



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL 2017

Fondo Nacional de Salud

BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2017

MINISTERIO DE SALUD
FONDO NACIONAL DE SALUD

Marzo de 2018
Monjitas N°665, fono 225755575
www.fonasa.cl

Índice

1.	Presentación Cuenta Pública del Ministerio de Salud	5
	Fondo Nacional de Salud. Avances de la Gestión 2014-2018	10
2.	Resumen Ejecutivo Servicio	13
3.	Resultados de la Gestión año 2017	16
4.	Desafíos para el período de Gobierno 2018 - 2022	48
5.	Anexos	51
	Anexo 1: Identificación de la Institución	52
	a) Definiciones Estratégicas 2014-2018	52
	b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Servicio	54
	c) Principales Autoridades	55
	Anexo 2: Recursos Humanos y Dotación de Personal	56
	Anexo 3: Recursos Financieros	64
	Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2014 -2017	70
	Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2014 – 2017	72
	Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas 2014-2017	73
	Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas	74
	Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2017	75
	Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2014-2017.	78
	Anexo 9: Resultados en la Implementación de Medidas de Género y Descentralización / Desconcentración 2014 - 2017	80
	Anexo 10: Oferta Programática identificadas del Servicio en su ejecución 2017	84
	Anexo 11a: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional 2014-2018	85

Índice

Anexo 11b: Leyes Promulgadas durante 2014- 2018	86
Anexo 12: Premios o Reconocimientos Institucionales 2014 – 2017	87

1. Carta Presentación de la Ministra de Salud



El presente Balance de Gestión Integral del sector Salud, nos permite mostrar los principales resultados y logros relacionados con los compromisos presidenciales en diferentes ámbitos de acción del Ministerio de Salud, así como también hacer un breve repaso a los principales avances obtenidos durante el periodo 2014-2017.

En estos cuatro años nos hemos enfocados en entregar una mejor salud a cada uno de los habitantes de nuestro país, fortaleciendo la Salud Pública, con mejor y más infraestructura, dotándola de mayor capacidad humana, con más profesionales de la Salud, comprometidos con entregar una atención digna y de calidad en el Sistema Público y se logró instaurar la perspectiva de que debe haber “salud en todas las políticas”.

En materia de inversiones durante el año 2017, se avanzó fuertemente en el cumplimiento de los compromisos presidenciales, y a marzo de 2018 el país cuenta con 23 hospitales terminados o en operación¹, superando el compromiso de contar con 20 hospitales terminados o en operación al finalizar el Gobierno. Respecto al compromiso de entregar 20 hospitales en “construcción”, a la fecha se encuentran 23 establecimientos con diferentes grados de avance² y 12 en etapa de licitación³, además de otros 18 en estudios o diseño. Para la Atención Primaria, el Plan de Gobierno culmina con 65 Centros de Salud Familiar (CESFAM) terminados o en operación, 90 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) terminados y 49 dispositivos de urgencias (SAR)⁴ en operación. Este Plan Nacional de Inversiones en Salud ha sido el más ambicioso de la historia de la Salud Pública de Chile, cuyo objetivo es entregar una salud digna y de calidad, siendo un pilar estratégico de las políticas sociales del país.

En la misma línea del fortalecimiento a la Salud Pública, en el periodo 2014-2017 se aumentó el parque vehicular, adquiriéndose un total de 883 ambulancias nuevas y 102 carros odontológicos; a su vez y en colaboración con el Ministerio de Energía, en 2017 se licitó la implementación de medidas de eficiencia energética en 12 hospitales, estimando que el ahorro sería de aproximadamente 1.600 millones de pesos anuales. Con esto, el 100% de los establecimientos de alta complejidad existentes (14 hospitales de la Región Metropolitana y 10 en distintas regiones) cuentan con medidas de eficiencia energética.

1 Región de Antofagasta, (1)Hospital de Antofagasta; Región de Atacama, (2)Hospital de Copiapó; Región de Coquimbo, (3)Hospital Salamanca; Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, (4)Hospital de Chimbarongo, (5)Hospital de Rancagua; Región Metropolitana, (6)Hospital Exequiel González Cortés, (7)Torre Valech, Región del Biobío, (8)Hospital de Florida, (9)Hospital Penco Lirquén, (10) Hospital de Los Ángeles y (11)Hospital de Laja; Región de la Araucanía, (12)Hospital de Pitrufquén, (13)Hospital de Cunco y (14)Hospital de Lautaro; Región de Los Ríos, (15)Hospital de Lanco; Región de Los Lagos, (16)Hospital de Quilacahuín, (17)San Juan de la Costa, y (18)Hospital de Futaleufú; Región de Aysén, (19)Hospital de Puerto Aysén; Región de Magallanes, (20)Hospital Porvenir, (21)Hospital de Puerto Natales, y (22)Hospital de Puerto Williams; y en la Región del Maule, (23)Hospital de Talca.

2 Hospital Carlos Cisternas de Calama (96% de avance de obras), hospital de Carahue (85% de avance de obras), hospital Dr. Gustavo Fricke (77% de avance de obras), hospital Félix Bulnes (80% de avance de obras), hospital de Ovalle (69% de avance de obras), hospital Philippe Pinel (55% de avance de obras), hospital de Cochrane (53% de avance de obras), hospital de Angol (27% de avance de obras), hospital Padre las Casas (29% de avance de obras), hospital de Curicó (12% de avance de obras), hospital Salvador Geriátrico (3% de avance de obras), hospital Quillota Petorca (9% de avance de obras), hospital de Curacautín (iniciando obras), hospital de Ñuble (contrato diseño- construcción), hospital Claudio Vicuña de San Antonio (iniciando obras), Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital de La Serena (iniciando obras), hospital Barros Luco (contrato diseño- construcción), hospital de Las Higueras de Talcahuano (iniciando obras), hospital de Linares (contrato diseño- construcción), hospital Marga Marga (contrato diseño- construcción), hospital Ancud (contrato diseño- construcción), hospital de Quellón (iniciando obras), hospital de Makewe (iniciando obras)

3 Hospital de Alto Hospicio, Hospital Diego de Almagro, Hospital de Huasco, Hospital de Casablanca, Hospital Sótero del Río, Hospital Cordillera (ex Hospital Puente Alto), Hospital de Melipilla, Hospital de Collipulli, Hospital de Lonquimay, Hospital Vilcún, Hospital de Villarrica, Hospital de Quilén.

4 El detalle de cada una de las obras, puede ser consultado en el informe de gestión División de Inversiones 2014-2018, febrero 2018.

A la ejecución del Plan Nacional de Inversiones, se complementa con un aumento de la dotación de médicos, odontólogos y especialistas que se incorporan a la Red Asistencial Pública. Durante el año 2017, se integraron un total de 784 médicos y odontólogos a través del Periodo Asistencial Obligatorio (PAO) a los establecimientos del sector público, por un periodo de seis años, en devolución de las becas de formación que han cursado. En tanto, a la Etapa de Destinación y Formación (EDF) se integraron 377 nuevos médicos, e ingresaron al Plan de Formación de Especialistas 1.055 médicos y 55 odontólogos, cumpliendo con la meta del año. Durante el periodo de Gobierno (2015-2018) han ingresado a formación un total de 4.160 nuevos médicos y odontólogos, cumpliendo en promedio desde el 2015 en un 104% el compromiso establecido por el Gobierno de la Presidenta de la República Michelle Bachelet.

La salud oral con foco en las personas de situación de mayor vulnerabilidad fue una de las áreas priorizadas durante todo el Gobierno de la Presidenta Bachelet, a través de los programas “Más Sonrisas para Chile” destinado a mujeres, el año 2017 se lograron 101.471 altas, lo que representa un 101% de avance de la meta propuesta para el año (100.000 altas). Por su parte, el programa “Sembrando Sonrisas”, dirigido a niños y niñas de 2 a 5 años, aumentó su cobertura a 480.890 beneficiarios, logrando un 120% respecto a lo comprometido (400.000 altas). En relación al Programa “Atención odontológica integral a estudiantes de cuarto medio”, se amplió su cobertura a la atención de alumnos de terceros medios y cursos equivalentes, alcanzando 108.680 altas en 2017. Finalmente, el programa de “Mejoramiento de acceso a la atención odontológica para la población adulta”, permitió otorgar 390.139 actividades recuperativas, a mujeres y hombres adultos que se atienden en la Red Asistencial Pública, logrando una cobertura del 118%, respecto de la meta anual.

En el ámbito legislativo y tras más de dos años y medio de tramitación, fue publicada en el Diario Oficial el 23 de septiembre de 2017, la Ley N° 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: 1) caso en que la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para la su vida; 2) caso en que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal; y 3) caso en que el embarazo es producto de una violación. Con la publicación y entrada en vigencia de esta ley, se avanza no solo en restablecer el derecho a la mujer de decidir sobre sus vidas reproductivas en estos tres casos extremos, si no que coloca al Estado de Chile a la par de los países desarrollados con los estándares de Derechos Humanos, cumpliendo con la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

En razón de la implementación de la ley y como parte del Política Institucional del “Buen Trato” se ha capacitado y fortalecido las capacidades del Sistema Público de Salud, a través de la red de salud materno-fetal a lo largo de todo Chile (69 policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico). Asimismo, se han establecido las coordinaciones con la red de protección social y de apoyo a víctimas de delitos sexuales, de modo de garantizar los derechos que establece la ley.

Durante el año 2017, se continuaron otras iniciativas que avanzan en materia de “Buen trato”, por ejemplo la estrategia “Hospital Amigo”, que contempla medidas para disponer de espacios de información, respeto y consideración de la opinión de pacientes y familiares, entre otras medidas que tienen un impacto directo en la atención del usuario. A la fecha, esta estrategia está presente en 175 establecimientos hospitalarios públicos de alta, mediana y baja complejidad en el país, es decir en más del 90% de los hospitales públicos.

El “Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo”, más conocido como “Ley Ricarte Soto”, durante el 2018 cumplirá 3 años desde su entrada en vigencia el año 2015, siendo otro compromiso más de la Presidenta de la República Michelle Bachelet que cumplimos como sector. Con tres decretos vigentes, la ley se encuentra en régimen, con lo cual se entregará cobertura garantizada a 18

patologías⁵. Al 31 de diciembre de 2017, la cobertura alcanzó a 8.013 personas, de las cuales 5.117 son beneficiarios activos, mientras que 2.896 se encuentran inactivos, sea por término de tratamiento u otros motivos.

En materia de prevención, la nueva Ley de Alimentos y sus reglamentos, instalan a Chile como un país pionero en materia de promoción de alimentación saludable. En ese contexto, en 2017 lanzamos la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, cuyo objetivo es contribuir a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población chilena en materia de alimentación y nutricional, especialmente para nuestros niños, niñas y adolescentes. En la misma senda de protección de nuestros niños y niñas, durante 2017, se dio inicio al Proyecto de Ampliación del Programa de Pesquisa Neonatal, estrategia preventiva de Salud Pública, que permite detectar precozmente patologías que provocan secuelas graves e irreversibles, inclusive la muerte, las que con diagnóstico temprano y tratamiento oportuno pueden evitarse.

Continuando con la protección de nuestros niños, niñas y sus familias, cerrando el 2017, S.E. la Presidenta de la República promulgó la denominada “Ley Sanna” que crea el Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas. Esta permitirá a los padres y madres puedan tener una licencia médica para cuidar a menores afectados por condiciones graves de salud.

Durante el año 2017, la salud mental fue un tema de preocupación para el quehacer institucional, se presentó la actualización del Plan Nacional de Salud Mental, el cual recoge los principales desafíos del sector salud para dar respuesta a las necesidades de la población. Del mismo modo, comenzó la implementación del Plan Nacional de Demencias, en 4 comunas: Peñalolén, El Bosque, Osorno y Punta Arenas, se suma a esto la implementación de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, los cuales entregarán atención a cuidadores con altos niveles de sobrecarga y personas con demencia leve que presenten altos grados de angustia o ansiedad, encontrándose implementados en los tres lugares antes mencionados, y en siete más: Coquimbo, Los Andes/San Felipe, El Bosque, Rancagua, Talca, Talcahuano y Temuco. Con todo ello se ha alcanzado una cobertura aproximada de cuatro mil personas que viven con demencia y cuatro mil personas cuidadoras.

En relación a las instituciones autónomas del sector, si bien durante el 2016, celebramos la certificación del Instituto de Salud Pública como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional en Medicamentos, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS); durante el 2017 se obtuvo por parte de este mismo organismo otros reconocimientos en los ámbitos Biomédico, Salud Ocupacional y Ambiental. A lo anterior, se debe sumar la Recomendación Satisfactoria para la etapa de Diseño del Proyecto de Normalización y Modernización del Instituto de Salud Pública de Chile, proyecto de inversión que tiene el fin de mejorar y ampliar la capacidad logística y operativa que tiene el Instituto.

Por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA), para fortalecer la protección financiera y acceso en salud de los beneficiarios, durante el año 2017 se implementó un nuevo modelo de fiscalización de cotizantes, lo que se ha constatado en una mejora en los niveles de completitud y oportunidad de la información y el traspaso de recursos asociados a la recaudación de cotizaciones, para resguardar la correcta acreditación de nuestros asegurados, que impacta directamente en el mejoramiento continuo de los procesos de acreditación de beneficiarios, regularización de cotizaciones y entrega de información a nuestros usuarios. Del mismo modo se ha instaurado un nuevo modelo de atención en sucursales, no presencial, con más y mejores

5 Mucopolisacaridosos I, II y VI, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Tirosinemia, Artritis Reumatoide Refractaria, Esclerosis Múltiple Refractario, Hipertensión Arterial Pulmonar, Profilaxis VRS en prematuros con/sin DBP, Cáncer de mama Gen Her2(+) – Incorporadas a partir del 2017: Enfermedad de Crohn, Nutrición Enteral Domiciliaria, Diabetes Mellitus Tipo I inestable severa. Patologías en tramitación de ser incorporadas: Angiodema Hereditario, Distonia Generalizada, Tumores Neuroendocrinos Pancreáticos, Hipoacusia severa. Además se incorporará el examen diagnósticos para la pesquisa de enfermedades metabólicas como Mucopolisacaridosis I, II y VI, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Gaucher y Tirosinemia Tipo I.

alternativas para la tramitación y pago de prestaciones (bono para consultas médicas, exámenes, valorización de programas médicos en línea, entre otros).

Este es un ejemplo del proceso de modernización tecnológica del Seguro Público, que disminuye trámites y garantiza que la legislación laboral y de salud se cumpla; permitiendo la trazabilidad individual de empleadores en mora y su regularización.

