

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

CUENTA PÚBLICA 2003 MINISTERIO DE SALUD



CONTENIDO

1	Introducción	5
2	Salud pública en acción	7
2.1	Éxito de la prevención: control de Hepatitis A en Chile	7
2.2	Programas alimentarios y de fortificación	9
2.3	Campaña de invierno para la prevención y control de las enfermedades respiratorias agudas	10
2.4	Prevención y tratamiento del VIH/SIDA	12
2.5	Campañas sanitarias y comunicacionales: Hanta Virus, actividad física, y donación de órganos	14
2.6	La atención primaria responde a la gente	15
2.6.1	Programa de salud cardiovascular en atención primaria	15
2.6.2	Programa de Salud Dental	16
2.6.3	Programa nacional de detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión	17
2.7	Estrechando vínculos con la ciudadanía	18
3	Impacto del piloto AUGE	23
4	La salud en el ámbito internacional	27
5	Organismos autónomos	31
5.1	Superintendencia de Isapre (SISP)	31
5.2	Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)	32
5.3	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	33
5.4	Instituto de Salud Pública (ISP)	34
6	Fortaleciendo la gestión de la red pública	35
6.1	Marco presupuestario	35
6.2	Control de la deuda hospitalaria y de los Servicios de Salud	35
6.3	Inversiones en la red asistencial	36
6.4	Gestión de la red asistencial	40
6.4.1	Consejos coordinadores de red y programación en red	40
6.4.2	Gestión de la red de urgencia	42
6.4.3	Avances en salud familiar	44
6.4.4	Cirugía mayor ambulatoria	46
6.4.5	Hospitales tipo IV: acercándose a la gente	46
6.4.6	Gestión de la red electiva y reducción de listas de espera	47
6.4.7	Gestión de excelencia en la red de salud	49
6.4.8	Control de infecciones intrahospitalarias	49
6.4.9	Gestión de recursos humanos	50
6.4.10	Convenio Servicio Metropolitano Sur Oriente y Universidad Católica	51
6.5	Indicadores de producción y su tendencia	52

7	Reforma de salud: sistema más solidario y equitativo	53
7.1	La Reforma de Salud una realidad: Estado de tramitación de las leyes	54
7.1.1	Fortaleciendo el sistema: Ley de Autoridad Sanitaria	54
7.1.2	Reduciendo la discriminación: Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	54
7.1.3	Invirtiéndose en los más necesitados: Ley de financiamiento	54
7.1.4	Ley de Derechos y Deberes	54
7.1.5	Resguardo de los derechos de los afiliados: Ley de Isapres	54
7.2	Difusión e implementación de la reforma	55
8	Proyecto de Ley sobre Licencias Médicas	57
9	Lineamientos para el año 2004	59
9.1	Desarrollo informático	59
9.1.1	Puesta en marcha del sistema de información para garantías AUGE	59
9.1.2	Implementación de red de comunicaciones en salud	59
9.1.3	Sistema de información de RRHH para el sector público de salud	60
9.2	Ejes para el 2004	60

1 Introducción

La búsqueda de la equidad y la justicia social para construir un país más solidario e integrado es uno de los imperativos del Gobierno del Presidente Ricardo Lagos. Salud es uno de los sectores que puede contribuir de manera relevante al cumplimiento de este objetivo.

«La salud es un derecho de las personas. Esto significa que todo residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o situación económica, debe contar con un mecanismo de protección social y acceso a una atención de salud adecuada y oportuna, así como con condiciones saludables en su comunidad y trabajo» (Mensaje Presidencial, 21 mayo 2003).

Al Ministerio de Salud le corresponde formular, de acuerdo con las directivas que señale el Gobierno, las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el sector, así como supervisar su cumplimiento y evaluar sus resultados.

Dependen del Ministerio y forman parte del Sistema las 13 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, los 28 Servicios de Salud con los establecimientos y sus redes, propios y en convenios, el Fondo Nacional de la Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central Nacional de Abastecimiento y la Superintendencia de Isapres

Los principios que guían el quehacer del Ministerio son la concepción de la salud como un derecho, la equidad en salud, la solidaridad, la responsabilidad, la búsqueda de la calidad y la participación ciudadana.

2 Salud pública en acción

Durante el año 2003 hemos intensificado el control de las condiciones ambientales, de alimentos, de medicamentos, con el objetivo de no afectar negativamente la salud de la población. La realización de los programas de vacunación y de vigilancia de las enfermedades infecciosas ha permitido tomar las medidas necesarias para evitar brotes epidémicos y disminuir los casos.

Incorporamos nuevos tipos de alimentos al programa de alimentación complementaria para responder a las necesidades de aquellos grupos con necesidades especiales de alimentación (prematuros y niños/as con fenilcetonuria).

El reforzamiento de la atención primaria permitió atender a muchas más personas por enfermedades que causan muerte prematura y sufrimiento.

2.1 ÉXITO DE LA PREVENCIÓN: CONTROL DE HEPATITIS A EN CHILE

La Hepatitis A y las medidas para su control

La Hepatitis A es una enfermedad de presentación endémica con ciclos epidémicos. El último ciclo epidémico se registró el año 2002 con un peak durante el mes de noviembre.

Durante 2003 se notificaron 10.335 casos de Hepatitis A y Hepatitis Aguda Viral No Especificada¹, con una tasa de incidencia de 65,5 casos por cien mil habitantes. La tendencia en la actualidad es al descenso, pero se está alerta frente a un posible rebrote en otoño. Cabe destacar que el inicio del descenso del ciclo epidémico ha sido más temprano que lo observado en ciclos previos.

Los casos notificados durante 2003 fueron un 22% menos que lo estimado para el año, según el modelo estadístico que maneja el Ministerio (se esperaban 13.335 casos). Esto significa que se habrían evitado 3.000 casos. La diferencia puede atribuirse al impacto de las medidas de prevención y control implementadas por el Ministerio de Salud.

Entre las medidas que fueron implementadas es importante destacar las siguientes:

- Campaña en medios de comunicación masiva (TV, radio, prensa escrita, microbuses) y difusión de las medidas de prevención en establecimientos de salud y educación con afiches y cartillas con costo total \$350 millones.

- Investigación en terreno de brotes de hepatitis y medidas de intervención.
- Uso de vacuna anti-hepatitis A para el control de brotes. Durante 2003 se adquirieron 22.500 dosis (costo aproximado \$205 millones).
- Inclusión de esta enfermedad en el Proyecto de Enfrentamiento de Enfermedades Emergentes, que ha permitido financiar en parte acciones comunicacionales (\$100 millones), investigación de brotes y adquisición de vacuna y gammaglobulina para bloqueo epidemiológico (\$40 millones).

Campaña de Prevención de Hepatitis

La campaña comunicacional «La solución está en tus manos» fue diseñada teniendo como ejes estratégicos difundir las medidas de prevención y mostrar en los medios el accionar conjunto del Estado con la autoridad sanitaria a la cabeza de las acciones de prevención, fiscalización, educación y difusión.

Para difundir las medidas de prevención se optó por una campaña de carácter masivo, orientada especialmente a los niños y al cambio de conducta en sus hábitos de higiene, con énfasis en el lavado de manos. Ello orientado a transformar en hábitos las conductas deseadas.

Piezas de la campaña

Todos en acción contra la hepatitis «La solución está en tus manos»: Producción de frase radial y spot televisivo con Rafael Araneda y Marcela Vacarezza que fue difundido, gracias al convenio vigente con ARCHI, en 420 emisoras a lo largo del país, entre el 9 de agosto y el 15 de septiembre. En televisión, se contrató un plan de medios en todos los canales de la televisión abierta, entre el 8 de agosto y el 15 de septiembre, que incluyó 162 pasadas.

Difusión en el programa de televisión «Buenos días a todos»: Se contrató la emisión de mensajes periódicos durante un mes, que incluía la pasada diaria del spot en dicho programa.

Vía pública: Entre el 14 de agosto y el 12 de septiembre circularon en la Región Metropolitana 300 micros con gigantografías con el slogan de la campaña. En el Metro de Santiago, se difundió a través de letreros en las estaciones y de puertas laterales ubicados al interior de los carros.

Afiches y volantes: La campaña incluyó la impresión de 60 mil afiches y 600 mil volantes los que fueron distribuidos, principalmente, a los servicios de salud del país para ser repartidos en hospitales y consultorios y, a las seremis de Educación para ser entregados en los colegios. Además se envió a distintas reparticiones públicas e instituciones.

Actividades en terreno: La campaña tuvo un fuerte componente intersectorial que permitió tener en terreno distintas autoridades y técnicos en labores de difusión, educación, capacitación y fiscalización, dependiendo de su rol específico.

En regiones: A lo largo del país, se realizaron entrevistas en radios locales, charlas educativas en colegios y escuelas, casa a casa, plazas ciudadanas, acciones intersectoriales con Intendencia, seremis de gobierno, seremis de educación, Injuv, Junaeb, Integra, Junji, municipalidades, juntas de vecinos y universidades.

¹ Datos provisorios.

2.2 PROGRAMAS ALIMENTARIOS Y DE FORTIFICACIÓN

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) es un sistema de distribución gratuita de alimentos a la población infantil y embarazadas, y más recientemente, también a prematuros con menos de 1.500 gr. y niños portadores de Fenilcetonuria.

Actualmente tiene una cobertura de alrededor de un millón de personas y se ha ido adecuando a los cambios nutricionales de la población. Sus objetivos principales son mantener el estado nutricional de la embarazada para asegurar un desarrollo fetal armónico y conseguir un crecimiento y desarrollo normal del niño. La inversión anual en este programa es de \$ 25.246.172.000 de pesos.

COBERTURA PNAC POR GRUPO DE EDAD

EDAD	POBLACIÓN BAJO CONTROL	RETIRAN PNAC	%
0 - 24 meses	343.044	307.000	89.5
24 - 72 meses	679.508	518.000	76.2
Embarazadas	93.617	80.903	86.4
Total PNAC	1.116.169	905.903	81.2

Los productos entregados por el PNAC son especialmente diseñados de acuerdo a las necesidades nutricionales de cada grupo: Leche Purita Fortificada, Purita Cereal, «Mi Sopita», Fórmula Prematuros y Continuación, y Fórmula para Fenilcetonúricos.

De acuerdo a las tendencias, durante el 2003, estimamos haber contribuido a la disminución de la desnutrición infantil, de las embarazadas y de la anemia ferropriva en el lactante:

Estado Nutricional de la población infantil que se controla en el Sistema Público 1994 - 2002, en % Unidad de Nutrición - MINSAL 2003

Estado Nutricional	1994	2002
Desnutridos	0,7 %	0,5 %
Riego de desnutrir	3,4 %	3,1 %
Normales	74,2 %	72,9 %

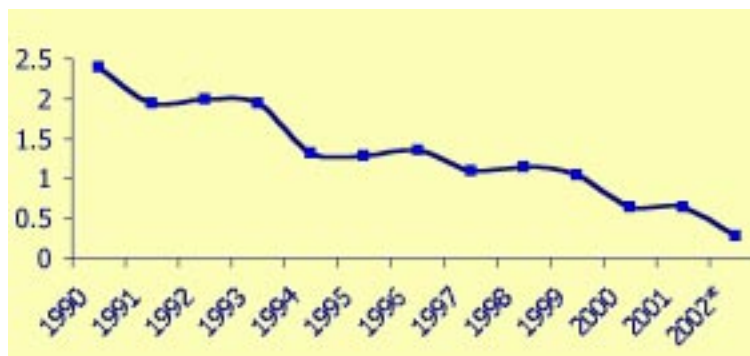
La Anemia Ferropriva en los lactantes que se controlan en el sistema público ha disminuido de un 33% a un 8% después de la fortificación con hierro de la Leche Purita que se entrega el PNAC.

En el año 2004 la Leche Cereal Extracalcio Semidescremada con Omega 3 reemplazará al producto Purita Cereal dirigido a los niños mayores de 18 meses, porque mejora sus características, disminuyendo aporte de grasas, mejorando calidad de grasas, mejorando aporte de calcio y manteniendo aporte de micronutrientes.

2.3 CAMPAÑA DE INVIERNO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

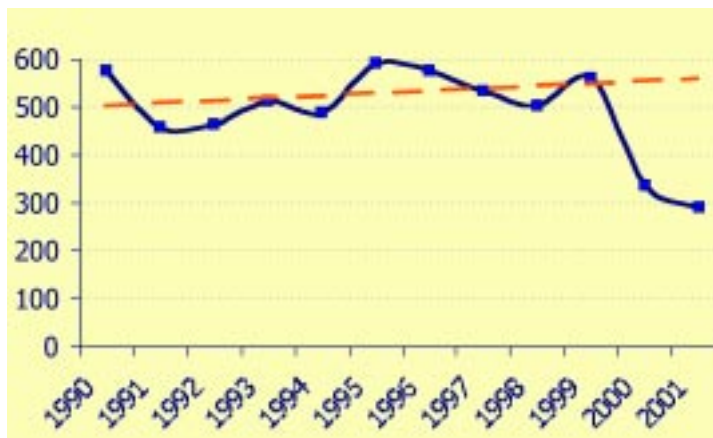
Los Programas y Campañas desarrollados sobre enfermedades respiratorias han sido de gran éxito. El resultado sanitario más importante que se ha logrado en los últimos años es el descenso notable de la mortalidad infantil por neumonía, tasa que se ha reducido a un décimo de lo que se observaba en el año 1990. Este éxito sólo se compara a la disminución de las muertes por diarrea mediante la rehidratación oral y a la virtual erradicación de la desnutrición. La gran caída de la mortalidad por neumonía en el niño menor de un año ha ayudado a que baje la mortalidad infantil por todas las causas, cuya última cifra oficial es de 8,3 por mil recién nacidos vivos, valor que se acerca al de los países desarrollados.

Mortalidad Infantil por Neumonía Chile 1990-2002
(Tasa por 1000 Nacidos Vivos)



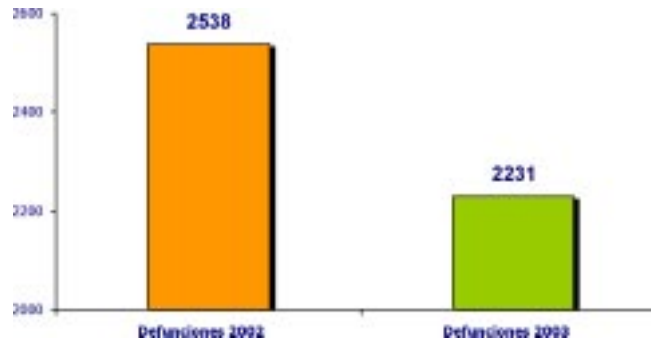
En cuanto a la mortalidad por neumonía en el adulto mayor, ésta se mantuvo estacionaria por más de una década, sufriendo una fuerte caída a medida que se han instaurado estrategias en este grupo de edad, como son, la Campaña de Invierno del Adulto y el Programa de enfermedades respiratorias del adulto (ERA).

Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 65 años y más Chile 1990-2001
(Tasa por 100.000 hab)



Estos excelentes resultados hasta el 2002, se profundizan en el 2003. Sobre la base de cifras hasta septiembre del 2003, hubo 307 muertes menos por causa respiratoria que el 2002, una caída del 12%.

Defunciones por IRA Enero a Septiembre 2002-2003

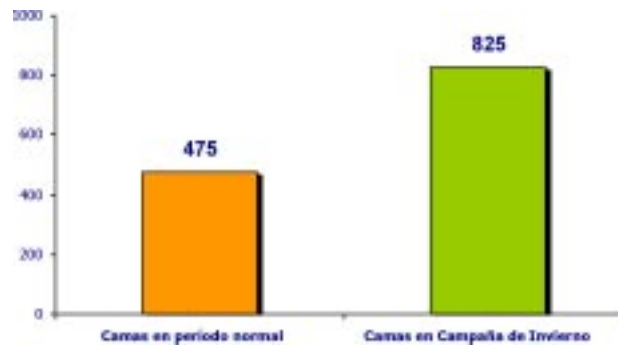


Uso de camas de la Red Pública de Salud

Durante el año 2003 y en el período crítico de mayor demanda de hospitalizaciones se usó la estrategia de apertura y reconversión de camas.

