



Balance de Gestión Integral

AÑO 2021

Ministerio de Salud

Superintendencia de Salud





Índice

.1. Presentación Cuenta Pública del Ministro del Ramo	3
.2. Resumen Ejecutivo Servicio	28
.3. Resultados de la Gestión año 2018-2021	32
.4. Desafíos para el período de Gobierno 2022	49
.	
.Anexo 1: Identificación de la Institución	50
.	
.	
.	
.Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2018 - 2022	55
.Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas	56
.Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas	56
.	
.	
.	
.Anexo 10a: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional 2018-2021	57
.Anexo 10b: Leyes Promulgadas durante 2018-2021	58
.Anexo 11: Premios o Reconocimientos Institucionales 2018-2021	59

1. Presentación Cuenta Pública del Ministro del Ramo

Ministerio de Salud

La misión de este ministerio es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera.

Esta cartera se compone de la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Superintendencia de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), quienes trabajan de forma coordinada entre sí.

La situación sanitaria de Chile muestra innegables avances, pero también grandes desafíos que requieren ser abordados con sentido de urgencia y realismo, atendiendo las capacidades y recursos disponibles, para lo cual se han implementado un conjunto de medidas que buscan realizar una cirugía mayor a la salud, a través de cinco ejes: reducción de listas de espera, reforma a la salud primaria, Reforma al modelo de atención, Rebaja del precio de los medicamentos y Bienestar y cultura de vida sana.

Por otra parte, la pandemia por COVID-19 ha sido el desafío más complejo de los últimos 100 años para Chile y el mundo, lo que llevó a multiplicar los esfuerzos enfocados en tres pilares fundamentales: 1) la búsqueda de contagios y aislamiento, 2) reforzamiento del sistema de salud para enfrentar la demanda y 3) campaña masiva de vacunación.

Refuerzo de la vigilancia epidemiológica

Para el desarrollo de la vigilancia de COVID-19 en Chile, a través del Departamento de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud Pública, se han abordado distintas estrategias de vigilancia y otros mecanismos de pesquisa de casos de COVID-19, basadas en la historia natural de la enfermedad y otros escenarios particulares. Entre estas estrategias destacan: (i) la vigilancia clínica, (ii) la incorporación del COVID-19 a la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), lo cual se extendió a todos los establecimientos de salud del país, (iii) la búsqueda

activa de casos, (iv) el monitoreo de resultados de laboratorios, (v) el monitoreo de viajeros e instauración de aduanas sanitarias a lo largo de todo el territorio nacional, (vi) la vigilancia de brotes en ambientes familiares, laborales y otros grupos específicos, (vii) las normas y disposiciones de vigilancia genómica en conjunto con el Instituto de Salud Pública (ISP), y (viii) el monitoreo de defunciones en colaboración con el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA)

Para contener la pandemia y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Minsal implementó la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA), a partir del fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública al reorganizar las funciones y tareas de la Autoridad Sanitaria, y propiciando una articulación eficaz entre los distintos actores del sistema de salud chileno liderado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremi), Servicios de Salud (SS) y Atención Primaria de Salud (APS).

- **Testeo:** Componente que se basa en el fortalecimiento de la atención médica y la búsqueda activa de casos, cuyo objetivo es aumentar la pesquisa de casos de COVID-19, estrategia que se llevó a cabo no solo en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), sino que también en móviles dispuestos en las distintas comunas del país. Al día de hoy existen móviles en todo el territorio nacional que se mueven a distintas zonas de cada región. Para saber dónde ubicarlos se trabajó con varias estrategias: zonas de calor con mayor número de casos activos, zonas de clúster, presencia de población de riesgo, zonas de hacinamiento, zonas con viviendas comunitarias, zonas con acceso limitado a servicios básicos, entre otros. Además, se implementaron los test de detección rápida de antígenos lo que ha permitido trazar y aislar rápidamente a los casos positivos y llegar a mayor cantidad de personas. A la fecha este test se ha implementado en las 16 regiones del país.
- **Trazabilidad:** Corresponde a la acción de limitar la transmisión del virus de persona a persona, mediante la detección rápida de casos de COVID-19 y la identificación y seguimiento de sus contactos estrechos para resguardar el cumplimiento efectivo de las medidas de aislamiento.
- **Aislamiento:** se implementaron “Residencias Sanitarias”, que son instalaciones destinadas para el aislamiento temporal de los usuarios que han sido contacto estrecho, sospechosos, confirmados o probablemente contagiados de COVID-19, que tienen una enfermedad leve y que no pueden realizar una cuarentena efectiva en sus domicilios, ya que ponen en riesgo a su entorno social y familiar. Son gratuitas y ofrecen alimento y monitoreo de salud durante el periodo de aislamiento.

Gestión de Red Integrada

A través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha tenido la facultad de monitorear la oferta y demanda de camas críticas del sistema público y privado, siendo la gestión de habilitación de camas y la derivación de pacientes unas de las principales iniciativas.

- Gestión de habilitación de camas: Durante el año 2020, en la Red Integrada de Salud se habilitaron un máximo de 3.216 camas UCI. Sin embargo, dada la situación epidemiológica del primer semestre 2021 y el aumento de demanda en la mayoría de las regiones del país, el 29 de abril de 2021, la red habilitó 4.538 camas UCI, siendo el mayor número de camas habilitadas durante la pandemia.
- Derivación de pacientes a lo largo de Chile: Desde junio de 2020 a la fecha se han realizado más de 10.000 derivaciones.

Vacunación contra el COVID-19

Minsal, a través del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), trabajó todo el año 2020 en una propuesta de plan de vacunación contra el COVID-19. La primera vacuna en llegar a Chile, el 24 de diciembre de 2020, fue Pfizer-BioNTech (BNT162b2®), de la cual se adquirieron diez millones 100 mil 25 dosis, que fueron distribuidas durante todo el 2021. Al año de este gran desafío, Chile es el país de la OCDE que más dosis ha administrado: 242,96 por 100 personas, de acuerdo a Our World in Data, gracias a miles de funcionarios y funcionarias de la salud a lo largo de todo Chile.

Por otra parte, cada una de las instituciones que forman parte del Ministerio de Salud, colaboraron dentro de sus competencias en el combate contra la pandemia por COVID-19, a través de distintas iniciativas:

Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

Tras la declaración de Alerta Sanitaria, Fonasa ha generado una serie de normativas y medidas tendientes a facilitar el mejor cumplimiento de los objetivos de salud pública en la pandemia y apoyar, a su vez, la gestión hospitalaria que ha dispuesto el Minsal, implementando distintas iniciativas para facilitar el acceso, protección financiera y continuidad de las atenciones que requieren las personas.

Instituto de Salud Pública (ISP)

La pandemia de COVID-19 le exigió al ISP robustecer su trabajo, a través del Departamento de Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia, con el desarrollo del ensayo de diagnóstico para detectar SARS-CoV-2, por medio de la técnica de PCR en tiempo real, cuando en Chile aún no había acceso a kits comerciales para el diagnóstico de la enfermedad. De esta manera, el 3 de marzo de 2020 el ISP pudo confirmar el primer caso de COVID-19 en territorio nacional, por medio de esta técnica desarrollada.

Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast)

En el contexto de pandemia, a Cenabast le ha correspondido la tarea primordial de abastecer al sistema público de salud, enfocándose en la provisión de fármacos para pacientes en Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) y Elementos de Protección Personal (EPP). A pesar del importante aumento en el volumen de operaciones evidenciado en los últimos cinco años, ha sido capaz de asegurar el abastecimiento de productos farmacéuticos a la Red Integrada de Salud.

Superintendencia de Salud

Durante la pandemia se realizaron una serie de acciones relacionadas con fiscalización, monitoreo de licencias médicas, prestaciones hospitalarias y ambulatorias, consultas médicas vía atención remota y gestión de reclamos y consultas.

Paralelamente al combate de la pandemia, este Ministerio ha debido continuar con las estrategias planificadas para mantener el compromiso de construir un modelo de salud óptimo.

Cinco ejes fundamentales:

Reducción de Listas de espera

Al cierre del 2019 se destacó la reducción de tiempos de espera para la lista quirúrgica No Ges (Garantías Explicitas de Salud), pasando de un promedio de 385 días en el año 2018 a 329 días en el año 2019.

Esto fue posible llevando a cabo las siguientes medidas:

- Optimización de procesos de agendamiento y pre-operatorio para disminuir suspensiones de intervenciones quirúrgicas, resguardando la resolución de casos más antiguos.
- Resguardo del 35 por ciento mínimo de programación de consultas nuevas de especialidad.
- Instalación de Contraloría Clínica y médicos priorizadores.
- Protocolización del alta médica en la atención ambulatoria en especialidades priorizadas sobre problemas de salud más frecuentes.
- Optimización de la estadía acorde a cada complejidad de paciente, mediante el monitoreo de indicadores asociados a eficiencia según complejidad y estada vía Grupos Relacionados Diagnósticos (GRD).
- Generación de operativos móviles de consultas médicas de especialistas e intervenciones quirúrgicas.

Si bien, el número de casos de espera de una intervención quirúrgica no aumentó durante el año 2020 producto de la pandemia, lo que se vio afectado fue el tiempo que un paciente espera por atención, llegando a un promedio de 558 días en el año 2021.

Reforma a la salud primaria: consultorios y cesfam modernos y resolutivos

- **Salud Digital:** es un nuevo modelo de atención en salud, centrado en el paciente, y que aprovecha el potencial de las tecnologías para acercar la atención a las personas, instalando una alternativa al modelo tradicional (basado en una red de establecimientos físicos y con restricción de horarios). De esta forma se espera seguir transformando y modernizando el sistema público de salud en Chile. La plataforma web de Salud Digital, presentada en mayo de 2019, es de acceso ciudadano, permitiendo a todas las personas utilizar la plataforma, independientemente de su previsión de salud, en la cual se puede acceder con más facilidad y rapidez a la atención médica general, iniciar tratamientos de manera más rápida y oportuna, ahorrar tiempo y desplazamientos innecesarios para conseguir una atención de salud o realizar trámites asociados, incluyendo el agendamiento de horas de manera remota y acceder a información de salud relevante, como su historial médico, recetas médicas electrónicas, entre otras.
- **Mejoramiento del acceso a la atención odontológica:** Este programa considera la realización de actividades dentales generales y de especialidad en centros de salud de la red de atención primaria, con acciones de promoción, prevención, rehabilitación primaria y rehabilitación de atención de especialidad, según la condición de los usuarios. Durante los últimos 2 años se realizaron más de 1.000.000 de atenciones odontológicas.
- **Creación de unidades médicas:** Durante el año 2018 se iniciaron actividades en diez Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y cinco Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas (Uaporrrinos). En 2019, se incorporaron a la operación tres (UAPO) y seis (Uaporrrinos) respectivamente y en el año 2020, iniciaron actividades ocho (UAPO) y seis (Uaporrrinos) y nueve Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas. Realizando durante el 2021 más de 2 millones de atenciones entre oftalmología y otorrinolaringología, incluidos procedimientos de especialidad.
- **Rehabilitación integral:** El programa tiene por objetivo ampliar la cobertura de rehabilitación, buscando mejorar la capacidad y el acceso a través de la implementación de Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) en todos los establecimientos de la atención primaria. Al término del año 2018 se alcanzó un total de 258 Salas de Rehabilitación con Base Comunitaria, 39 Salas de Rehabilitación

Integral y 38 equipos rurales, implementados en establecimientos de la atención primaria. Alcanzando en el año 2020 un total de 306 salas RBC, 40 salas de Rehabilitación Integral y 38 equipos rurales. Además, se incorporaron distintas estrategias producto de la emergencia sanitaria, las cuales se han enfocado principalmente en la rehabilitación a distancia, atenciones y seguimientos remotos, y atenciones domiciliarias del equipo de salud, donde realizan prestaciones de rehabilitación y educación a sus cuidadores, con el fin de enseñarles a apoyar a su familiar que presente alguna discapacidad transitoria o definitiva, lo que se mantiene a la fecha.

- Salud del migrante: En el año 2018, el programa de reforzamiento Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes permitió mantener bajo control a más de 14.000 gestantes con riesgo psicosocial y 18.000 niños y niñas de entre un mes a nueve años. Por otra parte, fueron capacitados más de 7.000 funcionarios en materia de atención a población migrante. Adicionalmente, el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes alcanzó una cobertura de 23 comunas y permitió desarrollar acciones de difusión y capacitación en derechos y deberes en salud, además de actividades comunitarias y de participación social. El programa también incluye un componente de acceso y calidad de la atención, que busca desarrollar estrategias locales para mejorar el acceso a la atención de salud, especialmente con la contratación de mediadores interculturales o facilitadores lingüísticos, que se desempeñen en establecimientos de APS en la red comunitaria y en la coordinación con la red hospitalaria que corresponda a las comunas, los que actualmente son cerca de 80. A fines de 2018 se desarrolló la campaña comunicacional “La salud no tiene fronteras”, la que contribuyó a reducir la brecha de acceso, además de difundir los derechos en salud a las personas migrantes, informando sobre oferta programática y cómo funciona el sistema de salud chileno. En abril de 2019, se desarrolló el Comité Técnico Asesor de Migración y Salud, que está compuesto por expertos, representantes de Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Universidades y representantes de la Sociedad Civil, como el Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) y el Instituto Católico Chileno de Migración (Incami). El comité está compuesto de un equipo multidisciplinario, de las ciencias biomédicas y sociales, que busca responder a la complejidad de la migración, además de contribuir a las estrategias para disminuir el acceso a la población migrante. En el año 2020, la población extranjera beneficiaria de Fonasa alcanzó un total de un millón 81 mil 819 personas, lo que significó un aumento de 5,5 por ciento con respecto al año 2019. Por último, se desarrolló un Plan de Acción de Migración y Salud 2019-2024, que busca implementar la Política de Salud de Migrantes de manera progresiva.
- Estrategia de cuidado integral en las personas (ecicep): En contexto de multimorbilidad, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad en la misma línea del fortalecimiento de la atención integral y resolutive, durante el año 2020 comenzó la implementación gradual en Atención Primaria de ECICEP.

Dicha estrategia cambia el modelo de atención, desde la fragmentación por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas al cuidado integral centrado en la persona a través de atenciones de salud diferenciadas de acuerdo al nivel de riesgo de cada persona. Esta clasificación es obtenida mediante un proceso de estratificación de riesgo (conteo simple ponderado de patologías crónicas).

Además, se conformaron equipos gestores de la estrategia en Minsal, con la participación de ambas subsecretarías, y en nueve Servicios de Salud, se inició la formación en herramientas básicas para la implementación de la estrategia y estratificando a la población según criterios establecidos en ECICEP, en todos los establecimientos de salud que cuentan con registro clínico electrónico.

- Salud responde: Durante el año 2018 el Programa Salud Responde atendió 710.314 consultas (333.010 administrativas y 377.981 asistenciales), lo cual representó un incremento aproximado del 13%, respecto al mismo período de 2017. Adicional a esto el 91% de los usuarios que son atendidos en Salud Responde (tanto en llamadas administrativas como asistenciales) califica el servicio con nota 6 o superior, en una escala de 1 a 7.