Se mantuvo el compromiso de ejercer un rol de regulador fuerte para la Superintendencia de Salud, entre los años 2014 y 2017 se emitieron un total de 95 Circulares, 72 de iniciativa de la institución y 23 por ajuste legal, entre las que destaca las instrucciones sobre: las condiciones generales uniformes para los contratos de salud, a objetivo de mejorar la información que debe entregarse a los beneficiarios, aumentar la transparencia y comparabilidad de los contratos de salud; sobre la notificación del pago de Subsidios por Incapacidad Laboral, con el objetivo de precisar la oportunidad y contenido de la comunicación referida al pago del subsidio por incapacidad laboral que la Isapre debe enviar al trabajador; sobre los requisitos de la Hospitalización Domiciliaria para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, con el objetivo de resguardar el acceso equitativo a esta cobertura. Lo anterior tuvo como reconocimiento avanzar en la encuesta Barómetro de acceso a la información que mide la disposición, confiabilidad, precisión y oportunidad en la entrega de información, de organismos de relevancia pública evaluados por periodistas a nivel nacional, desde el lugar 45, ubicado el año 2013, a posicionarse en el lugar N°10 el año 2017.

En relación al sistema de adquisición de insumos y medicamentos, en 2017 la Central de Abastecimiento del S.N.S.S., CENABAST, logró precios en sus licitaciones que permitieron un 31,33% de ahorro. Este ahorro para el caso de los fármacos alcanzó a un 32,2% y para los insumos a un 34,4%, generando MM\$ 74.696 de ahorro total para el presupuesto fiscal. A su vez, relevante ha sido el paulatino mejoramiento en el cumplimiento en completitud y oportunidad de unidades de fármacos, insumos y dispositivos médicos de intermediación despachados, en relación a lo programado por los establecimientos de salud, que para el año 2017 alcanzó un 88,81% cifra mayor respecto del 84,80% obtenido en el período anterior.

Finalmente, cabe destacar el histórico porcentaje alcanzado en el cumplimiento del Programa de Mejoramiento de Gestión, instrumento que contiene los indicadores de desempeño más estratégicos de nuestra gestión como Sector Salud, el cumplimiento global alcanzado en el año 2017, alcanzó el 99,9%, lo que demuestra el cumplimiento de los compromisos suscritos por el sector, abordando y avanzando en el mejoramiento de la calidad de todos los bienes, prestaciones y servicios que ofrecemos a nuestros usuarios.

Podemos decir que durante el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet avanzamos en hacer efectiva la Salud como un derecho social.

Durante este periodo, hemos puesto en marcha la Ley sobre Despenalización Voluntaria del Embarazo en tres Causales, que reconoce el derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas en tres situaciones límites, desde la perspectiva humana. Esta Ley resguarda los derechos de las mujeres y les ofrece una adecuada protección para decidir sobre su vida, atendiendo a sus creencias y valores, en el marco de un acompañamiento permanente y respetuoso.

Hemos sido parte de un gobierno que antepone la Salud de las personas y se atreve a implementar con éxito una Ley de Alimentos, que se ha convertido en una de las políticas de nutrición más importantes de los últimos 50 años, instalando a Chile como un país pionero a nivel mundial en materia de promoción de alimentación saludable.

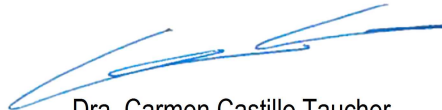
Hemos visto cómo las demandas ciudadanas son escuchadas y se han convertido en ley, complementando la cobertura que se entrega a enfermedades de alto costo, a través de la Ley Ricarte Soto.

En materia de atenciones de salud, hemos mantenido un aumento sostenido en el número de consultas de especialidad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos del nivel secundario.

Hemos logrado acallar con hechos los pronósticos pesimistas sobre nuestro ambicioso Plan de Inversiones en Salud, construyendo una gran cantidad de recintos de Atención Primaria y de Hospitales, con un estándar nunca antes visto en nuestro país, permitiendo una atención de Salud que la dignidad de los habitantes de nuestro país merece.

Nuestros esfuerzos por fortalecer el Sistema Público de Salud en materia de recursos humanos está logrando que más profesionales y especialistas se formen y trabajen para la gran mayoría de nuestra población, y en 2018 la brecha de médicos y especialistas en el Sistema Público se habrá reducido en un 50%.

El desafío de aquí en adelante es seguir trabajando por una Salud Pública más inclusiva y que responda en tiempo y calidad a las necesidades sanitarias de la población, por un Mejor país con Mejor Salud y calidad de vida de quienes lo habitan en cada uno de sus rincones.



Dra. Carmen Castillo Taucher
Ministra de Salud

Fondo Nacional de Salud. Avances de la Gestión 2014-2018

Los principales resultados de esta administración 2014-2018, fue sentar las bases de la trazabilidad financiera y sanitaria de sus afiliados, mejorar la gobernanza y eficiencia de la Institución en sus procesos financieros, y proponer nuevos mecanismos de monitoreo y control sectorial. Específicamente, los logros fueron los siguientes:

- ✓ Por primera vez, en 20 años se actualizó totalmente el catálogo de prestaciones de salud de FONASA. Este trabajo entregó como resultado tres versiones del catálogo que permitió la incorporación de 33 prestaciones nuevas al arancel, el cambio de 375 glosas de aranceles, y dejó establecido un sistema de cierre de brechas, que incluye criterios de priorización, y definición de impacto presupuestario. En esta misma línea, se realizaron cuatro estudios de costos para 19 grupos de prestaciones, y que incluyeron 2.687 prestaciones. También, se realizaron 4 estudios de precio de mercado. En ambos estudios (costo y mercado) se trabajó con 28 prestadores públicos y privados.
- ✓ Se incorporó la herramienta de gestión clínica y financiera denominada Grupos Relacionados por Diagnóstico, GRD, en 25 hospitales públicos y 40 instituciones privadas. El uso de GRD se focalizó para cambiar el mecanismo de pago por "Día cama" en prestadores privados, estimándose un ahorro promedio de 17% por este concepto, e incorporando el concepto de resolución integral y pago por resultado. En tanto, la aplicación de los GRD en los prestadores públicos, permitió modelar el impacto presupuestario, estableciendo que el uso de esta herramienta podría disminuir un 70% la deuda hospitalaria.
- ✓ FONASA comenzó a recaudar directamente los pagos (cotizaciones) e sus cotizantes mejorando el control de ingresos recaudados y la información sobre montos cotizados, perfil de cotizantes y sus empleadores. Gracias a ello, ha podido gestionar procesos de cobranza administrativa y judicial, y de fiscalización de cotizaciones de salud adeudadas y/o evadidas. Ese mismo año, se centralizó la inscripción de usuarios de la Atención Primaria, a través de la creación de un nuevo sistema informático con una base única, que mejoró la identificación, validación y disminuyó el fraude y permite reportería actualizada a municipalidades y Servicios de Salud.
- ✓ Entró en funcionamiento el nuevo Modelo de Compra Sanitaria de Diálisis, incorporándose criterios de derivación por calidad y beneficios adicionales ofertados en la licitación a los centros privados: por ejemplo el traslado del paciente entre centro y su domicilio, la atención de nutricionista, y entrega de medicamentos. En términos de gestión, el nuevo sistema permite la derivación automática de pacientes, su identificación biométrica, y la creación de los registros clínicos electrónicos. En materia financiera, se incorporó el pago por sesión de hemodiálisis, en vez, de pagos mensuales y se automatizó de proceso de Cuenta Médica y pago al prestador. Además, se firmaron 10 nuevos convenios para fomentar la creación de centros públicos de diálisis con las municipalidades de Coltauco, Padre Las Casas, Nueva Imperial, Pucón, Collipulli, Puerto Montt, Llanquihue, Frutillar, Los Muermos y Castro; los que suman a los convenios existentes de las comunas de Diego de Almagro y La Granja.
- ✓ Se lanzó el nuevo sitio web de FONASA, el que ha sido uno de los pilares de la transformación digital del Seguro. En su diseño se incorporó un enfoque transaccional, un lector para personas con discapacidad visual y fue organizado en ciclos de vida de cada usuario: Trabajadores, Embarazadas, Adultos mayores, Familias y niños, Extranjeros y Desempleados. El impacto de la página ha sido muy exitoso contabilizándose 124 millones de páginas vistas a diciembre de 2017. Hoy el sitio web tiene a disposición de afiliados, prestadores y empleadores, 32 trámites en línea. La gestión de canales de comunicación corporativos en redes sociales fue entendida como otro de los pilares en la relación con los usuarios. Fue por esta razón que el posicionamiento de la Institución en sus cuentas de Twitter, Facebook, Instagram y Youtube fue una pieza clave para entregar información y empoderar a los

usuarios en el uso del Seguro. Actualmente, la comunidad virtual de FONASA supera los más 159 mil seguidores.

- ✓ Los asegurados de FONASA pueden realizar trámites desde su celular y/o Tablet a través de la App “Mi Fonasa”. Este aplicativo ofrece los cinco servicios más demandados por los afiliados. Al mes de diciembre de 2017, la aplicación alcanzaba más de 207.000 descargas en los sistemas operativos Android y iOS.
- ✓ Como consecuencia de lo anterior, se estructuró un Nuevo Modelo de Atención transformando la atención de los ejecutivos en asesores de Salud. En términos operativos esta transformación se tradujo en traspasar los servicios de venta de bonos y valorización de programas a la web, al propio prestador o a centros de pago externos. Es así, como a partir del mes de febrero de 2018, nuestra red de sucursales dejará paulatinamente de emitir bonos, programas y otros servicios que actualmente involucran manejo de dinero, para transformarse en Centros de Atención preparados para la entrega de Asesoría en Salud a la población usuaria del Seguro Público.
- ✓ Uno de los avances más significativos de esta administración fue la implementación de un Sistema Informatizado Integrado del seguro público. La primera etapa (2014-2016) consistió en la construcción de la póliza individual de salud para cada usuario. Esta cuenta con datos personales, de cotizaciones y cargas, de inscripción en la red pública, de cobertura financiera, y copagos por prestaciones de salud. El sistema está construido en la herramienta OIPA (Oracle Insurance Policy Administration). Actualmente OIPA, gestiona los registros de afiliados y sus cargas, prestadores, empleadores y datos de contactabilidad, para ciudadanos nacionales, extranjeros, y afiliados a ISAPRES, convirtiéndose en la base más grande de Latinoamérica para Seguros de Salud.
- ✓ La segunda etapa 2016-2018 consistió en automatizar todos los procesos asociados a las cuentas. Este desarrollo está soportado por la herramienta OHI (Oracle Health Insurance) que administra un centenar de *reglas de negocio* y los *maestros* de datos de prestadores, prestaciones, aranceles y convenios, lo cual permite generar la valorización de los gastos médicos de cada usuario de FONASA en cada encuentro de salud, individualizando al prestador, la modalidad de atención (institucional o libre elección) las prestaciones efectuadas, el costo y el copago correspondiente.
- ✓ A partir de estos sistemas, se establecieron las bases para generar interoperabilidad sanitaria y financiera dentro del sector de Salud nacional. Durante el mes de octubre de 2017, seis Servicios de Salud y cuatro clínicas privadas realizaron el primer ejercicio de conectividad para generar la Cuenta Médica Interoperable de FONASA. Este proyecto fue un esfuerzo de coordinación público - privada para el intercambio de datos bajo estándares clínicos internacionales. Participaron el Comité de Transformación Digital de CORFO y el Centro Nacional de Información en Salud (CENS), y como prestadores, los Servicios de Salud de Araucanía Sur, Talcahuano, Maule, Arauco, Viña-Quillota, el Hospital de la Florida, junto a la Clínica Indisa, Megasalud, Clínica Dávila e Integramédica-BUPA. Este proyecto entra en producción durante el mes de marzo de 2018.
- ✓ Durante el año 2017, se reformuló el Sistema informático Sistema de Información de apoyo a la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud (SIGGES), estableciendo una nueva caracterización de garantías, e incorporando reglas automatizadas para elaborar un sistema de reportes mensuales y estratégicos. Como fruto de este trabajo actualmente la glosa N°6 que entrega la información actualizada de las garantías de oportunidad retrasadas a los Servicios de Salud, se encuentra en proceso de ser automatizada. En paralelo al proceso de transformación de SIGGES se desarrolló un aplicativo para la página web de Fonasa, donde las personas, con su cédula de identidad y clave única del Estado, pueden hacer seguimiento a la atención recibida y a sus garantías. Por otra parte, se disponibilizó información consolidada de los casos y tipos de garantías a nivel país, desglosada por Servicio de Salud,

Establecimiento de Salud y Problema GES, lo cual se actualiza mensualmente y permite mantener informada a la ciudadanía.

- ✓ Dentro de la Institución, se ha implementado el proyecto de Inteligencia de Negocios se traducirá en la capacidad de FONASA de analizar sus propios datos. Como resultado de ese trabajo, se organizó la información en 10 datamart (Beneficiarios, Acreditación, Cotizaciones, Prestadores, Mortalidad, Garantías GES, Ley de Urgencia, Cuenta Médica e Indicadores de Diálisis). Las bases han sido trabajadas para proteger la identidad de los usuarios, quienes son identificables sólo en unidades y procesos específicos.
- ✓ Durante la administración 2014-2018, se trabajó en la implementación histórica de la carrera funcionaria de los funcionarios. Gracias a este esfuerzo, se promulgó la Ley de Planta, que se tradujo en un 75% de su planta contratada bajo la modalidad de titular, alcanzando uno de los mayores porcentajes dentro de las instituciones del Estado. Se suma a ello, la realización de concursos de ingreso, promociones y ascensos en cargos de titulares y contratas. Así también se incorporaron políticas de buenas prácticas laborales con el establecimiento de distintos programas para apoyo al funcionario en su Ciclo de Vida Laboral (Inducciones, y Acompañamiento en el Retiro); y programas de Capacitación continua (Capacitación a Asesores de Salud, Taller de Liderazgo Estratégico), entre otras iniciativas.
- ✓ Como muestra de la destacada gestión, FONASA fue merecedora del Premio a la Excelencia Institucional otorgado por el Servicio Civil, el año 2016; siendo finalista en esta premiación el año 2017, y finalista del premio Public Service Award de las Naciones Unidas, el año 2017.

2. Resumen Ejecutivo



El Fondo Nacional de Salud (FONASA), en su rol de Seguro Público, a partir del año 2014, inició un proceso de mejoramiento de su gestión el que tuvo como objetivo la protección en salud de sus asegurados/as, a través de la definición de productos estratégicos que permitieran garantizar el acceso a una salud de calidad y oportuna y la protección financiera a toda su población asegurada.

Este Balance de Gestión Integral (BGI), da cuenta de la gestión de FONASA durante el año 2017 y de sus desafíos 2018.