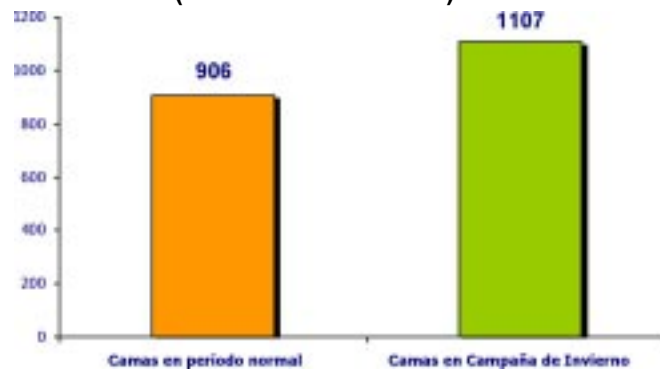
Apertura y reconversión de camas

Se agregaron 350 camas pediátricas en la R.M. para atención respiratoria (un 74% de aumento)



Apertura y reconversión de camas

Se agregaron 101 camas de adultos en la R.M. para Campaña de Invierno (un 11% de aumento)



Campaña de vacunación anti influenza

La campaña de vacunación 2003 se realizó entre el 24 de marzo y el 11 de abril y entre las acciones de difusión previas a su inicio se contempló la emisión de tres frases a través de la Asociación de Radiodifusores de Chile, ARCHI y de Radio Bío Bío.

Se diseñó un afiche y un volante explicativo del manejo de Infecciones Respiratorias Agudas, que fue entregado a los adultos mayores una vez vacunados.

Campaña comunicacional de invierno

Esta campaña fue lanzada el mes de mayo de 2003 y contempló una serie de acciones comunicacionales que se implementaron hasta fines de julio.

Se elaboraron 3 piezas televisivas -correspondientes a las Medidas de Prevención, Adulto Mayor (implementación de salas ERA) y síntomas de gravedad- y se difundieron tres frases radiales a través de la red ARCHI.

A esto se suma el diseño de material impreso que fue distribuido a través del sistema nacional de salud pública.

2.4 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Campaña de prevención del VIH/ SIDA

La Campaña «Ya sé prevenir el Sida. ¿Cómo no me Cuido?» fue lanzada el 1º de diciembre e innova en su modelo de desarrollo, a través de un trabajo conjunto con la sociedad civil en el nivel nacional y en las regiones, así como en su propósito central, al no estar orientada exclusivamente a la entrega de información. De este modo, la VI Campaña de Prevención del VIH/ SIDA tiene como objetivo inducir en la población un proceso de introspección profunda que le permita darse cuenta que, existiendo los recursos necesarios para prevenir el VIH, no los está poniendo en práctica en el momento de exponerse al riesgo de contraerlo por la vía sexual.

Principales ejes de campaña

Descentralización: Cada región a través de las Seremis y Servicios de Salud en conjunto con la sociedad civil realizó sus campañas locales de comunicación, donde incluyeron además de las acciones en terreno, la elaboración de piezas comunicacionales para ser difundidas en el ámbito local, siguiendo la línea de los mensajes de la campaña nacional.

La emisión de los spot televisivos y frases radiales: se inició el 1º de diciembre en horario prime en los canales de TV abierta (La Red, TVN y CHV). Cuatro frases radiales fueron emitidas a través de las radioemisoras afiliadas a ARCHI durante los meses de diciembre y enero.

Paralelamente, en vía pública se difundió el mensaje a través de gigantografías en el Metro de Santiago, lunetas y refugios camineros del país y publicidad en micros de Santiago.

Cobertura Antiretrovirales

El acceso a tratamiento antiretroviral para mejorar la sobrevida y calidad de vida a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) es una política de salud pública que fue

adoptada por Chile a partir del año 1993, cuando se demuestra el impacto que los antiretrovirales poseen, incorporando el primer medicamento antiretroviral en ese momento. A partir de 1996, año en que se demuestra la eficacia de la asociación de tres antiretrovirales en reducir drásticamente la replicación viral y a través de ese mecanismo retardar las infecciones oportunistas y el paso a SIDA, permitiendo transformar esta patología en una enfermedad crónica, en nuestro país se aumenta el acceso a tratamiento, con dos medicamentos. La triterapia se inicia en 1999.

Durante el año 2003 se recibieron en CONASIDA 4.235 solicitudes de acceso a tratamiento. De ellas, al 31 de diciembre se habían respondido 4.185, que corresponden al 98,4% de quienes tenían indicación de tratarse. Las personas restantes se incorporarán en el transcurso del mes de enero de 2004. A pesar que aún no rige la garantía de oportunidad del AUGE, en la práctica se cumplió el plazo de 45 días para iniciar tratamiento a partir de la solicitud.

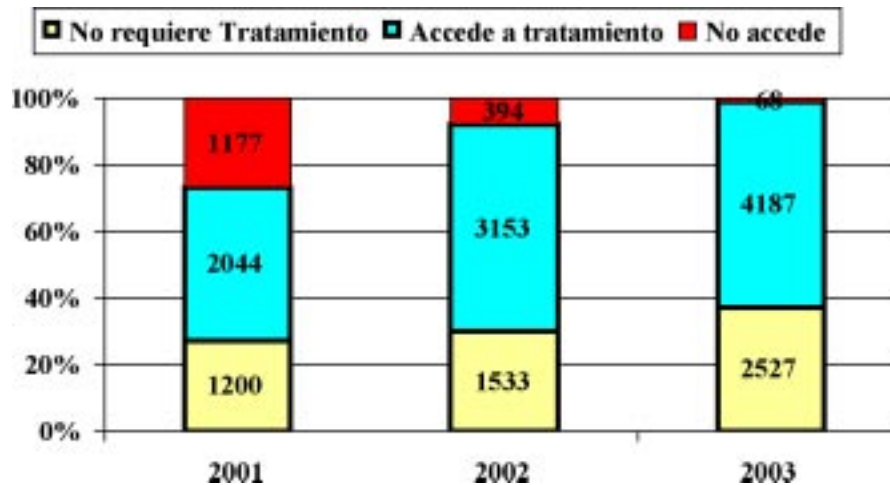
El acceso a terapia antiretroviral se ha ido incrementando gracias a mayores recursos financieros nacionales, compra centralizada de medicamentos, la existencia de un protocolo nacional elaborado con los referentes técnicos nacionales, la participación de Chile en un programa piloto de ONUSIDA, negociación de precios con compañías farmacéuticas, compra de los medicamentos a través del PNUD, financiamiento parcial de parte del proyecto del Fondo Global para el SIDA, Tuberculosis y Malaria (10%).

Con estas medidas hemos logrado que nuestro país tenga acceso a medicamentos originales a bajo precio y un 100% de acceso en el sector público a quienes tienen indicación de tratarse. Se espera que las personas del sector privado accedan a la garantía con la aprobación de la Ley del AUGE.

El impacto que el acceso a tratamiento ha producido en Chile consiste en disminución de la mortalidad, de la letalidad, de las hospitalizaciones por enfermedades oportunistas, disminución del gasto de los establecimientos hospitalarios por ese concepto, además de la mejoría en calidad de vida y aumento del uso del preservativo en las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH), y disminución del gasto familiar que estaba conduciendo al empobrecimiento de esas familias.

Estas medidas en su conjunto permiten que las PVVIH se mantengan productivas, siendo personas integradas a nuestra sociedad, y que requieren la inserción laboral y escolar, temas incorporados en la Ley anti discriminación del SIDA.

TENDENCIA DE BAJO CONTROL, INDICACION DE TRATAMIENTO Y ACCESO A TERAPIA ANTI RETROVIRAL, 2001-2003



2.5 CAMPAÑAS SANITARIAS Y COMUNICACIONALES: HANTA VIRUS, ACTIVIDAD FÍSICA, Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

Campaña de prevención de Hantavirus

La campaña de prevención de hantavirus, está dirigida a los grupos que tienen riesgos inherentes a su actividad: los excursionistas, la población que realiza actividades agrícolas y forestales, la población rural y los grupos de scout, entre otros.

La campaña «Yo me Cuido del Hantavirus» incluyó tres piezas televisivas dirigidas a los cuidados que hay que tener en zonas rurales, semi urbanas y quienes realizan paseos. Su emisión se realizó entre el 13 y el 21 de septiembre de 2003 y continuó en enero de 2004.

Asimismo, entre el 13 y el 26 de septiembre, se emitieron tres piezas radiales en emisoras rurales entre la IV y XII regiones. En una segunda fase, estuvieron al aire entre el 1º y el 21 de enero de 2004.

Campaña de Promoción de la Actividad Física

Durante el mes de noviembre el Ministerio de Salud realizó un conjunto de acciones para motivar a la población a ser más activa. Esta campaña radial y en terreno instó a la población a caminar más y usar menos el automóvil; a cambiar el hábito de una vida sedentaria; a preferir las caminatas a estar frente al televisor.

El lema de la campaña fue «TU SALUD GANA» y fue emitida a través de las radios afiliadas a la Asociación de Radiodifusores de Chile, ARCHI, además de la elaboración y distribución de un afiche a escala nacional.

Campaña de Donación de Órganos

El Ministerio de Salud en conjunto con la Corporación del Trasplante inició una campaña para sensibilizar a la población en este tema.

La Campaña contempló la emisión de una pieza televisiva denominada «Dar es Dar, Donar Órganos es Donar Vida», emitida gratuitamente en los canales de la red cable VTR, Metro de Santiago y UCV Televisión.

Paralelamente, esta campaña se reforzó con acciones en plazas ciudadanas y trabajo intersectorial con el Instituto de la Juventud.

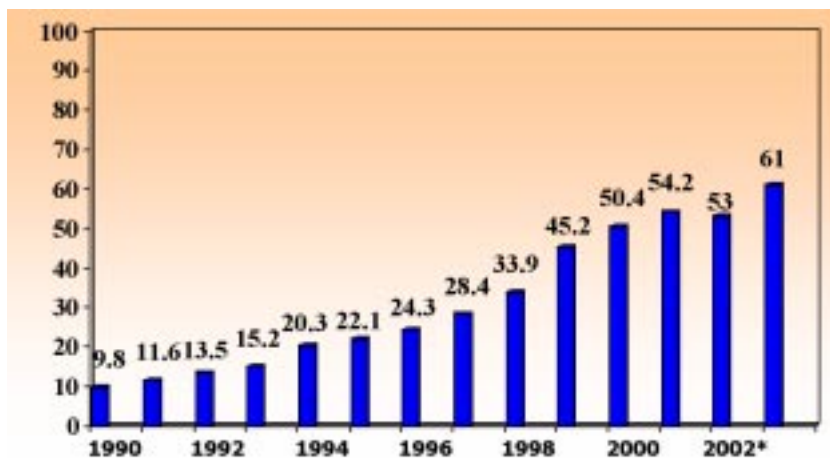
2.6 LA ATENCIÓN PRIMARIA RESPONDE A LA GENTE

2.6.1 Programa de salud cardiovascular en atención primaria

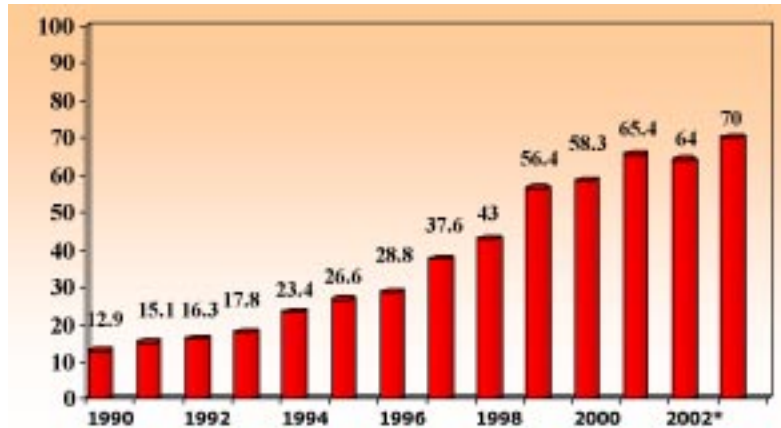
Desde hace más de 20 años se vienen desarrollando programas de control y seguimiento de pacientes hipertensos y diabéticos en los consultorios de Atención Primaria del país. A principio de los años 90, las coberturas alcanzadas por estos Programas eran de alrededor de un 10% de la población hipertensa y diabética estimadas, coberturas que aumentan progresivamente durante la década hasta alcanzar en el año 2002, coberturas superiores al 50%. Ese año, considerando que la evidencia científica muestra que el enfoque terapéutico debe estar basado en el riesgo cardiovascular global del individuo más que en un abordaje separado de sus factores de riesgo, se actualiza el enfoque de estos programas integrándolos en el nuevo «Programa de Salud Cardiovascular».

En el año 2003, se aumentan significativamente los recursos para disminuir la brecha entre las necesidades y la disponibilidad de medicamentos, exámenes y recursos humanos (M\$6.000.000). Esto permitió realizar más «Exámenes de Salud Preventivo del Adulto» (ESPA), instrumento que permite detectar a los adultos con riesgo cardiovascular, de acuerdo a la presencia de uno o más factores, como son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia. A las personas con riesgo se les ofreció ingresar al programa de Salud Cardiovascular, PSCV, aumentando la cobertura este año hasta alcanzar un 61% la cobertura de personas hipertensas (respecto la prevalencia estimada) y a un 70% de personas diabéticas en control a Septiembre 2003 a nivel nacional.

Cobertura Nacional Programa de Hipertensión Arterial 1990 - 2003



Cobertura Nacional Programa de Diabetes 1990 - 2003



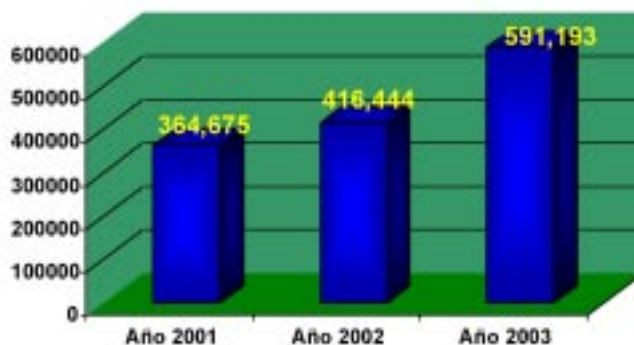
(*) Se realizó un ajuste al tamaño de población con los nuevos datos del censo 2002, lo que modificó la estimación de hipertensión y diabetes

2.6.2 Programa de Salud Dental

Una de las políticas que hemos implementado ha sido dar prioridad a la atención de los menores de 20 años, ya que con ello se obtiene un mayor impacto en la prevención y tratamiento, permitiendo avanzar hacia el logro de los objetivos sanitarios odontológicos definidos para el 2010.

Durante el año 2003 esperábamos llegar al 12% de cobertura en un alta odontológica (resueltos todos los problemas, es decir una boca sana) en las/os menores de 20 años y se alcanzó a dar de alta al 15% de ellas/os, superando lo realizado durante el año 2002 (10,5%).

Cobertura de Altas Integrales en Población Menor de 20 años Chile 2001 - 2003



Dentro de la misma estrategia y como avance de lo que será el AUGE se obtuvieron resultados bastante alentadores en las edades consideradas como prioritarias, es así que se logró dar de alta al 29% de los niños beneficiarios de 2 años, al 33% de los niños beneficiarios de 4 años, al 69% de los niños beneficiarios de 6 años, al 39% de los niños beneficiarios de 12 años y al 30% de las beneficiarias mujeres embarazadas por primera vez (primigestas).

Además se continuó avanzando en el control odontológico del niño sano realizándolo en un 39% de los niños beneficiarios de 2 años y un 45% de los niños beneficiarios de 4 años.

2.6.3 Programa nacional de detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión

El Programa de Depresión, diseñado sobre la base de evidencia de la costo efectividad del tratamiento de este importante problema de salud pública (es la segunda causa de años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura en mujeres y significa costos directos e indirectos muy altos para el sistema), ha continuado ampliando su cobertura con acceso universal a un tratamiento integral, oportuno y de calidad.

El tratamiento de las personas con depresión no sólo contribuye al bienestar sino también a reducir el número de muertes por suicidio.