Durante el año 2020, Salud Responde atendió más de 2.000.000 de consultas (1.000.057 administrativas y 1.000.010 clínicas o asistenciales), lo cual representa un incremento de 177% por ciento respecto al año anterior. Además, se consolidó la atención a través de redes sociales, donde se resolvieron 11.300 consultas, y se masificó el uso de la página web www.saludresponde.minsal.cl, la cual acumuló 3.440.000 visitas donde a pesar de la pandemia el 92% de los usuarios atendidos en Salud Responde califica el servicio con nota 6 o superior, en una escala de 1 a 7. Terminando el año 2021 con 2.050.947 consultas atendidas.

Reforma al modelo de atención, salud digna y oportuna

Eficiencia y productividad

A diciembre de 2018 se logró un incremento aproximado de 11% de las cirugías realizadas, en comparación con el mismo período en 2017. Se avanzó hacia una mayor eficiencia del uso de los recursos, observándose un incremento en la ocupación de los pabellones, del 52% en 2017 a 56% el año 2018. En los hospitales de mediana complejidad se incrementó la ocupación de pabellones en 52% durante 2018, en comparación con lo ocurrido en 2017, cuando se obtuvo un alza de 24%, debido a una mejor gestión de la red. Esto tiene como implicancia una liberación de espacio en los hospitales de alta complejidad, al conducir cirugías que históricamente se realizaban en esos establecimientos, a hospitales de mediana complejidad.

Para el año 2019 las intervenciones quirúrgicas tuvieron un incremento del 2% con respecto al año anterior; si separamos el análisis por periodos, se observó un crecimiento de 6% de enero a septiembre del año 2019 contra el mismo periodo del año anterior, mientras que en el periodo de octubre-diciembre hubo una caída de 10% con respecto al mismo periodo en el año 2018.

Durante el año 2020, la pandemia provocó un impacto en la actividad quirúrgica electiva, ya que un porcentaje de los quirófanos fueron redestinados a hospitalización de pacientes COVID- 19, al igual que el uso de máquinas de anestesia como terapia ventilatoria invasiva.

Según datos de la Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos (UGCQ), la actividad en los quirófanos de urgencia aumentó un 19 por ciento de enero a mayo 2020 versus el 2019; mientras que la producción quirúrgica electiva disminuyó en un 38 por ciento, en el mismo periodo. Dada la situación, se está trabajando en un plan de reactivación de las cirugías electivas poniendo énfasis en la prioridad clínica de los pacientes, el resguardo del personal clínico y la optimización de los recursos disponibles, de acuerdo a la situación epidemiológica local

Menos gasto en compras

Se amplió la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) para compras vía Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast) desde los hospitales, de 223 a 814 productos, lo cual permitirá generar ahorros durante el año 2019.

Se destaca, además, la creación de un canal expedito de compra por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras agencias internacionales, que ha permitido obtener menores precios en medicamentos, pudiendo ampliar las coberturas con los mismos recursos.

Otra de las estrategias que fueron impulsadas por los ministerios de Salud y de Hacienda fue generar ahorro en las compras de insumos básicos para los centros de salud. Para ello, la Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza compras conjuntas para los hospitales, agregando demanda para obtener mejores precios y mayor ahorro.

Avances en infraestructura

- Proyectos Hospitalarios: La mayor inversión en infraestructura de salud pública se ha realizado entre los años 2018 y 2022. El Plan Nacional de Inversiones, en su primer año de vigencia, ejecutó un total de 348.804.812 mil millones de pesos, 620.271.927 mil millones de pesos durante el año 2019 y un total de 483.636.730 mil millones de pesos el

año 2020, mientras que para el 2021 se contó con un presupuesto de más de 650 mil millones de pesos.

A abril de 2021, se finalizaron once proyectos, 33 se encuentran en ejecución de obras civiles o adjudicados, y trece recintos están en proceso de licitación.

Los recintos terminados son: (i) Hospital Carlos Cisternas de Antofagasta, (ii) EPCA de Coquimbo, (iii) Hospital de Ovalle, (iv) Hospital Gustavo Fricke (Etapa I), (v) Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, (vi) HUAP Edificio Monseñor Valech, (vii) Hospital Félix Bulnes Cerda, (viii) Hospital Dr. Mauricio Heyermann de Angol, (ix) Hospital Padre Las Casas, (x) Hospital Dr. Eduardo González de Cunco y (xi) Hospital de Cochrane.

- Atención Primaria de Salud (APS): En APS se contabilizan 89 establecimientos terminados, que se sumarán a la Red Asistencial para entregar más y mejor cobertura a la población usuaria, entre los cuales se consideran: 42 Centros de Salud Familiar (Cesfam), 34 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), doce Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf) y una Posta de Salud Rural, en la comuna de Huara. Además, actualmente existen 41 proyectos APS en ejecución y 27 en licitación.

Otros proyectos de inversión

- Adquisición de ambulancias y mamógrafos: La adquisición de vehículos y ambulancias es fundamental para el correcto funcionamiento de la red asistencial. Desde marzo de 2018 se han financiado un total de 366 vehículos con recursos sectoriales, de los cuales 241 son ambulancias. Durante el año 2021 se seguirá potenciando esta línea de inversión, conforme los Servicios de Salud presenten proyectos que cumplan con la normativa.

En el marco de la estrategia “Mejoramiento de la Resolutividad en la Atención Primaria de Salud” y el “Plan Nacional del Cáncer 2018-2022”, la División de Inversiones, en conjunto con la División de Atención Primaria (Divap) elaboraron un plan de inversión que considera la instalación de equipos de mamografía digital 2D para screening en Cesfam y hospitales comunitarios, que se encuentran conectados a Hospital Digital para el análisis centralizado de imágenes. Se han adquirido 33 mamógrafos a lo largo del país: 25 fijos en recintos APS u hospitales comunitarios, y ocho móviles que brindarán atención en distintos puntos de la zona asignada.

- Mi Consultorio se Pone a Punto: Durante el año 2020, el programa de Conservación de Infraestructura para los diferentes recintos asistenciales de APS, aprobó 427 iniciativas de todos los Servicios de Salud del país, incluyendo en este monto a la comuna de Iquique, con quince recintos que fueron afectados por las lluvias altiplánicas de

febrero de 2019. A marzo de 2021, los Servicios de Salud se encuentran en proceso de finalización de obras por arrastre, mientras que la compra de equipos médicos está totalmente ejecutada.

- Ley “Consultorio Seguro”: El 13 de diciembre de 2019, se publicó en el Diario Oficial la Ley “Consultorio Seguro”, entrando en vigencia una nueva legislación que aumenta las sanciones para las personas que agreden a funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones. Debido al aumento exponencial de ataques a funcionarios de recintos de salud, durante 2019 se instalaron sistemas de alarmas de pánico y videograbación en recintos de atención primaria. En conjunto con la Divap y Confusam, se definieron 23 centros asistenciales críticos en donde se realizó la instalación del llamado “Kit de Seguridad”.
- Compras centralizadas: En coordinación con Chilecompras y enmarcados en la estrategia asociada a la adecuada inversión de los recursos públicos, el proceso de compras colaborativas impulsado para ciertas iniciativas piloto lanzadas el año 2018, permitió estandarizar procesos y aprovechar economías de escala, esperando lograr así ahorros en comparación a procesos de compra desagregados de demanda. Esta experiencia permitió coordinar en este plan piloto a 29 servicios de salud y algunos de sus hospitales asociados, buscando así, a través de la agregación de la demanda, mejorar el precio de estos insumos.

Para el periodo contable 2019, se realizaron compras colaborativas en artículos de aseo, de escritorio y tóner, con un ahorro estimado que bordeó los 800 millones de pesos.

A lo anterior, se sumó la compra centralizada de energía y potencia eléctrica en la que participaron 44 establecimientos, luego de lo cual y una vez adjudicada la misma, se proyectan ahorros de alrededor de 30 millones de dólares para los próximos 6 años dadas las características de la licitación.

Programa de formación de especialistas del sector público

Este programa se estructura en tres ciclos de formación:

1. Etapa destinación: aquellos médicos y/o odontólogos egresados que primero cumplen con su destinación en centros de atención primaria u hospitales comunitarios en localidades rurales o urbanas con vulnerabilidad social, por un período de tiempo de tres a seis años, para luego poder acceder a la etapa de formación como especialista. A estos profesionales se les denomina Médicos EDF (Etapa de Destinación y Formación, ex Médicos Generales de Zona). En 2018 ingresaron 358 nuevos médicos generales como refuerzo a los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

2. Etapa formación: corresponde a los médicos y/o odontólogos que están realizando sus estudios en la especialidad seleccionada. En 2018 ingresaron mil 100 nuevas personas a esta etapa, considerando los concursos publicados por el ministerio o los médicos EDF que ya finalizaron su destinación.
3. Período Asistencial Obligatorio (PAO): corresponde a los profesionales que ya finalizaron su etapa de formación, por lo cual, en su calidad de especialistas, están destinados a trabajar durante seis años en hospitales públicos. En 2018 ingresaron 986 nuevos especialistas al sistema público.

Red de urgencia: servicio de atención médico de urgencias (SAMU)

Durante el año 2018 se logró implementar, en el 50% de los centros reguladores del país, tecnologías de comunicación de punta, las que dotaron al sistema de un modelo interconectado mucho más seguro, disponible más del 98% del tiempo y que ha permitido reducir considerablemente las llamadas perdidas.

Además, se han materializado soluciones para enlace radial de ambulancias SAMU, que permiten establecer comunicaciones radiales entre Arica y Punta Arenas con respaldo satelital, logrando una interconexión de más de 4.000 kilómetros. De esta manera, se consolida un sistema robusto y eficiente que disminuye la vulnerabilidad frente a eventuales catástrofes.

Optimización procesos de licencias médicas

Teniendo como principal foco mejorar el modelo de atención a la población, en 2019 se continuó con el levantamiento y rediseño de procesos, reforzando los siguientes ejes: (i) transformación digital, (ii) mejora de los canales disponibles, contemplando nuevas funcionalidades y un mejor interfaz para el usuario, y (iii) vinculación con otros actores asociados al proceso y tramitación de licencias médicas y otros servicios que entrega la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), logrando una interoperabilidad entre organismos públicos. Para ello, se realizaron ajustes normativos dentro de la estructura organizacional, que permitieron generar la estandarización de macro procesos.

Dentro de los principales resultados en materia de licencias médicas, destacan:

- Automatización de procesos internos
- Disminución en los tiempos de tramitación
- Incremento en la cantidad de licencias resueltas
- Incremento en la emisión de licencia médica electrónica, con respecto a la de papel
- Querellas por mal uso de licencias
- Implementación isa-20585: digitalización de licencias médicas modificadas
- Mejoramiento de las dependencias de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin)
- Capacitación a funcionarios

- Obligatoriedad de emisión de licencias médicas electrónicas y Ley Sanna

Fortalecimiento de fondo nacional de salud (Fonasa)

Las necesidades de la población en materia de salud se encuentran en una transición acelerada, confluyendo hacia la realidad que se observa en países desarrollados y esto impone desafíos importantes para todos los actores del quehacer sanitario. Fortalecer el rol de Fonasa es de suma importancia para tener políticas públicas modernas con financiamiento y protección enfocados en objetivos sanitarios y sociales, así como una atención centrada en el bienestar de sus asegurados.

Fonasa puede cumplir un rol más activo en este esquema, fortaleciéndose con la finalidad de ser un verdadero “Seguro Público” que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria. Esto implica que, progresivamente, avance en convertirse en un garante en el sistema de salud para sus beneficiarios.

Con este objetivo en mente, y los desafíos planteados en el Programa de Gobierno en materia de salud, Fonasa durante el 2018 comenzó una modernización tendiente a cumplir con las necesidades de sus beneficiarios, lo que ha arrojado importantes beneficios para la ciudadanía como, por ejemplo:

- En julio del año 2019 se implementó el Decreto GES N° 22, que incorpora cinco patologías GES nuevas, pasando de 80 a 85 patologías. Los problemas de salud incorporados fueron cuatro tipos de cáncer y alzhéimer, los que contarán con las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, al igual que el resto de las 80 patologías. Adicionalmente, se realizaron mejoras en algunas de las canastas existentes.
- Para el año 2020 se logró aumentar el aporte otorgado a la Atención Primaria por beneficiario o beneficiaria a 7 mil 200 pesos. Esto significa un monto total de más de 2 mil millones de pesos y un aumento de un 14% con respecto al año 2019, el mayor aumento en los últimos cinco años.
- Fonasa buscó obtener precios preferentes para medicamentos en farmacias, a través de una licitación pública, sin requerir el uso de recursos fiscales, llamó a todas las farmacias del país a que ofertaran precios preferentes en medicamentos incluidos en un vademécum desarrollado por Fonasa. El criterio utilizado para escoger los fármacos se basó en que: ayuden a cumplir los objetivos sanitarios, sean usados para el tratamiento de enfermedades crónicas, pediátricos, de alto costo y los más vendidos en el mercado farmacéutico durante el año 2018. Las licitaciones obtuvieron precios preferentes para más de 12 mil 700 medicamentos. Los precios obtenidos constituyen un ahorro en el gasto

de bolsillo que va desde el 15% al 87% del precio de lista de cada medicamento, los que entraron en vigencia entre octubre y diciembre del año 2019, de acuerdo a cada licitación, con una vigencia de dos años a partir de esa fecha.

- En un año marcado por la pandemia del COVID-19, el gasto realizado por Fonasa en licencias médicas fue sumamente significativo, donde el 2020, Fonasa autorizó y pagó 4.020.074 licencias equivalente a un promedio mensual de más de 335 mil licencias pagadas. Si bien, estas cifras resultan similares a las de 2019, el gasto destinado al pago de licencias médicas se vio incrementado en un 16% real entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020.
- Establecimiento de precios base Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD) en los Servicios de Salud: En el mundo de la transferencia de los recursos que hace Fonasa, en 2020 se generó una mejora en el mecanismo de compra y pago de servicios, gracias a la Ley de Presupuestos, que incorporó un nuevo programa de financiamiento en la Partida 16 del Minsal, en el capítulo correspondiente a Fonasa, que se denomina “Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico”. Este nuevo modelo, que se aplica a 65 hospitales de alta y mediana complejidad de la Red Pública, busca mejorar el uso de los recursos financieros y hospitalarios, mediante la herramienta GRD. Gracias a este mecanismo se alinea la gestión clínica con una asignación eficiente de los recursos públicos, ya que relaciona el gasto esperado con el nivel de actividad, incluyendo incentivos para mejorar el acceso y oportunidad de la atención.
- GES Segundo Prestador: En esta línea, se destaca que, en 2020, 4 mil 30 casos fueron derivados a un segundo prestador, de los cuales, más del 50% de las derivaciones realizadas a otros prestadores corresponden a personas que presentaron alguno de los siguientes problemas de salud o requirieron de las siguientes prestaciones o tratamientos: (i) endoprótesis de cadera, (ii) cáncer de mama, (iii) colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula, (iv) cáncer colorectal y (v) tratamiento quirúrgico de cataratas.
- Convenios con Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM): Fonasa continúa gestionando convenios con los ELEAM, generando el pago de un conjunto de atenciones y servicios de salud (canastas), para personas mayores que se encuentran residiendo en estas instituciones. Gracias a estos convenios, en 2020 se otorgó atención a 1.721 personas, de las cuales el 70% corresponde a población residente en hogares de la Fundación Las Rosas.