Al año 2017, el número de beneficiarios/as del Fondo Nacional de Salud alcanzó a los 13.891.876 de personas, de ellos, un 53% corresponde a mujeres, y un 47% a hombres. Un 24% del total de beneficiarios/as son del grupo A (carece de ingresos o de un trabajo formal), el 33% corresponde al grupo B (ingreso menor al sueldo mínimo). Además, FONASA cubre el 91% de las personas de 65 años y más.

El Servicio actualmente posee una planta de 1.181 funcionarios, de los cuales 373 son hombres, y 808 mujeres.

En el marco del plan de mejoramiento de gestión 2014-2018, se definieron, para el año 2017, cuatro productos estratégicos: Plan de Salud, Compra Sanitaria con Mecanismo de Pago Asociado a Resultado, Gestión Financiera del Seguro, y Atención al Asegurado.

El primero de ellos, Plan de Salud, lo entendemos como el instrumento que da acceso a servicios de salud a los afiliados a Fonasa y se expresa en distintas coberturas y protección financiera que se otorgan a la población asegurada.

En este ámbito, a partir del año 2014, Fonasa, en conjunto con las sociedades científicas, colegios profesionales, gremios de la salud y expertos en las distintas áreas, elaboró el Catálogo de Prestaciones de Salud. Durante el año 2017, se elaboró la Tercera Versión de éste Catálogo lo que permitió incorporar 33 prestaciones nuevas al Arancel de Fonasa y el cambio de 375 glosas de prestaciones ya existentes en el Arancel. En esta misma línea, se dio inicio al Estudios de Costos N°4, el que costó 19 grupos de prestaciones, que incluyeron 2.687 prestaciones y se realizó el Estudio de Precio de mercado N°4, el cual abarcó precios de 1.367 prestaciones. En ambos estudios, se trabajó con 28 prestadores públicos y privados.

Respecto al segundo producto estratégico de gestión, referido a la Compra Sanitaria con Mecanismo de Pago asociado a Resultado, que ha tenido como objetivo optimizar el buen uso de los recursos, uno de sus logros centrales fue la consolidación de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), como mecanismo de pago tanto para la compra pública como para la privada.

En este contexto, el año 2017 se mantuvo el GRD como mecanismo de pago en 25 establecimientos públicos y mediante la licitación pública llevada a cabo a mediados del año, se incorporaron a este mecanismo 36 prestadores privados. Con esta nueva licitación de privados, se logró disminuir en un 19% el precio base promedio adjudicado y permitió la derivación de 3.600 afiliados.

Además, en este mismo ámbito, se implementó un nuevo modelo de auditoría, definida como una revisión analítica de casos pagados mediante GRD, con el propósito de validar la codificación realizada por los prestadores públicos y privados.

Adicionalmente, en el mes de octubre de 2017, entró en funcionamiento el nuevo modelo de compra sanitaria de Diálisis, el que incorporó criterios de derivación por calidad y por oferta de beneficios adicionales, tales como el traslado del paciente entre centro y su domicilio, la atención de nutricionista, la entrega de medicamentos, entre otros. Este nuevo sistema permite la derivación automática de pacientes, su identificación biométrica y la creación de los registros clínicos electrónicos. En materia financiera, se incorporó el pago por sesión de hemodiálisis, en vez de pagos mensuales y se automatizó el proceso de la cuenta médica y del pago. Todo esto entró en vigencia, a partir de la nueva licitación de diálisis para la compra de servicios a prestadores privados, la que adjudicó a 214 centros de diálisis a nivel país y 2 centros dependientes de Municipios.

Asimismo, en el año 2017, se firmaron 10 nuevos convenios para fomentar la creación de centros de diálisis públicos, con las municipalidades de Coltauco, Padre Las Casas, Nueva Imperial, Pucón, Collipulli, Puerto Montt, Llanquihue, Frutillar, Los Muermos y Castro; los que se suman a los ya existentes con las municipalidades de Diego de Almagro y La Granja.

Por otra parte, en el año 2017, se automatiza el proceso de validación y pago de la Ley de Urgencia, disminuyendo el tiempo de pago a los prestadores privados y se incorpora al sistema, la posibilidad de utilizar los seguros complementarios para el copago generado por el período de estabilización.

Respecto al producto estratégico Gestión Financiera del Seguro, que tiene como objetivo desarrollar mecanismos eficientes para la recaudación y asignación de recursos, se consolidó el proceso de recaudación de cotizaciones administrado por FONASA, a través del convenio con PREVIRED. Los ingresos percibidos por concepto de imposiciones previsionales, durante el año 2017, alcanzaron un monto total de MM\$ 2.099.493, correspondiente al segmento de trabajadores dependientes, independientes y pensionados. Del monto total de imposiciones previsionales, el 79% corresponde a la recaudación del segmento dependiente, la cual ascendió a MM\$ 1.662.123 para el año 2017. Dentro de este segmento, MM\$ 1.649.856 corresponde a recaudación electrónica y MM\$ 12.267 a recaudación no electrónica, lo que significó que el 99% de la recaudación del segmento dependientes se realizó bajo la modalidad electrónica, cifra que aumentó en un 4% respecto al año 2016.

Durante el año 2017, FONASA continuó con el proceso de devoluciones masivas periódicas, por concepto de Cotizaciones Pagadas en Exceso: se disponibilizaron en el sitio web de FONASA MM\$3.262, de los cuales fueron efectivamente devueltos un monto total de MM\$940, beneficiando directamente 10.055 personas.

Respecto al producto estratégico Atención al Asegurado, cabe señalar que durante el año 2017, FONASA implementa un Nuevo Modelo de Atención, el que incorpora, además de los servicios en sucursales, servicios a través de un centro de atención virtual, el call center, entidades delegadas, atención en terreno (8 móviles), servicios web, red de atención pública, kioscos de auto atención y redes sociales.

Los resultados de las acciones desarrolladas en este producto, durante el año 2017, fueron los siguientes:

- (1) Transformación de los ejecutivos de sucursales en asesores de Salud. Para lograrlo, se capacitaron los ejecutivos y se traspasaron paulatinamente los servicios de venta de bonos y valorización de programas a la web, al propio prestador o a centros de pago externos. El objetivo es que las sucursales se transformen en Centros de Atención, preparados para la entrega de Asesoría en Salud a la población usuaria del Seguro Público.

- (2) Conformación, en el mes de julio, del primer Centro de Atención Virtual, dando paso una nueva modalidad de atención que facilita el acceso a los productos y servicios a nuestros usuarios/as a través de sus dos plataformas: Telefónica (emisión pre folio caja vecina) y Plataforma Presencial, que gestiona los requerimientos realizados a través de la Página Web, Call Center y Redes Sociales.
- (3) Lanzamiento, en el mes de agosto, del nuevo sitio web de FONASA, el que ha sido uno de los pilares de la transformación digital del Seguro. En su diseño se incorporó un enfoque transaccional, un lector para personas con discapacidad visual y fue organizado en ciclos de vida de cada usuario: Trabajadores, Embarazadas, Adultos mayores, Familias y niños, Extranjeros y Desempleados. El impacto de la página ha sido muy exitoso contabilizándose 124 millones de páginas vistas a diciembre de 2017. Hoy el sitio web tiene a disposición de afiliados, prestadores y empleadores, 32 trámites en línea. La gestión de canales de comunicación corporativos en redes sociales fue entendida como otro de los pilares en la relación con los usuarios. Fue por esta razón, que el posicionamiento de FONASA en sus cuentas de Twitter, Facebook, Instagram y Youtube fue una pieza clave para entregar información y empoderar a los usuarios en el uso del Seguro. Actualmente la comunidad virtual de FONASA supera los más 159 mil seguidores.
- (4) Lanzamiento, en el mes de octubre, de la App “Mi Fonasa”, a través de la cual los asegurados/as de FONASA pueden realizar trámites desde su celular y/o Tablet. Este aplicativo ofrece los cinco servicios más demandados por los afiliados: Venta de Bonos, Certificados de Afiliación y de Cotizaciones, Búsqueda de Sucursales, Número de Atención y Cotización de Bonos. Al mes de diciembre de 2017, la aplicación había tenido más de 207.000 descargas.

Finalmente, para el Producto Estratégico “Mejoramiento Institucional”, se construyó una póliza individual de salud para cada usuario, la que relaciona los datos del afiliado y sus cargas con sus cotizaciones, lo que permite determinar la cobertura de su plan de salud de cada afiliado. El procesamiento de la información se realiza a través de la plataforma OIPA (Oracle Insurance Policy Administration), que gestiona la Base de Beneficiarios, la Base de Cotizaciones y la Base de Naturales y Jurídicos, donde están los empleadores, los prestadores y las personas con otros Seguros de Salud (ISAPRES, FFAA), lo que la convierte en la base de datos para Seguros de Salud más grande de Latinoamérica.

Por otra parte, respecto a la Gestión de Personas, promulgó la Ley de Planta y se implementó la carrera funcionaria, que se tradujo en que un 75% de los funcionarios de FONASA se encuentra contratada bajo la modalidad de titular, siendo este uno de los mayores porcentajes dentro de las instituciones del Estado. Se suma a ello, la realización de concursos de ingreso, promociones y ascensos en cargos de titulares y contratas.



DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA
FONDA NACIONAL DE SALUD

3. Resultados de la Gestión año 2017.

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

3.1.1 Programa de Gobierno.

Para el periodo de gobierno 2014-2018, FONASA tiene siete compromisos presidenciales. De los cuales cinco se cumplieron en un 100%.

Los cinco compromisos cumplidos en un 100% se detallan a continuación:

- ✓ Acreditación de todos los cotizantes independientes con la presentación de una cotización pagada
- ✓ Mejorar el acceso a los Servicios de FONASA con la instalación de 22 puntos nuevos de atención; disposición de 28 nuevos servicios web; 110 de kioscos de autoatención, ubicar la agenda de FONASA Móvil en la página web e implementación de la App "Mi FONASA".
- ✓ Eliminación del cobro por diálisis a los pacientes que empezaron con su tratamiento antes del GES.
- ✓ Restitución de los beneficios de salud a Dirigentes/as Vecinales.
- ✓ Condonación del **100%** de deudas de salud a Dirigentes/as Sociales gestionadas durante el período enero a diciembre 2015.

Respecto a los dos compromisos pendientes; éstos se señalan a continuación:

- ✓ Incorporar al Arancel de FONASA y de Seguros Privados, las prestaciones de Terapeutas Ocupacionales.
- ✓ Ampliar, a partir del año 2015, el aporte estatal en caso de algunas intervenciones complejas al 75% del costo.

Es importante señalar, que a pesar de haber realizado todas las acciones necesarias y de responsabilidad de FONASA, éstas no fueron posibles de incorporar en el Arancel de la Institución para el año 2016 ni 2017, dado que no se autorizó presupuesto para la implementación de mejoras de cobertura de estas prestaciones.

3.1.2 Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuesto 2017

La Ley de Presupuesto del año 2017, consideró recursos por MM\$ 6.269.428, lo que representa un incremento de MM\$ 521.640, es decir un 9.1% respecto de la Ley de Presupuesto del año 2016.

3.1.2.1 Modalidad de Atención Institucional (MAI)

La Modalidad de Atención Institucional (MAI), compuesta por los Programas de Atención Primaria de Salud (APS), Prestaciones Valoradas (PPV) y Prestaciones Institucionales (PPI), creció en MM\$ 405.829.-.

✓ Programa Atención Primaria de Salud (APS)

El Presupuesto de Transferencias del Programa Atención Primaria para el año 2017, fue de MM\$1.524.668; esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2016, muestra un aumento de un 8,0%, lo que equivale a MM\$ 112.812.-

El principal crecimiento para el Programa de Atención Primaria fue dado por:

- La incorporación de recursos por MM\$ 65.296, por aumento del aporte estatal a salud municipal: por efecto aumento de población MM\$ 8.655 y por efecto aumento per cápita basal MM\$56.641 (el Per Cápita Basal sube de \$ 4.884 a \$ 5.396).
- Se contemplan recursos adicionales por MM\$ 16.736 que corresponde a pago de Bono Incentivo al Retiro de los funcionarios de los establecimientos de Atención Primaria.
- Se contemplan recursos adicionales por MM\$ 12.202 para incorporar 46 establecimientos como Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad.
- La incorporación de recursos para reforzar el Programa Salud Oral por MM\$ 6.541, para la atención odontológica en adultos, atención a jóvenes de cuarto medio y los Programas "Más Sonrisas" y "Sembrando Sonrisas".
- Se destaca la entrada en operación de 43 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), por MM\$ 2.819, con el fin de cumplir con el compromiso de contar con 100 establecimientos de este tipo lo que permite incrementar la capacidad de respuesta oportuna de la Atención Primaria.
- El incremento de MM\$ 4.974 para Programas de Resolutividad, Más Adultos Mayores Autovalentes, Imágenes Diagnósticas, Asistencia Ventilatoria Invasiva, Espacios Amigables para Adolescentes.
- Se incorporan recursos adicionales por M\$ 1.305 para piloto de atención en salud integral, con énfasis en salud mental para niños(as) y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente y Programa Nacional de Demencia.

✓ Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)

El Presupuesto del Programa de Prestaciones Valoradas para el año 2017, fue de MM\$ 1.609.229; esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2016, muestra un aumento de un 3,0%, lo que equivale a MM\$ 47.520.-

- El marco presupuestario para el PPV transferidos a los Servicios de Salud para el año 2017, fue de MM\$ 1.364.503, esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2016, muestra un aumento de un 1,9%, lo que equivale a MM\$ 25.628 lo cual estuvo dado principalmente por:
 - La incorporación de recursos por MM\$ 23.938 para AUGE: efecto Inercial AUGE MM\$ 11.931; por efecto de crecimiento de la población, MM\$ 12.006; para mejorar en algunos problemas de salud por ejemplo Enfermedades Renales Crónicas etapa 4 y 5, VIH/SIDA, Cáncer Gástricos Alivio del dolor, cáncer colorectal, trastornos bipolar, tratamiento de Hipoacusia.
 - Se incorpora un incremento de MM\$ 2.321 para el Medicamento Eculizumab, para el tratamiento del Síndrome Hemolítico Urémico y Hemoglobinuria paroxística nocturna.
 - Se realiza una rebaja neta en el exploratorio por traspaso a Compra Directa del FONASA, por M\$ 631.-
- El marco presupuestario para PPV Compra a Privados que ejecutó directamente FONASA fue de M\$ 219.098 esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2016, muestra un aumento de un 11,3%, lo que equivale a MM\$ 21.892 lo cual estuvo dado principalmente por:
 - Recursos adicionales por MM\$ 5.720 que corresponde principalmente a compra de prestaciones de Diálisis.
 - Recursos adicionales para Ley de Urgencia de MM\$ 10.737.-

- El resto corresponde a traspaso desde PPV y PPI Servicios de Salud a compra directa de FONASA, para financiar prestaciones AUGE en riesgo de incumplimiento.

