hospital, una vez recibido el financiamiento, ejecuta las respectivas licitaciones y contratos asociadas a la inversión.

- Concesiones.

A nivel de concesiones, se continúa con la ejecución de las obras del Programa de Concesiones Hospitalarias I de los hospitales concesionados de Maipú, de 375 camas, y de La Florida, de 391 camas, cuya puesta en marcha se produjo el primer semestre 2014. Supone una inversión total, contando equipamiento, de unos 160 mil millones de pesos. Por otro lado, del hospital de Antofagasta, con 671 camas, durante el año 2013 se adjudicó la concesión y se iniciaron los estudios de arquitectura e ingeniería. El inicio de obras civiles se estima para el segundo semestre del año 2014.

- Equipos y equipamiento.

En 2013 se realizó una inversión en equipo y equipamiento mediante subtítulo 31 y subtítulo 29 de 52 mil 137 millones 712 mil pesos.

q. DESCENTRALIZACIÓN

Durante el año 2013 se firmó el convenio de Programación de la Región de Los Ríos (2013 - 2023) por un monto de 136 mil 545 millones 786 mil pesos —aporte sectorial de 91 mil 81 millones 119 mil pesos y aporte FNDR 45 mil 464 millones 667 mil pesos—. Dicho convenio de programación considera proyectos de gran relevancia como reposición del hospital de la Unión y reposición del hospital Rio Bueno.

r. EMERGENCIAS Y DESASTRES

- Respuestas al terremoto en regiones de Arica y Parinacota y de Tarapacá:

En el marco del desastre natural ocurrido en las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá, el sector salud se ha hecho parte como uno de los componentes de primera línea del Sistema Nacional de Protección Civil. Como tal, se encuentra representado en el Comité Nacional Operativo de Emergencias por su máxima autoridad, la ministra de Salud, y en las regiones por seremis de salud y directores de servicios de salud en los comités regionales de emergencias.

Ante los eventos adversos que, directa e indirectamente, afectan la salud de la población, este sector tiene el deber de resguardar la atención oportuna y continua en los establecimientos de salud, tanto a víctimas de las emergencias, de eventos adversos y los desastres, como también a los usuarios permanentes que integran los diversos programas establecidos como son, por ejemplo, los pacientes crónicos. Por otro lado, debe establecer las coordinaciones previas con otras instituciones del Estado y también privadas para abordar los diferentes ámbitos de la emergencia teniendo como insumo el diagnóstico del sector, así como también la identificación de fortalezas y potenciales necesidades que pudieran surgir ante el escenario de una situación de desastre.

En respuesta a las exigencias emanadas por el Sistema Nacional de Protección Civil, además de los compromisos internacionales que promueven el desarrollo del ámbito de la gestión del riesgo del país, el sector salud cuenta un Departamento de Emergencias y Desastres en el nivel central y con Comités de Emergencias y coordinadores de emergencias y desastres en todos sus niveles de gestión.

En el contexto de la seguidilla de sismos que han venido afectando al sector norte del país, y considerando el silencio sísmico de más de 130 años, el Ministerio de Salud en conjunto con los niveles locales ha ido desarrollando una serie de medidas entre las que destacan las siguientes:

- 
- Levantamiento de situación de la seguridad de sus instalaciones, principalmente hospitalarias, desde la perspectiva del hospital seguro ante desastres. El 80 por ciento de los hospitales ubicados entre las regiones Arica-Parinacota y Atacama se encuentran evaluados en relación al Índice de Seguridad Hospitalaria, ISH, que considera los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales.
 - Identificación de establecimientos ubicados en zonas inundables ante tsunami.
 - Actualización y difusión de los planes de emergencias y desastres en todo el sector.
 - Reforzamiento de las líneas vitales que permitieran un nivel de autonomía al menos de 72 horas.
 - Reforzamiento de los canales de comunicación, principalmente el ámbito de las radiocomunicaciones como vía redundante de comunicación ante el colapso de los sistemas habituales.