Plan nacional de inmunizaciones

El Ministerio de Salud proporciona en forma gratuita las vacunas contenidas en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) a las que tiene acceso garantizado toda la población, según Decreto de Obligatoriedad vigente. El calendario de vacunación está diseñado para proteger a la población en todas las etapas del curso de vida, en especial cuando existe mayor vulnerabilidad en cada grupo objetivo.

En este contexto y para el año 2019 se incorporan al calendario como vacunas programáticas las siguientes:

- Vacuna contra Hepatitis B al recién nacido.
- Vacuna Hexavalente a los seis y 18 meses: reemplazados por la Vacuna Pentavalente y Polio (iniciada el 1 de diciembre de 2018).
- Vacuna contra Virus Papiloma Humano (VPH) en niños: primera dosis de la vacuna durante el año 2019 y entrega de la segunda dosis a partir del año 2020.

En marzo 2019 se decretó la vacunación obligatoria contra la influenza a los siguientes grupos de la población:

- Personal de salud.
- Embarazadas, a partir de la treceava semana de gestación.
- Niños y niñas de edades comprendidas entre los seis meses a cinco años.
- Adultos de 65 años y más.
- Enfermos crónicos entre seis y 64 años.
- Trabajadores de avícolas y criaderos de cerdos.

En marzo 2020, se extendió la vacunación a escolares que cursan desde primero a quinto básico, y a todas las embarazadas, independiente de la fase de gestación en que se encuentren.

Por otra parte, durante el 2020, se destaca la incorporación de la vacuna contra la Varicela a partir del segundo semestre, logrando inocular a 80.060 personas, que corresponde al 76,2% de la población esperada.

Rebaja el precio de los medicamentos: más competencia y transparencia

Durante el año 2018 se trabajó en el desarrollo del Observatorio de Precios Internacionales de Medicamentos, dependiente de Cenabast, el cual ya está implementado y fue presentado a comienzos de 2019. Este permite, además de transparentar los precios de los proveedores, poder negociar con ellos mediante benchmark o comparadores internacionales.

Con el objetivo de fomentar la transparencia y competencia, en mayo del año 2018 se lanzó el sitio web tufarmacia.gob.cl, que permite a los usuarios comparar

precios de medicamentos en distintas farmacias, destacando los productos bioequivalentes y la georreferenciación, permitiendo el acceso a la opción más conveniente. Se logró establecer 130 convenios con farmacias y cadenas, las cuales voluntariamente se comprometen a informar sus valores en el comparador de precios (61 locales de farmacias independientes, 67 locales de farmacias municipales y dos grandes cadenas, que equivalen a mil 675 locales).

Mayor uso de bioequivalentes y autorizaciones sanitarias

Durante el año 2018, desde el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) se establecieron acciones para avanzar a paso firme hacia una Política de Intercambiabilidad de Medicamentos, considerando que aproximadamente el 65 por ciento de los productos farmacéuticos en circulación no se encontraban afectos a la normativa. En este sentido, las siguientes fueron las principales acciones realizadas:

- Se duplicaron las moléculas afectas de 189 a 383, incorporando 194 nuevas, estableciendo una gradualidad de cumplimiento en 18 y 36 meses, a través del Decreto N° 115 exento, publicado en noviembre del año 2018. A 2022, se proyecta un acumulado de 600 moléculas afectas a demostrar bioequivalencia.
- Considerando los más de 2 mil medicamentos en formas farmacéuticas acuosas que no han demostrado Equivalencia Terapéutica (EQT) y a raíz de la dificultad técnica que la industria farmacéutica tuvo para cumplir con la exigencia, se emite el Decreto N° 112 exento, en noviembre de 2018, mediante el cual se establecen criterios técnicos y se amplía a dos años el plazo para cumplir con la exigencia.
- Se trabajó en la propuesta de modificación del Decreto Supremo N° 3 “Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano”, estableciendo en ese cuerpo normativo, extender la obligatoriedad a todo nuevo registro sanitario de medicamentos, la demostración de Equivalencia Terapéutica en un plazo de cuatro años.
- Por otra parte, como Autoridad Sanitaria, el Instituto de Salud Pública de Chile generó 331 mil 101 autorizaciones y certificados relacionados con registro de medicamentos y cosméticos. En este aspecto, es importante resaltar el trabajo realizado durante el año 2018 para resolver las solicitudes de registro de medicamentos que se encontraban pendientes del período anterior, a través del fortalecimiento del proceso de registro simplificado de medicamentos (actualización del flujo de procesos y ajustes en los sistemas de información). Con todo ello, se logró evaluar 541 solicitudes pendientes del año 2017 y 482 del año 2018, totalizando mil 23 evaluaciones de solicitudes, un 154 por ciento más que lo realizado en el año 2017.

Modificaciones a las canastas farmacéuticas de las garantías explícitas en salud (GES)

El año 2018 culminó con la elaboración del Decreto GES para el período 2019-2022, el cual modificó tratamientos farmacológicos (VIH, Fibrosis Quística y Hepatitis C), que permiten disminuir los aranceles y por ende los copagos de los pacientes, impactando directamente en el gasto de bolsillo para personas con enfermedades de alto costo.

Formulación proyecto de ley de fármacos II

El día 7 de mayo del año 2019 se presentaron nuevas indicaciones del proyecto de ley de Fármacos II (Boletín N° 9914-11), el cual actualmente fue aprobado por la comisión de Hacienda de la cámara, y se encuentra en segundo trámite constitucional en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. A la fecha se han aprobado las siguientes indicaciones:

- Receta obligatoria por Denominación Común Internacional (DCI).
 - Venta de medicamentos en plataformas digitales (canal de distribución de farmacias físicas).
 - Retornar la atribución de fiscalización al Ministerio de Salud, a través de las Seremis.
 - Política de intercambiabilidad.
 - Regulación de dispositivos médicos.
-
- Venta de medicamentos OTC (“Over The Counter”: corresponde a aquellos que no requieren receta) fuera de la farmacia.

Durante los siguientes años, adicional a lo anterior el Gobierno de Chile asumió la responsabilidad de facilitar el acceso a medicamentos de la población, avanzando de manera progresiva, significativa y decidida en la construcción de políticas públicas para el acceso equitativo y universal a estos elementos de vital importancia, realizando diversas acciones y concretando coberturas garantizadas que logren impactar favorablemente la salud y/o calidad de vida de las personas. Es así que se ha avanzado en las garantías farmacológicas por intermedio del GES/AUGE con cinco nuevas patologías cubiertas en sus fármacos y atenciones, además en nueve enfermedades por medio de la Ley Ricarte Soto, el uso de las tecnologías sanitarias asociadas y de alto costo, cubriendo así las necesidades de medicamentos de la población con alto impacto sanitario. Elaborando de esta forma 31 medidas que contempla el Plan Nacional de Medicamentos, en las cuales se trabajó en el aumento de los medicamentos bioequivalentes, lo que se materializó en la campaña institucional “Exige el Amarillo”, cuyo objetivo principal es mejorar la disponibilidad de medicamentos a los usuarios, así como también reducir el gasto de bolsillo de las familias. Junto con esto, las Secretarías Regionales Ministeriales, con la colaboración del ISP, trabajaron para reforzar la fiscalización a las farmacias, a fin de que estas cumplieran con la normativa.

En el marco de mejorar el acceso de medicamentos y disminución de gasto de bolsillo se realizaron tres importantes regulaciones, que permitirán a las personas importar sus medicamentos y así acceder a productos no disponibles en el país,

comprar medicamentos electrónicamente, garantizando la transparencia y mayor competencia en la venta en un sector que no estaba regulado y adquirir medicamentos en la cantidad justa para su tratamiento farmacológico asegurando que todas las farmacias del país ofrezcan el servicio de fraccionamiento de envases.

Manteniendo el foco en mejorar el acceso a medicamentos de alta calidad y bajo costo es que se impulsaron proyectos como Ley de Fármacos II y el Seguro Catastrófico; la implementación de normativas para aumentar la disposición de medicamentos bioequivalentes, y nuevas normas que permitirán garantizar el acceso de los remedios a la población, como la habilitación de almacenes farmacéuticos en lugares donde no existan farmacias o el despacho a domicilio para las personas con dependencia severa.

El último avance en esta materia fue la publicación en el Diario Oficial de la Ley N° 21.198, que amplía las facultades de la Central de Abastecimiento (Cenabast) para que intermedie en la compra de medicamentos para las farmacias privadas y almacenes farmacéuticos, acción que solo estaba circunscrita para hospitales y consultorios del país. La ley pretende generar un escenario más competitivo en materia de precios y acceso a medicamentos, permitiendo por primera vez que almacenes farmacéuticos, farmacias de barrio, comunales y de cadenas, adquieran remedios a través del sistema de compra que realiza Cenabast, a precios más económicos.

Bienestar y cultura de vida sana

Plan nacional de cáncer y proyecto de ley de cáncer

El 4 de diciembre del año 2018, el Presidente de la República y el Ministro de Salud presentaron el Plan Nacional de Cáncer, cuyo objetivo es disminuir tanto la incidencia como la mortalidad atribuible a la enfermedad, a través de estrategias y acciones que faciliten la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, cuidados paliativos y seguimiento de pacientes, para mejorar su sobrevida y calidad de vida.

Los ejes de acción del plan se resumen en:

- Promoción, educación y prevención: crear conciencia respecto a la importancia del cáncer y el rol de la sociedad civil en la prevención y tratamiento; fortalecer estilos de vida saludable para el autocuidado de la población y mejorar cobertura de inmunización como estrategia de prevención.
- Cuidados paliativos: garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a todos los chilenos, con acceso a cuidados paliativos como un servicio fundamental para pacientes oncológicos.
- Mejoramiento de la red oncológica: optimizar Centros Oncológicos de Alta Complejidad en Antofagasta, Valparaíso, Santiago, Concepción y

- Valdivia, sumando a la red asistencial once Centros de Complejidad a lo largo de Chile; formar cerca de 130 especialistas oncólogos para incorporarse a la red al año 2022; invertir cerca de 20 mil millones de pesos anuales en equipamiento e infraestructura oncológica, hasta el año 2028, para asegurar acceso a prestaciones de calidad.
- Registro Nacional del Cáncer: fortalecer los sistemas de registro, información y vigilancia epidemiológica, para facilitar la generación, calidad y acceso a la información, a través de un Registro Nacional del Cáncer a partir del año 2020 que signifique un apoyo en la toma de decisiones en salud pública.
 - Calidad de los procesos clínicos: robustecer la rectoría, regulación y fiscalización para asegurar la calidad de los procesos clínicos establecidos para diagnóstico y tratamiento de personas con cáncer. Actualizar guías y protocolos de tratamiento en los 20 cánceres de mayor impacto.

Junto con lo anterior, se actualizaron diferentes documentos relevantes en materia de práctica clínica, protocolos y orientaciones técnicas para el manejo de problemas oncológicos, a fin de entregar una atención de calidad a los pacientes con estos problemas de salud.

Respecto de la infraestructura diagnóstica de la red hospitalaria y servicios asistenciales, se implementaron test de Virus Papiloma Humano en trece servicios de salud, así como también la modernización de la red de mamografías.

Los avances en los siguientes años son:

- En agosto de 2020 fue promulgada la Ley Nacional del Cáncer N° 21.258, publicada en el Diario Oficial el 2 de septiembre de 2020. Durante los meses siguientes se elaboró su reglamento, el cual fue tomado de razón por Contraloría General de la República el 26 de marzo de 2021 y publicado en el Diario Oficial el 6 de abril.
- El reglamento está en periodo de implementación por parte de la Subsecretaría de Salud Pública, que se encuentra abocada en dar cumplimiento a lo estipulado en los artículos transitorios mencionados en la ley.
- La ley, en su Título III (art. 14 al 21) describe el Fondo Nacional de Cáncer, del cual se extrae un reglamento aparte. Este documento se encuentra, actualmente en tramitación de firmas.
- Se mantuvo la implementación del test de Virus Papiloma Humano en trece Servicios de Salud del país, atendiendo a 64 mil 711 personas durante el año 2020.
- Se adquirieron cuatro equipos nuevos de radioterapia para la Red Nacional Oncológica pública. Y se desarrolló una donación de mil millones de pesos para prestaciones oncológicas en tiempos de pandemia, además de la aprobación de fondos para el desarrollo de los Centros Oncológicos Ambulatorios de Atacama, Iquique y Reloncaví.

Plan nacional de VIH

Durante el año 2018 se mejoró el programa de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, incorporando preservativos femeninos y un abordaje integral de enfermedades como la clamidia.

El 2 de septiembre del año 2018, el Ministro de Salud lanzó la Campaña VIH/SIDA 2018. En su primera parte se centró en “ El comercial que salva vidas”, un spot que llama a los jóvenes a hacerse el test y a usar condón.

Adicionalmente, el día 9 de enero del año 2019, se lanzó la campaña “Test rápido VIH verano 2019”, la cual fue encabezada por el Ministro de Salud, junto a la Subsecretaría de Salud Pública, el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Instituto Nacional de la Juventud, representantes de la sociedad civil, actividad a la cual también asistieron la Presidenta del Colegio Médico, la Presidenta del Colegio de Matronas y Matronas y la Seremi de Salud de la Región Metropolitana.

En el contexto de la prevención secundaria del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en 2019 se trabajó en el Protocolo de Implementación de Profilaxis Pre-exposición en Poblaciones de Riesgo, que corresponde al uso de Terapia Antirretroviral (TAR) en personas que no se encuentran viviendo con VIH, o con el objetivo de reducir el riesgo de adquirir la infección.

El ministerio lanzó la campaña VIH 2019, bajo la premisa “Es positivo saber”, con la que se buscó concientizar a la población de la importancia de realizarse el test del VIH y, también, reforzar el uso de métodos de prevención como es el uso del condón.

Se dispuso un fondo de proyectos en las 16 regiones del país para la educación preventiva y toma de test rápido de VIH, ejecutado por organizaciones no gubernamentales en poblaciones clave para el control de la epidemia. En el área de educación y difusión de prácticas de sexo seguro y prevención, se aborda una respuesta multisectorial y descentralizada para el VIH ampliando el trabajo colaborativo intersectorial con instituciones tales como: Colegio de Matronas/es, Colegio de Tecnólogos Médicos, Consorcio de Universidades del Estado de Chile (CUECH), División de Organizaciones Sociales (DOS), entre otros convenios vigentes (con las Fuerzas Armadas, Gendarmería, Injuv, Sernameg, Sename, entre otros).