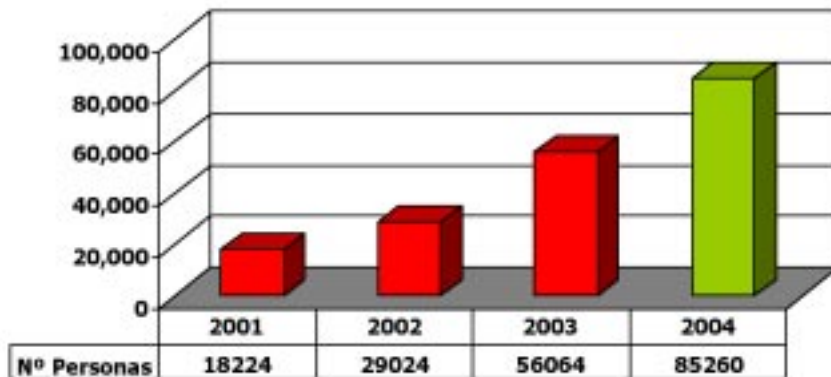
Desde su inicio (año 2001), han sido tratadas más 65.000 personas con el diagnóstico de depresión y solo el 7% de ellas ha necesitado ser derivada para atención especializada en el nivel secundario.

El 92% de las personas tratadas en el Programa Nacional son mujeres, con un promedio de edad de 42 años, con antecedentes de episodio depresivo previo (60%) y escasa participación y apoyo en la red social (56 %).

El Programa Nacional, ha logrado incrementar la capacidad resolutoria de la atención primaria, incorporando un tratamiento farmacológico y psicosocial grupal efectivo para personas con depresión, derivando al especialista de nivel secundario a las personas que presentan una depresión asociada a trastorno bipolar, a una psicosis, abuso o dependencia de alcohol y/o drogas, con intento o riesgo de suicidio, o que no responde frente al tratamiento en Atención Primaria.

En los tres años de programa se ha logrado mejorar la articulación de la red asistencial para la resolutoria de la Depresión, mediante la Consultoría de Salud Mental, que consiste en la presencia regular de un especialista psiquiatra en los establecimientos de Atención Primaria y que capacita en forma directa al equipo profesional del nivel primario, ayudándole a resolver problemas de diagnóstico, tratamiento y derivación.

**Evolución Cobertura
Programa Nacional de la Depresión**



2.7 ESTRECHANDO VÍNCULOS CON LA CIUDADANÍA

La Unidad de Participación Social del Ministerio de Salud se creó en el mes de mayo de 2003, dependiente de la División de Gestión de la Red Asistencial, respondiendo a la necesidad de reposicionar la participación como herramienta de control social sobre la gestión, potenciando y validando la participación de la comunidad en el ejercicio de las políticas de salud.

Se pretende abrir espacios en la institucionalidad y fortalecer relaciones colaborativas entre la red asistencial y las organizaciones y redes comunitarias de manera de potenciar una retroalimentación entre ambas esferas. Se busca aportar al fortalecimiento de la corresponsabilidad en salud, validando el aporte que puedan hacer los usuarios y la comunidad en general, a la red asistencial, democratizando, en definitiva, el ejercicio de las políticas públicas de salud.

En el marco de la modernización de la gestión en salud y de la prioridad otorgada a nivel gubernamental al ejercicio de la ciudadanía, se han trazado líneas de acción que contribuyan al logro de objetivos de democratización de la información y conocimiento en salud, respeto de los derechos y deberes de las personas, aseguramiento del acceso, oportunidad y calidad de los servicios y la incorporación de la opinión de los usuarios y comunidad en general en la toma de decisiones en salud.

Líneas de acción

- Desarrollo de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, instaladas en los establecimientos de salud, como herramienta de control ciudadano y de mejoras en la gestión.
- Fortalecimiento y eliminación de la burocracia de instancias de participación como los consejos de desarrollo, consejos consultivos u otras, creadas con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios.
- Rendición de Cuentas Públicas, destinada a institucionalizar el ejercicio de rendición de cuentas a la ciudadanía respecto a la labor realizada durante el período. Actualmente lo realizan los servicios de salud y los hospitales de mayor complejidad.
- Fortalecimiento de vínculos con las redes comunitarias, con lo que se pretende apoyar la gestión de las organizaciones sociales con vasta trayectoria y trabajo solidario en salud que hoy acompañan la labor de los establecimientos de la red asistencial de salud y que responden a necesidades de la propia comunidad, reconociendo, a su vez, las capacidades instaladas a nivel local.

Con estos ejes temáticos se quiere contribuir, en alguna medida, a la generación de un tejido social articulado que de cuenta de una sociedad civil consciente de sus derechos y deberes en salud, una ciudadanía activa, informada y con capacidad de interlocución con el Estado.

Lo anterior, respondiendo a los desafíos de la democratización y modernización de la gestión pública de salud, a los procesos de reforma sectorial y a la instalación de un nuevo modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, preventivo y promocional.

Principales logros:

Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias constituyen el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano para la población. Permiten recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios y permite establecer áreas críticas en torno a las cuales definir estrategias y planes de mejora de la gestión. Es fundamental contar con funcionarios calificados y una relación permanente de las OIRS con las direcciones de los establecimientos para una real y efectiva gestión de los reclamos. Durante la gestión 2003 se dio cumplimiento a las siguientes metas:

- Elaboración y distribución del Manual de Orientaciones en el 100% de los establecimientos de la red asistencial.
- Implementación del modelo OIRS en 414 establecimientos de la APS
- Implementación del modelo OIRS en 60 hospitales de la red asistencial
- Dependencia directa de las OIRS de las direcciones en el 60% de los establecimientos de la red asistencial.
- 970 funcionarios capacitados en el Sistema OIRS.
- 100% de las OIRS entregan orientación e información sobre oferta de servicios de la red asistencial de salud.
- 100% de las OIRS mantienen sistema de recepción de reclamos y sugerencias.

Consejos de desarrollo y otras instancias de participación social

Como una forma de concretar la participación de los usuarios y comunidad en general, desde el año 1995 se ha impulsado la creación de instancias de participación social al interior de los establecimientos de la red asistencial. Estas constituyen un espacio de diálogo y trabajo conjunto de los equipos de salud y representantes de la comunidad organizada el que busca diagnosticar los problemas de salud de la población, generar propuestas de solución, movilizar recursos y aportar a la definición de objetivos de desarrollo institucional.

Están conformadas por representantes del equipo de salud y directivos de los establecimientos, representantes de instituciones públicas y privadas y, organizaciones sociales de carácter funcional y territorial. Han ido incorporando a su gestión el análisis proveniente de las OIRS y la definición de propuestas de mejora de la gestión en relación a demandas de la población usuaria. Asumen el rol de instancias consultivas y asesoras de las direcciones de los establecimientos en materias vinculadas con la gestión de salud.

A la fecha, mantienen funcionamiento permanente con diversos grados de desarrollo a lo largo del país alcanzándose durante el año 2003, los siguientes logros:

- 230 Consultorios y Centros de Salud con Consejos de Desarrollo, Comités Locales u otra instancia de participación de usuarios.
- 180 Hospitales con Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos u otra instancia de participación.
- Consejos Consultivos en 3 Servicios de Salud con participación de usuarios en la definición de objetivos de desarrollo institucional.

Cuentas públicas

La cuenta pública es una herramienta de democratización de la información en salud y transparencia de la gestión pública. Da cuenta de los logros en materia sanitaria, inversiones y mejoras de la gestión de los servicios de salud y establecimientos de la red. Se espera avanzar en diseños participativos del formato y contenidos de la cuenta anual de modo de acercar la gestión a la población, generando además, espacios de diálogo ciudadano y ejercicio del control social sobre la gestión.

- Durante el período 2003, el 70% de los Directivos de Servicios de Salud y Hospitales a lo largo del país, dieron cuenta de su gestión a las autoridades y ciudadanía en el marco de la democratización y transparencia de la gestión.

Primera conferencia de consenso ciudadano

Durante el segundo semestre del año 2003, se firma un Protocolo de Entendimiento entre OPS/MINSAL, CONICYT, Cámara de Diputados, Senado de la República y Biblioteca del Congreso Nacional para el desarrollo de la Primera Conferencia de Consenso Ciudadano, metodología de consulta ciudadana para la toma de decisiones de carácter legislativo y de transformación tecnológica de los procesos en salud.

Para esta Primera Conferencia, se escogió como tema de discusión con la ciudadanía, el «manejo de la Ficha Clínica», realizándose una convocatoria amplia con el fin de constituir un panel de ciudadanos seleccionados entre las personas interesadas en participar. Los ciudadanos fueron informados acerca del tema por un panel de expertos convocados especialmente con este fin.

El objetivo de esta experiencia fue la validación de una metodología de consulta ciudadana susceptible de ser utilizada con posterioridad, para el análisis y conocimiento de la opinión de la ciudadanía respecto de otros temas de interés para la gestión de salud.

Podrían destacarse los siguientes logros:

- 485 Ciudadanos se inscriben para participar en la Primera Conferencia de Consenso Ciudadano
- Panel de Ciudadanos provenientes de las regiones V, VI y Metropolitana se informan y discuten sobre el manejo de la Ficha Clínica.
- Panel de expertos entregan información a ciudadanos sobre aspectos jurídicos, normativos, administrativos, informáticos, de gestión clínica, financieros y éticos relacionados con el manejo de la Ficha Clínica.
- Ciudadanos entregan Documento a las Autoridades Políticas y Legislativas con su opinión consensuada sobre el manejo de la Ficha Clínica.

Formalización de vínculos entre servicios de salud, comunidad organizada e intersector. Históricamente, la comunidad se ha organizado para resolver en forma alternativa o complementaria al Estado, los distintos problemas de salud. Es necesario fortalecer y formalizar los vínculos existentes con las organizaciones comunitarias con acciones en salud, con el fin de avanzar en un trabajo conjunto, reconocimiento de competencias a nivel comunitario, fortalecer sus capacidades de interlocución con el Estado.

A su vez, la acción intersectorial y generación de alianzas con otros sectores institucionales del ámbito público o privado, contribuye a una mejor y más efi-

ciente utilización de recursos disponibles y al fortalecimiento de las redes de protección social.

En este ámbito, durante el año 2003 se destacan los siguientes logros:

- 6 Jornadas de definición de estrategias para la formalización de vínculos y trabajo colaborativo entre servicios de salud, organizaciones comunitarias, voluntariado y consejos de desarrollo.
- 1.000 cupos de Pro Empleo para apoyo a la implementación de planes de mejora de la gestión y atención al usuario en el marco de Convenio MINSAL/ Ministerio del Trabajo.
- Firma de Convenio FOSIS/MINSAL para la implementación de Proyectos «Generando Puentes entre Equipos de Salud, agentes comunitarios y familias Chile Solidario» y «Atención Domiciliaría a Postrados por Agentes Comunitarios».

3 Impacto del piloto AUGE

Desde su inicio en agosto 2002 hasta el 31 de diciembre de 2003 -17 meses de implementación- un total de 23.350 personas fueron beneficiadas con el Plan Piloto Auge (el que incluye cinco problemas de salud: Cardiopatías Congénitas Operables, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Cáncer Infantil, Cáncer Cervicouterino y Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Terminal).

El mayor número de casos atendidos corresponde al problema de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para Cáncer Terminal (8.505 casos, 36,4%); seguido por Cáncer Cervico Uterino (7.562 casos, 32,4%); Insuficiencia Renal Crónica (4.065 casos, 17,4%); Cardiopatías Congénitas Operables (1.889 casos, 8,1%) y Cáncer Infantil (1.329 casos, 5,7%) (Ver tabla 1).

Tabla1: Resumen de Casos AUGE

Problema AUGE	Casos confirmados Año 2002 (agosto a diciembre)	Casos Confirmados Año 2003	Total Casos Confirmados 2002 - 2003
Cardiopatías Congénitas Operables	759	1.130	1.889
Insuficiencia Renal Crónica	2.371 (incluye lista de espera)	1.694	4.065
Cáncer Infantil	413	916	1.329
Cáncer Cervicouterino	-	7.562	7.562
Cuidados Paliativos	-	8.505	8.505
Cáncer Terminal			
TOTAL Casos AUGE	3.543	19.807	23.350

Fuente: FONASA (Proesa y SIES AUGE) y Servicios de Salud

Descripción de los casos (ver tabla 2 y 3)

Un 63% de los beneficiados del Plan Piloto Auge viven en regiones con un total de 14.641 casos, mientras que de la Región Metropolitana provienen 8.709 pacientes lo que alcanza un 37%, porcentaje que está por debajo de la representación nacional de su población.

De las 23.350 personas beneficiadas, un 14% ó 3.248 casos corresponden a menores de 15 años y el 26% o 6.025 adultos tratados tienen 65 años o más. Respecto a

la distribución por sexo, 16.273 son mujeres (70%) y 7.077 son hombres (30%). Esta distribución se explica por la inclusión de cáncer cervicouterino.

TABLA 2 CLASIFICACIÓN POR REGIÓN
PERIODO: 1 de agosto 2002 al 31 de diciembre 2003

Región	Casos Confirmados	%
1	879	4%
2	510	2%
3	313	1%
4	665	3%
5	1.958	8%
6	898	4%
7	1.536	7%
8	3.672	16%
9	2.051	9%
10	1.813	8%
11	116	<1%
12	230	1%
13	8.709	37%
Total	23.350	100%

Fuente: SIES-AUGE, PROESA y Servicios de Salud, con corte al 31 de diciembre de 2003

TABLA 3 CLASIFICACIÓN POR SEXO Y EDAD
PERIODO: 1 de agosto 2002 al 31 de diciembre 2003

Grupo Edad	Mujeres	Hombres	Total	%
0-4	827	893	1.720	
5-9	413	463	876	14%
10-14	291	361	652	
15-19	223	149	372	
20-24	594	97	691	
25-29	1.127	132	1.259	
30-34	1.489	147	1.636	
35-39	1.464	263	1.727	60%
40-44	1.507	328	1.835	
45-49	1.331	337	1.668	
50-54	1.155	385	1.540	
55-59	1.179	512	1.691	
60-64	1.067	591	1.658	
65-69	1.070	663	1.733	
70-74	970	680	1.650	
75-79	837	568	1.405	26%
80-84	409	314	723	
85-89	220	152	372	
90 Y +	100	42	142	
Total general	16.273	7.077	23.350	
%	70%	30%	100%	

Fuente: SIES-AUGE, PROESA y Servicios de Salud, con corte al 31 de diciembre de 2003

Tramo de ingreso (ver tabla 4):

El 79% de las personas beneficiadas pertenecen a los grupos de ingreso más bajos, A (indigentes) y B. Esta participación supera la distribución por ingreso de la población beneficiaria de FONASA que es 35% grupo A y 35% grupo B (17% C y 13% D).

De esta manera, el Piloto AUGE ha permitido un mayor acceso oportuno a la atención a los grupos más necesitados, contribuyendo a una mayor equidad en salud.

Tabla 4
CLASIFICACIÓN POR PROBLEMA DE SALUD Y TRAMO DE INGRESO
PERIODO: 1 de agosto 2002 al 31 de diciembre 2003

ÁREA	CASOS CONFIRMADOS	TRAMO DE INGRESO			
		A	B	C	D
Casos Ingresados con Confirmación Diagnostica					
CARDIOPATIAS CONGENITAS	1.889	859	549	343	138
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	4.065	1.458	1.947	319	341
CÁNCER INFANTIL	1.329	538	411	249	131
CÁNCER CERVICOUTERINO	7.562	3.051	2.787	1.103	621
CUIDADOS PALIATIVOS DEL DOLOR, CÁNCER TERMINAL	8.505	2.365	4.499	793	848
%	100%	35%	44%	12%	9%

Fuente: SIES-AUGE, PROESA y Servicios de Salud, con corte al 31 de diciembre de 2003

4 La salud en el ámbito internacional

La cooperación y las relaciones internacionales desarrolladas por el Ministerio de Salud se han orientado hacia un enfoque que da cuenta de la creciente complejidad de las relaciones internacionales, donde se conjugan elementos de desarrollo humano, económico y seguridad, en las cuales la reducción de brechas de equidad es un imperativo ético.

En Salud, desarrollamos líneas de trabajo para el fortalecimiento y desarrollo de las prioridades y capacidades sectoriales enfatizando los contenidos del proceso de Reforma.

Al mismo tiempo, optimizamos la participación de las autoridades políticas y los cuerpos técnicos del sector en los diferentes foros de salud internacional, donde pusimos a disposición de los países y los organismos las diferentes experiencias chilenas. La cooperación y las relaciones internacionales se han concretado en diferentes instrumentos: participación en foros de salud globales, regionales y subregionales, convenios y acuerdos para el desarrollo de colaboración en salud, intercambio de expertos y capacitación.