Más específicamente, ante la ocurrencia del terremoto ocurrido en la noche del 1 de abril, la respuesta del sector fue la siguiente:

- * A los pocos minutos se activaron los Comités de Emergencias del Ministerio de Salud, a nivel central y regional. En ese contexto, la ministra de Salud fue convocada al Comité de Operaciones de Emergencia COE Nacional, mientras que los subsecretarios de Salud Pública y Redes Asistenciales lideraban las acciones del COE del Ministerio de Salud.
- * Antes de una hora de ocurrido el evento ya se tenía un primer diagnóstico de la situación de la red de salud que consideraba los establecimientos públicos que habían sido evacuados totalmente —ubicados en zona inundable de acuerdo a las cartas del Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada, SHOA— y aquellos que habían realizado evacuación vertical por encontrarse bajo la línea de seguridad de Onemi. Para recoger esta información se activaron los canales convencionales de comunicación y también el sistema de radiocomunicaciones.
- * En el COE ministerial se organizó un equipo técnico de respuesta que acompañó a las autoridades. Dicho equipo consideraba los ámbitos de Redes Asistenciales, Infraestructura, Salud Mental, Epidemiología y Salud Ambiental, los que partieron a la zona durante la mañana del día 2 de abril. Esto permitió tener un diagnóstico más acabado de la situación para la posterior planificación de medidas a corto y mediano plazo que permitan el restablecimiento de la normalidad en el menor tiempo posible, al tiempo que constituyeron fuente de apoyo a los equipos de las Seremis y servicios de salud de las regiones afectadas.
- * El 2 de abril la Presidenta de la República firmó Estado de Excepción para las regiones de Arica y Parinacota y de Tarapacá.

Las acciones de salud desarrolladas en la región consistieron en equipos de apoyo en salud mental, atención continuada en los SAPU y atención alternativa ante daños en los centro de salud Pedro Pulgar Melgarejo y Pozo Almonte.

Para implementar estas soluciones, se instaló un centro ambulatorio de atención modular de la Fuerza Aérea de Chile en Alto Hospicio y se habilitaron pabellones en el Puesto de Atención Médica Especializada, PAME del Ejército. A contar del 24 abril quedaron instalados cuatro nuevos pabellones.

- Respuestas al incendio en la Región de Valparaíso.

El 12 de abril del presente año se desató en la ciudad de Valparaíso un gigantesco incendio, el que se difundió con gran rapidez afectando la parte alta de la ciudad y en al menos cinco cerros. Se declaró el Estado Constitucional de Catástrofe para la comuna de Valparaíso, decretado por la Presidenta de la República.

Se contabilizan más de dos mil 900 casas quemadas y doce mil 500 personas afectadas. Se implementaron nueve albergues con 912 personas.

Para implementar las acciones de salud en la región, el personal del Cesfam Lo Cañas está trabajando a un costado del consultorio utilizando contenedores habilitados para la atención de pacientes crónicos, y las atenciones en los cerros están siendo cubiertas por personal de los consultorios en las siguientes ubicaciones:

- Cerro el Litre, junta de vecinos Nº 186, funcionarios de Jean Marie Terrie.
- Cerro Ramaditas, junta de vecinos El colorado, pasaje 7.
- Cerro Rocuant, Sor Teresa, con apoyo de carpa de la Cruz Roja.
- Funcionarios de Cesfam Reina Isabel apoya funciones de consultorio Lo Cañas.

Adicionalmente, el equipo de salud mental y Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud ha realizado las siguientes gestiones:

- Comunicación y apoyo desde el nivel nacional con la Unidad de Salud Mental como desde el Departamento de Salud Mental, que han estado en un permanente contacto con los referentes regionales.
- Elaboración de dípticos y material psicoeducativo.
- Avances en la gestión regional y coordinación de apoyo a la emergencia: se mantiene atención en terreno de parte de equipos de salud, en especial en albergues, realizando labores de contención y apoyo psicológico. Sin embargo, la atención de equipos de salud mental ha bajado en intensidad y horarios de atención. Existe la percepción de normalización de acciones, entregada a través de los medios de comunicación, aunque en la práctica esta situación ha ido de forma más lenta y aún no está tan normalizado el funcionamiento de la población.

Además, se mantiene la atención de especialidad focalizada en Hospital del Salvador, donde equipos de psiquiatras y psicólogos atienden los casos de mayor complejidad.

Por otra parte, se ha realizado una campaña de vacunación preventiva contra la hepatitis tipo A y antitetánica.

6. Medidas para los primeros 100 días del nuevo gobierno

El Programa de Gobierno identifica para la cartera de Salud una serie de medidas fundamentadas en el diagnóstico que da cuenta de que, pese a los esfuerzos realizados en materia de salud en el sector público, este aún presenta necesidades que deben ser abordadas con la destinación de mayores recursos. Así, se han establecido diversas medidas que forman parte de la gestión de todo el mandato. En el marco de las 50 medidas para los primeros 100 días de gobierno, siete se circunscriben a esta cartera:

a. FORMALIZACIÓN DE COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO Y MARCO JURÍDICO PARA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD.