En el año 2020 se emitió la campaña comunicacional de VIH “Es Positivo Cuidarse”, la cual incluyó medidas en el marco de la pandemia por COVID-19 y se implementaron 30 proyectos en prevención combinada del VIH, en diversas regiones del país, ejecutados por ONG’s, destinados a poblaciones clave, además se dio continuidad a la distribución de preservativos a usuarios de la red pública, inter sector y ONG’s y fue elaborado el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2021-2022.

Implementación GES

Durante el segundo semestre de 2018 se elaboró el decreto que establece las Garantías Explícitas en Salud para el período 2019-2022. Este trabajo involucró la revisión de los distintos tipos de garantías y la evaluación de factibilidad de hacer cambios que permitieran mejorar la atención y la salud de la población. En este decreto se incorporan, entre otras mejoras, nuevas prestaciones para los problemas de salud:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA: Nuevos esquemas terapéuticos en las terapias de inicio, de rescate y en la prevención de transmisión vertical del VIH. Estos nuevos esquemas son una alternativa que permite mejor adherencia y mayor seguridad terapéutica. Además, se incluye el test rápido, test de resistencia genética y un tercer examen de VIH/SIDA en las gestantes.
- Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis C: Inclusión de un nuevo grupo de prestaciones, Sospecha Virus Hepatitis C en Nivel Primario de Atención, orientado a mejorar la detección precoz en personas mayores de 45 años con criterios de riesgo. Además, se establecieron nuevas alternativas de tratamiento, que permiten que los aranceles y sus respectivos copagos estén más ajustados a los costos reales de los tratamientos, lo cual impacta directamente en el gasto de bolsillo de estos pacientes.
- Fibrosis Quística: Se reorganizan los grupos de prestaciones, de manera que los copagos sean acordes al uso de estas. Se incorpora hospitalización domiciliaria para pacientes estables mayores de cinco años.
- Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más: Se agregan las sillas de ruedas neurológicas (antes sólo se incluían sillas de ruedas estándar) y se incorporan nuevos tipos de andadores, bastones, cojines y colchones anti escaras.

Acuerdo nacional por la infancia

El Programa Nacional de Salud de la Infancia tiene como principal objetivo reducir la mortalidad y morbilidad infantil en niños menores de diez años.

Durante el año 2018 se avanzó en las siguientes iniciativas:

- La implementación del Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en la Salud Mental de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) pertenecientes a la red del Servicio Nacional de Menores (Sename), a través de un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, el cual fue implementado en doce Servicios de Salud, alcanzando una cobertura de 55 comunas de las 346 a nivel nacional.
- El fortalecimiento de la estrategia de vinculación entre la Atención Primaria de Salud y el Servicio Nacional de Menores, logrando que 231

- residencias del país se vinculen con 159 equipos de salud primaria, mejorando con ello el acceso a la atención de salud por parte de los NNAJ residentes en la red.
- El desarrollo de estas estrategias permitió realizar un total de 21 mil 59 atenciones de salud a NNAJ, incluidos aquellos que residen en Centros de Internación Provisoria y de Régimen Cerrado (CIP-CRC), residencias y beneficiarios de programas ambulatorios.
 - Capacitación de médicos generales y a los miembros de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) para mejorar su formación en competencias de detección precoz y tratamiento de salud mental infantoadolescente de manera permanente.
 - Respecto al Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil en niños y niñas de cinco a nueve años (PASMI), se aprobó el presupuesto que permite ampliar la cobertura a 17 nuevas comunas, alcanzando así un total de 40 comunas a nivel nacional.

En 2019 se actualizó la norma técnica y los estándares para la supervisión de la salud de niños y niñas, con el objetivo de (i) incluir un enfoque promocional y preventivo, (ii) apoyar a padres, madres y cuidadores en el proceso de crianza, fomentando el desarrollo integral de sus hijos, y (iii) integrar en forma progresiva a niños y niñas con necesidades especiales en salud, de bajo riesgo, a la atención primaria, brindando una atención integrada con los niveles de mayor complejidad.

Plan adulto mejor

Durante el año 2018, en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes contó con 417 equipos de profesionales, quienes trabajaron en pro de la mantención y mejora de la funcionalidad de 168.639 adultos mayores ingresados al programa. Se efectuaron 343.776 sesiones, lo que significó un crecimiento del 3% respecto del año 2017. A diciembre del año 2018, desde la implementación de este programa en el año 2015, se registraron 572.973 ingresos.

Por otro lado, se trabajó en la elaboración de orientaciones técnicas para la implementación de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), con el objetivo de entregar las directrices para la resolución de problemas de salud agudos en personas mayores con fragilidad. El día 17 de enero del año 2019, el Ministro de Salud, junto a la Primera Dama, inauguraron oficialmente la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I., de La Florida, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, la cual presta atención interdisciplinaria y especializada a personas mayores frágiles afectadas por procesos agudos, la prevención de la dependencia y la recuperación funcional inicial de los pacientes.

Se ha trabajado junto con Fonasa en la elaboración de canastas de prestaciones por niveles funcionales en Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores (ELEAM), que se diferencian en dependencia leve, moderada y severa. Las canastas cuentan con prestaciones por profesionales, como enfermeros, kinesiólogos y auxiliares de enfermería, lo que permite a Fonasa realizar un

acompañamiento y pago de prestaciones en ELEAM públicos y privados, acorde a las necesidades de salud.

Se realizaron capacitaciones a 75 médicos de APS en temas de geriatría, 18 en Mental Health Gap (programa de acción para superar las brechas en salud mental) y 41 profesionales en Vivifrail (entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en personas mayores).

Durante el año 2019 se trabajó en la elaboración y desarrollo técnico de un Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030, como una iniciativa que refuerce el compromiso con la salud integral de las personas mayores, y que tienen como objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las personas mayores, promoviendo el envejecimiento positivo, activo y saludable; contando con un sistema de salud integral que les permita mantener y mejorar su estado de salud y funcionalidad, accediendo a prestaciones acorde a sus necesidades, mediante un trabajo intersectorial, coordinado e integrado entre los distintos niveles de la red asistencial, con participación de la sociedad en su conjunto y ofreciéndoles protección financiera en salud. Este plan se organiza en seis líneas estratégicas: (i) Educación, (ii) Promoción y prevención, (iii) Provisión de servicios, (iv) Fortalecimiento del recurso humanos, (v) Fortalecimiento de los sistemas de información y su uso, y (vi) Rectoría, regulación y fiscalización que dan pie a un Plan de acción que identifica acciones y estrategias para su implementación.

En el año 2021, cinco UGA's se encuentran funcionando, cumpliendo los requisitos y estándares definidos en las orientaciones técnicas. Tres han sido inauguradas, en: (i) Hospital San Pablo de Coquimbo, (ii) Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida y (iii) Hospital El Carmen de Maipú (potencial centro formador de la especialidad), mientras que dos se encuentran pendientes de inaugurar, en: (i) Hospital Sótero del Río de Santiago y (ii) Hospital Las Higueras de Talcahuano, ambos potenciales centros formadores de la especialidad. Tres UGA's se encuentran en proceso de normalización e implementación para poder funcionar (en Hospital Regional de Coyhaique, Hospital San Juan de Dios de Santiago e Instituto Nacional de Geriatría).

Según las proyecciones realizadas, el número de geriatras que se alcanzará al año 2022 será de 158, lo que corresponderá a un aumento del 52%, gracias a lo cual se cumplirá el compromiso de gobierno de aumentar un 50% el número de geriatras en el país.

Donación y trasplante

Durante el año 2018 hubo un descenso en el número de donantes entre enero y agosto, producto de múltiples causas, entre las que se encuentra el dictamen de la Contraloría General de la República, fechado en diciembre del año 2017, en que, analizada la Ley de Trasplantes, prohibió consultar a los familiares de aquellos fallecidos que estuvieran inscritos en el Registro Nacional de No Donantes. Esto tuvo un impacto directo, ya que, con cuatro millones de inscritos como no

donantes, del total de fallecidos, cerca de 40 por ciento estaba imposibilitado por ley de plantear la donación a la familia. Sin embargo, debido a las debilidades que presentó este registro, en agosto de 2018, la Contraloría General de la República, por medio del Dictamen N° 17.656, de 2018, indicó que, para privilegiar siempre la última voluntad del fallecido, cuando existan dudas de su calidad de donante o no, sea consultada la familia.

El año 2018 se modificó la Ley de Trasplantes que se encontraba vigente, buscando regularizar el Registro de No Donantes y delimitar el rol de la familia en los procesos de decisión sobre la donación de órganos del fallecido. Esta modificación legal fue publicada en el Diario Oficial el 12 de marzo 2019, por lo cual, durante ese año se realizaron capacitaciones a las Unidades de Procuramiento Hospitalario y al personal sanitario, con el objetivo de actualizar la forma en que se debe enfrentar a las familias a contar del año 2020.

En 2019 se generó la tasa nacional de donantes más alta que haya experimentado el país, y la mayor cantidad de trasplantes, alcanzando los 533, un 53 por ciento más que el año 2018.

En el 2021, Chile cuenta con una red de procuramiento activa en el 100% de los Servicios de Salud, cada vez más profesionalizada, con capacidad de generar donantes, lo que ha permitido mejorar la calidad del proceso de mantención de donantes, traduciéndose, también, en el incremento del número de donantes multiorgánicos (obteniéndose más de dos órganos diferentes para trasplante), lo que permitió realizar una mayor cantidad de trasplantes, comparativamente a otros años (independiente del número de donantes generados).

Sistema elige vivir sano

En el Programa Elige Vida Sana, a diciembre del año 2018 ingresaron un total de 70 mil 136 personas. De estos, el 46% completó su intervención, el 57% incrementó su condición nutricional y el 79% mejoró su condición física.

En el marco del Plan Nacional de Prevención y Manejo de la Obesidad Infantil 2020-2030, se dio inicio al desarrollo de las siguientes acciones:

- Se inició el proceso de reformulación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) con participación de un grupo de asesores expertos, que concluyó con la entrega de una propuesta de reformulación de los productos de ambos programas, incorporando el actual perfil epidemiológico y nutricional de la población objetivo, que se caracteriza por una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles y malnutrición por exceso en todo el ciclo vital.
- Se inició la elaboración de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Malnutrición de Micronutrientes para la población nacional, con orientación de un grupo asesor de expertos en la materia.

- Se implementó la tercera etapa de la Ley de Alimentos, haciendo más estricta la cantidad de nutrientes críticos permitidos. Junto con ello, se ejecutó un proceso de capacitación nacional, gratuito y presencial para las micro y pequeñas empresas que elaboran alimentos, en el que participaron más de 1.000 personas; y se actualizó el Manual de Etiquetado de alimentos, con la colaboración intersectorial del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo y el Ministerio de Agricultura.
- Se desarrolló durante el 2019, un sistema centralizado de Vigilancia de Publicidad de Alimentos en el contexto de la Ley N° 20.606 y 20.869, con el que se analizaron más de cinco mil piezas de publicidad pagada (spots, avisos y otros) expuestas en televisión abierta, de pago, prensa escrita, vía pública, radio e internet. Gracias a estos estudios se detectaron posibles incumplimientos a la regulación en el 11,6 por ciento de los casos, los que fueron derivados a fiscalización.
- Se impulsó la creación y el desarrollo de un subgrupo de trabajo en malnutrición infantil en el marco del Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico (APEC), destinado a la cooperación internacional en esta materia.
- Se implementaron programas de Alimentación Saludable y Actividad Física, que difundieron conocimientos para la práctica cotidiana de hábitos saludables, reforzados con materiales comunicacionales multiplataforma.
- Se firmaron convenios para implementar planes de promoción de salud que promuevan la alimentación saludable y la actividad físicas en 341 de las 345 comunas de Chile, de estas, 109 formalizaron ordenanzas para la creación de entornos saludable y 147 mejoraron la instalación de infraestructura y equipamiento para la práctica de actividad física. Por último, 165 comunas implementaron acciones de difusión y comunicación en temáticas de alimentación saludable y actividad física.

Implementación de la segunda etapa de las leyes N° 20.606 (sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad) y N° 20.869 (sobre publicidad de los alimentos)

Esta segunda etapa correspondió a la vigencia de límites más estrictos de nutrientes críticos, determinantes de la restricción de publicidad dirigida a menores de catorce años; venta al interior de los establecimientos educacionales y uso de sellos de advertencia “Alto en”; restricción de publicidad en cine y televisión entre las 06:00 a 22:00 horas y la incorporación del “Mensaje que promueve estilos de vida saludable” en la publicidad de alimentos.

Además, se prohibió la publicidad en alimentos sucedáneos de leche materna en niños menores de un año, con el fin de promover la lactancia materna y con ello impactar en las tasas de obesidad infantil, beneficios en el sistema inmune y cognitivos de los infantes.

Plan nacional de salud mental

Durante los años 2019 y 2020 distintos equipos ministeriales participaron en la elaboración del Plan de Acción de Salud Mental 2020-2025, el cual actuará como carta de navegación para dar respuesta a los principales desafíos en esta materia.

El objetivo del Plan de Acción es “mejorar la calidad de vida de las personas en el país, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para disminuir la prevalencia de problemas de salud mental, promover el bienestar, prevenir las enfermedades mentales, brindar atención garantizada de salud mental e inclusión social”, a través de las siguientes líneas estratégicas:

- Educación, promoción y prevención, para fomentar la adopción de estilos de vida y ambientes saludables, prevenir y detectar tempranamente la aparición de problemas de salud mental.
- Provisión de servicios en salud mental, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- Fortalecimiento de la Red de salud mental.
- Fortalecimiento de los sistemas de información y su uso.
- Rectoría, regulación y fiscalización, para fortalecer las directrices técnicas y marcos normativos en materia de salud mental.
- Financiamiento acorde para cumplir con los objetivos propuestos.

El compromiso presidencial pone énfasis en llevar a cabo una cirugía mayor a la salud, para mejorar el acceso, calidad y cobertura financiera de las atenciones de salud de todos los chilenos, es por esto que durante el periodo 2018-2021 todos nuestros esfuerzos apuntaron a fortalecer la salud de nuestro país, a través de la implementación de distintas estrategias que se llevaron a cabo con responsabilidad y urgencia.

Enrique Paris Mancilla
MINISTRO DE SALUD

2. Resumen Ejecutivo Servicio

La Superintendencia de Salud tiene como funciones principales supervigilar y regular a las ISAPRES y al Fondo Nacional de Salud, en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios, velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como el Régimen de Garantías en Salud, fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos, y la función de supervigilar el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

Los usuarios y usuarias son principalmente los beneficiarios del sistema de salud público y privado, Fonasa da cobertura de salud a 15.142.528 asegurados, 3.330.034 personas están afiliadas a las Isapres y 985.748 son beneficiarios/as de las FFAA y Orden y otros. Además, se encuentran los fiscalizados, que son el Fonasa, las Isapres, los prestadores de salud, individuales e institucionales, más las entidades acreditadoras y certificadoras.