CONVENIOS Y ACUERDOS DE COOPERACIÓN

Se ha constituido un Comité de Estudio de los Efectos de los Tratados de Libre Comercio en el Sector Salud, el que en un trabajo conjunto con Cancillería y otros ministerios, está desarrollando el análisis de las proyecciones e impactos en el área de la salud de los Tratados de Libre Comercio recientemente firmados por Chile.

Podemos destacar nuevas relaciones de cooperación técnica con Gran Bretaña (Trade and Investment / Canning House) para el apoyo a la reforma, con Estados Unidos (TDA Trade Development Agency) para el estudio de factibilidad y desarrollo de proyectos con el Complejo Hospitalario Salvador Infante y Hospital Grantt Benavente de Concepción; con el Gobierno de Québec para proyectos sobre la salud del adulto mayor.

Entre los convenios de cooperación técnica orientados a mejorar las capacidades del sistema de salud para optimizar la calidad de atención a las personas y la gestión de los servicios de salud podemos indicar: con Japón (JICA), el fortalecimiento a la Política Ministerial en Rehabilitación y al sistema de atención; con Francia el apoyo al mejoramiento de la gestión hospitalaria a través del Programa de Formación de Cuadros Directivos desarrollado entre el Ministerio de Salud de Chile y la Escuela Nacio-

nal de Salud Pública de Francia (ENSP). En este tema se está trabajando también en un modelo compartido entre Chile, Francia, Paraguay. Por otra parte, y también con apoyo de Francia, se implementó por primera vez el Diplomado de Formación en Medicina Transfusional entre la Universidad de San Sebastián y Servicio de Salud Concepción.

Con España se está trabajando para desarrollar cooperación en trasplantes a través de un proyecto para el fomento al procuramiento de órganos.

El Gobierno Vasco ha mantenido su apoyo político - técnico al perfeccionamiento de la reforma en Chile, para lo cual se desarrolló una visita del Consejero de Salud del País Vasco y se ha enviado un técnico en misión de estudio en el área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Se trabajó en el Comité de Administración del Tratado Chileno Argentino en Materia de Salud para el perfeccionamiento de la solución arbitrada en relación al tratamiento de las urgencias - emergencias que sufran argentinos y chilenos transeúntes en el territorio de la otra Parte (Art. 11 Convenio Chileno - Argentino sobre cooperación en materia de salud) y se avanzó en la definición de criterios para la elaboración de convenios que regularían la atención en salud de las poblaciones fronterizas o de zonas apartadas (Art. 9).

Se firmó el Acuerdo entre Chile y el Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, para el proyecto «Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional Intersectorial, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile». Este proyecto que ya está en ejecución, es un claro ejemplo de participación social para dar respuesta a un problema global, ya que en él concurren diferentes actores sociales involucrados. Este proyecto permitió llegar a un 100% de cobertura de tratamiento antiretroviral, así como el incremento de las acciones para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA.

Foros y reuniones de organismos internacionales

Participamos en las reuniones anuales de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y del MERCOSUR. En estos foros nuestro Ministerio ha enfatizado la necesidad de profundizar el desarrollo de temas como la estrategia de atención primaria, la salud familiar y el acceso a medicamentos.

Asimismo, participamos en la Reunión de Ministros de Iberoamérica Preparatoria de la Reunión de Jefes de Estado y hemos sido invitados a participar en el Foro Internacional de Acceso Universal a Servicios de Salud, único participante de los países en vías de desarrollo.

Cabe destacar que profesionales del Ministerio y de los Organismos Descentralizados han sido invitados a participar en diferentes foros internacionales para compartir la reforma sectorial chilena.

Foro de Economías de Países de Asia y el Pacífico (APEC). En este ámbito se ha trabajado intensamente en el tema neumonía atípica (SARS). Se participó en Reunión Especial de ministros de salud sobre SARS y se estableció un Comité de Trabajo MINSAL - Cancillería para abordar el tema.

Con relación a la Organización Mundial de la Salud, Chile apoyó la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco en la 56° Asamblea Mundial de la Salud, y

fue uno de los primeros países de la Región en firmarlo. Este tratado internacional es el primero de salud pública en la historia del derecho internacional, y deberá ser ratificado por el Congreso Nacional.

El Ministerio de Salud de Chile realizó una contribución a la elaboración de una estrategia mundial para la prevención y control de la neumonía atípica (SARS) desarrollada por OMS, a través de la participación de la Dra. Ximena Aguilera, Jefa del Departamento de Epidemiología de nuestro ministerio.

Con la Organización Panamericana de la Salud, es destacable el proceso de trabajo conjunto que se está realizando tanto con su Directora como con el Representante en Chile, para orientar los recursos técnicos y financieros hacia las necesidades locales y hacia el desarrollo de respuestas conjuntas entre países de la región a problemas comunes.

Acuerdos Subregionales

Chile participa en el MERCOSUR como país asociado y en Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue, como miembro pleno.

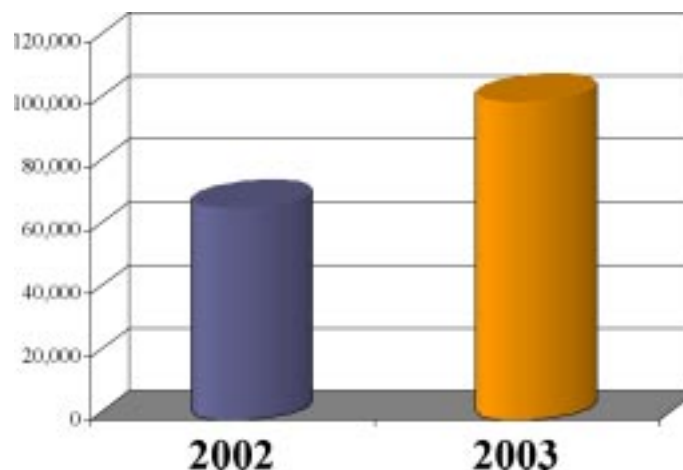
En el marco del Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue, y con el fin de mejorar la respuesta al VIH/SIDA en la región, Chile participó activamente junto a otros nueve países en el proceso de negociación conjunta para obtener precios preferenciales en medicamentos antiretrovirales (ARV) y exámenes específicos para el VIH/SIDA. Esta negociación facilitará la mantención en nuestro país del 100% de cobertura de tratamiento ARV.

En el ámbito del MERCOSUR hemos incrementado nuestra participación en grupo técnico de trabajo a través de la reciente incorporación a la Subcomisión de Control de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Puntos de Frontera del Grupo «Salud y Fronteras» Tanto los países miembros como asociados del MERCOSUR estamos en procesos de reforma sectorial, por ello la proyección de este trabajo tiene relación con el desarrollo de estrategias de colaboración para dar respuestas a los temas de salud de las personas y comunidades, en un escenario en que los procesos de integración económicos y sociales de nuestros países requieren de una visión compartida sobre la salud como derecho humano.

5 Organismos autónomos

5.1 SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE (SISP)

SISP AUMENTÓ EN UN 67% LA ATENCIÓN DE PÚBLICO



El importante incremento que registró la atención al público revela que durante el 2003 la Superintendencia de Isapres logró mayor eficiencia y acercamiento hacia los usuarios del sistema, quienes la perciben como el organismo que garantiza la protección de sus derechos (según encuesta Adimark de junio de 2003).

CASO VIDA PLENA

El escándalo financiero del grupo Inverlink impactó también a la Superintendencia de Isapres. A tal punto, que el caso Vida Plena pasó a ser un caso emblemático, con un desarrollo y soluciones que resultaron inéditas para la institución. Este organismo, mediante la acuciosa fiscalización que realiza a las instituciones de salud previsual, pesquisó en febrero un desvío de fondos por 1700 millones de pesos procedentes de las cotizaciones de los beneficiarios de la isapre Vida Plena a Inverlink Capitales S.A.

En el mes de marzo, a una semana de haber asumido el cargo, el Superintendente de Isapres, Dr. Manuel Inostroza, ante las irregularidades detectadas, formuló una denuncia criminal en el Primer Juzgado del Crimen y aplicó una multa de 500 UF a la

Isapre. La situación financiera se agrava aún más con las declaraciones del Colegio Médico que llaman a los beneficiarios a desafiliarse.

Anticipándose a la crisis, la Superintendencia realiza todas las gestiones a fin de elaborar una herramienta jurídica que le permita incrementar sus atribuciones y proteger a los afiliados. Se decide, entonces, tramitar la Ley Corta de Isapres sobre Normas de Solvencia y Protección de Afiliados, iniciativa que es aprobada por la unanimidad de ambas Cámaras, siendo publicada en el mes de agosto.

En octubre, la isapre Vida Plena acusa un patrimonio inferior al mínimo legal establecido, lo que motiva a la autoridad a intervenirla. Dadas las circunstancias y la aflictiva situación de los afiliados que padecían una serie de inconvenientes para poder tener una cobertura de salud, la SISP determina el cierre de registro para poder adjudicar aleatoriamente la cartera. El 5 de diciembre se produce la repartición de los 76.035 beneficiarios de Vida Plena entre nueve instituciones del sistema.

5.2 CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO (CENABAST)

Mecanismos transparentes de compra de medicamentos e insumos

Compra consolidada

La Central Nacional de Abastecimiento realiza un servicio especializado en intermediación para la compra de fármacos, insumos y servicios, efectuando licitaciones con agregación de demanda, donde se den economías de escala, asegurando el acceso a mejores proveedores, precios, productos y en las mejores oportunidades, que permita contar con eficiencia en la compra de los fármacos e insumos para el sistema sanitario.

Opera a través de convenios mandatados por los distintos establecimientos de salud de la red pública o, realizando compras con encargo directo de los usuarios respecto de sus necesidades reales.

A través de CENABAST se canalizan los pagos de las mismas compras, siendo un canal eficiente para los sistemas de pago a proveedores.

Factores que influyen en la obtención de menores precios:

- Volumen, duración y estandarización de compras.
- Competencia entre proveedores
- Transparencia de los procesos de adquisición
- Experiencia en negociación de precios

Nuevo rol intermediador

Los convenios que puedan realizarse entre los Servicios de Salud y CENABAST tendrán la naturaleza jurídica de «Mandato Remunerado», a través del cual, los usuarios del sector salud, encargarán a CENABAST la adquisición de determinados fármacos o insumos.

Los procesos de compra que los usuarios del Sector Salud realicen a través de CENABAST están excluidos del procedimiento a través del Portal de ChileCompra. Es CENABAST quien debe actuar conforme a lo que la Ley de Compras señala, esto es, publicar e informar las adquisiciones en la plataforma transaccional.

Volumen del gasto en farmacia transado a través de CENABAST

En MM\$ pesos 2003

Año	Volúmenes Totales (por intermediación)	Volúmenes programados	Variación % respecto año anterior volúmenes totales
2000	\$ 19,720	\$ 18,842	
2001	\$ 20,190	\$ 18,422	2,38%
2002	\$ 20,577	\$ 17,762	1,92%
2003	\$ 24,256	\$ 21,947	17,88%

5.3 FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)

Correcto Uso del Seguro Público de Salud

a) Fiscalización Modalidad Libre Elección

Durante el año 2003 alrededor de 6.246 millones de pesos se han evitado en el gasto de la modalidad libre elección por concepto de aplicación de sistemas efectivos de fiscalización. Esto incluye la cancelación del convenio a 32 prestadores durante el citado año.

b) Falsos Indigentes

Durante el año 2003 y fruto de la firma de un convenio con el Servicio de Impuestos Internos, FONASA identificó alrededor de 30.000 personas que habiéndose acreditado como indigentes, percibían rentas como trabajadores independientes con un promedio mensual superior a un salario mínimo. Se procedió a bloquear el acceso a los beneficios otorgados en la red pública asistencial, considerándolos para este efecto como particulares. Conjuntamente con lo anterior, FONASA los invitó para que regularizaran su situación mediante una afiliación formal como cotizantes. A la fecha, del total mencionado anteriormente el 14% ha regularizado su situación ante FONASA y el 86% aún se mantiene bloqueado por este concepto.

Bono Electrónico Modalidad Libre Elección (MLE)

En el 2003, 711 prestadores han implementado este mecanismo de emisión de bonos que representan el 5,4% del total de prestadores en convenio MLE. Del total de bonos emitidos año 2003 (16.685.731), el 15,4% es por vía electrónica y el 18,6% de los beneficiarios con acceso a la MLE están enrolados en esta modalidad.

Durante el año 2004, el FONASA impulsará la masificación de esta modalidad de emisión de bonos hacia todos los prestadores en convenio.

Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones

a) Recaudación Cotizaciones

Los ingresos por cotizaciones año 2003 alcanzaron los \$519 mil millones lo que implicó un crecimiento real de 7,6%, con un incremento neto de \$37 mil millones.

b) Fiscalización Cotizaciones

Durante el año 2003 la evasión que se logró detectar alcanzó a \$179,5 millones, con un aumento de 49% respecto del 2002. Asimismo, el número de empresas fiscalizadas durante el año 2003 fue de 3.979, con un aumento de 43% respecto del año 2002.

Programas Especiales de Fonasa

Programa del Adulto Mayor

Se otorgaron 96.495 prestaciones de ortesis y prótesis y prestaciones catastróficas.

Programa de Oportunidad en la Atención

Se otorgaron 53.160 prestaciones de cirugía electiva con tiempos de espera definidos.

Programa de Prestaciones Complejas

Se otorgaron 148.888 prestaciones de alta complejidad.

5.4 INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP)

Actividades de regulación y fiscalización del ISP

Sumarios Sanitarios

Con fecha 31 de julio de 2003 se dio cumplimiento a la meta de Asesoría Jurídica de terminar con el atraso de más de cinco años de 160 sumarios sanitarios. La meta fue dispuesta por el director del ISP en marzo del mismo año.

Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura

Cuatro nuevas solicitudes de acreditación del cumplimiento de buenas prácticas de manufactura se recibieron y certificaron durante el año 2003, de acuerdo con la Guía de Inspección oficial del ISP.

Control de Calidad de Medicamentos

Durante 2003 se cumplió con el Programa de Control de Calidad de Medicamentos en las farmacias (Control de Esterilidad). Se analizaron 66 de 68 productos requeridos, correspondientes a 6 principios activos, lo que representó un total de 15.548 análisis realizados. Se aplicaron las medidas correctivas correspondientes.

Reglamento de Cosméticos

Como resultado de un proceso de trabajo con la Industria de Cosméticos, se promulgó por Decreto Supremo el Reglamento Nacional de Cosméticos, el cual fue puesto en aplicación dos semanas después de la promulgación del decreto. El plazo de registro se ha reducido de varios meses a cinco días.

6 Fortaleciendo la gestión de la red pública

6.1 MARCO PRESUPUESTARIO

El marco presupuestario sectorial para el año 2003 fue de \$1.437.464 millones, con un crecimiento real de un 4,3% respecto de la Ley de Presupuesto para el año 2002.

Este crecimiento permitió:

- Aumentar el gasto en el nivel primario de atención, municipalizado y dependiente de los Servicios de Salud, en un 18,2%. Focalizando este crecimiento en los niveles de cobertura, resolutivez y calidad de las prestaciones de la atención primaria de salud, permitiendo actuar en forma preventiva mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.
- Aumentar en un 17,7% las prestaciones de alta complejidad y de alto costo, orientadas principalmente a cubrir patologías con riesgo vital, urgencias y enfermedades crónicas. Estos recursos permitieron reducir algunas listas de espera de atenciones complejas.
- Crecimiento de un 11% (MM\$3.030) en las inversiones, orientadas al mejoramiento de la infraestructura, con énfasis en la reposición de equipamiento crítico, que permitió avanzar en el cumplimiento de las garantías de calidad y oportunidad en las prestaciones de salud.