✓ Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)

El Presupuesto de Transferencias del Programas de Prestaciones Institucionales para el año 2017, fue de MM\$ 1.965.382; esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2016, mostró un incremento de un 15,7%, lo que equivales a MM\$ 267.390.-

Estos mayores recursos se encuentran dirigidos principalmente a:

- Recursos para Servicio de la Deuda por MM\$ 51.000, con el fin de financiar los gastos devengados y no pagados durante el año 2016 de los Servicios de Salud del país.
- Se contemplan recursos adicionales por MM\$ 44.029 que corresponde a pago de Bono Incentivo al Retiro de los funcionarios/as de los establecimientos de Nivel Secundario y Terciarios.
- Incorporación de recursos para Programas de Gobierno por MM\$ 30.548, para contratación y retención de médicos que inician su periodo Asistencial Obligatorio (PAO).
- Cierre de Brechas y puesta en Marcha de Hospitales normalizados por MM\$ 37.939. Estos recursos se consideraron especialmente para financiar cargos provistos mediante mecanismos de selección, para el adecuado funcionamiento de los establecimientos que han entrado en operaciones conforme a un nuevo modelo de gestión, cartera de prestaciones y niveles de producción y para cubrir los gastos operacionales de los establecimientos normalizados.
- Efecto año Leyes por un monto de MM\$ 70.546, especialmente leyes relacionadas con el pago de remuneraciones de los funcionarios que trabajan en los Servicios de Salud del país.
- Se incorporan recursos adicionales por M\$ 15.472 que corresponden a Campaña de Invierno, subsidio fijo a la operación Antofagasta y Aumento de cobertura de establecimientos y procesos SIDRA.

✓ Otros Gastos.

En lo referido a los gastos de FONASA, estos se incrementaron en MM\$ 94.107 respecto al presupuesto del año 2017, lo que estuvo dado principalmente por:

- Prestaciones de Seguridad Social, para el año 2017 se contemplaron recursos para Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL) pagados por las CCAF por un monto de MM\$ 66.610, lo que equivale a un incremento de un 22,5% respecto del año anterior.
- Modalidad Libre Elección se rebaja el marco presupuestario en MM\$ - 5.392, por efecto de continuidad determinada por DIPRES.
- Ley Ricarte Soto se incrementa en MM\$ 30.560, llegando a un marco para el año 2017 de MM\$ 80.000. Estos recursos permitirán financiar diagnósticos y tratamientos a todas las personas, independiente del Sistema de Salud al que pertenezcan y que cumplan con los requisitos de la Ley.
- Gestión Interna FONASA, se contemplaron recursos adicionales por MM\$ 2.329. para el fortalecimiento del Recurso Humano y para el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS).

3.2 Resultados de los Productos Estratégicos y Aspectos Relevantes para la Ciudadanía

3.2.1 Producto Estratégico “Plan de Salud”

3.2.1.1 Catálogo de Prestaciones de Salud.

El Catálogo de Prestaciones de Salud tiene como objetivo crear un listado actualizado de las prestaciones de salud, con evidencia científica de su efectividad y seguridad para las personas, y que dé cuenta de la realidad del mercado de las prestaciones en Chile, lo que constituirá la base para el nuevo Plan de Salud que FONASA ofrecerá a sus beneficiarios/as.

El Catálogo Único de Prestaciones de Salud constituye la base para el Plan de Salud de FONASA y nace con el fin de dar cumplimiento a uno de los objetivos estratégicos de nuestra Institución: “Construir una nueva oferta de valor, que responda a las necesidades de los ciudadanos, asegurando acceso a cobertura efectiva de salud con protección financiera”.

A su vez, tiene como objetivo crear y mantener un listado actualizado de las prestaciones de salud, debidamente caracterizadas, que sean efectivas y estén disponibles en el país.

✓ Metodología

En el año 2017, entre los meses de abril y mayo del año 2017, se desarrolló la tercera versión del Catálogo con las Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, Gremios de la Salud y expertos, junto a la normalización de datos del Catálogo, permitió obtener una versión más depurada, acortando con ello la brecha de las prestaciones pendiente de caracterizar. Logrando obtener la caracterización de un 95% de las prestaciones en la tercera versión del Catálogo en sus respectivas 7 áreas de trabajo.

El siguiente cuadro contiene la distribución de prestaciones por área.

AREA	Total
ATENCIÓN ABIERTA	221
CIRUGÍA	1848
IMAGENOLOGÍA	316
LABORATORIO	910
ODONTOLOGÍA	205
PROCEDIMIENTOS	879
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES GUIADAS POR IMÁGENES	222
Total general	4601

Esto permitió publicar una versión más optimizada en la página web de nuestra Institución en diciembre de 2017, pero además facilitará el desarrollo de un aplicativo informático (proyecto en curso), el que al finalizar su desarrollo permitirá la interacción entre actores internos como externos del FONASA; disminuyendo las probabilidades de pérdida de la información y de replicación de datos; además contará con la trazabilidad de las modificaciones y con la posibilidad de importación, exportación de datos, además de alertas, trabajo en línea, entre otros.

El siguiente cuadro contiene el detalle del Catálogo de Prestaciones de Salud Versión 3.0 año 2017.

CONDICIÓN DE LA PRESTACIÓN / OBSERVACIONES FONASA	COMPLETAMENTE CARACTERIZADA	PARCIALMENTE CARACTERIZADA	SIN CARACTERIZAR	TRATAR CON SOCIEDAD	Total general
MODIFICACIÓN POR AGRUPACIÓN	32				32
MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE GLOSA	351	1	8	5	365
MODIFICACIÓN POR DESAGREGACIÓN	657			6	663
NUEVAS	1696	5	10	10	1721
OBSOLETAS	203		8		211
VIGENTES	1422	1	183	3	1609
Total general	4361	7	209	24	4601

3.2.1.2 Estudios de Costos y Estudio de Precios de Mercado

En el ámbito de los Estudios de Costos y Análisis de Precios de Mercado de Prestaciones de Salud, en el mes de marzo del año 2017, se dio inicio al Estudio de Costos de Prestaciones N°4, abarcando un total 916 prestaciones estudiadas de áreas de Otorrinolaringología, Neumología, Dermatología, Urología, Traumatología, Gastroenterología, Medicina Física, Endocrinología y Medicina Reproductiva; en el mismo periodo se realizó el Estudio de Precios de Mercado N°4, el cual estudió precios de 1.367 prestaciones de las áreas de Atención Abierta, Imagenología, Odontología, Laboratorio, Cirugía y Procedimientos.

3.2.1.3 Modalidad Libre Elección (MLE)

MLE es el instrumento mediante el cual FONASA permite a sus beneficiarios/as de los grupos B, C y D, elegir un especialista y un centro de atención, entre los que están en convenio con FONASA, según sus propios criterios y posibilidades económicas, compartiendo el costo financiero mediante porcentajes de bonificación asignados para cada prestación.

GRUPO	INGRESO DEL COTIZANTE	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN COBERTURAS		
			CONSULTAS	EXAMENES	PAD
B	Renta hasta un IMM= \$264.000 (01/01/2017)	Tiene acceso			
C	Renta desde \$264.001 hasta \$385.440	Tiene acceso	Hasta 60% Bonificación	Hasta 50% Bonificación	Hasta 75% Bonificación
D	Desde \$385.440 y más	Tiene acceso			

✓ Hitos en Modalidad Libre Elección Año 2017

Se reajustaron los precios del arancel en un 3% en forma pareja, en el contexto de compensar el alza del costo de producción de las prestaciones de salud, obteniendo recursos financieros, aprobados por el Ministerio de Hacienda, por un monto total de M\$ 1.173.0181 (\$2017). Las mejoras arancelarias son las siguientes:

- Definición y desagregación arancelaria en la MLE de la consulta de especialidades 01-01-003 (Resto de las especialidades que se aplica su pertinencia), de acuerdo a como han sido definidas en el Decreto 8 y 65 (Decretos dictados por el Ministerio de Salud y que define 54 especialidades médicas

en Chile). Se desagregaron 5 consultas adicionales según especialidad. Se eliminaron las consultas 0101-002 y 01-01-003. Adicionalmente, se definió una consulta de especialidad genérica, cuyo alcance es para aquellas especialidades que podrían ser definidas en un futuro inmediato, situación que permite su implementación si aplica su pertinencia.

- Se materializaron cambios de glosa a 158 prestaciones de salud, las cuales fueron levantadas y propuestas por las Sociedades Científicas y Colegio de Profesionales de la Salud que participaron en la elaboración de la segunda versión del Catálogo de Prestaciones. Las prestaciones cuyas glosas fueron modificadas responden a cambios simples, que mejoran redacción, correcciones ortográficas y modificaciones que explicitan indefiniciones.
- Modernización del grupo laboratorio, definición realizado en conjunto con las Sociedades Científicas en torno a este grupo arancelario en el Catálogo de Prestaciones. Aquí se presentan dos componentes. Primero, se reemplazaron 21 prestaciones obsoletas por 23 nuevas prestaciones que utilizan tecnología de mayor valor. Segundo, se eliminaron 69 prestaciones definidas como obsoletas sin reemplazo.
- Reestructuración parcial en el grupo Imagenología, específicamente en el área de los TAC y resonancias. Este trabajo también fue recogido en la propuesta de la elaboración del Catálogo por las Sociedades respectivas y competentes en el área. En resumen, se desagregaron 4 prestaciones en 16, se eliminaron dos prestaciones, se definió cobertura a 10 nuevas prestaciones y se niveló el precio de la Tomografía Computarizada de Abdomen al precio de la Tomografía de Pelvis. Lo anterior, basado en evidencia de resultados de estudios de costos y estudios de precio de mercado.

3.2.1.4 Modalidad Atención Institucional (MAI)

En la Modalidad de Atención Institucional están considerados todos los beneficiarios y beneficiarias, es decir, los que pertenecen al grupo A, como aquellos que pertenecen a los grupos B, C y D, y el copago que efectúan es directamente proporcional a su condición socioeconómica y/o previsional. Considerando que todo aquel beneficiario mayor de 60 años se encuentra exenta de cualquier tipo de copago en este tipo de atención.

Grupos	Descripción del Copago
Grupo A	Gratuidad
Grupo B	100% de bonificación, 0% de copago
Grupo C < 60 años	90% de bonificación, 10% de copago
Grupo D < 60 años	80% de bonificación, 20% de copago

✓ Hitos en Modalidad Atención Institucional 2017

- Se reajustaron los precios del arancel en un 3% para todos los grupos de arancel,
- Modernización del grupo laboratorio, definición realizado en conjunto con las Sociedades Científicas en torno a este grupo arancelario en el Catálogo de Prestaciones. Aquí se presentan dos componentes. La primera se reemplazan 21 prestaciones obsoletas por 23 nuevas prestaciones que utilizan tecnología de mayor valor. Segundo, se eliminaron 69 prestaciones definidas como obsoletas sin reemplazo.
- Reestructuración parcial en el grupo Imagenología, específicamente en el área de los TAC y resonancias. Este trabajo también fue recogido en la propuesta en la elaboración del Catálogo por las Sociedades respectivas y competentes en el área. En resumen, se desagregaron 4 prestaciones en 16,

se eliminaron dos prestaciones, se definió cobertura a 10 nuevas prestaciones y se niveló el precio de la Tomografía Computarizada de Abdomen al precio de la Tomografía de Pelvis. Lo anterior, basado en evidencia de resultados de estudios de costos y estudios de precio de mercado.

3.2.1.5 Protección Financiera en Tratamientos de Alto Costo

El Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, conocido como “Ley Ricarte Soto”, busca asegurar el financiamiento de diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo con efectividad probada, que muchas veces suelen tener costos inalcanzables para las personas y sus familias.

✓ Ejecución de recursos financieros

Para el periodo 2017, se recibieron transferencias del Fondo DTAC por M\$52.959.898.- y se ejecutó gasto por M\$52.958.155.-, que corresponde a pagos de facturas por medicamentos, dispositivos, alimentos y comisiones a CENABAST; además de exámenes de diagnóstico al INTA. Quedó entonces un saldo final en caja de FONASA de M\$1.743.- al día 31 de diciembre.

✓ Número de beneficiarios/as según medicamentos, tratamientos y enfermedades cubiertas

El número de beneficiarios/as totales de la Ley Ricarte Soto al 31/12/2017 es de 8.013 personas. El dato acumulado incluye los beneficiarios/as activos (5.117 personas) y los beneficiarios/as inactivos, que actualmente se encuentran cerrados por término de tratamiento, fallecimiento o rechazaron tratamiento (2.896 personas). Se realiza esta distinción en las tablas adjuntas:

Beneficiarios-Cerrados	2.896
Mucopolisacaridosis I	2
Iaronidasa	2
Mucopolisacaridosis VI	1
Galsulfasa	1
Gaucher	1
Taliglucerasa alfa	1
Artritis Reumatoide Refractaria	30
Abatacept	23
Adalimumab	4
Etanercept	1
Rituximab	2
Esclerosis Múltiple Refractario	7
Fingolimod	3
Natalizumab	4
Hipertensión Arterial Pulmonar	26
Ambrisentan	7
Ambrisentan-Iloprost	1
Bosentan	4
Bosentan-Iloprost	7
Iloprost	7
Profilaxis VRS en prematuros con DBP	1.726
Palivizumab	1.726
Cáncer de mama Gen Her2	1.090
Trastuzumab	1.090
Crohn	2
Infliximab	2
Nutrición Enteral Domiciliaria	11
Fórmula Completa Polimérica	4
Fórmula Completa Polimérica Pediátrica	3
Fórmula Especial Hipoglucídica	4

Beneficiarios Activos	5.117
Mucopolisacaridosis I	14
Iaronidasa	14
Mucopolisacaridosis II	19
Idursulfase	19
Mucopolisacaridosis VI	7
Galsulfasa	7
Gaucher	31
Imiglucerasa	10
Taliglucerasa alfa	21
Fabry	79
Agalsidasa alfa	38
Agalsidasa beta	41
Tirosinemia	14
Nitisinona	14
Artritis Reumatoide Refractaria	1.989
Abatacept	968
Adalimumab	614
Etanercept	327
Rituximab	80
Esclerosis Múltiple Refractario	371
Fingolimod	277
Natalizumab	94
Hipertensión Arterial Pulmonar	147
Ambrisentan	64
Ambrisentan-Iloprost	34
Bosentan	17
Bosentan-Iloprost	18
Iloprost	14
Profilaxis VRS en prematuros con DBP	377
Palivizumab	377
Cáncer de mama Gen Her2	1.459
Trastuzumab	1.459
Crohn	181
Adalimumab	73
Infliximab	108
Nutrición Enteral Domiciliaria	135
Fórmula Completa Polimérica	26
Fórmula Completa Polimérica fibra	2
Fórmula Completa Polimérica Pediátrica	84
Fórmula monomérica (Aminoacídica)	8
Fórmula Oligomérica o Semielemental	10
Fórmula Completa Polimérica Hipercalórica	5
Bomba de insulina	294
Bomba de Insulina	294

3.2.2 Producto Estratégico “Compra Sanitaria Eficiente”

3.2.2.1 Programa de Prestaciones Valoradas

El Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) financia un grupo de prestaciones que resuelven una enfermedad o problema de salud, y que por su especificidad e importancia fueron incorporados a un sistema de asignación de recursos que incentiva la actividad e intenta controlar el gasto a través de un pago asociado a resultados. Este mecanismo se aplica en programas sanitarios GES y NO GES. El número de beneficiarios y beneficiarias totales del PPV al 31/12/2017 es de 4.221.588.-

En este Programa se identifica el PPV Programable y el PPV No Programable.