Para dar cumplimiento a sus funciones, cuenta con dos Intendencias: la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud, además de 2 departamentos: Administración y Finanzas y Estudios y Desarrollo. A éstos se agregan Fiscalía y las unidades de Auditoría Interna, Planificación, Innovación y Control de Gestión, Comunicaciones, Unidad de Coordinación Regional y Unidad de Generación de Estadísticas y Datos.

Como Institución contamos con una dotación de 304 funcionarios/as del cual el 63% corresponde a mujeres y el 37% son hombres; según el estamento la distribución es, 49% Profesional, 30% Fiscalizador, 17% Administrativo y 3% Directivo. Tenemos presencia en todo el país, considerando nuestra oficina central en la Región Metropolitana, además de una oficina en cada una de las 15 regiones restantes, las que están divididas en 3 Zonas: Norte, Centro y Sur.

Entre los temas relevantes, respondimos a las necesidades Covid-19. Al interior de la institución nos adaptamos a una nueva forma de trabajo, en promedio el 51% de las funcionarias y funcionarios se acogió a la modalidad de Teletrabajo. Se emitieron 66 Circulares u Oficios Circulares, lo que permitió que 383.250 licencias médicas fueron aprobadas lo que equivale al 95% de las emitidas por Covid-19; se activaron 10.841 CAEC derivadas de Covid-19; se efectuaron 577.333 atenciones bajo modalidad remota (Telemedicina); el 2020 se realizó una devolución semestral extraordinaria de excedentes por 40.833.890.325; se registran 2.502 médicos titulados en el extranjero cuyo título no está revalidado o habilitado en Chile, inscritos en el RNPI Transitorio Covid-19.

Mejoramos nuestros servicios para los usuarios/as, a través de la transformación digital se modernizaron los canales de atención con el objetivo de facilitar a las personas el

contactarse con la Superintendencia y entregarles respuestas dignas, oportunas y de calidad. El 94% de los trámites están digitalizados acorde a la meta de 80% de la Estrategia de Transformación Digital del Estado. Implementamos: el Formulario Único de Reclamos, que permite centralizar en una “ventanilla única” todos los ingresos; Aplicativo Reclamos Alza de Precio Base en el Sistema Privado de Salud, que incorpora un algoritmo de inteligencia artificial para el procesamiento de la carta de adecuación; Escritorio ciudadano “Mi Súper”, nuevo canal para realizar trámites en línea de forma rápida, segura y cómoda; Chatbot: “Magda y Juan”, permite acceder a respuestas automatizadas acerca de las consultas más frecuentes; App Superintendencia de Salud, aplicación móvil que agrupa los principales servicios que demanda la ciudadanía de manera amigable y sencilla; Teleatención, atención a distancia a través de videoconferencia, se implementó en febrero de 2022. En marzo de 2021 se implementó un nuevo Call Center lo que permitió que a diciembre la tasa de respuesta aumentara en 90%, en enero 2018 era 30%.

Optimizamos el proceso de reclamos lo que nos permitió, en el caso de los reclamos contra Isapres o Fonasa que el 93% ingresara por el canal digital, disminuir en 102 días corridos el tiempo de tramitación (2018=182 días corridos / 2021=80 días corridos), en el periodo 2018-2021 el 81% de los casos fue resuelto a favor del usuario/a. En el caso de los reclamos contra prestadores de salud, el ingreso de reclamos aumentó 186%, y el total de casos resueltos se incrementó en 208%, lo que provocó la disminución en 32% de los casos en tramitación. Esto se debió a un cambio en el modelo de gestión de reclamos, en el perfeccionamiento de la normativa, y a la puesta en marcha del Sistema informático de Reclamos.

Facilitamos a las personas el acceso a información relacionada con el sistema privado de salud a través de la publicación de: Radiografía de Isapres, presenta un conjunto de información válida, confiable y oportuna, que da cuenta del desempeño de las Isapres abiertas; Boletín de Planes de Salud del Sistema Isapre, plataforma interactiva que facilita a las personas el acceso a un conjunto de información relacionada con los planes complementarios de salud vigentes; Explorador de precios de exámenes de laboratorio e imagenología, permite consultar los precios promedio que las Isapres informaron como cobrados por los prestadores privados de salud para exámenes de alta demanda; Observatorio de género del sistema Isapre, herramienta innovadora en el sector salud cuyo propósito es acercar información actualizada y transparente, que permiten explorar y visualizar las diferencias y brechas que se presentan entre hombres y mujeres en ámbitos del sistema privado de salud que se publicará en marzo de 2022.

Nos enfocamos en perfeccionar el sistema de salud privado, a través de la implementación de medidas administrativas vinculadas a la reforma de salud y con el objetivo de disminuir la brechas de discriminación y proteger los derechos de las personas en temas como: Circular IF/N°334 prohibición de suscribir planes con cobertura reducida para las prestaciones relacionadas al parto; Circular IF/N°336 no discriminación por identidad de género en la afiliación; Circular IF/N°343 simplificó la tabla de factores de riesgo, eliminando las diferencias por sexo y atenúa las diferencias entre tramos de edad; Circular IF/N°354 instrucciones respecto a la no declaración de enfermedades o condiciones de salud al nacer; Circular IF/N°383 derecho de la afiliada a incorporar a su cónyuge como carga familiar; Circular IF/N°396 los nuevos planes de salud suscritos no pueden otorgar a estas prestaciones una cobertura inferior a la que se contempla para las enfermedades físicas, como también se eliminan las preguntas de la Declaración de Salud relativas a enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales.

En la misma línea, y en un esfuerzo por documentar todo el trabajo realizado que permita a los diversos actores del sistema contar con una base empírica sólida sobre la cual basarse para futuros procesos de reforma (independiente del sistema de salud que se establezca), la Superintendencia de Salud puso a disposición de todos los interesados/as la publicación denominada “Propuesta de un Fondo de Compensación de Riesgos para Chile: Modelo y Resultados en el Sistema Privado de Salud”. Es un mecanismo que permite solidarizar los gastos esperados en salud de los afiliados. Las aseguradoras partícipes del FCR asumen el riesgo conjuntamente, mediante un mecanismo que las “compensa” entre sí, de manera que se reparta equitativamente entre ellas el gasto de su cartera respectiva de afiliados.

Respecto al eje de fiscalización, en el periodo 2018-2021 se ejecutaron a nivel nacional 11.093 fiscalizaciones, las principales materias que concentran el 72% del total son: Garantías Explícitas en Salud, Ley Derechos y Deberes de los pacientes y las relacionadas a Entidades Acreditadoras. Algunos temas destacados son: Devolución masiva de excedentes, el 27/12/2019 se emitió la Circular IF/N°344 que instruye a las isapres a partir del mes de marzo de 2020 devolver en el mes de enero de cada año, los excedentes acumulados al 31 de diciembre del año anterior, de sus afiliados/as vigentes a esa fecha. En el periodo 2020-2022 la devolución fue \$ 208.481.367.445; Fiscalización de certificación de patología AUGE, se fiscalizaron 209 establecimientos, lo que evidenció que el 44% Notifica en forma deficiente, tanto Prestadores Públicos como Privados, por lo cual se cursaron 36 Multas UF 18.000; en el periodo se cursaron 175 multas por UTM 73.145 a prestadores de salud por exigir cheque en garantía o dinero en efectivo, y 57 multas por UF 8.545 respecto a la Ley de Derechos y Deberes del Paciente.

Al 31 de diciembre de 2021 el Registro de Prestadores Individual de Salud presenta 732.198 inscripciones, y se registran 736 Prestadores Institucionales acreditados. Entre 2018 y 2019 aumentó fuertemente el número de acreditados debido a la obligatoriedad en Centros de Diálisis, entre 2020 y 2021 producto de la pandemia, se debieron suspender los procesos de acreditación lo que provocó la disminución de acreditados y el aumento de solicitudes en tramitación. Se tomaron medidas para mantener el sistema nacional de acreditación, algunas de ellas fueron: Diseño e Implementación de sistema de evaluación híbrida (telemático y presencial) de procesos de acreditación, implementación de sistema de sorteo de designación de entidades acreditadoras telemático, mantener el examen de evaluadores de entidades acreditadoras.

Durante los últimos años, la Superintendencia de Salud ha realizado esfuerzos en distintos ámbitos de su competencia para contribuir a disminuir o eliminar las brechas, barreras e inequidades de género presentes en el Sistema de Salud, es así que implementamos la Estrategia de Género 2019 - 2021 de la Superintendencia, ésta fue el principal instrumento generador de compromisos de género que contribuyeron a la madurez de la institución en equidad y enfoque de género. El trabajo desarrollado en el período 2018-2021 fue clasificado en 3 ejes considerados prioritarios para lograr la integración del enfoque de género en el quehacer institucional y lograr las transformaciones estructurales y funcionales que este enfoque requiere: 1) Institucionalizar, 2) Capacitar, y 3) Transversalizar.

Los principales desafíos institucionales, entre otros, se enfocan en la incorporación del Covid-19 en las GES, la disminución del número de planes de salud de las Isapres, la estabilidad del sistema Isapre y cambios estructurales del sistema de salud.

PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ

SUPERINTENDENTE DE SALUD

3. Resultados de la Gestión año 2018-2021

3.1. Resultados asociados al Programa de Gobierno, mensajes presidenciales y otros aspectos relevantes para el jefe de servicio

a. Resultados asociados al Programa de Gobierno

El 09 de junio de 2021 se promulgó la Ley N°21.350 que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud. Las Isapres no podrán adecuar a su arbitrio los valores de los planes de salud, corresponderá al Superintendente de Salud fijar el indicador de adecuación en base a normas técnicas aprobadas por decreto supremo. Para que las Isapres puedan efectuar una variación, deberán haber dado estricto cumplimiento al Plan Preventivo de Isapres, y a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva.

Para su implementación, a fines de diciembre de 2021 la Superintendencia emitió la Circular IF/N°400 que imparte instrucciones para el cumplimiento del plan preventivo de Isapres y las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva y la Circular IF/N°401 Imparte instrucciones sobre procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud ajustado a la ley 21.350.

a. Otros aspectos relevantes para el jefe de servicio

Un aspecto relevante para la institución fue el trabajo realizado para enfrentar la pandemia. Se emitieron 66 Circulares u Oficios Circulares, lo que permitió que 383.250 licencias médicas fueran aprobadas lo que equivale al 95% de las emitidas por Covid-19; se activaron 10.841 CAEC derivadas de Covid-19; se efectuaron 577.333 atenciones bajo modalidad remota (Telemedicina); el 2020 se realizó una devolución semestral extraordinaria de excedentes por 40.833.890.325; se registran 2.502 médicos titulados en el extranjero cuyo título no está revalidado o habilitado en Chile, inscritos en el RNPI Transitorio Covid-19.

Entre marzo 2020 y diciembre 2021 se realizaron 491 fiscalizaciones a Isapres por Covid-19 respecto a Licencias Médicas, atención 24 horas y Acceso y Cobertura al examen PCR y Otorgamiento Beneficios Hospitalarios. Finalizaron 1.497 fiscalizaciones a prestadores institucionales que corresponde a Norma de atención Covid-19, Verifica cumplimiento Norma de atención Covid-19, Verifica cumplimiento de mantenimiento preventivo del equipamiento médico crítico, Decreto N°4 de 2020 del MINSAL relativos a la Alerta Sanitaria, Precio PCR Covid-19, Normas de manejo Covid-19 - Camas Ventiladas.

Ingresaron 3.353 Reclamos COVID-19, las materias más reclamadas corresponden a: Cobertura y Bonificaciones, Atención Oportuna y Sin Discriminación e Información Clínica. Se ejecutaron 12.667 atenciones sobre materia "Covid-19". El canal más utilizado por los usuarios/as es fue el telefónico con el 86% de las atenciones realizadas. Las submaterias más consultadas son derivación a la Seremi de Salud, licencias médicas Covid-19 y vacunación Covid-19.

A través de un acuerdo entre Gobierno, la Comisión de Salud del Senado y la Asociación de Isapres, se postergó la adecuación de precios base periodo 2020-2021, este proceso fue regulado por la Superintendencia. Se trabajó estrechamente con otros organismos del Estado, colaborando con la información necesaria para enfrentar la pandemia y apoyar a la previsión social y desarrollo de políticas públicas junto a al Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud y en la implementación del Sistema de Registro de Profesionales de la Salud privada diagnosticados/as con Covid-19 (22.249 casos).

En enero 2022 se emitió el Oficio Circular IF/N°07, que comunica nuevas indicaciones del Ministerio de Salud sobre licencias médicas relacionados con COVID-19^o y el Oficio Circular IF/N°10 que Reitera, precisa y complementa las instrucciones dadas respecto a los exámenes de detección del Virus SARS-Cov2 (COVID-19).

3.2 Resultados de los Productos Estratégicos y aspectos relevantes para la Ciudadanía

1. Regulación

La regulación es el proceso mediante el cual se elabora, propone, sistematiza, actualizar y difunde la normativa administrativa que rige a las Isapres y Fonasa, así como a los prestadores, seguros, fondos e instituciones que participen en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud y/o en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de acuerdo a las atribuciones que la ley confiere a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

- a. En el periodo 2018-2021 la Intendencia de Fondos emitió 271 instrucciones para Aseguradoras, fue particularmente importante la regulación al momento de enfrentar y dar soluciones oportunas en el contexto de la pandemia, emitiéndose 52 Oficios Circulares, se destaca:

- Circular IF/Nº334 **Imparte instrucciones sobre la prohibición de suscribir planes con cobertura reducida para las prestaciones relacionadas al parto.** Para las mujeres que buscaban planes de cobertura general hoy tienen una oferta mayor y con un rango de precios mayor para optar a un plan, lo que también implica que personas con un menor ingreso imponible podrán contratar este tipo de planes. Creación de 1.371 planes nuevos con cobertura de parto.
- Circular IF/Nº336 **Imparte instrucciones respecto a la no discriminación por identidad de género en la afiliación.** El objetivo es velar por la dignidad e igualdad en el trato a las personas transgénero, estableciendo la improcedencia de que la Isapre exija información sobre su identidad de género en el proceso de suscripción del contrato de salud.
- Circular IF/Nº343 **Simplifica la tabla de factores de riesgo, eliminando las diferencias por sexo y atenúa las diferencias entre tramos de edad.** Los resultados muestran una disminución en la cantidad de planes comercializados de -51% pasando de 5.203 planes en marzo 2019 a 2.532 en septiembre 2021. En relación con el acceso de las mujeres al Sistema, es claramente favorable quienes a partir de la entrada en vigencia de la tabla única han ingresado en mayor proporción que los hombres.
- Circular IF/Nº344 **Imparte instrucciones sobre devolución anual de excedentes de cotización de salud.** Establece la forma en que se devolverá anualmente a los afiliados y afiliadas vigentes el saldo acumulado de sus cuentas individuales de excedentes. Modifica el Compendio de Información.
- Circular IF/Nº347 **Imparte instrucciones sobre la suscripción electrónica en los contratos de salud.** Se complementa la normativa sobre la suscripción en los contratos de salud previsional, incorporando la obligatoriedad de las Isapres

de poner a disposición de las personas un sistema electrónico que permita la afiliación y desafiliación.