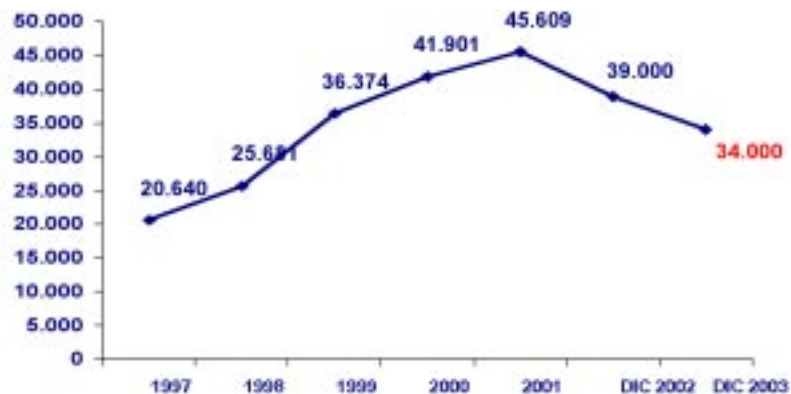
6.2 CONTROL DE LA DEUDA HOSPITALARIA Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Durante los últimos años, el crecimiento de la deuda hospitalaria ha sido un desafío constante en la administración de los establecimientos hospitalarios. Por ello, las medidas de gestión para optimizar el uso de los recursos y rebajar los niveles de endeudamiento, sin menoscabar la atención de salud de nuestros beneficiarios, aplicadas en el 2002 y 2003 permitieron quebrar esa tendencia, rebajando en los últimos dos años en \$10.000 millones la deuda de los hospitales (25% de reducción).

El compromiso del año 2003 fue consolidar y profundizar la mejoría de las condiciones financieras de los establecimientos hospitalarios demostrada en el año 2002, logrando disminuir la deuda en \$5.000 millones de pesos.

El resultado final de este indicador en el año 2003 es de una cifra cercana a los \$34.000 millones de pesos. El siguiente gráfico muestra la evolución de la deuda en los últimos años.

Evolución de la Deuda Presupuestaria 1997 - 2003 del SNSS



Estos resultados, permiten enfrentar el año 2004, con una elevada proporción de los establecimientos hospitalarios financieramente más sanos que el año 2002, lo que les permitirá enfrentar de una mejor manera los cambios estructurales y de gestión que determinan las modificaciones legales actualmente en trámite parlamentario.

El logro de estos objetivos está basado en una política financiera que privilegia la normalización financiera de los establecimientos, la expansión de actividad sólo con respaldo financiero y la modernización de la gestión financiera operacionalizando el Pago por Prestaciones Valoradas a los prestadores de salud y una macroasignación de presupuestos que privilegia la Equidad.

6.3 INVERSIONES EN LA RED ASISTENCIAL

Orientación de las inversiones

Durante el año 2003 las inversiones han estado orientadas a cerrar las brechas de capacidad resolutive de la red pública, en función de los requerimientos definidos por las prioridades contenidas en el Piloto AUGE. De esta manera las inversiones están de acuerdo con las prioridades políticas del Ministerio de Salud.

Las inversiones se priorizan según criterios referidos a las condiciones objetivas de las estructuras y los equipos, y también en función de las necesidades de atención específicas.

En esta línea destacan las adquisiciones de equipamiento crítico (MM\$2.000), destinado a satisfacer problemas de atención de cardiopatías operables, cáncer cérvico uterino, alivio del dolor y cuidados paliativos.

Al mismo tiempo y derivado de los hallazgos detectados en los Estudios de Red Asistencial Regionales, se ha detectado la necesidad de desarrollar lo que se ha denominado las macro redes, que son aquellas que tienen definiciones que superan los Servicios, y se requiere obligadamente una mirada nacional para aprovechar mejor los recursos humanos escasos y/o los requerimientos de equipos muy onerosos y/o la baja frecuencia de pacientes que requieren ser atendidos. En esta línea están los desarrollos de la red Cardiológica y Cardioquirúrgica; la red Neuroquirúrgica durante el 2003, y las redes de Imagenología de Urgencia y Oncológica, durante el 2004.

Estos estudios permitieron orientar la inversión de MM\$10.000 en equipos para centros de referencia supraregionales en Cirugía Cardíaca y Neurocirugía.

Otro esfuerzo de racionalización corresponde al proyecto de Regionalización de Bancos de Sangre, que a diciembre de 2003 ya ha concentrado en grandes hospitales la función de producción de hemoderivados aumentando la confiabilidad de la calidad de esos productos, y además mejorando el uso de los recursos. En este sentido se ha fortalecido también el desarrollo de un programa nacional de Donación Altruista que permitirá la operación adecuada de los Centros regionales de Bancos de Sangre, constituyendo a la donación en una actividad relevante para la operación de los mismos.

Con respecto al mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, durante el año 2003 se terminaron de ejecutar 3 proyectos en las regiones de Temuco, Copiapó y Chillán. Estos constituyen una inversión de M\$17.258.529, con una superficie habilitada de 23.483 m² y beneficiando a 1.103.351 habitantes.

Es destacable también, que durante el año pasado se continuó con la ejecución de otros dos proyectos hospitalarios en Los Ángeles y San Carlos que significa una inversión de M\$10.916.047, con 17.050 m² de infraestructura nueva para atender a una población de 407.060 habitantes.

Equipamiento e infraestructura

Durante el año 2003 el Minsal implementó un programa de equipamiento crítico, adicional al proceso de inversión normal, orientado a reponer y fortalecer el equipamiento asociado a unidades de paciente crítico en los hospitales más complejos del país y a fortalecer la capacidad de respuesta de la Red Asistencial respecto de las patologías con atención garantizada comprometidas en el Plan Auge. El total invertido en este programa fue de \$2.625.000.000.

Las inversiones más destacadas fueron las siguientes:

Se adquirieron 46 Máquinas de Anestesia y 25 Incubadoras de Transporte para reponer y ampliar capacidad de atención en los hospitales más complejos del país, principalmente orientados a la atención de Cardiopatías congénitas y cáncer adulto e infantil, con un total de inversión de \$1.497.000.000.

Se fortalecieron con equipamiento los programas de «Cáncer Cervicouterino» y de «Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos». El financiamiento comprometido fue de \$900.000.000 aproximadamente.

Entre los proyectos específicos se destacan los siguientes:

Proyecto	Monto (\$)
Reposición equipo Gamma cámara para medicina nuclear Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar	200.000.000
Reposición equipo Eco cardiógrafo Hospital Iquique	90.000.000
Reposición equipo Eco tomógrafo Doppler S.S. Coquimbo	60.000.000
Equipamiento Unidad Neonatología H. Las Higueras Talcahuano	80.000.000
Reposición equipamiento pabellones Hospital Traumatológico	55.000.000
Equipo Aspirador Ultrasónico para neurocirugía H. Carlos Van Buren	30.000.000

Avance en inversión de infraestructura hospitalaria

Durante el año 2003, la infraestructura hospitalaria que se ha desarrollado es la definida en los Convenios de Programación vigentes a lo largo del país. El detalle que incluye tanto a los terminados como los que se encuentran aún en plena ejecución es el siguiente:

■ **Normalización Hospital de Copiapó, I Etapa**

Monto Inversión (miles \$): 10.372.543

Superficie: 16.297 m²

N° camas: 264

Población beneficiaria: 195.086

El proyecto comprende, entre otros: Pabellones Quirúrgicos, UCI-UTI, Neonatología, Partos, Prepartos, Imagenología, Laboratorio, Banco Sangre, Cirugía Ambulatoria, Servicio Dental, Salud Mental.

■ **Construcción Unidad de Pacientes Críticos Hospital de Temuco, II Etapa**

Monto Inversión (miles \$): 6.388.197

Superficie: 5.843 m²

N° camas: 696

Población beneficiaria: 672.577

El proyecto comprende: Imagenología, UCI-UTI Pediátrica, Neonatología, Partos, Prepartos.

■ **Normalización Hospital Chillán, III Etapa**

Monto Inversión (miles \$): 497.789

Superficie: 1.343 m²

N° camas: 511

Población beneficiaria: 235.688

El proyecto comprende la construcción de un edificio para Bodega y Vestuarios y la remodelación del Banco de Sangre. Esta Etapa incluye además la habilitación del Servicio de neuropsiquiatría y remodelación de la Unidad de Urgencia, que se ejecutará durante el año 2004 con una inversión de M\$ 1.058.000.

Proyectos en ejecución

■ **Normalización Hospital de Los Angeles, II Etapa**

Monto Inversión (miles \$): 8.787.717

Superficie: 12.600 m²

N° camas: 372

Población beneficiaria: 306.051

El proyecto comprende la construcción de la Unidad de Pacientes Críticos y Hospitalización.

■ **Normalización Hospital de San Carlos, II Etapa**

Monto Inversión (miles \$): 2.128.330

Superficie: 4.450 m²

N° camas: 145

Población beneficiaria: 101.009

El proyecto comprende los Servicios Clínicos de Obstetricia y Ginecología, Cirugía, Pediatría, UTI y Pensionado y las Unidades de apoyo de Imagenología, Laboratorio y Odontología.

Anteproyectos y diseños

■ **Hospital Básico de Urgencia de Alto Hospicio**

Anteproyecto. Superficie: 2.500 m²

■ **Reposición Hospital de Valenar**

Anteproyecto y Diseño. Superficie: 17.335 m²

■ **Normalización Hospital de Talca**

Anteproyecto. Superficie: 40.000 m²

Diseño. Superficie: 12.700 m² (sólo CDT)

■ **Normalización Complejo Hospitalario G. Benavente-Traumatológico**

Anteproyecto. Superficie: 26.000 m²

■ **Normalización Hospital Las Higueras**

Anteproyecto y Diseño. Superficie: 17.000 m²

■ **Reposición Hospital de Curanilahue**

Anteproyecto y Diseño. Superficie: 10.900 m²

■ **Normalización Hospital de Victoria**

Anteproyecto y Diseño. Superficie: 19.700 m²

■ **Reposición Hospital de Nueva Imperial**

Anteproyecto y Diseño. Superficie: 12.500 m²

■ **Normalización Hospital de Temuco**

Anteproyecto. Superficie: 50.000 m²

■ **Reposición Hospital de Puerto Saavedra**

Anteproyecto. Superficie: 4.000 m²

- **Normalización Hospital de Osorno**
Anteproyecto. Superficie: 32.000 m²
- **Reposición Hospital de Puerto Cisnes**
Anteproyecto. Superficie: 2.000 m²

Inversión en consultorios y postas rurales

Durante el año 2003, se realizaron inversiones en consultorios y postas rurales de Atención Primaria en 44 comunas del país. Estas inversiones corresponden a \$6.002 millones de pesos, de acuerdo al siguiente detalle:

Categoría	Monto de inversión (en miles de pesos M\$)
Reposición de 29 consultorios y postas rurales	2.777.798
Ampliación, mejoramiento y normalización de 21 consultorios y postas rurales	1.518.237
Construcción de diez consultorios y postas rurales	1.474.833
Equipamiento de ocho consultorios y postas rurales	230.710
Total	6.001.578

6.4 GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

6.4.1 Consejos coordinadores de red y programación en red

Consejo coordinador de red

La Reforma de Salud involucra una serie de cambios que abarcan las áreas de financiamiento, gestión y sanitaria. En el marco de las nuevas definiciones en la gestión, la integración de los llamados niveles de atención, representa una prioridad tanto por la mayor eficiencia del sector como por un adecuado abordaje de los problemas de salud de la población.

Esta Reforma es un avance en la reorganización de los servicios de atención sanitaria, su modernización y definitiva integración en una red articulada de establecimientos que comparten información eficaz para la toma de decisiones y el mejoramiento de la calidad de la atención. Impone a los Servicios de Salud y a toda su red de establecimientos, tanto primarios como especializados, el desarrollar cada vez con mayor fuerza la capacidad de trabajar en equipo y de vincularse más eficientemente en la información, en la comunicación y en la ejecución de acciones, porque solo de esa manera estaremos entregando servicios de calidad.

El sistema de salud chileno ha sido planificado como un modelo de red, donde los establecimientos ejecutan funciones complementarias entre sí. Sin embargo el proceso de derivación y contraderivación presenta importantes debilidades en su gestión que impactan directamente en la oportunidad, calidad y eficiencia de la atención. Esta situación se da porque la gestión de los recursos ha sido organizada en base a esta-

blecimientos, dejando desregulados los procesos que van mas allá de sus fronteras. Por otra parte a nivel de la gestión interna las temáticas calidad y oportunidad de atención y de eficiencia productiva presentan importantes desafíos.

En este contexto y como respuesta a los desafíos planteados, se define como una prioridad estratégica la instalación del Consejo Coordinador de la Red Asistencial, en todos los Servicios de Salud del país. Esta instancia está a cargo de las Direcciones de Servicio e integra a establecimientos de atención primaria, atención especializada ambulatoria y hospitales.

Las prioridades estratégicas del Consejo son optimizar el proceso de derivación y contraderivación y velar por el óptimo funcionamiento de los establecimientos dentro de la red. Para ello el trabajo asociado a los grandes temas de gestión como la programación, el manejo de las listas de espera y la resolución de los problemas de salud, se monitorean desde un espacio transversal e integrador.

El sistema de salud chileno ha optado como patrón de organización el modelo de Red. El Consejo de Red se constituye así en el referente de gestión territorial de salud a nivel local.

Programación en Red 2003

El proceso de Programación en Red 2003, se inició como una forma de preparar adecuadamente al sector para satisfacer las necesidades que implica la Reforma, particularmente en lo que se refiere al trabajo en Red. La programación se hace considerando la demanda de la población en su origen, es decir, cada nivel de atención programa según la demanda del nivel precedente haciendo las adecuaciones necesarias según sus recursos disponibles. Esto hace indispensable conocer las estructuras de la red, los flujos o relaciones entre ellas y el establecimiento de prioridades.

La programación en red tiene como objetivo global «usar la programación como una herramienta para compatibilizar en la red los alcances de los objetivos sanitarios con la mejoría de la gestión», que se traduce en los siguientes objetivos específicos:

1. Integrar la programación que se realiza en atención primaria al proceso de análisis de las actividades de la red.
2. Programar las actividades médicas de los niveles secundarios y terciarios, recogiendo la demanda del nivel primario en su origen y contrastándola con la oferta de atención de especialidad.
3. Priorizar en el Consejo Coordinador de Redes las brechas resultantes en la Red, en función de las metas sanitarias nacionales y locales.
4. Valorizar la programación y ajustar las actividades al compromiso presupuestario adquirido.

Este Proceso, durante el 2003, fue apoyado con una herramienta computacional de programación de las horas médicas de los niveles secundarios y terciarios en base a la demanda recogida desde el nivel primario. Se aplicó en 21 de los 28 Servicios de Salud, permitiéndoles conocer la demanda de atención de especialidad generada en el nivel primario, objetivar y priorizar la brecha entre la oferta y demanda de atención de especialidad y valorizar las actividades programadas.

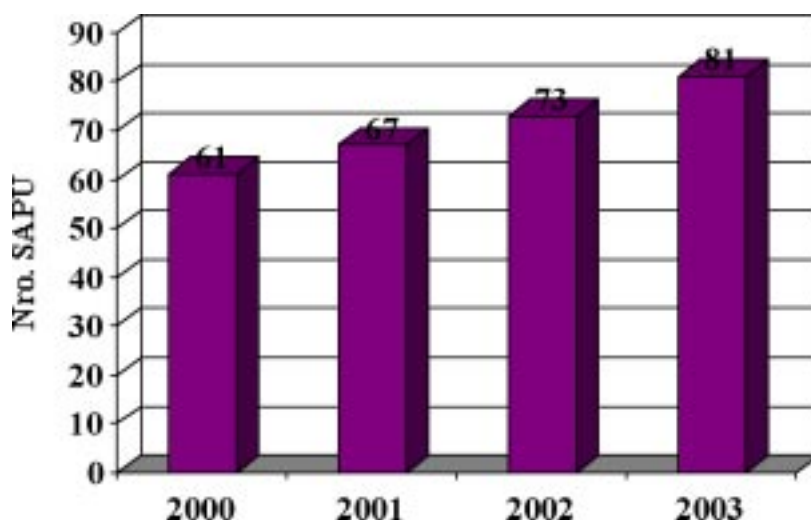
6.4.2 Gestión de la red de urgencia

Una preocupación importante en el ámbito de la atención de salud ha sido la atención de urgencia en todos los niveles de atención.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Se ha reforzado la estrategia de consolidar este componente del nivel primario de atención, creando ocho nuevos servicios de urgencia, en las siguientes comunas: Ovalle, Viña del Mar, Linares, Concepción, Talcahuano, Los Angeles, Valdivia y Puerto Montt. A la fecha se cuenta con 81 SAPUs distribuidos en el país.