✓ PPV Programable

Traduce la programación de actividades clínicas asociados a un Arancel que los establecimientos comprometen y cuyo cumplimiento condiciona la transferencia de los recursos asociados a ellas, tanto en el GES como en lo NO GES.

En el caso del GES, el cumplimiento del programa para el año 2017, fue de un 112,7% en términos de actividad realizada respecto a los compromisos iniciales y de un 107,8% de cumplimiento en monto ejecutado respecto a los montos comprometidos anuales, con recursos que ascienden a M\$514.786.033.127.-

Respecto de lo NO GES, el cumplimiento de actividad es de un 115,7% y un 125,3% de cumplimiento de montos comprometidos, que ascienden a M\$907.022.963.767.-

En términos consolidados (GES y NO GES), el Programa de Prestaciones Valoradas finalizó el año 2017 con un 114,5% de cumplimiento en actividad y 118,3% de ejecución de recursos respecto del compromiso Inicial.

✓ PPV No Programable

Adicionalmente, el PPV en sus Programas NO GES y GES consideran el financiamiento de actividad que por sus características no son programadas por los Servicios de Salud, conocido como PPV No Programable.

A través de él, FONASA financia la compra de Medicamentos de Alto Costo para Problemas de Salud GES que incluye el financiamiento para la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la Hemofilia, Esclerosis Múltiple, Hepatitis B, Hepatitis C, Artritis Ideopática Juvenil y VIH. Asimismo, financia el tratamiento medicamentoso para los problemas de salud Distonía, Guillian Barré, Déficit de Hormona del Crecimiento y Artritis reumatoide adultos (No Ricarte).

Además, el PPV No Programable incluye el financiamiento de convenios que celebran los Servicios de Salud con toda clase de persona natural o jurídica, para que éstas tomen a su cargo algunas de las acciones de salud que les corresponde ejecutar y que se conocen como DFL 36. Al respecto, existen convenios descentralizados y centralizados. En los primeros, el FONASA transfiere los recursos presupuestados y el Servicio de Salud paga directamente por las atenciones recibidas. En los convenios centralizados, FONASA paga de forma centralizada a los prestadores en convenio.

En el ítem DFL 36 Centralizado se inscriben los convenios con TELETON, COANIQUEM, CONIN. Por su parte, los DFL 36 Descentralizados consideran más de 70 convenios en las áreas con casas de acogida, complementación público-privada, cuidado del adulto mayor, oncológicos, pueblos originarios y rehabilitación. Para el año 2017, el total del gasto asciende a M\$179.694.230.-

3.2.2.2 Compra Directa

Corresponde a compras efectuadas a prestadores privados para complementar la oferta pública. Incluye el Día Cama Integral UGCC que considera:

✓ Pagos efectuados a prestadores por concepto de Rebases de la Ley de Urgencia.

Que protege a los beneficiarios/as que se encuentran en situación de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave que requiere de atención médica inmediata e impostergable en un servicio de urgencia.

La Ley de Urgencia, protege a los beneficiarios/as de FONASA (e ISAPRE) que se encuentran en situación de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave que requiere de atención médica inmediata e impostergable en un servicio de urgencia. En el caso de los beneficiarios/as de FONASA atendidos en establecimientos privados, una vez estabilizado el paciente, el beneficiario debe definir si continua su atención en Modalidad Libre Elección (MLE) haciéndose cargo de los costos o solicitar su rescate a la red de atención pública para continuar su tratamiento. Si el traslado no es posible y el beneficiario debe permanecer en el establecimiento privado, la cuenta generada es enviada a FONASA, quien la valida y paga. Esta figura es la que se conoce como "Rebase".

Al 31 de diciembre de 2017, los pagos efectuados a prestadores por concepto de Rebases de la Ley de Urgencia alcanzan los M\$48.983.521.-

✓ Convenios con Centros privados para atender a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica

Convenios con Centros privados para atender a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal, situación clínica derivada de la pérdida de la función renal permanente y con carácter progresivo, que requiere tratamiento de sustitución por diálisis.

La Enfermedad Renal Crónica Terminal, corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de la función renal permanente y con carácter progresivo, que requiere tratamiento de sustitución por diálisis o trasplante. FONASA realiza convenios con Centros privados para atender al 90% de los pacientes, cuyo financiamiento se realiza a través del Programa de Compra Directa. Al 31 de diciembre de 2017, se pagó un total de M\$146.734.061.- por este concepto. El número total de pacientes en tratamiento de diálisis es de 18.050, de los cuáles 17.674 acceden a tratamiento de hemodiálisis y 376 a peritoneodiálisis.

El año 2017, a través de un Nuevo Modelo de Gestión de Derivación, Monitoreo y Registro de Diálisis a cargo del FONASA, se materializaron importantes cambios que colocan al beneficiario/a como el protagonista en el proceso de atención.

Este incluye la derivación centralizada de los pacientes desde FONASA a los centros de diálisis, a través de un sistema automatizado que incorpora como criterios de derivación la cercanía del centro al domicilio del paciente e indicadores de calidad de éstos; la incorporación de registro biométrico para identificación de los pacientes en cada sesión que reciban y la entrega de los medicamentos en el propio centro de diálisis.

✓ La compra de servicios de salud de resolución de Patologías Agudas o Agudizadas a prestadores privados, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)

La implementación por parte de FONASA de un mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico GRD, busca relacionar el pago por las atenciones recibidas con el egresos de pacientes hospitalizados, incentivando una atención integral y de calidad, que obliga a optimizar la gestión clínica del prestador y compartir los riesgos financieros con el asegurador.

Mediante la codificación de los egresos hospitalarios por GRD, se produce un ordenamiento de los egresos hospitalarios de acuerdo al peso relativo de ellos, en base a los recursos que se utilizan en su resolución. De esta forma, el valor del GRD se transforma en un factor de corrección de un costo promedio de los egresos que actúa como estándar. El mecanismo de pago a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), considera transferir a los establecimientos para cada egreso, un precio convenido⁶.

En el marco de la Compra Directa, el modelo considera el pago a prestadores privados de los egresos en clínicas para pacientes beneficiarios/as de FONASA que se atienden en la Modalidad Institucional en los hospitales públicos y que fueron derivados a esos centros desde la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El precio base utilizado en este caso es el ofertado por cada prestador.

Al 31 de diciembre del 2017, se pagó por convenio por egresos GRD un total de M\$ 55.700.363.- FONASA estima un ahorro mínimo promedio del 17% entre la compra y pago por GRD comparada con el mecanismo de pago por modelo "Día cama integral" utilizado antes de este proyecto. El mecanismo de pago por GRD se implementó tanto en hospitales públicos como privados.

✓ Compra Sanitaria por Resultados

En el caso del pago por GRD para hospitales públicos, el mecanismo considera la comparación del financiamiento vía presupuestos vigentes de los distintos programas (PPV, PPI, Ingresos Operacionales y Otros Ingresos Corrientes), con la valorización de egresos por GRD. La diferencia entre ambos valores constituye el déficit o superávit del financiamiento actual de los egresos hospitalarios en atención cerrada, ajustados por su complejidad (peso medio GRD). En esta valorización de egresos hospitalarios por GRD para el año 2017 para 25 establecimientos públicos de alta complejidad, 7 de ellos presentaron superavit presupuestario.

Por el contrario, el déficit de presupuesto para 18 de 25 hospitales que participan en el desarrollo de este mecanismo, suma M\$ -134.142.450.-

Al respecto, este modelo de pago fue considerado como primer criterio de cierre de brechas en los Hospitales Pilotos que participan del Programa.

Los 25 Hospitales incorporados son los siguientes:

Establecimiento EAR

Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)
Hospital San Pablo (Coquimbo)
Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)
Hospital Del Salvador (Santiago)
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago)
Instituto Nacional de E. Respiratorias y Cirugía Torácica (Santiago)
Instituto de Neurocirugía
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago)
Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)

⁶ Sobre fórmula de cálculo del precio único público.

Establecimiento EAR

Hospital Las Higueras (Talcahuano)
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)
Hospital de Castro
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)
Hospital de San Juan de Dios de los Andes
Hospital San Juan de Dios (Santiago)
Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)
Hospital San José (Coronel)
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)
Hospital Clínico Regional (Valdivia)
Hospital Base de Osorno
Hospital de Puerto Montt
Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)
Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)

✓ Pago GRD a establecimientos privados en convenio

Durante el año 2017, se continuó con la implementación de una compra sanitaria eficiente y de calidad con resguardo de los recursos públicos a través de la implementación del GRD como mecanismo de pago en prestadores públicos y privados.

En el caso de los hospitales públicos, el proyecto que incluyó 25 establecimientos de alta complejidad del país, significó que el modelo de pago por GRD fuera el primer criterio de cierre de brechas de recursos permitiendo no sólo la transferencia de recursos adicionales para aquellos hospitales con déficit de financiamiento, sino también contar con una herramienta para el monitoreo permanente de la calidad de atención y de la gestión clínica financiera de los establecimientos.

En el ámbito privado durante el año 2017 se dio término a la primera Licitación GRD, convenio que entre Agosto de 2015 y Septiembre de 2017, permitió la derivación de 6.457 afiliados logrando que en un 91% de los casos se cumpliera con el principio de resolución integral. Asimismo, FONASA ha estimado un ahorro promedio del 17%, comparando este modelo con el pago por "Día cama integral" utilizado con anterioridad.

A partir de Junio de 2017, entró en vigencia la segunda Licitación GRD, la cual logró adjudicar 12 prestadores más que en la licitación 2015, aumentando la oferta a nivel nacional de 24 a 36 prestadores en licitación. Se logró también, disminuir en un 19% el precio base promedio adjudicado por los prestadores y hasta la fecha ha permitido la derivación de 3.600 afiliados, cumpliendo en el 93,2% de los casos, con el principio de "Resolución Integral".

✓ Auditorías de casos Outlier Superior para compras realizadas por Mecanismo GRD

FONASA en su rol financiero de optimizar al máximo el buen uso de los recursos, ha definido entre sus objetivos estratégicos la necesidad de realizar una compra sanitaria eficiente, con calidad y oportunidad. Bajo este objetivo estratégico se ha implementado el Mecanismo de Pago Asociado a Grupos Relacionados por el Diagnóstico GRD, el cual apunta directamente a perfeccionar el modelo actual de compra sanitaria a prestadores públicos y privados.

En este contexto, durante el 2017 se implementó un nuevo modelo de auditorías, definidas como una revisión analítica de casos pagados mediante GRD con el propósito de validar la codificación realizada por los Prestadores en convenio.

Número de Casos Outlier Superiores Auditados, Chile, 2017

N° Casos Outlier Superiores	N° casos
N° Total casos derivados para auditoría	201
N° Total de auditorías realizadas	140

3.2.2.3 Avances en Ley de Urgencia Pago Asociado a Emergencia (PAE)

FONASA para lograr el cumplimiento de la Ley de Urgencia, Ley N° 19.650, que asegura la atención del beneficiario/a en riesgo vital hasta su estabilización, realizó durante el año 2017, una serie de actividades, las que detallamos a continuación:

- ✓ Optimización del proceso de validación y pago de la Ley de Urgencia.
 - Hasta julio de 2017, la información para gestionar casos de Ley de Urgencia se realizaba manualmente, lo que generaba una gran cantidad de documentos en papel, dificultando el contar con información oportuna y con alto riesgo de pérdida de antecedentes. Además, para gestionar casos se solicitaba una gran cantidad de documentos innecesarios a los prestadores, lo que significaba demoras excesivas en la resolución de éstos y gran consumo de horas funcionarias.
 - Por ello, se rediseñó el proceso completo de validación y pago de la Ley de Urgencia, estandarizando la gestión de casos a nivel nacional automatizándolo. En agosto de 2017, se concreta la implementación de este sistema automatizado con la puesta en marcha del sistema Right Now, de Ley de Urgencia (ambiente web), y por ende se eliminó la documentación en papel. Como consecuencia, se obtuvo una disminución del tiempo de pago a los prestadores privados de Ley de Urgencia y la posibilidad a las personas de cubrir los copagos de la Ley de Urgencia con sus seguros complementarios, situación que no ocurría previamente dada la extemporabilidad del pago de las prestaciones por parte de FONASA.
 - Para el Seguro público, este hito ha significado mejorar la gestión interna y tener flujos más expeditos de información, eliminación de la pérdida de la documentación y en términos globales permitir la trazabilidad de la cuenta médica en base a un proceso transparente y en línea.
- ✓ Reconocimiento de derechos de los beneficiarios/as a atenderse bajo la MAI
 - Hasta octubre del año 2017, todos aquellos beneficiarios/as que no habían sido certificados como "Riesgo Vital" por un prestador privado y que al solicitar a FONASA el reconocimiento como caso de Ley de Urgencia, el Seguro en caso de cumplir con los requisitos establecidos en el DFL1, otorgaba cobertura exclusivamente para el periodo de estabilización quedando la post estabilización de cargo del asegurado con cobertura habitual MLE.
 - Luego de un análisis jurídico, se establece que dado que los pacientes no tuvieron la posibilidad de optar por la Modalidad de Atención Institucional (MAI) una vez estabilizados, pues el prestador privado nunca les consultó la opción y considerando que todos los beneficiarios/as de FONASA tienen derecho a ser atendidos bajo dicha modalidad, las prestaciones comenzaron a ser cubiertas financieramente como si se hubiesen otorgado bajo dicha modalidad.
 - Los casos Ley de Urgencia durante el año 2017, alcanzaron a 10.430.