La sentencia del Tribunal Constitucional de agosto de 2010, que declaró al margen de la Constitución un conjunto de normas que regulaban el sistema Isapre, generó una situación de incertidumbre jurídica tanto para los beneficiarios del sistema como para las propias Isapre. Pese al tiempo transcurrido, aún no se ha acordado una solución legislativa. Las Isapre, en tanto administrador privado de las cotizaciones de salud común, deben adecuarse a las exigencias constitucionales planteadas por el tribunal, cuestión que exige revisar su funcionamiento, objetivos y regulación integral.

Por otra parte, sistemáticamente los Tribunales Ordinarios de Justicia han venido cuestionando los fundamentos y el ejercicio que las Isapre han hecho de la facultad de revisar los contratos y reajustar sus precios base de manera anual. Además, persisten los incentivos que permiten a las Isapre discriminar por riesgo a sus afiliados, excluirlos declarando pre-existencias, generar cotizantes cautivos, aplicar alzas injustificadas, etcétera.

Conjuntamente, la propuesta de cambios que actualmente se discute en el parlamento — llamada ley del Plan Garantizado de Salud, PGS— se encuentra prácticamente detenida y sin viabilidad política ni técnica.

En ese escenario, el 14 de abril la Presidenta de la República firmó el decreto que crea la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Esta Comisión integrada por expertos trabajará en el diseño y propuesta de un nuevo marco jurídico del sistema de seguros privados de salud. Debiendo revisar el conjunto del sistema de salud, toda vez que su diseño corresponde a un momento histórico distinto, modelo que hoy debe hacer frente al cambio epidemiológico y a un mayor desarrollo y reflexión sobre los derechos humanos y sus relaciones con el Derecho a la Salud. Además se debe introducir mayor equidad y solidaridad en el sistema para hacerlo coherente con principios de seguridad social.

b. PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE

Esta iniciativa pretende duplicar su cobertura atendiendo a 400 mil mujeres, permitiendo la recuperación integral de su salud bucal. Para ello se fomentará el autocuidado, mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social. Estas atenciones se realizarán durante los cuatro años del período, esto es, 100 mil altas anuales en el marco del Programa Odontológico Integral.

III. ACCIONES PROGRAMADAS PARA EL PERÍODO MAYO DE 2014 A MAYO DE 2015

Las principales acciones programadas para el año 2014 están en directa relación con los compromisos enunciados en las 50 medidas para los primeros 100 días de gobierno, pues se busca avanzar en las áreas que permitan cubrir las necesidades prioritarias para los sectores medios y grupos más vulnerables.

Así, para la implementación del programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles se contará con financiamiento de 18 mil millones de pesos en el programa presupuestario de la Atención Primaria de Salud. Sus recursos estarán asociados al subtítulo 24 Transferencias Corrientes y al gasto en el subtítulo 22, cuando se trate de la Atención Primaria

de administración directa del servicio de salud o cuando éste deba actuar en función de las necesidades y capacidades de gestión municipal.

Durante el año, se incorporarán recursos a los presupuestos de los servicios de Salud, módulo de Atención Primaria que financiarán las acciones, componentes y estrategias del programa. Los recursos se asignarán a todas las comunas del país, a excepción de aquellas que no puedan administrar los recursos por tamaño o endeudamiento con Cenabast, las que serán administradas por los servicios de Salud. Se considerará financiamiento para los siguientes componentes del programa, que se presentan en forma preliminar:

Componentes	Estrategias	Productos Esperados
Componente 1: Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.	Implementación de un Fondo de Medicamentos en atención primaria para la entrega oportuna de medicamentos, destinado a personas con enfermedades Crónicas con prioridad en las enfermedades cardiovasculares .	Recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades Crónicas con prioridad en las enfermedades cardiovasculares
	Implementación de sistema expedito de solución a los reclamos de los usuarios ante la falta de entrega de medicamentos.	Reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles.
	Incorporación de tecnología de apoyo en la adherencia al tratamiento.	
Componente 2: Gestión Farmacéutica.	Financiar conforme a brechas existentes la contratación de personal de farmacia (Químico Farmacéutico y/o técnicos paramédicos de farmacia), de forma que facilite la oportuna dispensación y el uso racional de medicamentos.	Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos.
	Controlar la provisión y dispensación de medicamentos mediante un sistema de registro estandarizado.	Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento.