- Circular IF/N°354 Imparte instrucciones respecto a la **no declaración de enfermedades o condiciones de salud al nacer**. El objetivo es velar por la dignidad e igualdad en el acceso a las prestaciones de salud y seguridad social, eliminándose la posibilidad de que en el proceso de suscripción del contrato de salud se solicite información en la declaración de salud sobre cualquier enfermedad o condición de salud con que la persona nazca, debiendo declararse exclusivamente las que se manifiesten durante la vida de la persona.
- Circular IF/N°383 Imparte instrucciones relativas al **derecho de la afiliada a incorporar a su cónyuge como carga familiar** en los sistemas de salud previsional.
- Circular IF/N°396 Imparte instrucciones acerca de las **coberturas y acceso para las atenciones de salud mental en Isapres** conforme a la Ley N°21.331, asegurándose así que los nuevos planes de salud suscritos no otorguen a estas prestaciones una cobertura inferior a la que se contempla para las enfermedades físicas, como también eliminar las preguntas de la Declaración de Salud relativas a enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales.

a. La Intendencia de Prestadores emitió 45 instrucciones para Prestadores Institucionales, 20 fueron en relación a la alerta sanitaria decretada por el Ministerio de Salud mediante Decreto N° 4 de 2020, destacamos:

- Oficio Circular IP/ N°6 **Prohíbe la exigencia de consultas médicas, previo a la ejecución y toma de exámenes de detección del Coronavirus COVID-19**, a pacientes que ya cuentan con la orden médica correspondiente; y dicta las instrucciones que señala al efecto.
- Oficio Circular IP/ N°7 Informa e Instruye lo que indica sobre los **deberes específicos** que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud, que otorguen **prestaciones en forma remota**, a fin de dar cabal acatamiento de la Ley N°20.584.
- Oficio Circular IP/ N°9 Instruye a los prestadores de salud, **notificar automáticamente a las Isapres de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)** en pacientes que indica.
- Oficio Circular IP/ N°12 Dispone la **prórroga de la vigencia de la acreditación de los prestadores Institucionales** de Salud Acreditados, cuya fecha de vigencia termine dentro del periodo comprendido entre el 10 de enero de 2020 al 31 de julio de 2021.
- Oficio Circular IF/N°13 Imparte instrucciones sobre la **obligación de los prestadores de salud de informar a sus pacientes respecto de su posible condición de enfermo terminal** y su derecho al beneficio de la ley N°21.309. PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL EL 06/04/2021.
- Oficio Circular IP/N°5 Actualiza la normativa dictada para el **reinicio gradual y progresivo del funcionamiento del Sistema de Acreditación** de Prestadores Institucionales de Salud.
- Circular IP N°52 Establece procedimiento especial de acceso, para entidades públicas y privadas que ejercen funciones en el sector salud, a los datos relativos a las inscripciones del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, a través de la aplicación API

Regulación destacada en materias Covid-19.

- Oficio Circular IF/N°10 (19-03-2020) Instruye acerca de medidas excepcionales a adoptar por las Isapres con motivo del COVID-19 sobre atención de sucursales y entrega de medicamentos GES.
- Oficio Circular IP/N°2 (10-03-2020) Instruye sobre el cumplimiento de la Ley N°20.584, relacionado con poner en conocimiento de sus usuarios información sobre el valor del examen específico para la confirmación de COVID y dar estricto cumplimiento a las Normas sobre Control y Prevención de Infecciones Asociadas a Atenciones de Salud.
- Oficio Circular IF/N°10 (19-03-2020) Instruye acerca de medidas excepcionales a adoptar por las Isapres con motivo del COVID-19 sobre atención de sucursales y entrega de medicamentos GES.
- Oficio Circular IF/N°12 (26-03-2020) Informa sobre la tramitación de formularios de licencias médicas de origen común o maternal en período de alerta sanitaria.
- Oficio Circular IF/N°18 (01-04-2020) Complementa Oficio Circular IF/N°10, de 30 de marzo de 2020, e instruye a las Isapres la obligación de entregar medicamentos GES a domicilio a los pacientes y otras medidas que señala.
- Oficio Circular IF/N°22 (09-04-2020) Instruye sobre otorgamiento de cobertura a consultas médicas y prestaciones que indica otorgadas de forma remota durante el período de alerta sanitaria. Al 31 de diciembre 2021 se efectuaron 577.333 atenciones bajo esta modalidad.
- Oficio Circular IF/N°24 (09-04-2020) Obligatoriedad de autorizar licencias médicas en beneficiarios de isapres con diagnóstico confirmado de COVID-19, y ordena medidas que indica. Al 31 de diciembre 2021, 383.250 licencias han sido aprobadas o reducidas lo que equivale al 95% de las emitidas por COVID-19.
- Oficio Circular IF/N°44 (17-06-2020) Instruye a las isapres, de manera extraordinaria, devolución semestral de excedentes durante año 2020. Más de 714 mil personas se beneficiaron entre el 20 y 29 de enero del proceso de devolución de excedentes de sus cotizaciones en el sistema Isapres por \$49.228.815.347 acumulados entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2020.
- Oficio Circular IF/N°52 (03-07-2020) Instruye a las isapres la activación automática de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) para todos sus beneficiarios que sean hospitalizados durante la alerta sanitaria, cualquiera sea el diagnóstico que la motive. Al 31 de diciembre 2021 se han activado 10.841 CAEC.
- Circular IP/N°50 (13/03/2021) Instruye a las Entidades Acreditadoras respecto de normas especiales y transitorias para aplicar en los procedimientos de acreditación y reacreditación que se ejecuten durante la vigencia del Decreto N°4 de 2020, del Ministerio de Salud sobre alerta sanitaria por Coronavirus COVID-19.
- Circular IP/N°55 (18/11/2021) Dicta procedimiento administrativo destinado a la Inscripción en el Registro Público especial del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, para médicos especialistas temporalmente habilitados por la Ley N°21.274 para ejercer su especialidad en el Sector Público, conforme lo dispuesto en dicha ley y en la norma técnica operativa N°215.

1. Fiscalización

1. Nivel Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

En el periodo 2018-2021 finalizaron 4.781 fiscalizaciones. Según el tipo de entidad, el 67% de las fiscalizaciones corresponden a Isapre, el 22% Prestadores Públicos, el 7% al Fonasa, el 5% a Prestadores Privados. Las principales materias fiscalizadas son Garantía de Acceso con el 18%, Beneficios 18%, Garantía de Oportunidad 17%, Estados Financieros 6%.

En el periodo 2020-2021 el 25% de las fiscalizaciones regulares fueron en materias con enfoque de género y el 26% correspondieron a materias relacionadas al Covid-19.

La disminución en la cantidad de fiscalizaciones durante en el año 2020 y 2021 tiene que ver con la dificultad de realizar fiscalizaciones presenciales producto de la pandemia por Covid-19, por lo cual, de las fiscalizaciones regulares finalizadas en ese periodo, el 94% se realizaron vía “Back Office” y el 6% “Presencial”.

En el periodo 2018-2021 se cursaron 799 sanciones. A Isapres corresponden 138 sanciones multas por UF 78.370; a Prestadores de Salud 186 sanciones multas por UF 28.390; a Agentes de Venta 475 sanciones multas por UTM 639.

Temas destacados:

- Fiscalización de entrega de fármacos de patologías AUGE por Isapres: El 2020 se detectaron irregularidades en entrega de medicamentos AUGE en Isapres respecto a cobros duplicados, despacho incompleto de medicamentos, fármacos recetados que no estaban disponibles en la farmacia en convenio, entre otros problemas detectados durante la fiscalización realizada por este organismo. Se realizaron 98 fiscalizaciones lo que generó multas por UF 8.200 a las Isapres abiertas.
- Fiscalización de certificación de patología AUGE: El 2020 se fiscalizaron 209 establecimientos, lo que evidenció que el 44% Notifica en forma deficiente, tanto Prestadores Públicos como Privados, por lo cual se cursaron 36 Multas UF 18.000.
- Fiscalización de las Garantías de Oportunidad incumplidas en el Sector Privado: en el año 2021 se evidenció la tendencia a la baja, en enero 2020 las garantías retrasadas eran 7.084 mientras que a noviembre del mismo año descendieron a 3.771, una disminución de 47%.
- Efectos de la normativa en la cobranza de reembolsos por SIL Públicos: En diciembre de 2019 el monto a recuperar por Subsidios Públicos era M\$ 60.408.924 a octubre de 2021 es M\$ 19.555.402, una disminución de 68%.
- Reliquidación de parte de Isapres abiertas al Fonasa por transferencias del Fondo Ley Ricarte Soto por \$14.007.384.169.
- Devolución masiva de excedentes: El 27/12/2019 se emitió la Circular IF/N°344 que instruye a las isapres a partir del mes de marzo de 2020 devolver en el mes

de enero de cada año, los excedentes acumulados al 31 de diciembre del año anterior de sus afiliados/as vigentes a esa fecha. En el periodo enero 2020-enero 2022 la devolución fue \$208.481.367.445.

- El 2021 se fiscalizó el funcionamiento de los canales remotos dispuestos por las isapres para entregar información relacionada con el Covid-19, así como el resto de los beneficios incorporados en los Contratos de Salud, y también el funcionamiento de las sucursales a nivel nacional durante la pandemia.

1. Nivel Intendencia de Prestadores de Salud

En el periodo finalizaron 6.317 fiscalizaciones. Según el tipo de entidad el 55,4% corresponde a Entidades Acreditadoras, el 29,1% a Prestadores privados, el 14,4% Prestadores públicos, 0,5% Prestadores FF. AA y de Orden y Seguridad Público, el 0,4% Mediadores y el 0,1% a otros prestadores.

Según la materia fiscalizada, el 55% está relacionadas con las Entidades Acreditadoras, el 37% corresponde a la "Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes del paciente", el 4% a Acreditación, el 2% Decreto 4 Alerta Sanitaria, el uno por ciento sobre la "Ley 20.394 que prohíbe condicionar la atención al otorgamiento de Cheques o dinero en efectivo".

En los años 2020-2021 el 42% de las fiscalizaciones regulares fueron en materias relacionadas al Covid-19, tales como, Precio PCR Covid-19, Normas de manejo Covid-19 - Camas Ventiladas, Normas de manejo Covid-19 - Suspensión Cirugías Electivas, Verifica Cumplimiento ORD C02 N°2752 - Registro en PNTM, Verifica Cumplimiento toma PCR covid-19 sin orden médica.

En el periodo 2018-2021 se cursaron 259 sanciones, 175 multas por UTM 73.145 se originaron por Ley N°20.394 que "Prohíbe condicionar la atención al otorgamiento de Cheques o dinero en efectivo", (159 Prestadores Privados de Salud y 16 a prestadores Públicos); 57 multas por UF 8.545 fueron cursadas por Ley N°20.584 que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" (42 Prestadores Privados de Salud y 15 a prestadores Públicos). En relación con las Entidades Acreditadoras, se les sancionó con 15 amonestaciones, 1 cancelación y 11 multas por UF 1.500.

1. Gestión de Consultas y Reclamos

La Gestión de Consultas a beneficiarios del sistema de salud consiste en responder las inquietudes y solicitudes de los beneficiarios del sistema de salud chileno por medio de los canales de atención disponibles.

La Gestión de reclamos consta de la resolución de los conflictos entre prestadores de salud y sus usuarios, por eventuales vulneraciones a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y ante el eventual condicionamiento de las atenciones de salud a la entrega de documentación financiera. Asimismo, se gestionan las solicitudes de mediación contra prestadores privados de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 19.966.

Por otro lado, la resolución de las controversias es un procedimiento de naturaleza judicial, en forma de juicio, donde el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, actuando en calidad de Juez Árbitro Arbitrador, resuelve las controversias que surjan entre instituciones de salud previsional o el Fondo Nacional de saludos afiliados y sus cotizantes o beneficiarios.

1. Gestión de Consultas

La Superintendencia de Salud atiende los requerimientos de personas, ingresados a través de los canales presenciales, telefónico, escrito, web y gestión de redes, de forma oportuna velando por una orientación basada en la normativa, a través del Modelo Integral de Atención orientado a la satisfacción de los requirentes.

En el periodo 2018-2021 se resolvieron 468.984 requerimientos de los usuarios/as, el 59% corresponde a Santiago y el 41% a las Agencias Regionales. El canal más usado es el telefónico con el 50% de las atenciones, lo sigue el canal presencial con el 36%.

Las cinco materias con mayor registro de atenciones son: Consulta Reclamo y Emisión Certificado 24%, Acreditación y Certificación de Prestadores^[1], con el 9%, Cobertura y Bonificaciones 8%, Plan Auge (GES) el 6%, y Licencia Médica - Subsidios x Incap. Laboral con el 6%.

Debido a la restricción de movilidad a causa de la pandemia, hubo un cambio en la preferencia del canal de contacto, comparado 2018 y 2021 las consultas a través de canales remotos aumentaron un 181% y los presenciales disminuyeron 68%.

Entre marzo 2020 y diciembre 2021 se ejecutaron 12.667 atenciones sobre materia "Covid-19". El canal más utilizado por los usuarios/as es el telefónico con el 86,4% de las atenciones realizadas. Las submaterias más consultadas son: Derivación a la Seremi de Salud (24,3%), Licencias Médicas Covid-19 (19,3%) y Vacunación Covid-19 (12,4%). El 74,5% de las consultas realizadas corresponden a la región Metropolitana.

En marzo de 2021 se implementó un nuevo Call Center lo que permitió que a diciembre la tasa de respuesta aumentara en 90%, en enero 2018 era 30%. Este incremento obedece a que la tecnología del nuevo Call Center permite por un lado canalizar llamados a funcionarios/as en modalidad de teletrabajo con conexión permanente entre 9:00 y 16:00, además de entregar una plataforma de monitoreo que permite la redistribución rápida de las posiciones disponibles a nivel nacional.

2. Gestión de Reclamos

La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y de la Intendencia de Prestadores de Salud, conoce y resuelve

mediante la vía administrativa o arbitral, los reclamos derivados de la relación entre las personas usuarias del sistema de salud y su aseguradora (FONASA o ISAPRE) y los prestadores institucionales e individuales de salud, respecto a aplicación de la normativa legal vigente.

a. Gestión de reclamos contra Aseguradoras

En el periodo 2018-2021 ingresaron 183.447 reclamos, el 96% corresponde a reclamos contra Isapre y el 4% contra el Fonasa. Las submaterias más reclamadas fueron: Alza de precio base con el 41%, Reajuste Precio GES el 15%, Solicita rebaja por cambio de tramo de edad el 5%, Notificación carta de adecuación el 3%, Calificación Condición de Urgencia y Aplicación mecanismo financiamiento con el 2%.