3.2.2.4 Monitoreo de indicadores de calidad de diálisis y Ranking de centros de diálisis

El año 2017, FONASA implementa el nuevo modelo de compra sanitaria para pacientes que se dializan en prestadores privados en convenio con FONASA, con énfasis en la calidad de las prestaciones otorgadas a nuestros beneficiarios/as. Para ello, en octubre del mismo año, entró en vigencia la nueva licitación de diálisis para la compra de servicios a prestadores privados, lo que permitió contar con 214 centros de diálisis a nivel país y 2 centros dependientes de Municipios.

El nuevo modelo considera que FONASA asume la derivación de los pacientes que requieren diálisis a los centros en convenio a través de un sistema automatizado que incorpora en los criterios de derivación el Ranking de los prestadores en base a los indicadores de calidad de la diálisis. Como consecuencia se liberan funciones administrativas a las antiguas comisiones derivadoras de los hospitales y permite que retomen su rol técnico en el control de sus pacientes. El Ranking de prestadores privados de diálisis se publica en la página web de FONASA y se basa en la medición de 6 indicadores de calidad: manejo de anemia, manejo nutricional, adecuación de diálisis, mortalidad, metabolismo calcio-fósforo y acceso vascular.

La implementación del Front Integrado de Diálisis permitió capturar desde los prestadores la información clínica mensual, insumo indispensable para el cálculo de los indicadores de calidad y la posterior construcción del Ranking de prestadores privados. Asimismo, la información clínica mensual reportada, permitió diseñar un sistema de monitoreo clínico con alertas, con el fin de transformarse en una herramienta importante de gestión para los prestadores, Servicios de Salud y FONASA.

3.2.2.5 Fiscalización a Prestadores con mayor emisión de Licencias Médicas 2017.

En virtud de los hallazgos encontrados en la fiscalización del año 2016, FONASA decidió realizar una segunda fiscalización el año 2017, a profesionales médicos que extendieron licencias médicas a beneficiarios/as del Seguro Público, para la verificación de la realización de una atención médica asociada a la emisión de una licencia médica.

✓ Resultados

- El 77,6%(2.497) de las licencias fiscalizadas, se encontró asociado a la emisión de licencia médica el registro de una atención médica.
- En el 22,4% (721) de las licencias fiscalizadas no se encontró una atención médica asociada a la emisión de licencia médicas.

✓ Medidas Implementadas

- Suspensión del convenio en la MLE a 3 prestadores responsables de la emisión de 1.001 licencias médicas.
- Solicitud de reintegro del monto FAM a 13 prestadores por un monto total de \$1.587.260.

3.2.2.6 Implementación de Inscripción Web para Prestadores Naturales.

La gestión de convenios MLE con los prestadores se realizaba manualmente y se solicitaba una gran cantidad de documentación innecesaria. Además, los funcionarios/as/as realizaban tareas que no correspondían a funciones definidas para el Seguro en el DFL 1, como realizar inspección a instalaciones físicas o equipamiento médico para autorizar un convenio (responsabilidad de la Seremi), validar y certificar títulos de profesionales (responsabilidad de SIS), entre otros. Todo esto burocratizaba el proceso de contar con nuevos prestadores para mejorar el acceso de los afiliados a la atención de salud. Cada convenio demoraba en promedio 3 meses en aprobarse.

A partir de agosto de 2017, se concreta la implementación de Inscripción web de prestadores naturales con reducción considerable de tiempos de respuesta y mínimos requerimientos de información al prestador, dado que el Seguro obtiene la información directamente desde las instituciones públicas responsables (Registro Civil, Superintendencia de Salud, Servicio Impuestos Internos).

Actualmente, se dispone de un portal web en donde los prestadores (persona natural) pueden realizar sus solicitudes de Inscripción, Actualización y Renuncia, en una forma expedita, sin mayores trámites y sin necesidad de presentar documentación adicional.

3.2.2.7 Monitoreo de Casos y Garantías Explícitas en Salud.

Durante el año 2017, se automatizó la generación de reportería GES, lo que permite optimizar los tiempos en los que se disponibiliza la información para la toma de decisiones.

Total de Casos GES creados entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2017

Total 3.057.957

Fuente: Departamento Control y Calidad de Prestaciones, FONASA, 2018

Por otra parte, al año 2017, la información sobre total de garantías retrasadas se muestra así:

Servicio de Salud	Total Garantías Retrasadas 2013 a 2017	%
Total	9.224	100,00%
METROPOLITANO NORTE	1.921	20,83%
DEL LIBERTADOR B.OHIGGINS	1.040	11,27%
VALPARAÍSO SAN ANTONIO	848	9,19%
METROPOLITANO CENTRAL	656	7,11%
METROPOLITANO SUR	626	6,79%
METROPOLITANO OCCIDENTE	575	6,23%
VINA DEL MAR QUILLOTA	572	6,20%
COQUIMBO	431	4,67%
METROPOLITANO SUR ORIENTE	430	4,66%
DEL MAULE	418	4,53%
ARAUCANIA SUR	345	3,74%
CONCEPCION	325	3,52%
DEL RELONCAVÍ	279	3,02%
METROPOLITANO ORIENTE	161	1,75%
IQUIQUE	136	1,47%
CHILOE	107	1,16%
ARAUCO	90	0,98%
AYSEN	88	0,95%
VALDIVIA	36	0,39%
ANTOFAGASTA	29	0,31%
NUBLE	27	0,29%
ATACAMA	24	0,26%
BIOBIO	22	0,24%
ACONCAGUA	13	0,14%
TALCAHUANO	9	0,10%
OSORNO	6	0,07%
MAGALLANES	5	0,05%
ARICA	3	0,03%
ARAUCANIA NORTE	2	0,02%

Fuente Data Mart - SIGGES 12 de enero del 2018

En relación a los reclamos GES, se automatizó la generación de las respuestas a los beneficiarios/as, lo que se traduce en una mejora en la calidad de la atención, ya que éstas llegan en forma oportuna y por otra parte se optimizan las horas funcionarias al eliminar tareas operativas y permitir la focalización de los profesionales en la gestión de garantías propiamente tal.

3.2.3 Producto estratégico “Gestión Financiera del Seguro”

FONASA, con el objeto de consolidarse como Seguro Público de Salud, ha canalizado sus esfuerzos por desarrollar mecanismos eficientes y eficaces, tanto en mejorar la asignación de los recursos, como en mejorar los mecanismos de solidaridad y de recaudación de cotizaciones, con el objetivo de avanzar en el mejoramiento continuo de la capacidad de acceso de la población de menores ingresos, a servicios de salud de buena calidad y contar con mecanismos de recaudación que aseguren el financiamiento para brindar efectivamente la protección financiera para nuestros beneficiarios/as.

Una base importante para el desarrollo de dichos mecanismos, es la regularización de las actuales condiciones financieras del sector, con miras a optimizar, en el mediano plazo, la focalización, eficiencia y eficacia de los recursos de Salud, para lo cual FONASA, durante el año 2017, trabajó fuertemente en la explotación del convenio de Recaudación con PREVIRED, con el objeto de contar con información de calidad y oportuna.

3.2.3.1 Recaudación

De acuerdo a lo establecido en el artículo N°50 del DFL N°1 una de las funciones del Fondo es recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 55 del DFL N°1 y fiscalizar la recaudación de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del Régimen. Asimismo, el artículo 53 del DFL N°1, señala que el Fondo puede suscribir convenios con entidades públicas o privadas, para el cumplimiento de sus fines, y considerando las normas establecidas en la Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestaciones de Servicios, y su Reglamento, contenido en el D.S. N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, es que durante el año 2015, se realizó una licitación pública del “Servicio de Recaudación de Cotizaciones y Deudas Previsionales de Salud”, y que finalmente fue adjudicado a la empresa PREVIRED.

Necesario mencionar, es que históricamente el ente recaudador del 7% para salud de los cotizantes FONASA, fue el Instituto de Previsión Social (IPS ex INP). Lo anterior, ocurrió hasta febrero del año 2016. El Fondo Nacional de Salud, con fecha 22 de febrero 2016, da inicio a la operación del convenio de Recaudación de Cotizaciones y Deudas Previsionales de Salud, para la modalidad Electrónica con la Empresa PREVIRED, y simultáneamente, comienza un nuevo convenio de recaudación de cotizaciones de salud, en modalidad No Electrónica con el Instituto de Previsión Social (IPS).

Esta nueva modalidad de recaudación, la cual se implementó con éxito durante el año 2016 y se consolidó como el principal modelo de recaudación durante el año 2017, ha permitido mejorar la oportunidad, calidad e integridad de la información, lo que impacta directamente en los procesos de acreditación, disminución de cotizaciones erróneamente enteradas y estadísticas, lo cual permitirá a los beneficiarios/as hacer un uso más eficiente del Seguro Público de Salud.

Los ingresos percibidos por concepto de Imposiciones Previsionales para el año 2017, registrados en el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), alcanzaron un monto total de MM\$ 2.099.493, correspondiente a los segmentos dependientes, independientes y pensionados.

De esta forma, del monto total de Imposiciones Previsionales, el 79% corresponde a la recaudación del segmento dependiente, la cual ascendió a MM\$ 1.662.123 para el año 2017. Dentro de este segmento, la Recaudación Electrónica alcanzó un monto de MM\$ 1.649.856 y por Recaudación No Electrónica se percibieron MM\$ 12.267, lo que significó que el 99% de la Recaudación del Segmento Dependientes, se realizara bajo la modalidad electrónica, aumentando en un 4% la cifra respecto al año 2016. Esto implica, que la información obtenida, es cada vez de mejor oportunidad y calidad, lo cual va en directo beneficio de nuestros asegurados/as.

3.2.3.2 Fiscalización de Cotizaciones

Durante el año 2017, se realizaron y ejecutaron fiscalizaciones a nivel nacional, desarrollándose y ejecutándose un Programa de Fiscalización tipificado como “Solicitud Ciudadana”, consistente en focalizar la acción de fiscalización en los reclamos u observaciones realizados tanto por clientes externos e internos para inspeccionar el comportamiento previsional de dichas empresas.

Es así, que una gran mayoría de estas empresas fiscalizadas tuvo su origen en denuncias de trabajadores por casos de evasión o sub-declaración o, bien porque fueron informadas desde la Dirección de Trabajo.

En este Programa, fueron fiscalizadas 246 empresas, las cuales fueron contactadas mediante email, siendo citadas en las dependencias de FONASA y solicitando que concurrieran con la documentación previsional y laboral correspondiente.

A continuación, se presenta la tabla con los resultados de las Fiscalizaciones realizadas durante el 2016 - 2017 y que muestra que se produjo un incremento de empresas fiscalizadas, pero centradas en pymes y empleadores de trabajadora de casa particular; lo que explica el menor número de trabajadores asociado.

Periodo y variación %	Número de Empresas Fiscalizadas	Número de Trabajadores	Monto Cotizaciones no Declaradas (\$)
2017	246	424	16.399.604
2016	149	2.924	15.802.805
% Variación	65.1%	-85.5%	3.8%

Fuente: Sistema de Fiscalización FONASA

✓ Fiscalización Electrónica

Durante 2017, el Departamento de Gestión de Cotizaciones y Protección Financiera y la División de Tecnologías de Información, definieron los criterios para la detección de “lagunas previsionales” y “deudas declaradas y no pagadas” para el piloto de Fiscalización y Cobranza Electrónica. Esta Fiscalización se basa en la detección sistémica y masiva de Mora Presunta asociada a lagunas previsionales, que contempla revisiones que permitirán identificar evasión del pago de cotizaciones de salud por parte de los empleadores, informar/ notificar electrónicamente las situaciones de no pago y establecer medios electrónicos de aclaración y/o regularización.

El proceso efectuado entre julio y octubre de 2017, se basó en información de periodo de enero a diciembre del año 2016, y arrojó que 50.630 empleadores no habrían regularizado su situación durante ese año, es decir, no habían justificado la “laguna” de declaración de cotizaciones, lo que asciende a un monto estimado de \$3.000 millones de pesos.

El resultado se visualiza en la siguiente tabla:

Tipo de Empresa		N° de Empresas	N° de Lagunas Previsionales
Persona Natural		34.058	45.525
Persona Privada	Jurídica	16.032	43.847
Persona Pública	Jurídica	540	4.375
TOTAL		50.360	93.747

Fuente: Sistema de Fiscalización FONASA

3.2.3.3 Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)

La Ley no entrega facultades a FONASA en la tramitación, resolución, ni en el pago de las licencias médicas de sus cotizantes; a esta Institución sólo le corresponde el financiamiento de los Subsidios asociado a las licencias médicas curativo común de sus cotizantes.

Gasto SIL FONASA MM\$ del año)

Año	SSP	SIL CCAF (total)	Total
2010	86.056	259.828	345.884
2011	80.242	276.340	356.582
2012	95.290	289.191	384.481
2013	94.824	304.487	399.311
2014	107.207	365.990	473.197
2015	122.468	448.444	570.912
2016	136.236	511.746	647.982

No obstante, FONASA tiene dispuesto en las COMPIN un sistema de información para la tramitación y pago de las licencias médicas, a la que el año 2017 se le reforzó su nivel de seguridad al restringir el acceso a los módulos según perfil del funcionario. Además, al sistema se le incorporó Trazabilidad de la Licencia Médica (LM) al dejar registrado la identificación del usuario y la fecha ante a toda acción que realice sobre el Sistema.

Por otra parte, durante el año 2017 FONASA continuó fortaleciendo la labor de las COMPIN con medidas tendientes a mejorar la atención a nuestros usuarios en este ámbito, desarrollando las siguientes acciones:

- Con el objetivo de mejorar el acceso a información relativa a LM, el año 2014 se dispuso en la Web de FONASA un aplicativo de consulta sobre el estado de LM, la que se ha mantenido su difusión lográndose una gran utilización, con un total de 7.439.275 consultas en el año 2017.
- En el último trimestre del 2017 se desarrolló una propuesta de uso de Modelos Predictivos a través de Redes Neuronales Artificiales para mejorar la eficiencia de la Fiscalización de las licencias médicas, la que será implementada a modo Piloto en los primeros meses del año 2018.
- FONASA continuó fortaleciendo los modelos de tramitación de licencias médicas más eficientes como la licencia electrónica (LME) y la digitalizada (LMD), logrando en el año 2017 entre ambas modalidades una cobertura del 47%.