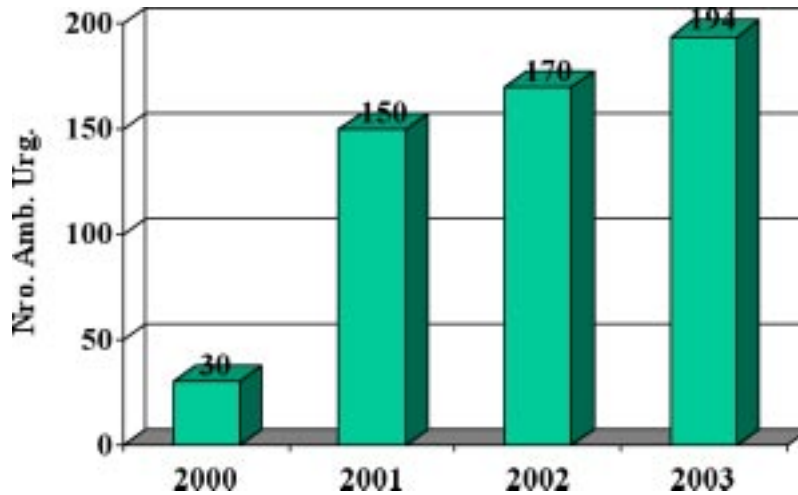
**SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA
N° DE SAPUS 2000 - 2003**



Atención Prehospitalaria a través del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

Otro componente es la atención prehospitalaria, que permite rescatar oportunamente personas con problemas de salud agudos y accidentados, para mejorar de esta manera su pronóstico vital. En esta línea durante este año se entregaron los recursos necesarios para iniciar la implementación del Centro Regulador Supraregional de Araucanía Sur e Iquique, los que permitirán el acceso a una regulación médica de las demandas de ambulancias, de tal manera de tener el soporte técnico que permita dar una respuesta oportuna y adecuada a las solicitudes recogidas en el teléfono 131. En este ámbito, el Ministerio financió la compra de 24 nuevas ambulancias para la red de urgencia, 10 de ellas correspondientes al SAMU, al igual que el financiamiento para mejorar la red de telecomunicaciones que permite dar el soporte a la atención prehospitalaria a través del 131.

MÓVILES DE URGENCIA SAMU 2000 - 2003

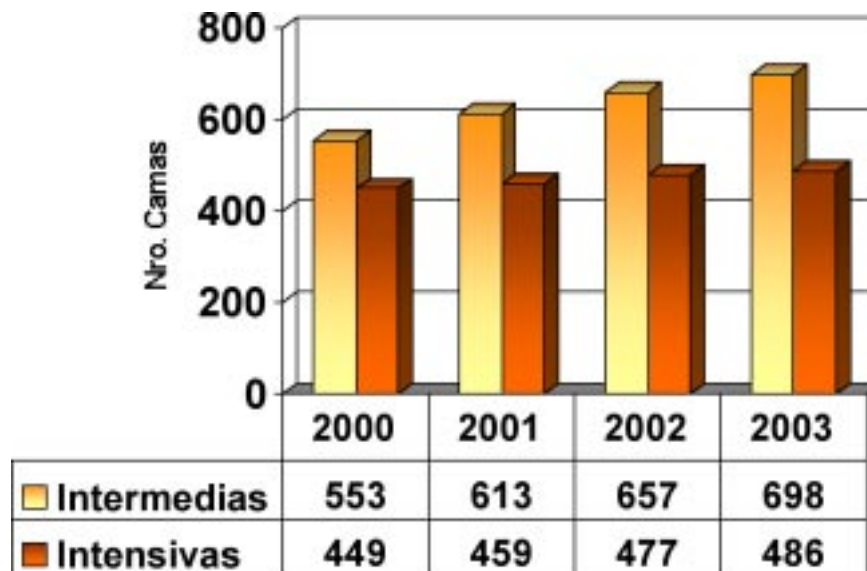


Unidades de Paciente Crítico.

Se ha trabajado para mejorar la capacidad de oferta de camas críticas a nivel país de tal manera de responder de forma oportuna y con calidad a los requerimientos de camas desde las Unidades de Emergencia de los Hospitales y también a las necesidades de atención electiva de alta complejidad.

El financiamiento del 2003 permitió aumentar en 41 nuevas camas para tratamiento intermedio y 9 nuevas camas para cuidados intensivos.

EVOLUCIÓN CAMAS CRITICAS ADULTO E INFANTIL 2000- 2003



6.4.3 Avances en salud familiar

En el transcurso del año 2003 se ha avanzado en el desarrollo del «Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar» que propugna la reforma del sector. Este modelo se entiende como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige -más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados- a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El nuevo modelo de atención se dirige a la consecución de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, anticipatorio al daño.

En definitiva, contribuir a mejorar la situación de salud y de vida de las personas, disminuir las brechas en el impacto de salud de los individuos, reducir factores de riesgo, muerte y discapacidad y contribuir a garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública que corresponden a la acción del Estado y la sociedad civil.

Para lograr el mejor estado de salud y el desarrollo de un modelo más integral, familiar y comunitario es necesario complementar la visión biomédica con la biosicosocial, ya que el tradicional paradigma biomédico por sí solo, no alcanza a dar cuenta de la complejidad de los problemas emergentes en la actualidad, caracterizados por su multifactorialidad. En este sentido la salud familiar en la atención primaria constituye el eje estratégico de la reforma de salud, promoviendo la equidad en el acceso y la satisfacción de las expectativas de la población.

El cambio de modelo lleva implícita la propuesta de transformación de los consultorios tradicionales en Centros de Salud (CES) y Centros de Salud Familiar (CESFAM). A continuación se destacan tres hitos que dan cuenta de los avances en Salud Familiar en la Atención Primaria de Salud (APS):

1. Posicionamiento del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

- 72 CESFAM a Diciembre del 2003 en 18 Servicios de Salud
- 13 CES desarrollados en proceso de acreditación a Marzo 2004 en 19 Servicios de Salud
- Implementación y consolidación de un Sistema de Acreditación y Evaluación nacional

2. Desarrollo del recurso humano y capacitación

- Diplomado en Salud Familiar: 401 profesionales a la fecha, 210 nuevos cupos proyectados para el 2004
- Pasantías Internacionales: participación de 682 profesionales y 418 funcionarios no profesionales de APS
- Pasantías Nacionales en CESFAM: participación de 280 profesionales, proyección 2004 de 160 cupos

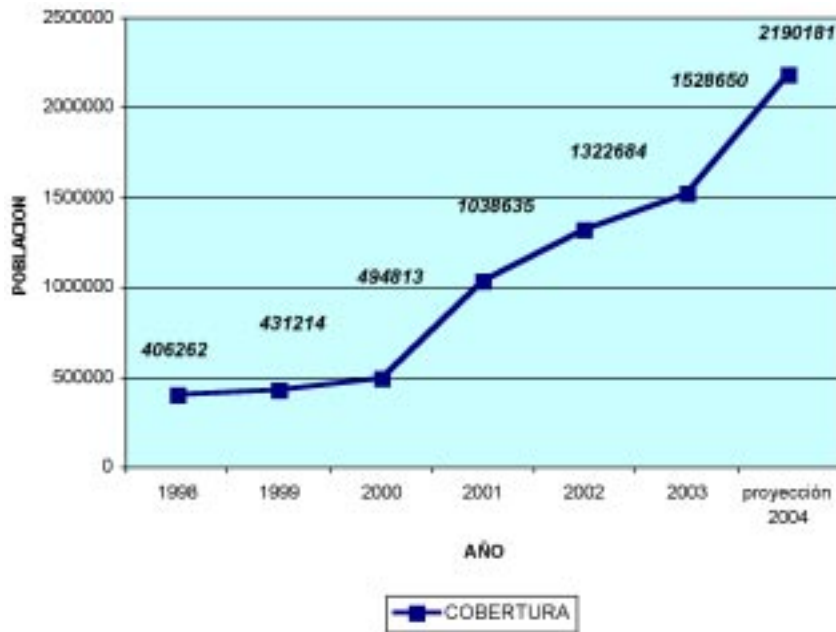
- Capacitación en programa salud familiar APS por acuerdo con la confederación funcionarios de APS, CONFUSAM
- Programa educación a distancia
- Conformación de mesa de trabajo con facultades de Medicina

3. Estrategias de desarrollo en gestión APS

- **Gestión en salud familiar:** sectorización en el 35% establecimientos del país 2003, y proyección al 65 % año 2004. Equipo de cabecera en el 16 % del país, y 35 % al 2004. Comité gestor en 62 establecimientos.
- **Resolutividad:** a través de Programas de Cuidados domiciliarios de postrados, cirugía menor ambulatoria, depresión -violencia intrafamiliar, resolución de especialidades en APS, sexualidad, dependencia de drogas y alcoholismo, enfermedades respiratorias en niños y adultos, cardiovascular, odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos, exámenes de laboratorios básicos.
- **Accesibilidad:** Programas de Mejoramiento APS, gestión de la demanda, SAPU, Urgencia rural.
- **Integralidad:** Consejería familiar, Visita domiciliaria integral.
- **Participación social:** Consejos de desarrollos locales, Oficinas de información, reclamos y sugerencias (OIRS), Programas de Promoción de la salud.

Evolución de Población Beneficiaria Atendida con Enfoque de Salud Familiar en Atención Primaria años 1998-2004.

El siguiente gráfico muestra la cobertura de beneficiarios adscritos al modelo de Salud Familiar en los establecimientos del país entre el año 1998, en que se inició este proceso de cambio formal, y el año 2004. Actualmente el 24% de la población es atendida en 84 centros de Salud Familiar (CESFAM).



6.4.4 Cirugía mayor ambulatoria

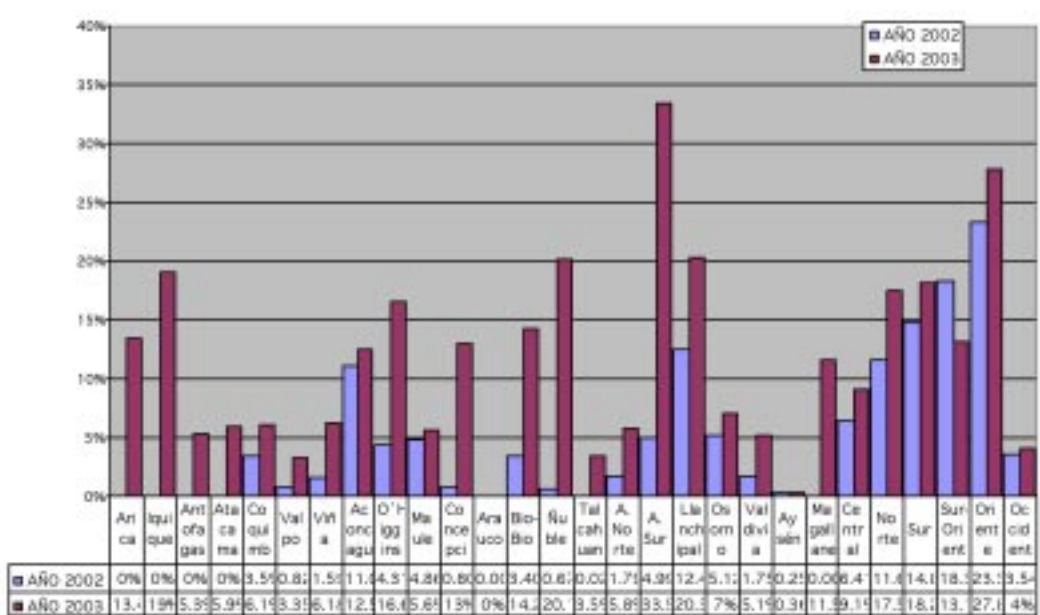
Gran parte de las intervenciones quirúrgicas mayores pueden realizarse sin que el paciente tenga que permanecer en el hospital más allá del mismo día en que ha sido intervenido. Ello permite que la persona se recupere en su hogar, junto a su familia. Está demostrado que la calidad de la atención no sufre al utilizarse esta modalidad, la cual, por otra parte, es más eficiente.

En el año 2003 se ha hecho un esfuerzo importante, con el cual se ha logrado pasar del nivel del año 2002 de 4% de cirugías ambulatorias sobre el total de cirugías mayores del sistema, a un 12%. En la Región Metropolitana se ha superado el 27% y en Temuco, el 30%.

Estos resultados se deben en parte a la capacitación entregada por Servicios, como el Metropolitano Sur, el Metropolitano Norte y el Metropolitano Oriente, que actúan como Centros de Demostración.

El gráfico siguiente muestra los progresos alcanzados en cada Servicio de Salud del país.

Ambulatorización año 2002 v/s 2003



6.4.5 Hospitales tipo IV: acercándose a la gente

Los Hospitales tipo IV son aquellos de menor tamaño, que atienden a la población rural o semi rural. En el año 2003 se hizo un completo diagnóstico de estos establecimientos, el cual revela que, frente al progreso de los caminos y comunicaciones en el medio rural que acercan los grandes hospitales urbanos a las comunidades, se ha acentuado la baja utilización de sus camas y equipos técnicos. Estos hospitales pueden, en cambio, aumentar su rol en atención primaria.

Sobre esta base, se han tomado importantes decisiones:

- Todos los hospitales de esta categoría se mantendrán en funcionamiento, para lo cual se desarrollarán bajo un modelo de Hospital Comunitario de Salud Familiar, intensificando su apertura a la comunidad
- Todos entregarán atención primaria de urgencia durante las 24 horas de cada día, seguirán resolviendo la urgencias quirúrgicas en casos que por su gravedad no son trasladables a otro hospital y atenderán los partos no programados.
- Se les adaptará para servir mejor de acuerdo a las características del medio en que están insertos, mejorando la capacidad resolutive de aquellos que hospitalizan a muchos pacientes o que se encuentran en lugares muy aislados. Además, se mejorarán las condiciones para el traslado oportuno de los pacientes a los hospitales de referencia, cuando esto sea necesario.
- Dado su rol en la atención primaria, esta función será financiada con un per capita correspondiente a la población sectorizada que inscriban.

6.4.6 Gestión de la red electiva y reducción de listas de espera

Gestión de Red Electiva

En el marco del fortalecimiento de la red asistencial e incorporado en los compromisos de gestión del Ministerio con los Servicios se ha priorizado el desarrollo de las siguientes medidas de gestión para ser implementadas en todos los establecimientos de la red pública:

1. Se mejoró la capacidad que tiene el segundo nivel de atención para acoger la demanda de atención especializada generada en la atención primaria, de 56% en abril de 2003 a casi 70% en septiembre del mismo año. El gran desafío, fue acercarnos a conocer la demanda real que genera la atención primaria a la consulta de especialidad.
2. Para valorar la pertinencia de la derivación de atención primaria a la consulta médica de especialidad se efectuaron dos mediciones en el año y fueron los propios especialistas quienes a juicio de experto, valoraron si la derivación era o no pertinente para su especialidad. Las cifras obtenidas, un promedio de 85% de derivaciones pertinentes, rompen con el mito de que la atención primaria deriva mayoritariamente banalidades a la atención especializada.
3. Se comprometió la elaboración y puesta en funcionamiento de 326 protocolos de referencia y contrareferencia a nivel país, en las dos patologías de mayor prevalencia en cada especialidad
4. Se incrementó la proporción de consultas nuevas de especialidad para atención primaria de 32% en abril a casi 59% en septiembre de 2003. Se mejoró cualitativamente esta medición y se pudo valorar cuanto de la oferta de consultas nuevas de especialidad efectivamente se destinan a la atención primaria en contraposición a derivaciones dentro del mismo centro de especialidades.

Gestión de listas de espera en especialidades falentes

1. La gestión durante el año 2003 de listas de espera en especialidades falentes, es decir aquellas especialidades donde existe poca oferta médica, se incorpora en el proceso de compromisos de gestión que establece anualmente el Ministerio de

Salud con los Servicios de Salud. Con este propósito se definen como especialidades trazadoras, otorrinolaringología, cardiología y traumatología, a las cuales los Servicios podrían agregar otras tres de relevancia local. Ciertamente que el énfasis se orienta a implementar un sistema de gestión de listas de espera en los establecimientos, que permita dimensionar y ordenar esta «demanda expresada», según prioridades y gestionarla adecuadamente en red.