El aumento de 69% en el ingreso de reclamos entre los años 2018-2019 se debe a la recepción en el último trimestre de 2019 de 26.588 reclamos sobre “Reajuste Precio GES”, la resolución de estos casos se realizó el primer trimestre de 2020.

Se registró un aumento de 44% en los reclamos resueltos comparando entre 2018-2021. Se logró disminuir en 102 días corridos el tiempo de tramitación (2018=182 días corridos / 2021=80 días corridos), el 81% de los casos fue resuelto a favor del usuario/a. Lo anterior se debió principalmente a la optimización del proceso de reclamos mediante la transformación digital.

En la resolución de reclamos se puede solicitar pronunciamiento médico, esta solicitud presentó un aumento de 49% comparando los datos de 2018-2021, las principales materias son: Cobertura y Bonificaciones, Plan Auge, Suscripción y Modificación de Contratos. En la emisión de pronunciamientos médicos, se logró disminuir en promedio 140 días hábiles (2018=164 días hábiles / 2021=24 días hábiles).

El ingreso de recursos en primera instancia presentó un incremento de 249% comparando el periodo 2018-2021. El principal aumento se debió a que las Isapres recurrieron el año 2020 por los casos resueltos de la submateria “Reajuste Precio GES” con 24.574 ingresos, el mismo año se resolvió 24.593 de estos recursos. De los casos resueltos el 88% fue “Rechaza Recurso”. Se logró disminuir en promedio 155 días corridos el tiempo de tramitación (2018=224 días corridos / 2021=69 días corridos).

El ingreso de Recursos en segunda instancia presentó un incremento de 468% comparando el periodo 2018-2021. El principal aumento se debió a que las Isapres recurrieron el año 2020 por los casos resueltos de la submateria “Reajuste Precio GES” con 19.163 ingresos.

a. Gestión de reclamos contra Prestadores

En el periodo 2018-2021 ingresaron 23.838 reclamos, el 93% corresponde a la materia Ley 20.584 Derechos y Deberes del paciente y el 7% a Ley 20.394 que prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo. El 84% de los reclamos ingresó por el canal digital.

Se registró un aumento de 208% en los reclamos resueltos lo que provocó la disminución en 32% de los casos en tramitación. Esto se debió a un cambio en el modelo de gestión de

reclamos, en el perfeccionamiento de la normativa, y a la puesta en marcha el año 2021 del Sistema informático de Reclamos.

En relación a los Recursos en primera instancia y comparando el periodo 2019-2021, el ingreso presentó un incremento de 85% y la resolución aumentó 464%.

En el periodo 2018-2021 ingresaron 4.088 solicitudes de mediación por daños ocasionados en una atención de salud otorgada por prestadores de salud privados. El 22% es sobre la materia "Intervención Quirúrgica", el 12% sobre "Atención Hospitalaria", el 11% "Atención Ambulatoria". Finalizaron 3.904 solicitudes, según el resultado el 49% finalizó "Sin Acuerdo". Al finalizar el 2021 se registran 508 casos en tramitación, el 35% (178) en la etapa "Mediación en proceso", 19% (94) en "Pendiente respuesta prestador".

Otras medidas implementadas por la Intendencia de Prestadores fueron: Organización del Encuentro de Mediación en Salud en base al Convenio Chile-México; Puesta en marcha del Formulario de Solicitud de Mediación en portal web y su incorporación al Escritorio Ciudadano; Implementación de modalidad de videoconferencia para audiencias de mediación a nivel nacional; Puesta en marcha del Sistema de Reclamos SUR-IP y su conexión con el Escritorio Ciudadano; Implementación de notificación vía electrónica desde sistema; Coordinación entre áreas de Resolución de Conflicto de ambas Intendencias, para derivación oportuna de reclamos por materia de competencia; y la Suscripción de Convenio entre la Superintendencia y la Tesorería General de la República para el pago de multas a través de plataforma web.

1. Administración de los sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud

La Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria, para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.

Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras, que son sometidas a un proceso de autorización por parte de la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras.

Para apoyar este proceso y de acuerdo al mandato de la Ley N°19.966, se cuenta con tres registros de carácter público, debidamente actualizados, administrados por la Superintendencia y dispuestos en su página web: Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados;

Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, permite consultar si una persona está legalmente habilitada para ejercer su profesión en el país; Registro de Entidades Acreditadoras.

1. Proceso de Acreditación

Entre 2018 y 2019 aumentó fuertemente el número de acreditados debido a la obligatoriedad de los Centros de Diálisis, entre 2020 y 2021 producto de la pandemia, se

debieron suspender los procesos de acreditación[2] lo que provocó la disminución de acreditados y el aumento de solicitudes en tramitación.

Debido a lo anterior, se tomaron medidas para mantener el sistema nacional de acreditación, algunas de ellas fueron: Diseño e Implementación de sistema de evaluación híbrida (telemático y presencial) de procesos de acreditación, implementación de sistema de sorteo de designación de entidades acreditadoras telemático, mantener el examen de evaluadores de entidades acreditadoras. Como apoyo a este proceso, entre los años 2018-2021 se respondieron 11.059 consultas técnicas de acreditación.

Otras medidas de gestión aplicadas fueron el Diagnóstico interno del Estándar de Atención Cerrada (2020-2021), Instalación Mesa Técnica de trabajo intersectorial para elaborar propuesta de modificación a Estándar de Acreditación Atención Cerrada, aplicación de encuesta vía online a prestadores con solicitudes pendientes de acreditación para levantamiento de información y diagnóstico de impacto por pandemia en la mantención de estándar.

En relación con la difusión y colaboración, se realizó anualmente el Encuentro de Calidad y seguridad asistencial, el 2018 en formato presencial, posteriormente se realizó en modalidad Online con más de 3.167 visitas YouTube. Se realizaron 8 Webinars en coordinación con la Sociedad Chilena de Calidad Asistencial en temas contingentes relacionados con la Pandemia por COVID-19, se conectaron en promedio 600 personas. Se suscribieron Convenios de Colaboración, con el Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile, Fundación CARE, Universidad San Sebastián, Sociedad Chilena de Calidad Asistencial (SOCCAS).

El periodo finaliza con 411 solicitudes de acreditación en tramitación, según estándar, 142 corresponde a Atención Cerrada, 133 Atención Abierta, 112 Diálisis, 12 Laboratorio, 9 Imagenología, 2 Atención Psiquiátrica, 1 Quimioterapia. El 62% se encuentra en la etapa "Solicitada", el 19% en etapa "Planificada". Al 31 de diciembre de 2021 se registran 736 Prestadores Institucionales acreditados.

1. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud

La Superintendencia de Salud administra el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que otorga fe pública acerca de la habilitación legal de los profesionales de la salud, para ejercer sus respectivas profesiones, en virtud de ostentar sus respectivos títulos profesionales, así como, las especialidades y subespecialidades de médicos cirujanos y cirujano-dentistas, cuando las tuvieran certificadas. Respecto de títulos habilitantes, estos son informados por convenios suscritos por la Superintendencia de Salud con Instituciones tales como, universidades, centros de formación técnica, Secretarías Regionales del Ministerio de Educación, Secretarías Regionales del Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores, entre otras.

Como resultado del proceso de Registro de Prestadores individual de Salud, en el periodo 2018-2021 se resolvió un total de 280.417 solicitudes de inscripción, de las cuales el 95% fue aprobada y el 5% rechazada. Al 31 de diciembre de 2021, se

registran 732.198 Prestadores Individual de Salud registrados (RNPI). Se presentan por “Habilitación legal” las 5 con mayor cantidad de Registros.

- **32% Técnicos de Nivel Superior en Salud (235.783).**
- **10% Psicólogos (73.796).**
- **10% Enfermeros (70.609).**
- **8% Auxiliares en Salud (62.040).**
- **8% Médicos Cirujanos (58.248).**

La intendencia de Prestadores de Salud emitió la Circular IP/N°46 de junio 2020 sobre la inscripción transitoria en el Registro Nacional de Prestadores Individuales (RNPI) de Médicos extranjeros. Entre julio 2020 y diciembre de 2021 se han realizado 2.502 inscripciones. El mayor número de inscripciones corresponden a Servicios de Salud con un 45,5%, seguido por Municipalidades con un 42,1%, Residencias Sanitarias representan un 9,1% del total y, finalmente, prestadores privados con un 3,3%.

3. OTROS RESULTADOS RELEVANTES

Además de los resultados presentados referidos a los productos estratégicos, la Superintendencia de Salud obtuvo los siguientes resultados relevantes:

1. Solicitudes de Acceso a Información Pública

El resultado del Indicador de Transparencia Pasiva del año 2021 fue de 84% de solicitudes respondidas en 15 días hábiles. Se respondieron en total 899 solicitudes, es decir, 17% menos que las respondidas en 2020 (1.089). Respondimos más de 50 Amparos ante el Consejo para la Transparencia (Trabajo conjunto con Fiscalía).

1. Mejores servicios a las personas

• Transformación Digital

A través de la transformación digital se modernizaron los canales de atención con el objetivo de facilitar a las personas el contactarse con la Superintendencia y entregarles respuestas dignas, oportunas y de calidad. El 94% de los trámites están digitalizados acorde a la meta de 80% de la Estrategia de Transformación Digital del Estado.

• Formulario Único de Reclamos

En el marco de la innovación a comienzos del año 2020, se incorporó a nuestros servicios web el “Formulario Único de Reclamos”, que permite centralizar en una “ventanilla única” todos los ingresos mediante el uso de un formulario que guía el llenado y mejora el proceso de admisión de reclamos mediante la incorporación de inteligencia artificial y de árboles de decisiones lo cual entrega un servicio de mayor calidad, ágil y oportuno. El 93% de los reclamos ingresó por el canal digital.

• Aplicativo Reclamos Alza de Precio Base en el Sistema Privado de Salud.

Plataforma remota que incorpora un algoritmo de inteligencia artificial para el procesamiento de la carta de adecuación. El objetivo es simplificar la tramitación de los

reclamos realizados por Alza de Precio Base, que históricamente ha correspondido al 50% de los casos. El ingreso del reclamo se realiza a través del sitio web institucional, utilizando la clave única que entrega el Servicio de Registro Civil e Identificación o mediante la verificación de RUT y del número de documento. Disminución en los días de tramitación de reclamos contra aseguradoras en 102 días corridos entre los años 2018 y 2021.

- **Escritorio ciudadano “Mi Súper”.**

Es un canal de comunicación entre la Superintendencia y la ciudadanía, a través del cual podrán acceder a información desde cualquier sitio con conexión a internet para realizar trámites en línea de forma rápida, segura y cómoda. El ingreso se hará a través del sitio web institucional, utilizando la clave única que entrega el Servicio de Registro Civil e Identificación o mediante la verificación de RUT y del número de documento.

- **Chatbot: “Magda y Juan”.**

Se implementó un chatbot en el sitio web institucional que permite a la ciudadanía acceder a respuestas automatizadas acerca de las consultas más frecuentes, con el objetivo de brindar nuevos canales de atención y descongestionar la demanda por las vías presencial y telefónica.

- **App Superintendencia de Salud.**

Es una aplicación móvil que agrupa los principales servicios que demanda la ciudadanía de manera amigable y sencilla. Esta plataforma consta de los siguientes módulos: Módulo consulta de prestadores individuales, Módulo ingreso de reclamos, Módulo seguimiento de trámites, Módulo Consultas Ciudadanas y Radiografía de Isapres. La App se puede descargar desde Play Store de Google.

- **Teleatención**

Este proyecto se enmarca en la necesidad de atención a distancia a través de videoconferencia, considerando que durante la pandemia las personas podían ver restringida su movilidad. Se inicia el desarrollo el segundo semestre 2021, en febrero 2022 se implementa la atención en un formato semipresencial, con acceso a sistemas que permitan a los ejecutivos brindar una mejor experiencia usuario/a.

1. Continuamos fortaleciendo la transparencia del sistema de salud

Facilitamos a las personas el acceso a un conjunto de información relacionada con el sistema privado de salud:

- **Radiografía de Isapres.**

Es una plataforma que pone a disposición de la ciudadanía un conjunto de información válida, confiable y oportuna, que da cuenta del desempeño de las Isapres abiertas para compararlas de manera intuitiva e interactiva. Registra 16.916 visitas.

- **Boletín de Planes de Salud del Sistema Isapre.**

Es una plataforma interactiva que facilita a las personas el acceso a un conjunto de información relacionada con los planes complementarios de salud vigentes en el Sistema Isapre. Registra 5.699 visitas.

- **Explorador de precios de exámenes de laboratorio e imagenología.**

Es una herramienta que permite consultar los precios promedio que las Isapres informaron como cobrados por los prestadores privados de salud para exámenes de alta demanda, según tipo y horario de atención. Registra 27.515 visitas.

- **Observatorio de género del sistema Isapre**

Es una herramienta innovadora en el sector salud, que se alinea con la política de equidad de género impulsada por la Superintendencia, cuyo propósito es acercar información actualizada y transparente que permiten explorar y visualizar las diferencias y brechas que se presentan entre hombres y mujeres en ámbitos del sistema privado de salud.

1. Perfeccionamiento del sistema de salud privado

- **Índice Referencial de Costos de la Salud (IRCSA).**

Su objetivo es introducir mayor transparencia al sistema, porque se entrega una herramienta de información para que los afiliados/as a las Isapres puedan conocer objetivamente las variaciones reales de los costos de la salud privada, y poder tomar mejores decisiones. La Superintendencia genera una banda referencial (DFL1) y calcula el valor del IRCSA del año t como cota máxima del intervalo de adecuación en el proceso julio año $(t+1)$ a junio año $(t+2)$. El procedimiento de cálculo del Indicador referencial es certificado por el INE (convenio de colaboración INE/SIS Res. Ex. SS N°113 del 31/01/2020).

Para el periodo 2021-2022, el IRCSA entregado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, es de -0,5%. Cabe recordar que a este porcentaje se obtiene tras un análisis de los costos de las aseguradoras en prestaciones de salud (precio y cantidad), y los costos en subsidios por incapacidad laboral (SIL).

- **Propuesta de un Fondo de Compensación de Riesgos (FCR).**

En un esfuerzo por documentar todo el trabajo realizado que permita a los diversos actores del sistema contar con una base empírica sólida sobre la cual basarse para futuros procesos de reforma (independiente del sistema de salud que se establezca), la Superintendencia de Salud pone a disposición de todos los interesados/as la publicación denominada “Propuesta de un Fondo de Compensación de Riesgos para Chile: Modelo y Resultados en el Sistema Privado de Salud”. Es un mecanismo que permite solidarizar los gastos esperados en salud de los afiliados. Las aseguradoras partícipes del FCR asumen el riesgo conjuntamente, mediante un mecanismo que las “compensa” entre sí, de manera que se reparta equitativamente entre ellas el gasto de su cartera respectiva de afiliados.