3.2.3.4 Devolución de Pagos en Excesos

FONASA durante el año 2017, se continuó con la ejecución de los exitosos procesos de devolución masiva de cotizaciones pagadas en exceso. Estas devoluciones se disponibilizan a modo de propuesta en la página web de FONASA, dos veces por año, específicamente en los meses de marzo y septiembre, dando la posibilidad al afiliado de aceptar o rechazar dicha propuesta.

En este contexto, durante el año 2017 se disponibilizaron en la página web de FONASA MM\$3.262, de los cuales mediante propuesta vía web, nuestros afiliados aceptaron un monto total de MM\$ 940, beneficiando directamente 10.055 personas.

Proceso Masivo DPE 2017	Total año 2017	
	Número de devoluciones	Monto (MM\$)
Total de devoluciones publicadas (disponibilizadas)	70.440	3.262
Total de devoluciones Aceptadas (pagadas)	10.055	940
Total de devoluciones no aceptadas y/o no consultadas	60.385	2.322

Fuente: Elaboración Propia. Departamento Gestión Financiera del Seguro, Enero 2017

Por otra parte, al comparar las devoluciones Masivas de Cotizaciones Pagadas en Excesos realizadas durante el año 2017 respecto del año 2016, se concluye que el Monto de devoluciones aceptadas en la web se incrementó en un 221% en dicho período.

Esto refleja el posicionamiento que tiene este proceso proactivo, en su tercer año de ejecución con modalidad de propuesta vía web, producto de las campañas comunicacionales y el trabajo conjunto con otras Divisiones de FONASA.

	Total año 2016		Total año 2017		Diferencia % 2017/2016	
	Número	Monto (MM \$)	Número	Monto (MM \$)	Número	Monto (MM \$)
Total de devoluciones Disponibilizadas	94.477	\$ 2.914	70.440	\$ 3.262	-25%	12%
Total de devoluciones Aceptadas (pagadas)	6.152	\$ 293	10.055	\$ 940	63%	221%
Total de devoluciones No Aceptadas y/o No Consultadas	88.325	\$ 2.621	60.385	\$ 2.322	-32%	-11%

Fuente: Elaboración Propia. Departamento Gestión Financiera del Seguro, Enero 2017

3.2.4 Producto Estratégico “Atención al Asegurado”

Las instituciones del Estado deben adecuarse a los nuevos desafíos sociales, culturales y tecnológicos y orientar sus esfuerzos a incrementar la satisfacción ciudadana, es por ello que FONASA, de acuerdo a su Planificación Estratégica (misión, visión y objetivos estratégicos) destinó sus recursos a la creación de un Nuevo Modelo de Atención para entregar un mejor servicio a sus asegurados y aseguradas.

3.2.4.1 Nuevo Modelo de Atención.

A continuación, se grafican los puntos que componen el nuevo Modelo de Atención al Asegurado y Asegurada.

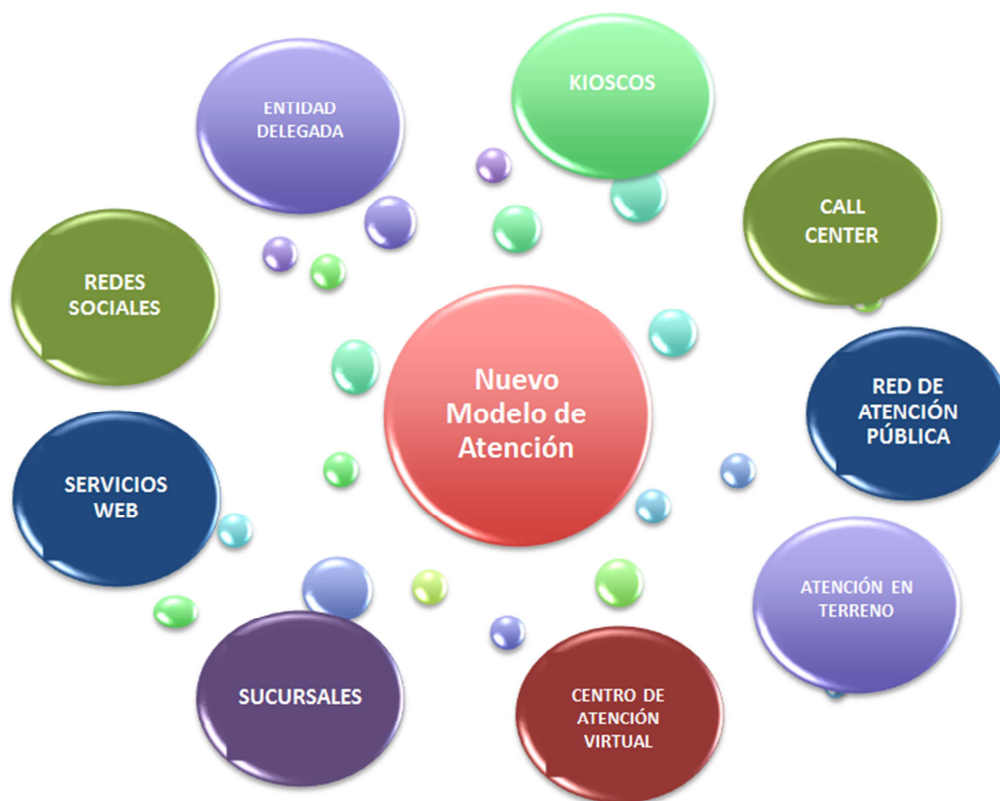


Imagen 1: Nuevo Modelo de Atención

Los puntos que componen el nuevo Modelo de Atención son los siguientes:

- ✓ Sucursales.

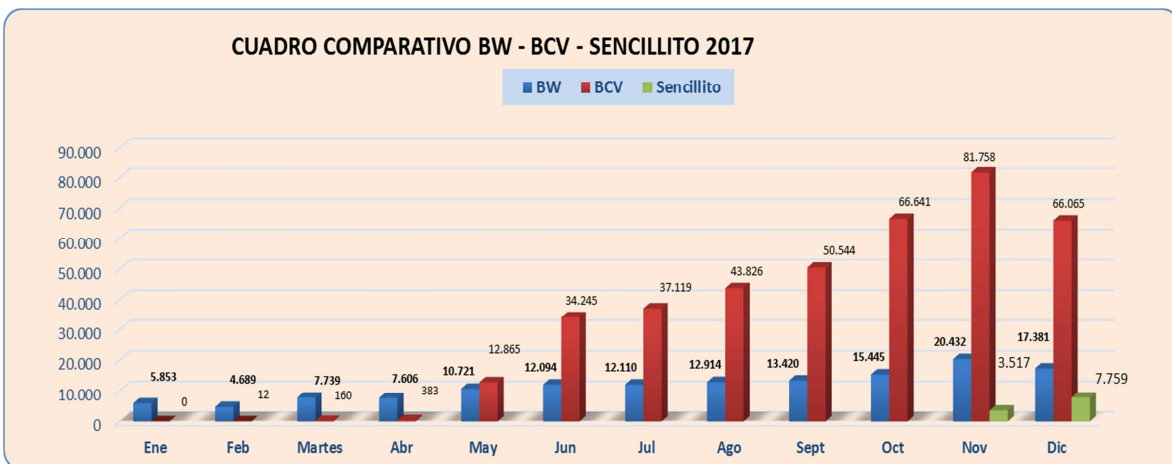
Para el año 2017, FONASA se propuso disminuir la venta de bonos en Sucursales, con el fin entregar una mejor asesoría en el uso del Seguro Público de Salud a los asegurados/as, además de disponer a la población afiliada de otros puntos de pago. Para ello, se realizaron iniciativas con recaudadoras externas, primeramente con BancoEstado, con su recaudador CajaVecina, y Sencillo, lo que incremento significativamente los puntos de contacto de la Institución.

El detalle del número de puntos de contactos se observa en la siguiente tabla:

Región	CajaVecina	Sencillo	Totales x Región
1	448	56	504
2	601	27	628

Región	CajaVecina	Sencillito	Totales x Región
3	600	19	619
4	1.549	90	1.639
5	2.221	163	2.384
6	1.640	226	1.866
7	2.175	172	2.347
8	2.886	232	3.118
9	1.408	85	1.493
10	1.517	650	2.167
11	284	1	285
12	229	2	231
13	5.715	1.128	6.843
14	537	39	576
15	521	35	556
TOTAL	22.331	2.925	25.256

Además, del incremento en los puntos de pago, este nuevo Modelo de Atención ha dado un impulso al Bono WEB y el cierre de la venta de Bono Consulta en la Región de O'Higgins y parcialmente en Regiones de Valparaíso, Bío Bío, Araucanía, Los Lagos y Metropolitana, lo que se evidencia en la siguiente grafica del periodo 2017:



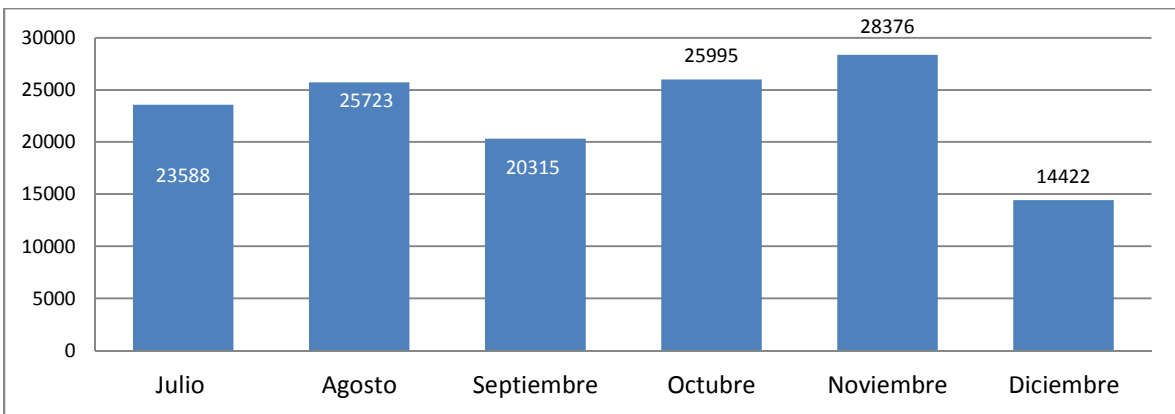
✓ Transformación del Perfil de Ejecutivo/a de Sucursal hacia Asesores/as de Salud

El desafío de rediseñar la relación con la ciudadanía nos exige potenciar el perfil del Asesor/a de Salud, para ello se llevó a cabo el Programa de Formación de Asesores/as de Salud a nivel nacional, el cual se estructuró en 5 diferentes módulos, capacitándose inicialmente a 200 ejecutivos de sucursales, con el propósito de continuar con este Programa.

✓ Centro de Atención Virtual:

En consecuencia a partir del 23 de julio 2017, se conformó el primer Centro de Atención Virtual, dando paso una nueva Modalidad de Atención, facilitando el acceso a los productos y servicios a nuestros usuarios/as a través de sus dos plataformas: Telefónica (emisión pre folio caja vecina) y Plataforma Presencial, que gestiona los requerimientos realizados a través de la Página Web, Call Center y Redes Sociales. El comportamiento de las atenciones del Centro de Atención Virtual, se visualiza en la siguiente gráfica:

Producción Centro de Atención Virtual: Julio – Diciembre 2017



✓ Call Center (600 360 3000)

Es un canal telefónico que atiende 7x24, cuyo objetivo es informar y orientar a las personas sobre los beneficios, productos y servicios que entrega FONASA, tales como:

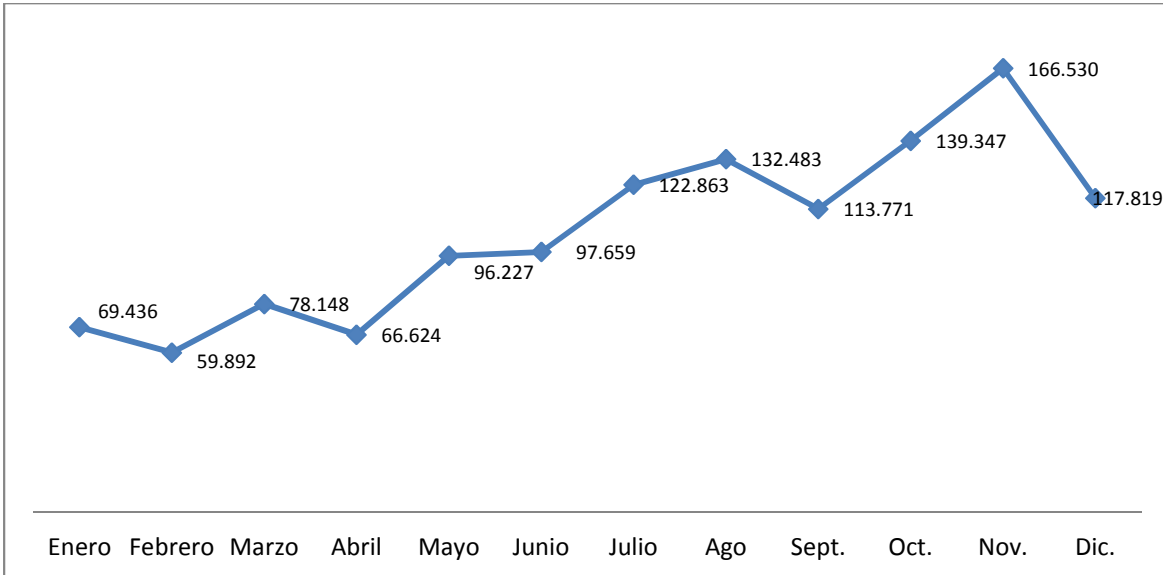
- Información y Orientación (Afiliación, Valores de Bonos, Lugares de Atención, AUGE, Plan de Salud, Prestamos Médicos, Ley de Urgencia y otros).
- Captura de Solicitudes Ciudadanas Escalables (reclamos, solicitudes, felicitaciones, sugerencias y denuncias).
- Entrega por rebase el Pre folio Caja Vecina cuando los ejecutivos del Centro de Atención Virtual no tiene ejecutivos disponibles. Durante el 2017, para la implementación de la Plataforma Caja vecina se modificó el Menú de Atención como se muestra a continuación:



- Gestión de Solicitudes Intermedias; deriva vía correo las solicitudes de plazo intermedio al Centro de Atención Virtual, el cual gestiona en un plazo máximo de 24 horas (desbloques, actualización de cargas, entre otros).

Durante el año 2017, el Call Center recibió 1.260.799.- llamadas, las cuales incluye el tráfico recibido de Caja Vecina, atendidas por los ejecutivos/as del Centro de Atención Virtual.