2. Este proceso no ha estado ausente de problemas y sin duda que las mayores dificultades dicen relación con los sistemas de información disponibles en el sector. Actualmente contamos con sistemas de información que registran prestaciones y no número de personas atendidas y que por lo tanto no dan cuenta del dinamismo de las listas de espera. Todavía en muchos establecimientos se obtienen manualmente, están parcelados por niveles de atención, y como se desprende de lo planteado no vinculan en línea a los establecimientos de la red.
3. Sin perjuicio de lo anterior, a continuación se precisan resultados preliminares de listas de espera en consultas médicas de especialidades trazadoras.

De la totalidad de especialidades definidas para este nivel de atención, las listas de espera de mayor magnitud, se focalizan en Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Cardiología y Neurología.

El cuadro siguiente muestra para igual período (julio 2003), qué proporción representa la lista de espera de la producción total de consultas médicas por especialidad en 16 Servicios de Salud que disponen registros comparables.

Especialidades	% del total de consultas médicas
Oftalmología	54
Otorrino	47
Neurología	20
Cardiología	11
Traumatología	29

Diseñar estrategias vinculadas a gestionar las listas de espera involucra conocer la magnitud y composición de éstas, para lo cual se ha recurrido a la información que entregan los responsables locales, lo que nos permite señalar, para las especialidades en cuestión lo siguiente:

- **Oftalmología:** se han desarrollado mecanismos de priorización hacia la patología oftalmológicas, tales como cataratas, retinopatías, postergando los vicios de refracción. Por lo tanto, más del 70% de la lista de espera es vicio de refracción.
- **Otorrinolaringología:** es una especialidad que concentra entre un 50 - 80% de su lista de espera como quirúrgica, (adenoides, amígdalas)
- **Traumatología:** lumbago representa más del 40%
- **Cardiología:** el 48% está compuesto básicamente por cardiopatía hipertensiva, coronaria y arritmias
- **Neurología:** especialidad que concentra alrededor del 50% de su lista de espera como cefaleas.

Para una dimensión de la demanda más precisa y ordenarla según prioridades para una mejor gestión, es fundamental continuar avanzando en el desafío de contar con un sistema de gestión de listas de espera automatizado, que vincule en línea a los establecimientos en la red. Esto está contemplado en el presupuesto 2004 y es pieza clave de la futura gestión de redes que está contemplada en los proyectos de ley de la reforma.

6.4.7 Gestión de excelencia en la red de salud

Durante el año 2002 se inicia un proceso de apoyo a la gestión hospitalaria, especialmente en gestión de calidad, con un programa piloto aplicado a los 57 hospitales tipo I y II, para lo cual se recurre a un convenio con el Centro Nacional de la Productividad y la Calidad (CNPC). Este convenio tiene por objetivo «Generar un paradigma de gestión de calidad dentro de los hospitales, a través de una metodología que contempla la autoevaluación, que permite identificar, destacar y difundir las mejores prácticas de gestión hospitalaria y las oportunidades de mejora en cada hospital».

Durante el año 2003, se determina priorizar la Gestión en Red que establece el Nuevo Modelo de Atención, para lo que se firma otro convenio, con el fin de capacitar en esta metodología a los 28 Consejos Coordinadores de Red. Este Programa de Excelencia en la Gestión en Red tiene como objetivos:

1. Instalar el «Modelo de Red» basado en el nuevo Modelo de Atención en los Servicios de Salud.
2. Instalar la Metodología de Autoevaluación y Planes de Mejoramiento Continuo en las Redes de Salud.
3. Fortalecer a los Consejos Coordinadores de Red como la estructura principal a cargo de la gestión de la red de salud.
4. Incorporar la mirada del usuario tanto en la identificación de los nodos críticos de funcionamiento de la Red, como en la propuesta de soluciones de éstos.
5. Lograr la autonomía para aplicar el Modelo en el sistema.

Este proceso culmina con la realización de autodiagnósticos por 27 de los 28 Servicios de Salud y la implementación de planes de mejora, para atacar las falencias detectadas. En el ámbito hospitalario los 57 mencionados establecimientos realizan planes de mejora para su funcionamiento en Red.

6.4.8 Control de infecciones intrahospitalarias

En 2003, el programa de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias celebró 20 años desde su inicio. En el país se puede documentar que las infecciones han disminuido en más de 30% en los últimos 10 años, con una reducción sobre 60% de las infecciones gastrointestinales en los niños y las endometritis post parto en las mujeres. Esta reducción de las infecciones significa mayor seguridad de la atención, producto del trabajo organizado del equipo de salud de los hospitales. Por otra parte, se han liberado miles de días cama anualmente para atender otros pacientes y la evaluación económica del programa ha demostrado que el programa de prevención de las infecciones intrahospitalarias ahorra recursos. El programa tuvo la oportunidad de apoyar iniciativas similares en Perú y Bolivia, entre otros países de América Latina.

6.4.9 Gestión de recursos humanos

Formación de cuadros directivos

A la fecha un 25% de los Servicios de Salud del país ha implementado el Programa de Formación de Cuadros Directivos Hospitalarios. Durante el año 2003 se incorporaron cerca 100 directivos Superiores y Ejecutivos de Hospitales 1 y 2, llegando a un total de 200 Directivos formados pertenecientes a las regiones VI, VII y VIII Regiones.

Cargos críticos

A partir del año 2003 con la entrada en vigencia de la ley 19.882 del Nuevo Trato Laboral, comienzan a regir una serie de normativas que tienen como objetivo desarrollar una política integral de recursos humanos en los Servicios Públicos, que refuerce la misión de construir un Estado al servicio de la ciudadanía en el marco de una gestión eficiente y transparente.

En este contexto, se crea el concepto de asignación por función crítica, que beneficiará a aquellos funcionarios de la planta de directivos y profesionales que desarrollen funciones relevantes o estratégicas para la gestión del respectivo ministerio o institución, por la responsabilidad que implica su desempeño y por la incidencia en los productos o servicios que estos deben proporcionar.

Entre las características más importantes de esta asignación se encuentra su carácter de transitoria, pues sólo se entrega mientras dure el ejercicio del cargo y la posibilidad de fijar un monto diferenciado dentro de cada función.

Para el año 2003, por DS de Hacienda y la Subsecretaría de Salud, se fijó para cada Servicio de Salud e Institución Autónoma un total de 291 cupos y un gasto máximo de M\$1.423.952 por este concepto.

Gestión de recursos humanos y la ley de autoridad sanitaria

Las principales materias de interés para las asociaciones de funcionarios están orientadas a la generación de los cuerpos legales que se derivan de la Ley de Autoridad Sanitaria y su respectiva implementación. Todos los contenidos en materia de recursos humanos, contemplados en el Proyecto de Ley de Autoridad Sanitaria son producto de los acuerdos suscritos en mayo 2002 entre los gremios de la Salud involucrados en el Proyecto de Ley y las autoridades ministeriales. Debido a la tramitación de la referida ley, no ha sido posible aplicar estos acuerdos, que se detallan a continuación.

1. Programa Nacional de Incentivo al Retiro para funcionarios del sector salud que cumplen con los requisitos para su jubilación. Permite beneficiar con una indemnización de 8 y hasta 11 meses de su remuneración promedio imponible a más de 4.000 funcionarios que, cumpliendo los requisitos de edad, renuncien voluntariamente.
2. Pago de un Anticipo de la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, para los funcionarios ubicados en los grados 19° al 28° de la escala única de sueldos (EUS). Lo anterior, se traduce en un estímulo adicional en dinero que beneficia a los funcionarios de más bajas rentas.
3. La organización del trabajo en el sector salud y los alcances prácticos de la Asigna-

ción de Turno. El sistema de trabajo comprende al personal que se desempeña en sistemas de turnos asistenciales y permanentes en puestos de trabajo ininterrumpido durante las 24 hrs., durante todos los días del año. Mediante la creación de esta asignación de carácter imponible y permanente se valora y se reconoce a los funcionarios que desempeñan este tipo de trabajo.

4. Existen normas que regulan la nueva Carrera Funcionaria en el Sector Salud y otras normativas especiales:
 - * Para los profesionales y directivos de carrera se establece la promoción a través de concursos internos siendo factores preponderantes: capacitación pertinente, experiencia calificada, calificaciones y aptitud para el cargo.
 - * Para las plantas de técnicos administrativos y auxiliares el ascenso estará basado en un sistema de acreditación de competencias que evaluará la capacitación pertinente, experiencia calificada y calificaciones.
 - * Se crea una asignación de responsabilidad para el personal profesional que se desempeña en los establecimientos hospitalarios en funciones de responsabilidad de gestión.
5. Se establecerán agendas de trabajo con la participación de los gremios en la generación de los reglamentos y normas complementarias que se derivan de la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de Recursos Humanos.

6.4.10 Convenio Servicio Metropolitano Sur Oriente y Universidad Católica

El Convenio firmado entre el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) considera como mecanismo jurídico al DFL 36 en virtud de la responsabilidad del Servicio para con la población y su atención de salud.

Dicho convenio se respalda además, en la historia de más de treinta años de relación docente asistencial entre el Servicio y la Universidad, así como en la explosión de crecimiento poblacional ocurrida en esta zona de la Región Metropolitana, cuestión que se refleja, entre otros, en que las poblaciones a cargo de los establecimientos del nivel primario superan en promedio las 50.000 personas inscritas, y que existe un establecimiento con más de 100.000 personas a cargo.

En los últimos años, en la Región Metropolitana existen comunas donde la situación de crecimiento es de una gran expansión urbana. En particular, la tasa de crecimiento de la comuna de Puente Alto, donde se construye el primer centro, fue de 96,7% entre 1992 y 2002. Asimismo, en esa comuna la tasa de crecimiento de la población estimada por FONASA para el período 2003/2004 es de 10%, para 2002/2003 fue de 11%; y el año anterior fue de 11,2%. La tasa de crecimiento de la población del país en los años 2003/2004 es de sólo 3,3%. Esta situación evidencia un exceso de población a ser atendida y que no puede ser resuelta con los recursos de infraestructura e inversión disponibles. Dado lo anterior, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente acogió la iniciativa de la PUC, aunando esfuerzos con la finalidad de favorecer el desarrollo del modelo de salud integral - familiar, en la perspectiva de contar con aportes para construcción, implementación e instalación de nuevos centros de salud en el territorio de competencia del Servicio, con un enfoque gradual y sujeto a estrictas normas sanitarias, teniendo como foco un plan de salud familiar de

alta resolutivead.

Las acciones de salud que comprende el convenio se llevarán a cabo en seis establecimientos asistenciales, que construirá, equipará e implementará la Universidad en comunas de competencia del Servicio durante los años 2003 a 2007. Cada Centro deberá tener una capacidad para atender una población de hasta 20.000 beneficiarios legales.

En ese contexto, durante el año 2004, comenzará a operar en la comuna de Puente Alto el primer centro de un total de seis, lo que mejorará el acceso de la población a la atención primaria.

El funcionamiento del establecimiento tendrá exigencias de cumplimiento de metas sanitarias que serán monitoreadas por el Servicio de Salud.

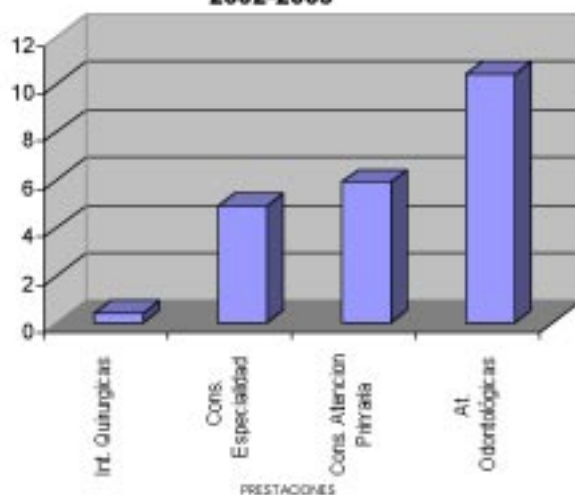
6.5 Indicadores de producción y su tendencia

ATENCIONES DE SALUD SELECCIONADAS, CHILE 2002 Y 2003

TIPO DE ATENCIÓN	2002	2003*	% VARIACIÓN
CONSULTAS MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	14.381.010	15.236.074	5,9%
CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDADES	6.437.302	6.750.994	4,9%
ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS	6.799.815	7.510.052	10,4%
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	1.148.288	1.153.133	0,4%

* Cifras proyectadas a diciembre 2003

VARIACION PORCENTUAL DE LA PRODUCCION 2002-2003



Durante el año 2003 se continuó enfatizando la resolución de los problemas de salud en los niveles de atención primario y secundario, donde existe mejor acceso para la población y su resolución es más costo-efectiva.

7 Reforma de salud: sistema más solidario y equitativo

La Reforma de la Salud, impulsada por el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, tiene como objetivo resolver la profunda inequidad que caracteriza la atención de salud en Chile. Existe la convicción de que para cumplir con este desafío es necesario adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución de la estructura epidemiológica y demográfica de nuestro país y a los cambios científicos y tecnológicos. En este sentido, es fundamental mejorar la gestión en los Servicios y sus establecimientos buscando la eficiencia y la eficacia; y proveer de mayores recursos al sistema.

Los cinco proyectos de ley que componen esta noble tarea país (Autoridad Sanitaria, Régimen de Garantías, Financiamiento, Ley de Isapres y Deberes y Derechos) constituyen una propuesta de reforma global del sistema de salud.

La inequidad, un factor que hay que erradicar. Chile ostenta buenos índices de salud y se encuentra entre los países subdesarrollados con un alto nivel de desarrollo humano, sin embargo presenta profundas inequidades. Hay grandes desigualdades entre sectores sociales de altos y bajos ingresos, tanto en los niveles de salud como en la calidad y oportunidad de respuesta que el sistema ofrece a sus habitantes, lo que lo sitúa por debajo de más de 100 países del mundo. En lo que respecta a la distribución del Gasto en Salud, Chile está ubicado en el lugar 168 entre 191 países considerados en el Informe de la Salud en el Mundo para el año 2000, elaborado por la Organización Mundial de la Salud.

Evolución epidemiológica y demográfica. Nuestro país ha experimentado un proceso de transición demográfica, caracterizado por un descenso importante de la fecundidad y de la mortalidad en todas las edades. Chile se ha envejecido y las causas de muerte han evolucionado drásticamente. En nuestros días, las enfermedades de mayor impacto en la sobrevivencia y calidad de vida de las personas son las enfermedades crónicas, como el cáncer; las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades degenerativas y las enfermedades mentales. Son también de muy alto impacto los traumatismos, accidentes y hechos de violencia.

La misión del Ministerio de Salud consiste en redefinir los objetivos sanitarios para el próximo período y, al mismo tiempo, impulsar un nuevo modelo de salud y de gestión en salud que permita enfrentar estos nuevos problemas y atacar las inequidades, teniendo en consideración que promover la salud y prevenir las enfermedades es una tarea compleja, que requiere del concurso de todos y no sólo del sector salud. En

efecto, resolver exitosamente estos desafíos requiere de una conducta anticipatoria del daño por parte de las personas y del sistema de salud, y de mejores tecnologías que las de antaño.

7.1 LA REFORMA DE SALUD UNA REALIDAD: ESTADO DE TRAMITACIÓN DE LAS LEYES

Para llevar a cabo los necesarios cambios en el sistema de salud se ha presentado al Parlamento un conjunto de proyectos de ley que se encuentran en diferentes grados de avance en su discusión en ambas cámaras del Congreso.

7.1.1 Fortaleciendo el sistema: Ley de Autoridad Sanitaria

El proyecto de Autoridad Sanitaria, introduce profundas transformaciones en las instituciones encargadas, tanto de la salud colectiva, como de aquellas encargadas de la atención individual. Este proyecto dará mayor fuerza a la autoridad encargada de los temas de salud pública, y permitirá mejorar la gestión de los establecimientos de la red pública de atención.

7.1.2 Reduciendo la discriminación: Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)

Este proyecto establece la garantía legal para diagnosticar y resolver los problemas de salud que causan la mayor proporción de las enfermedades y las muertes en nuestro país. De esta manera se terminan, al menos para estos casos, la discriminación económica y las listas de espera tanto en los sistemas privado y público respectivamente. La iniciativa legal se encuentra en Segundo Trámite Constitucional ante el Senado, en la Comisión de Salud para su análisis y estudio en general.