Cabe destacar que la ejecución de las acciones del programa, desde la gestión municipal, es financiada con aporte estatal —artículo 56, Ley N° 19.378—. Como cualquier otro recurso programático en salud primaria se sujeta a indicadores de cumplimiento y se enmarca en el contexto de la Resolución N° 759 de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

a. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN, SAR

Los SAR corresponden a centros comunales de atención de urgencia con mayor resolutivez, concebidos con la función de transformarse en nodos integradores de la red de urgencia de sus respectivos servicios de salud y dotados de imagenología y kit de exámenes de laboratorio. Para mejorar la accesibilidad y capacidad de respuestas de la atención primaria cercanos al lugar donde viven las personas en horario no hábil y fines de semana y festivos.

Se definirán las comunas y establecimientos que contarán con los 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución a través de la postulación realizada por los Servicios de Salud del país y previo análisis de sus territorios en el Consejo Integrado de la Red Asistencial, CIRA; posteriormente un comité técnico realiza la evaluación de las propuestas y las autoridades definirán la prioridad de instalación de estos dispositivos en el territorio nacional.

b. FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Esta medida busca contribuir a la entrega de prestaciones de salud accesibles y oportunas a la población beneficiaria a cargo de la atención primaria, mejorando el acceso y la disponibilidad de medicamentos a las personas y familias afectadas, entre otras, por enfermedades no transmisibles con prioridad en problemas de salud cardiovascular, de manera de potenciar la oportunidad y calidad técnica en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar.

El fondo de medicamentos se inicia con enfermedades crónicas no transmisibles para continuar, posteriormente, con otras enfermedades crónicas como epilepsia y artrosis.

Se estableció que en los primeros 100 días se firme un convenio con todas las municipalidades del país. Actualmente se están estudiando las soluciones para cada municipio de acuerdo a su situación. Se utilizarán dos líneas de acción: la primera directamente a través del Cenabast y, la segunda, a través de convenios marco para las municipalidades que mantengan deudas con Cenabast.

c. NUEVOS ESPECIALISTAS PARA CHILE

Todos los esfuerzos que se pondrán en dotar con una mejor infraestructura los establecimientos de salud se complementarán con el trabajo que se desarrollará para formar, contratar y retener los médicos que la red necesita para responder a las necesidades de las personas. Se necesitan profesionales de la salud que contribuyan a brindar una atención digna y de buena calidad para los chilenos y chilenas.

Por eso, se puso en marcha un plan de retención y formación de médicos especialistas. El primer paso para ello fue el traspaso de recursos financieros a los servicios de salud para la contratación de 750 cargos de jornada completa, o de su equivalente, en 33 mil horas semanales de atención de especialidad a través de seis estrategias que apuntan, directamente, a disminuir las listas de espera que deben enfrentar chilenos y chilenas.

- Contratación de médicos especialistas en salud-medicina familiar —100 cargos nuevos— y fortalecimiento de la Atención Primaria a través del reconocimiento mediante asignaciones de estímulos a los médicos de familia que se desempeñen en Atención Primaria —230 estímulos para jornadas completas—.
- Contratación de equipos móviles de especialidad para ser movilizados a las zonas de mayor requerimiento —24 actividades en terreno—.
- Contratación de especialistas en los servicios de salud para apoyar Resolutividad de Atención Primaria Municipal a través de consultorías y acciones de terreno. Promedio seis especialistas por servicio.
- Contratación de especialistas básicos más anestesistas en hospitales comunitarios. Diez equipos de especialistas.
- Contratación de especialistas en Neurología, Medicina Interna, Dermatología o Cirugía para diagnóstico y/o apoyo terapéutico a distancia —telemedicina y teleasistencia—.
- Contratación de especialistas en los servicios de salud para aumentar resolutividad y mejorar el acceso —481 cargos de jornada completa—.

d. PLAN NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD 2014-2018

Para tener más y mejores servicios de salud hay que invertir fuertemente en infraestructura de hospitales y consultorios, así como en equipamiento. El Plan Nacional de Inversiones en Salud



para el período 2014–2018 contemplará construir 20 hospitales, dejar 20 en construcción y otros 20 en procesos de licitación de obras.

Así, para este primer año de gobierno se contemplan las siguientes actividades:

- Diagnóstico de la cartera actual de proyectos.
- Auditoria a las obras actualmente en ejecución de proyectos complejos.
- Revisión de procedimientos de control de proyectos con el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Hacienda, las Intendencias Regionales y Secplac.
- Construcción y negociación de presupuesto para los cuatro años. Se plantea la discusión presupuestaria para las inversiones en salud.

e. COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO Y MARCO JURÍDICO PARA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

Por otra parte, uno de los grandes desafíos refiere a que exista mayor solidaridad para financiar la Salud. Así, el 14 de abril se conformó la comisión de expertos que funcionará durante 120 días. Esta se hará cargo del estudio del sistema de salud, especialmente, en lo relativo a las Isapre, los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el sistema de salud en su conjunto.