1. Avanzamos en el proceso de Liquidación de la ex Isapre Masvida.

El año 2018 inició el proceso de liquidación de la ex Isapre Masvida, al 31 de diciembre de 2021 se han efectuado pagos por un monto total de \$946.164.744 favoreciendo a 28.702 acreedores.

Durante el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre 2021, se dio continuidad a la liquidación de la garantía de la ex Isapre Masvida, ejecutándose las siguientes acciones:

a. De acuerdo al Primer orden de prelación artículo 226 del DFL N°1:

En el curso del año 2021, no se emitieron resoluciones de pago para el Inventario de Licencias Médicas, sin embargo, se pagó un total de \$29.149.429 a 276 acreedores de Resoluciones de Pago emitidas anteriores al 1° de enero de 2021.

a. De acuerdo al Segundo orden de prelación artículo 226 del DFL N°1:

Con respecto al Inventario de Reembolsos, se autorizó el pago de \$621.837.334 correspondiente a un total de 89 acreedores y se pagó la suma de \$536.552.847 a 362 acreedores beneficiados por resoluciones de pago.

Se puso a disposición de los afiliados una aplicación en el Portal Web de la Superintendencia para que conozcan el estado de los excesos y otras acreencias que estén pendientes de pago, registren y actualicen sus datos. Y, además puedan descargar la carta de notificación y/o certificados de deuda.

Por otra parte, se emitieron resoluciones de pago a acreedores de excesos de cotización por la suma de \$2.138.317 para 14 acreedores, en tanto que se hizo efectivo el pago de \$380.462.468 para 27.216 acreedores beneficiados por resoluciones de pago.

Con respecto al Inventario de Excedentes de Cotización, la causa que se mantenía en la 9ª Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago, por el recurso de reclamación interpuesto por la Isapre Nueva Masvida en contra de la Superintendencia de Salud, Causa Rol N°425-2018 y otras anexas asociadas a ésta en la misma Sala (69741-2018, 1703-2019, 83573-2018 y 218-2019) y apelada a la Corte Suprema a la espera del pronunciamiento.

a. De acuerdo al Tercer Orden de Prelación artículo 226 del DFL N°1:

Como el recurso de reclamación por excedentes del segundo orden de prelación, fue sentenciado y la orden de no innovar levantada, se procede a la notificación de 6.063 prestadores de salud por un saldo total de \$63.280.467.366, a ser prorrateado según lo señalado en la normativa vigente. Se inicia el proceso de impugnación de la deuda a Prestadores de Salud.

El monto de la garantía disponible de la ex Isapre Masvida descontando los referidos pagos es de \$44.773.780.594.

1. Participación Ciudadana

Durante el periodo 2018-2021 mantuvimos un contacto permanente, de manera presencial y posteriormente telemática con el Consejo de la Sociedad Civil (COSOC), lo que se reflejó en su participación activa en nuestra Cuenta Pública Participativa, en la realización de Conversatorios Virtuales con el Superintendente con el objetivo de explicar el rol que ha

tenido la Superintendencia durante la pandemia, entre otros temas. Contamos con la participación del COSOC y otras organizaciones en la definición de proyectos de mejora de información a la ciudadanía.





[1] Las personas que vienen a realizar consultas por el RNPI son profesionales recién titulados que ingresan al mercado laboral y cuyo seguro es mayoritariamente FONASA. Por otra parte, esta categorización incluye profesionales extranjeros que consultan por su ingreso al RNPI o validación de su profesión también afiliados a FONASA.

[2] La Intendencia de Prestadores de Salud emitió el Oficio Circular N°3 del 16 de marzo que suspende los procesos de acreditación en trámite, considerando el Decreto N°4 de Alerta Sanitaria del Ministerio de Salud, así como la necesidad de que todos los prestadores concentren sus esfuerzos en dar debida respuesta a las demandas de atención relacionadas al coronavirus.

4. Desafíos para el período de Gobierno 2022

La Superintendencia de Salud se mantendrá enfocada en el cumplimiento de misión que es “Proteger, promover, y velar por el cumplimiento igualitario de los derechos de las personas en salud, con relación a Fonasa, Isapres y prestadores”. Para el año 2022 los desafíos son los siguientes:

Covid-19

- Incorporación del Covid-19 en las Garantías Explícitas en Salud (GES).
- Continuar con las fiscalizaciones en materias asociadas a Covid-19.
- Mantención de la resolución de las consultas y reclamos en materias asociadas a Covid-19.
- Elaborar cuando sea necesario normativa sobre materias Covid-19.

Modernización del Sistema privado de salud.

- Monitorear la implementación de la Ley 21.350 que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud, tanto en el Proceso de Adecuación, como en el cumplimiento de las Metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.
- Mejorar la transparencia en el sistema de Isapres.
- Seguimiento a la estabilidad del sistema Isapre.

Administración de los Sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud

- Dar respuesta a demanda de Reanudación de procesos de Acreditación: 411 Solicitudes Pendientes al 31 de diciembre 2021.
- Ingreso de Solicitudes de Reacreditación: 244 Prestadores Institucionales con vigencia hasta 2022.
- Avanzar en la generación de propuesta de modificación a estándares de acreditación de atención cerrada.

Formalización del Teletrabajo

- Definir y elaborar el reglamento, controles, procedimientos y apoyo normativo con el Ministerio de Hacienda.

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas 2018-2022

Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

D F L N° 1 de Salud, de 2005

Misión Institucional

Proteger, promover, y velar por el cumplimiento igualitario de los derechos de las personas en salud, con relación a Fonasa, Isapres y prestadores.

Objetivos Ministeriales

Nro.	Descripción
1	Potenciar la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios
2	Fortalecer la atención primaria y red de urgencia
3	Reducir y controlar las listas de espera
4	Fortalecer el rol del Ministerio de Salud como ente rector de todo el sistema de salud
5	Implementar tecnologías de información, con énfasis en el acercamiento de atención a las personas
6	Desarrollar plan de infraestructura en el sector y equipamiento en hospitales y atención primaria
7	Implementar métodos de pago que promuevan eficiencia, calidad y equidad
8	Potenciar la formación, certificación y retención de médicos especialistas
9	Avanzar a mediano plazo hacia un nuevo sistema de seguridad social en salud
10	Mejorar el oportuno acceso a medicamentos
11	Implementar estrategias para abordar salud oral, medicina reproductiva y cáncer
12	Generar estrategias de promoción y prevención para la salud de las personas

Objetivos Estratégicos

Nro.	Descripción
1	Potenciar la información, comunicación y servicios ofrecidos a las personas en razón de la protección de sus derechos y sin discriminación alguna, mediante el mejoramiento de los canales de acceso, difusión, educación y uso de las tecnologías, para entregar respuestas dignas, oportunas y de calidad e incrementar el conocimiento de las personas en el uso de su sistema de salud, y así contar con personas más protegidas, más conscientes de sus derechos, más dispuestos a ejercerlos y más responsables de sus obligaciones.

Nro.	Descripción
2	Fiscalizar y regular a los fondos y seguros privados de salud, ejerciendo efectivamente las atribuciones legales vigentes, para proteger los derechos en salud de las personas, eliminando las diferencias evitables en razón de su género y contra toda forma de discriminación para mejorar el desempeño del sistema de salud.
3	Estimular, orientar y contribuir al desarrollo progresivo de los sistemas de provisión de la calidad asistencial, ejerciendo efectivamente las atribuciones legales vigentes, a través de la fiscalización, normativa y registro, para garantizar a todas las personas usuarias del sistema, público y privado, una atención de salud con adecuados estándares de calidad y seguridad, y de resguardo de sus derechos y contra toda forma de discriminación derivando en mayores grados de satisfacción, eficiencia, equidad y seguridad del paciente.
4	Gestionar con liderazgo los recursos institucionales y las personas, implementando un modelo de gestión eficiente, transparente, enfocado en los funcionarios que incorpora en sus prácticas la promoción de la equidad de género y no discriminación, potenciando el capital humano, el trabajo en equipo y los recursos disponibles para contribuir al logro de los compromisos de la organización, y de esta forma cumplir la misión de la Superintendencia.

Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Nro.	Nombre	Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	Fiscalización	La fiscalización a los Prestadores Institucionales de Salud, se enfoca en el resguardo y fortalecimiento del Sistema de Acreditación, cuidando la calidad, objetividad, imparcialidad y transparencia de éste, para dar debido cumplimiento a la garantía de calidad por parte de los Prestadores Institucionales de Salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por dichos prestadores alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus pacientes y usuarios/as. Para ello, se fiscaliza a las Entidades Acreditadoras y Prestadores Institucionales de Salud Acreditados. Además, se fiscaliza el cumplimiento de las normas, protocolos y reglamentos establecidos por la Ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y también, de la Ley N°20.394, que Prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo a los prestadores de salud del país, En otro ámbito se realiza el control del debido cumplimiento de los derechos y el correcto otorgamiento de los beneficios y prestaciones que establece la ley para las personas pertenecientes al Fonasa, las Isapres y Aseguradoras de las FFAA y las de Orden y Seguridad Pública. Se fiscaliza, además el correcto cumplimiento del Régimen General de Garantías en Salud (RGGS) a que tienen derecho los beneficiarios del Fonasa e Isapres; la aplicación del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto) y el acceso a sus beneficiarios; y el cumplimiento de los indicadores legales e información financiera que reportan las Isapres.	4, 2, 3

Nro.	Nombre	Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
2	Regulación	Le corresponde elaborar, proponer, sistematizar, actualizar y difundir la normativa administrativa que rige a las Isapres y Fonasa, así como a los prestadores, seguros, fondos e instituciones que participen en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud y/o en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de acuerdo a las atribuciones que la ley confiere a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.	4, 1, 2
3	Gestión de Consultas y Reclamos	La Gestión de Consultas a beneficiarios del sistema de salud consiste en responder las inquietudes y solicitudes de los beneficiarios del sistema de salud chileno por medio de los canales de atención disponibles. La Gestión de reclamos consta de la resolución de los conflictos entre prestadores de salud y sus usuarios, por eventuales vulneraciones a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y ante el eventual condicionamiento de las atenciones de salud a la entrega de documentación financiera. Asimismo se gestionan las solicitudes de mediación contra prestadores privados de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 19.966. Por otro lado, la resolución de las controversias es un procedimiento de naturaleza judicial, en forma de juicio, donde el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, actuando en calidad de Juez Árbitro Arbitrador, resuelve las controversias que surjan entre instituciones de salud previsual o el Fondo Nacional de saludos afiliados y sus cotizantes o beneficiarios	4, 1, 2, 3
4	Administración de los sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud	La Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria, para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras, que son sometidas a un proceso de autorización por parte de la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. Para apoyar este proceso y de acuerdo al mandato de la Ley N°19.966, se cuenta con tres registros de carácter público, debidamente actualizados, administrados por la Superintendencia y dispuestos en su página web: 1) Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados; 2) Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, permite consultar si una persona está legalmente habilitada para ejercer su profesión en el país; 3) Registro de Entidades Acreditadoras.	4, 3

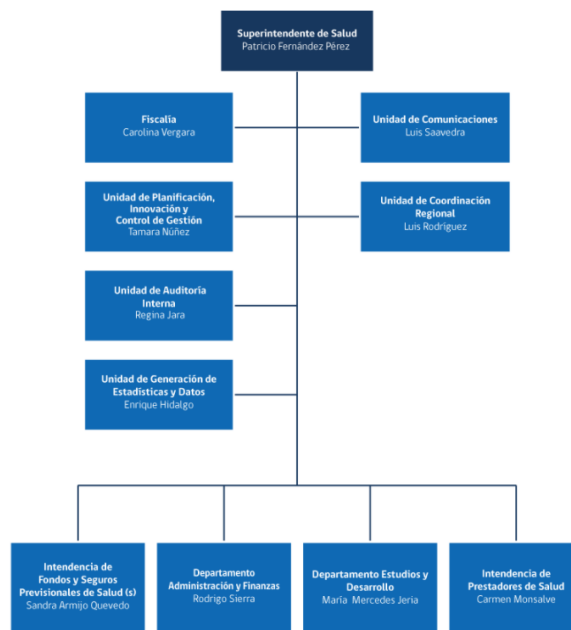
Cientes / Beneficiarios / Usuarios

Nro.	Descripción	Cantidad
1	Beneficiarios/as del FONASA	14.841.562
2	Beneficiarios/as de las ISAPRES	3.431.126
3	FONASA	1
4	Isapres	9
5	Prestadores individuales (Médicos y otros profesionales de salud)	634.844
6	Prestadores Institucionales (Hospitales, Clínicas, otros centros de atención de salud)	1.562
7	Beneficiarios/as Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y otros.	834.528

b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio

No se ha cargado el Organigrama

Organigrama y ubicación en la Estructura del Servicio



c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Superintendente de Salud	Patricio Fernández Pérez
Fiscal	Carolina Vergara Arriagada
Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud (S)	Sandra Armijo Quevedo
Intendenta de Prestadores de Salud	Carmen Monsalve Benavides
Jefa Departamento de Estudios y Desarrollo	María Mercedes Jeria Cáceres
Jefe Departamento de Administración y Finanzas	Rodrigo Sierra Contreras
Jefa Unidad de Planificación, Innovación y Control de Gestión	Tamara Núñez Andrewartha
Jefa Unidad de Auditoría Interna	Regina Jara Quiroz
Jefe Unidad de Generación de Estadísticas y Datos	Enrique Hidalgo Donoso
Jefe Unidad de Coordinación Regional	Luis Rodríguez González
Jefe Unidad de Comunicaciones	Luis Saavedra Jaña

Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2018 - 2022

Año	Iniciativa	Estado de Avance
-----	------------	------------------

Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas

Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas

No aplica

Anexo 10a: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional 2018-2021

No aplica

Anexo 10b: Leyes Promulgadas durante 2018-2021

No aplica

Anexo 11: Premios o Reconocimientos Institucionales 2018-2021

- En el periodo 2018-2021 la Superintendencia obtuvo el 100% del bono de desempeño institucional por el cumplimiento de las Metas de Eficiencia Institucional (MEI). Los directivos de Alta Dirección Pública dieron cumplimiento a las metas de su respectivo Convenio de Desempeño.
- En el año 2020, la Superintendencia de Salud postuló y quedó entre los diez finalistas del concurso “Funciona” del Servicio Civil en la categoría correspondiente a Instituciones del Nivel Central, con su producto "Formulario Único de Reclamo". Este formulario que aplica algoritmos de inteligencia artificial, nació de una iniciativa ideada por funcionarios/as de la Superintendencia de Salud luego de su participación en los talleres del Laboratorio de Gobierno. Su construcción basada en un árbol de decisiones, busca guiar al usuario/a al momento de presentar un reclamo ante la Superintendencia y facilitar su posterior clasificación. A la fecha más del 95% de las presentaciones recibidas en la Superintendencia de Salud son a través de medios digitales, antes de la implementación del formulario era del 50%, del mencionado 95% de reclamos ingresados por este medio, el 74% son clasificados automáticamente en materia, submateria e Intendencia reclamada, mediante herramientas de Inteligencia Artificial.