7.1.3 Invirtiendo en los más necesitados: Ley de financiamiento

Los chilenos, representados por los Honorables Diputados y Senadores de la República, aprobaron el incremento del IVA de un 18 a un 19 por ciento a contar del primero de octubre del año 2003 y vuelve a un 18 por ciento el primero de enero del 2007. De esta forma, es Ley de la República.

7.1.4 Ley de Derechos y Deberes

Proyecto de Ley sobre Derecho y Deberes de las Personas en Salud. En Primer Trámite Constitucional ante la Cámara de Diputados, en la Comisión de Salud, para su análisis y estudio en particular.

7.1.5 Resguardo de los derechos de los afiliados: Ley de Isapres

Esta ley modifica el Sistema de Isapres. Una primera modificación, denominada «ley corta de isapres», que regula la solvencia de éstas, fue aprobada durante 2003 y es Ley de la República. Esta iniciativa legal fue separada del texto de la Ley de Isapres para una rápida tramitación en el Parlamento, a fin de anticiparse a la crisis que se preveía con la isapre Vida Plena. Su articulado está diseñado para enfrentar cualquier problema crítico que afecte a alguna isapre. Esta disposición incorporó nuevas nor-

mas de solvencia financiera y resguardo de los derechos de los afiliados frente a situaciones de insolvencia y liquidez de las instituciones de salud previsual.

Con la aprobación de la «Ley corta de Isapres» la Superintendencia de Isapres se constituyó en la única institución que, en el contexto del escándalo financiero Corfo-Inverlink, logró obtener mayores atribuciones para poder ejercerlas el 2003, exigiendo mayor respaldo financiero a las isapres y, de este modo, proteger a los afiliados.

7.2 DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA

Durante el año 2003, se trabajó con los gremios del sector en torno a dos ejes fundamentales: la Ley Médica y la Reforma.

Respecto a la Ley Médica, es importante destacar que se alcanzaron acuerdos en el perfeccionamiento de la etapa de destinación y formación, en la modificación del sistema de concursos y en la separación de los cargos ligados 22-28 de la Ley de Urgencias. Así también, se acordó la flexibilización de las normas de cumplimiento obligatorio de desempeño post-beca, la regularización del pago de la asignación de reforzamiento profesional diurno y se explicitó el derecho a formación en subespecialidades para los profesionales de nivel superior, entre otros temas relevantes para el buen funcionamiento del sistema. Por último, se registraron avances en la implementación reglamentaria de la acreditación de los profesionales de la etapa superior.

Varias de estas iniciativas requieren modificaciones legales que están siendo preparadas en el marco de un anteproyecto que está en proceso de revisión.

Respecto a la Reforma, cabe destacar que se alcanzó un acuerdo en la implementación del examen médico nacional por Ley y que se acogieron propuestas del Colegio Médico en cuanto a la prioridad de Atención Primaria, la resolución de deuda hospitalaria, la concursabilidad de los cargos directivos, la mantención de la libre elección y las características de la acreditación, entre otros temas relevantes.

Con las asociaciones de funcionarios se realizaron los siguientes talleres de difusión.

Talleres nacionales sobre la Reforma de salud: «Contenidos y alcances de la ley de autoridad sanitaria y gestión de recursos humanos»

Por requerimientos de los propios gremios, se realizaron una serie de actividades de difusión y discusión de los contenidos de la Reforma de Salud entre ellos el taller con 30 dirigentes de la Federación de Nacional de Asociaciones de Técnicos de los Servicios de Salud (FENTESE) y el taller realizado con 30 dirigentes de la confederación de asociaciones de trabajadores de la salud (FENATS unitaria).

Talleres sobre la reforma de salud realizados en los servicios de salud para directivos y funcionarios: «Contenidos y alcances de la ley de autoridad sanitaria y gestión de recursos humanos»

Durante el año 2003 el 71% de los Servicios de Salud del país participó en actividades de difusión a través de talleres en los temas de Autoridad Sanitaria y Gestión de Recursos Humanos, efectuados por el Ministerio de Salud y las Direcciones de los Servicios de Salud. Ello con el objetivo de involucrar a todo el personal de Salud en el proceso de Reforma de la Salud.

8 Proyecto de Ley sobre Licencias Médicas

A contar del lunes 5 de enero de 2004 pasó a la Comisión de Hacienda el Proyecto de Ley sobre Racionalización de Subsidios de Incapacidad Laboral y Licencias Médicas, que había sido presentado a finales de 2003 al Parlamento.

Este proyecto aborda dos tipos de licencias:

- licencias por enfermedad grave del niño menor de un año (EGNM)
- licencias curativas comunes

En el ámbito de licencias por enfermedad grave del niño menor de un año, establece la administración de las licencias maternas por parte de los aseguradores (Fonasa e Isapre) y considera la transferencia de recursos en base a una duración promedio de la EGNM de 50 días por parto. En caso de producirse déficit, es decir que la enfermedad dure más de 50 días, la aseguradora deberá absorber únicamente el 50% del déficit. En caso de generarse superávit por concepto de subsidios pagados por EGNM, los seguros recibirán un bono equivalente al 2,4% del monto total transferido para el pago de los subsidios por concepto de postnatal de ese año. En el caso del Fonasa, la tasa de siniestralidad promedio efectiva del año 2002 alcanzó los 55 días y en isapres alcanzó los 78 días.

Asimismo, establece la definición de «Enfermedad Grave Niño Menor de Un Año» y dispone que los «Procedimientos de Evaluación de Licencias Médicas» los instruirá la Superintendencia de Seguridad Social (ámbitos médicos, jurídicos y administrativos).

En el ámbito de licencias curativas comunes, el proyecto transfiere al Fondo Nacional de Salud la contraloría médicas de las licencias para sus cotizantes y excluye a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar de la administración y pago de los subsidios.

Asimismo, modifica el diseño del beneficio del subsidio de incapacidad laboral, reduciendo el número de días de carencia de tres a dos días, pero extendiéndolo a todo evento, mediante la eliminación del umbral de los 11 días. Se excluyen expresamente de esta modificación los subsidios por descanso pre y post natal, manteniéndose en estos casos el pago íntegro de las remuneraciones, no así para los subsidios por EGNM.

Por otra parte, se señala como única instancia de reclamo frente al pronunciamiento de Fonasa e Isapre a las respectivas COMPIN. Sin perjuicio de la facultad fiscalizadora de Superintendencia de Seguridad Social en el cumplimiento los ámbitos jurídicos y administrativos que contemplan las instrucciones que la misma Superintendencia dicte.

9 Lineamientos para 2004

9.1 DESARROLLO INFORMÁTICO

9.1.1 Puesta en marcha del sistema de información para garantías AUGE

Inserto en el marco del desarrollo de un sistema de información integrado de salud, que será abordado por etapas sucesivas a partir del próximo año, durante el primer cuatrimestre de 2004 se pondrá en marcha un primer módulo para apoyar la gestión de garantías explícitas de los 17 problemas de salud del Piloto AUGE 2004 y la gestión de listas de espera para otros problemas de salud.

Este sistema de información automatizado, será implantado a lo largo de todo el país, en todos los establecimientos de la red pública de los Servicios de Salud (Consultorios, Hospitales y centros de especialidades - CDT y CRS) y recogerá los requerimientos de los usuarios de los distintos niveles local, regional y nacional, en un formato amigable y autoexplicativo.

9.1.2 Implementación de red de comunicaciones en salud

Actualmente existen diversos tipos de contratos por servicios de comunicaciones establecidos directamente por cada Hospital, Servicios de Salud y Organismos Autónomos, sin uniformidad de criterios y estándares, lo que establece grandes diferencias en términos de calidad de servicios, costos y tecnología involucrada.

El proyecto Red de Comunicaciones Minsal consiste en la implementación de una red de comunicaciones contratada centralmente, que permitirá mejorar sustancialmente el funcionamiento coordinado de la Red Asistencial pública, y que constituirá la base para la implantación de aplicaciones de sistemas de información.

Incluirá los establecimientos dependientes del Minsal y los Consultorios Municipalizados de Atención Primaria, urbanos y rurales en una primera etapa. Posteriormente se incorporarán las postas y estaciones médico rurales.

La red permitirá disponer de comunicaciones expeditas entre los establecimientos asistenciales a lo largo del país, permitiendo la comunicación vía anexos entre ellos, constituyendo una red privada virtual de voz y datos para el sector. Las capacidades serán establecidas de acuerdo a estándares según los tipos de establecimientos.

La ejecución del proyecto no compromete recursos frescos y considera una implementación gradual de acuerdo al estado de vigencia de los contratos existentes.

Para los beneficiarios del sistema de salud público significará una mejor calidad en su atención, ya que facilita agendar las solicitudes de atención médica y las derivaciones de los pacientes entre los distintos establecimientos asistenciales dependiendo de la complejidad de su patología, entre otros aspectos.

9.1.3 Sistema de información de RRHH para el sector público de salud

El 51% del gasto del sector público de salud corresponde al gasto en Personal (Subtítulo 21). Si además sumamos a ello el hecho de que este sector es el más grande, en número de funcionarios, entonces se hace evidente y necesario contar con un sistema que permita administrar de mejor manera la información que se genera a partir de la vida funcionaria.

La gran fuente de información del sector, que además se encuentra computarizada y por ende actualizada y regularizada, es la de remuneraciones a través de un contrato de servicios que se administra centralizadamente y que se opera descentralizadamente. Dicho contrato abarca a 27 de los 29 Servicios de Salud además de FONASA y la Subsecretaría de Salud.

Dicho contrato será renovado en 2004 y en esa renovación se contempla profundizar aspectos relacionados con remuneraciones que mejorarán considerablemente la gestión sobre la administración de personal.

El beneficio de la incorporación de herramientas en el ámbito de la administración de personal tiene un impacto directo en el ordenamiento de los datos de personal y por ende en la eficiencia de la operación y uso de dicha información al interior de los establecimientos, como así también del nivel central. Lo anterior significará importantes ahorros en los gastos de operación asociados a la administración de personal.

El impacto a nivel del público usuario es indirecto y está relacionado con la mejora de la calidad de vida laboral de los funcionarios que atienden público.

9.2 EJES PARA EL 2004

Implementar el proceso de Reforma Solidaria de la Salud

Con los propósitos de adecuar nuestro sistema de salud a las transformaciones epidemiológicas y demográficas, mejorar los logros sanitarios ya alcanzados y elevar la equidad y calidad en el acceso a la salud, continuaremos dando pasos en dirección a una profunda reforma sectorial basada en derechos y garantías explícitas y exigibles para todas las personas; un fuerte énfasis en la promoción y prevención; el fortalecimiento de las capacidades de rectoría y regulación, y la modernización de la gestión.

Mayor equidad en salud para avanzar en Objetivos Sanitarios

La equidad en salud es un imperativo ético y moral. Por ello, deben reducirse las desigualdades evitables e injustas que se observan tanto en el acceso a los servicios de salud como en los resultados sanitarios - comprobable en indicadores como esperanza de vida, riesgo de enfermar, discapacidad y dependencia-, las que están estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas.

Implementar medidas de Autoridad Sanitaria

Fortalecer la autoridad sanitaria en su rol normativo, regulador y fiscalizador; en su capacidad de desarrollar la vigilancia epidemiológica y ambiental, así como también en la protección colectiva de la salud de la población. Debemos, asimismo, transparentar las condiciones de desarrollo del sector privado de salud, así como el rol del sector público. Para implementar la Reforma y regular el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas, se requiere de un Ministerio de Salud rector, con sólidas potestades regulatorias y fiscalizadoras, capaz de detectar nuevos problemas de salud, anticipar soluciones, y controlar aquellos problemas que constituyen amenazas para la sociedad chilena.

Generar medidas de mejoramiento de la red asistencial

El desafío de la Reforma es desarrollar un modelo de atención que enfatice la promoción y la prevención y que se centre en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud. Este modelo persigue maximizar el impacto sanitario de sus acciones mediante un uso racional de los recursos, estimulando aquellas intervenciones que tienen una evidencia científica de resultados eficaces y efectivos. La modernización del modelo de atención implica, también, superar la actual fragmentación del sistema de salud, estableciendo los mecanismos e incentivos que aseguren una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención. Por lo tanto, debemos fortalecer la red asistencial y un nuevo modelo de atención que incremente la capacidad resolutive en la atención primaria, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, con mejoramiento del sistema de referencias y contrarreferencias, así como la coordinación en la atención prehospitalaria y de urgencias. Debemos continuar la integración del conjunto de los establecimientos, con hospitales autogestionados en una fuerte red asistencial, mejorando las acciones de gestión sanitaria, administrativa y financiera. Avanzaremos aún más en la resolución de listas de espera y en la prestaciones necesarias en patologías complejas.

Consolidar situación financiera que permita implementar la Reforma de la Salud

Tenemos la obligación de realizar continuos esfuerzos para incrementar la eficiencia y la calidad del sector salud. Con tal fin, nos comprometemos a mantener una gestión financiera que dé cuenta de una disminución permanente de la deuda de los hospitales y Servicios de Salud. Asimismo, una gestión de recursos humanos eficiente y moderna, una mejor focalización y utilización de los subsidios y una cuenta pública regular de todos los directivos del sistema público.

Consolidar e incrementar las garantías explícitas en salud

A partir del 1º de abril de 2004 Fonasa extenderá a sus beneficiarios garantías explícitas para 12 nuevos problemas de salud en adición a los 5 problemas de salud ya incluidos en el Piloto para un total de 17. Los nuevos problemas son:

- **Infarto Agudo al Miocardio:** Atención médica inmediata con Trombolisis y Prevención secundaria
- **Diabetes Mellitus Tipo 1:** Tratamiento intensificado y autocontrol

- **Esquizofrenia:** Atención integral a personas afectadas por el primer episodio de esquizofrenia
- **Cáncer de Mama:** Confirmación diagnóstica y tratamiento integral
- **Linfoma en Adultos:** Confirmación diagnóstica y tratamiento integral
- **Cáncer de Testículo en Adultos:** Confirmación diagnóstica y tratamiento integral
- **Defectos del Tubo Neural - Disrafias Espinales Abiertas y Cerradas:** Cierre precoz antes de los 72 horas, una vez descartada otra malformación de las disrafias abiertas y diagnóstico y cierre oportuno de las disrafias cerradas
- **Escoliosis:** Resolución quirúrgica
- **Cataratas:** Resolución quirúrgica
- **Artrosis que requiere prótesis de cadera en adultos de 65 años o más:** Resolución quirúrgica
- **Labio leporino y fisura palatina:** Programa de tratamiento integral hasta los 15 años de niños nacidos después de 1998
- **VIH/SIDA:** Triterapia hasta el tercer esquema, con exámenes y controles, para todos los niños y los adultos con criterios clínicos de tratamiento

Los problemas priorizados en esta etapa y los protocolos de atención con las prestaciones asociadas a su resolución fueron definidos por el Ministerio de Salud con la activa colaboración de especialistas, considerando criterios tales como la magnitud del problema, su importancia sanitaria, la carga de enfermedad que representa, la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones, las preferencias sociales, la capacidad de oferta del sistema y otros ámbitos de factibilidad como la sustentabilidad financiera.

Junto con incorporar los nuevos problemas, la propuesta AUGE 2004 mantiene las garantías del Piloto AUGE 2002 - 2003 para los siguientes problemas de salud, con mejoras en la calidad de atención:

- Insuficiencia renal crónica
- Cardiopatías congénitas operables
- Cánceres infantiles
- Cáncer cérvicouterino
- Alivio del dolor y cuidados paliativos para cáncer terminal

Estas 17 prioridades en salud dan cuenta de aproximadamente 28% del total de los años de vida potenciales perdidos², estimados para las defunciones del país en el año 2000. Se estima que las garantías explícitas beneficiarán directamente a más de 75.000 personas con atención de calidad, en conformidad con los protocolos. En relación con la cobertura, la demanda potencial estimada de casos de los 17 problemas de salud significaría un incremento de 42,7% respecto a la demanda satisfecha actualmente.

² Si se suman los avances en cobertura y calidad de atención contemplados para 2004 en los programas de Atención Primaria para hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, infecciones respiratorias agudas en menores de 20 años, enfermedades respiratorias del adulto y depresión, el porcentaje de AVPP abordado sube a 35,34%. Fuente: Departamento de Epidemiología, División de Rectoría y Regulación. Ministerio de Salud. Julio 2003.