Además, deberá proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social. Junto con ello, la comisión deberá elaborar y proponer modificaciones al diseño legal que regula la administración privada del seguro de salud común, acorde a los principios de acceso universal a servicios de salud necesarios y de calidad suficiente como para ser eficaces, recomendando las medidas que apunten hacia el establecimiento de un sistema de financiamiento de la salud equitativo, eficiente y de calidad.

f. MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS BARRIOS: TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES

Chile está viviendo, desde hace unos años, un fenómeno complejo que hasta ahora no ha sido apropiadamente abordado: la presencia cada vez mayor de perros callejeros y su reproducción sin control.

En la actualidad hay un proyecto de Ley de Tenencia Responsable de los Animales en trámite parlamentario, el que apunta a establecer obligaciones para los propietarios, normas para regular la presencia de perros sueltos y la seguridad de las personas y animales cuando comparten espacios públicos.

Sin embargo, debido a la urgencia por abordar el fenómeno mientras se sigue discutiendo el proyecto de ley, el gobierno decidió iniciar ya un trabajo de educación comunitaria para sembrar el concepto de tenencia responsable de mascotas y, paralelamente, dictar un reglamento para el control reproductivo de los animales de compañía. Esto, enmarcado en el compromiso de mejorar la calidad de vida en los barrios, pues uno de los impactos más notorios del fenómeno de los perros callejeros es su relación con las personas —los transeúntes, los usuarios de una plaza pública y los vecinos de un barrio—.

El reglamento del Ministerio de Salud para aplicar control reproductivo en los animales de compañía busca, en lo medular, que las familias tenedoras de perros y gatos asuman la responsabilidad de incorporar a sus mascotas a estas campañas de esterilización masivas, porque se trata finalmente de algo beneficioso para todos.



Para eso se determinó retomar una herramienta que ya había creado el Ministerio de Salud durante el período de gobierno 2006-2010: los diálogos participativos. Se trata de un mecanismo que tienen en su mano las Seremis de Salud para consultar a la comunidad dentro del marco de diversas leyes que apuntan justamente a que la autoridad sanitaria incorpore a la ciudadanía a la gestión de los asuntos públicos, otorgue mayor transparencia a los procesos y fortalezca la participación de las personas.

A la fecha se han efectuado más de 20 de estos diálogos participativos desde Arica a Magallanes, con asistencia de más de mil 500 representantes de organizaciones sociales.

El objetivo es poner sobre la mesa el tema, que los dirigentes entregaran sus visiones, debatieran entre sí y llegaran a conclusiones constructivas. De esta manera se ha podido dimensionar el verdadero impacto del tema en las realidades locales, conocer nuevos ángulos, detectar las coincidencias y diferencias, y alimentar con información de base las decisiones tomadas.

El diálogo que está abriéndose para este problema específico debe verse en ese contexto, como el inicio de una nueva forma de enfrentar los problemas ciudadanos, de debatir sobre las necesidades de la comunidad, de plantear nuestras ideas y escuchar las de los demás, de adecuar nuestra cultura a los cambios del entorno, de construir consensos. En definitiva, de vivir la democracia.

g. PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE

Finalmente, en materia de equidad de género y de la mano de esta cartera, el programa Sonrisas de Mujer se realiza en 321 comunas del país. El monto a aportar es de 144 mil 623 pesos por alta —más un monto para auditar al cinco por ciento de las altas—, para llegar a las 100 mil altas este año. Se transferirán cerca de cinco mil 300 millones de pesos adicionales al programa vigente. Este programa se orienta al beneficiario legal del sistema público de salud —Fonasa tramos A, B, C y D y/o Prais— y procura la ampliación de rango etario a mayores de quince años, priorizándose la población de mujeres inscritas en los de centro de salud de atención primaria y en Oficinas del Sernam:

- Beneficiarias de Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar del Ministerio de Desarrollo Social.
- Toda beneficiaria de Sernam.
- Personal de Educación Parvularia, que incluye a personal de aseo, manipuladoras de alimentos, asistentes de la educación y educadoras de establecimientos Junji , Intregra y del Ministerio de Educación.
- Mujeres de la lista de espera local, de todos los tramos de Fonasa: A, B, C y D.