Tráfico de Llamadas Call Center 2017



✓ Entidades Delegadas Nacionales

FONASA, en su función de Seguro Público de Salud, tiene la facultad de establecer convenios con empresas para mejorar la disponibilidad y acceso de los usuarios al Régimen de Prestaciones de Salud. Por lo anterior, faculta a entidades externas para que realicen servicios de emisión de Bonos de Atención de Salud (BAS), Valorización de Programas de Atención de Salud (PAS), entre otros servicios de manera directa.

✓ Atención en Terreno

En 2017, se agendaron vía web FONASA 1.499 actividades: FONASA móvil; Feria de Salud; Orientación e Información – Charlas; Gobierno en Terreno; Plaza Ciudadana y Convenios de Colaboración, alcanzando una cobertura de 36.968 personas en las 15 regiones del País.

Uno de los aspectos relevantes que se está desarrollando en materia de participación ciudadana, es el recorrido que realiza FONASA Móvil por zonas de difícil acceso geográfico, además de convenios con municipalidades, en donde se atiende a la ciudadanía en los CESFAM de las comunas y trabajo en conjunto con otras instituciones públicas, para llegar a los trabajadores agrícolas, temporeros, dependientes, independientes y extranjeros, es por eso que FONASA cuenta con 8 Móviles disponibles a lo largo del País, que recorren regiones extremas, localidades donde no hay presencia institucional.

En la Zona Norte Ayquina en la Región de Antofagasta; Chapiquiña, Belén, Caquena, Saxamar y Socoroma en la comuna de Putre, Región de Arica-Parinacota. En la Región Metropolitana Localidades apartadas como; Chorombo, San Gabriel, Mallarauco, Chocalan, Cholqui, Codigua, Culiprán, Huechún. En las Regiones

VII y VIII, localidades tales como Tirua, Yungay, Ranquil Sta. Barbara entre otras. En la zona Sur Palena, Futalelfu, Chaiten, Curarrehue entre otras.

✓ Servicios Web

La revolución tecnológica y la decisión de optar por una nueva forma de relacionarnos con la ciudadanía a través de las plataformas virtuales, nos lleva a disponer hoy a más de 28 Servicios Virtuales dirigidos a nuestros distintos usuarios (Asegurados, Prestadores y Empleadores), permitiendo que puedan acceder de una manera más rápida, expedita y desde la comodidad de su hogar o desde cualquier lugar de Chile, optimizando tiempo y dinero.

Los servicios web Implementados en el año 2017, se detallan a continuación:

- En agosto de 2017, se lanzó el nuevo sitio web de Fonasa, el que ha sido uno de los pilares de la transformación digital del Seguro. En su diseño se incorporó un enfoque transaccional, un lector para personas con discapacidad visual y fue organizado en ciclos de vida de cada usuario: Trabajadores, Embarazadas, Adultos mayores, Familias y niños, Extranjeros y Desempleados. El impacto de la página ha sido muy exitoso contabilizándose 124 millones de páginas vistas a diciembre de 2017. Hoy el sitio web tiene a disposición de afiliados, prestadores y empleadores, 32 trámites en línea. La gestión de canales de comunicación corporativos en redes sociales fue entendida como otro de los pilares en la relación con los usuarios.
- Desde octubre de 2017, los asegurados de Fonasa pueden realizar trámites desde su celular y/o Tablet a través de la App "Mi Fonasa". Este aplicativo ofrece los cinco servicios más demandados por los afiliados: Venta de Bonos, Certificados de Afiliación y de Cotizaciones, Búsqueda de Sucursales, Número de Atención y Cotización de Bonos. Al mes de diciembre de 2017, la aplicación había tenido más de 207.000 descargas.
- Afiliación en línea, permite que el ciudadano/a se afilie a FONASA, a través de la página web, sin necesidad de asistir a la sucursal y así acceder al plan de salud a través de la red de salud pública o privada.
- Inscripción Percápita en línea, se ha contribuido significativamente en mejorar los mecanismos de asignación de recursos, a través de la implementación de una nueva modalidad de inscripción per cápita en la Atención Primaria de Salud (APS). Esto es un nuevo sistema centralizado de inscripción de afiliados FONASA, que les permita acceder a atención en la red de salud pública y prestadores privados en convenio, y al mismo tiempo a las municipalidades recibir un monto per cápita anual por cada nuevo inscrito. Entre sus principales características, están:
 - Sistema centralizado, FONASA administra el proceso en su totalidad.
 - Informatizado, construido sobre tecnología web, de fácil acceso y usabilidad para diferentes perfiles de usuario.
 - Con proceso alternativo de inscripción para aquellos lugares rurales en los que no existe conectividad de telecomunicaciones.
 - Incorpora dos nuevos canales de inscripción: sucursales presenciales y sucursal virtual de FONASA.
 - Otorga un certificado de inscripción en forma inmediata a los afiliados que realizan su inscripción.

- Incorpora tecnología biométrica para autenticar identidad. Para dar garantías expresas sobre la legitimidad de las transacciones. Para esto, FONASA adquirió y suministró lectores de huella digital a todos los establecimientos con conectividad de internet.
 - La información se almacena en una única base de datos que está interconectada con los aplicativos web dispuestos en los puntos de inscripción.
 - Asegura la trazabilidad de las transacciones e información de las mismas, identificando fechas, usuarios u otra respecto a las inscripciones realizadas.
 - Entrega reportes mensuales de número de inscritos y sus características a cada consultorio, municipalidad y servicios de salud. De esta forma, municipios y establecimientos cuentan con información actualizada y oportuna tanto para la propia gestión local, como para la gestión desde el Nivel Central.
 - Fue construido mayoritariamente con recursos humanos y financieros propios. Esto permite un mayor control de FONASA sobre las aplicaciones informáticas que utiliza y sus bases de datos, ofreciendo una mayor garantía de privacidad y seguridad de la información.
- Bono Web, permite al usuario comprar a través de la web un bono de atención de consulta médica, para un prestador que se encuentre en convenio con FONASA. A través de esta aplicación el prestador puede liquidar sus bonos sin tener que entregar la copia de los bonos para su revisión y pago; ya que realiza la liquidación a través de la página web de FONASA.

✓ Red de Atención Pública

Un punto importante del nuevo modelo de atención se centró en potenciar la red de atención pública, considerando que el 57% de nuestra población beneficiaria pertenece a los grupos más vulnerables y que utilizan preferentemente la Modalidad de Atención Institucional (MAI).

✓ Kioscos

Se implementaron más y mejores servicios de autoconsulta, aumentando la cobertura éstos en la red de sucursales e implementando nuevos servicios en los kioscos de autoatención, con las siguientes acciones:

- Se aumentó la cobertura de kioscos con servicios de autoconsulta en la red de sucursales, instalando 57 nuevos kioscos dentro de la red de sucursales, llegando con esto a un total de 110 actualmente.
- Se implementaron nuevos servicios de autoconsulta como Certificado de No Afiliación, Certificado de Renta Prestadores, Certificado de Cotizaciones, Estado de Licencia Médica, Devolución de Pago en Exceso, Bono Web y Prefolio bono para pago en recaudador externo (Caja Vecina).

✓ Redes Sociales

El posicionamiento de FONASA en sus cuentas de Twitter, Facebook, Instagram y Youtube fue una pieza clave para entregar información y empoderar a los usuarios en el uso del Seguro. Actualmente la comunidad virtual de FONASA supera los más 159 mil seguidores.

3.2.4.2 Gestión del Proceso de Acreditación de Beneficiarios/as.

Complementando las acciones dispuesta para el Nuevo Modelo de Atención, durante el año 2017 en la búsqueda de mejorar nuestra atención al asegurado, se realizó la Gestión del Proceso de Acreditación de Beneficiarios/as, a través de la mantención y mejoramiento del Sistema SIIS (Sistema de Información

Integrado del Seguro) que se implementó en Octubre de 2016, solucionando incidencias que se presentaron durante su uso, apoyando y aportando en actualizaciones para lograr su eficiencia en el proceso dando las respuestas oportunamente.

3.2.4.3 Ampliación de Cobertura FONASA a otros Grupos.

- ✓ Afiliación por Acuerdo Unión Civil, durante el 2017 se acreditaron 1.408 personas bajo este parentesco.
- ✓ Afiliación de Inmigrantes, desde la promulgación de la modificación al D.S. N° 110, se han otorgado Números de Identificación Provisorios y han sido acreditados desde Marzo a Diciembre, 6.411 inmigrantes irregulares, Esta cifra aumentó considerablemente en el año 2017, otorgando número de Identificación Provisorio e incorporados al Seguro de Salud un total a Diciembre 2017 de 45.840 extranjeros, en calidad de carentes de recursos.
- ✓ Extranjeros con Visa en Trámite, en el año 2017 se han acreditado a 2.489 extranjeros que ha solicitado visa de residencia.

3.2.4.4 Participación Ciudadana.

El Seguro Público de Salud, ha establecido una serie de estrategias transformadoras con planes de acción, orientadas a dar cumplimiento a los objetivos. En materia de Participación Ciudadana, durante el año 2017, FONASA ha cumplido 100% con el instructivo Presidencial N°7/2014 y la Ley N°20.500, manteniendo canales de información y mecanismos de participación ciudadana activa; estos son: las Cuentas Públicas Participativas, los Consejos de la Sociedad Civil, las Consultas Ciudadanas y Acceso a Información.

✓ Cuenta Pública Participativa

Durante los días 11 de Abril hasta el 02 de mayo del año 2017, se llevaron a cabo reuniones en nuestra Cuenta Pública Participativa Gestión 2016 en las distintas comunas y regiones del país, siendo un reflejo de la diversidad de nuestros beneficiarios/as con representantes de pueblos originarios: aymara, mapuche, atacameño, diaguita y rapanui, y de organizaciones migrantes de República Dominicana, Ecuador, Venezuela, Colombia y Perú. Reuniendo un total de 702 asistentes, además se conversaron algunas de las inquietudes emanadas desde las organizaciones de la sociedad civil comunicando las temáticas de interés general para todos los beneficiarios/as de FONASA, siendo un canal de difusión sobre sus avances y proyectos para la ciudadanía.

Estos logros de la gestión 2016, a través de un formato virtual, un video (<http://participacionciudadana.FONASA.cl/>), puesto a disposición de los Consejos de la Sociedad Civil ubicados en distintos puntos del país.

✓ Consejos de la Sociedad Civil

En materia de Consejos de la Sociedad Civil, FONASA posee 37 Consejos de la Sociedad Civil que se distribuyen a lo largo de todo el país y que representan a 451 organizaciones de la sociedad civil.

En el contexto de los cambios institucionales que se dieron este año y los que vendrán para el próximo, los Consejos de la Sociedad Civil desarrollaron un conjunto de acciones a lo largo del país. Iniciaron su trabajo con la preparación del documento para la cuenta pública 2016, posteriormente siguieron con las etapas posteriores a este proceso y en su mayoría hubo un buen nivel de satisfacción con el producto final.

Ya finalizando el primer semestre 2017, cada consejo se concentró en trabajar sus propios temas; es así como se puede mencionar que se potenciaron actividades de difusión del seguro público de salud en formato

de ferias de salud (junto a CESFAM) y charlas; éstas últimas enfocadas a migrantes, diversidad sexual, etc., por mencionar algunos grupos de interés según la región.

Finalmente, cabe señalar que en el segundo semestre 2017, se trabajó principalmente en difundir los nuevos temas que FONASA ha llevado a cabo, como la App para fonos celulares, caja vecina (lanzada en mayo), expansión a través del “sencillito” y características del nuevo modelo de atención.

✓ Consulta Ciudadana

Atendiendo a la dinámica que permita rediseñar el vínculo con la ciudadanía y considerar una participación activa para la definición de Políticas Públicas y proyectos Institucionales consecuentes con el cumplimiento de la Ley N°20.500 e Instructivo Presidencial (N°7/2014), se implementó durante el mes de septiembre del año 2017, la consulta ciudadana de carácter consultivo, para conocer la opinión de las personas respecto al aumento de canales de atención que la Institución desea disponer para sus beneficiarios/as con el fin de acercar los productos del FONASA a la ciudadanía. El proyecto que solicitó la opinión a la ciudadanía en forma presencial y virtual corresponde a conocer la opinión sobre ampliar canales para el pago de bonos de atención, obteniendo los siguientes resultados:

- Resultado Virtual, se recibieron a través del sitio web un total de 33 opiniones de ciudadanos/as (el 81% corresponden a mujeres y 19% a hombres), en la cual 32 personas que manifestaron disponibilidad para pagar un bono de atención de salud en los centros de pagos consultados.
- Resultado Presencial, el 86% declaran que estarían dispuestas a pagar su bono de atención de salud en alguno de los centros de pago consultados.

✓ Acceso a Información

Entendemos por acceso a información relevante a toda aquella información que solicita la ciudadanía y que permita tomar decisiones informadas de sus derechos y obligaciones en materia de salud; éstas incluyen conocer los servicios y las políticas, planes, programas, acciones y presupuestos de FONASA.

- Bajo esta línea se trabaja la información en visitas en terreno a través del programa denominado “FONASA Presente”.

	Dirección Zonal	Enero – Diciembre 2017	
		N° Actividades	N° Personas
FONASA PRESENTE	NORTE	327	9.309
	CENTRO NORTE	234	3.940
	METROP. Y VI	315	10.364
	CENTRO SUR	369	8.861
	SUR	254	4.494
	TOTAL	1.499	36.968

- Durante el 2017, se realizaron 26 actividades para entregar información relevante que contribuyan a mejorar el acceso y el conocimiento a la información, del Seguro Público de salud de las Ciudadanas y

Ciudadanos en derechos garantizados GES". Participaron como asistentes un total de 614 personas, de las cuales 542 corresponde a mujeres el 88.27% y 72 a hombres el 11,72%.

- Sobre el número de actividades a través de acciones de FONASA en Terreno, brindando información presencial sobre los derechos garantizados GES durante el año 2017, obtuvo un 104% cumplimiento de lo programado al ejecutar 26 actividades de un total de meta anual de 25 actividades comprometidas.

DIRECCIONES ZONALES y NIVEL CENTRAL (R.M y VI REG)	Actividades Programadas	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento
Norte	5	6	120%
Centro Norte	5	5	100%
Centro Sur	5	5	100%
Sur	5	5	100%
NC Y VI Región	5	5	100%
TOTAL	25	26	104%

- Número de personas asistentes a cada una de las actividades ejecutadas según Seguro de Salud al que pertenecen.

Zonal	LUGAR	FONASA	Otros seguros	Total
DZCN	CENTRO CULTURAL SAN ANTONIO	32	5	37
	CLUB SOCIAL, I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO	29	4	33
	HOTEL O'HIGGINS	48	6	54
	PRODEMU SAN FELIPE	15	5	20
	SALON PARROQUIAL SAN MIGUEL	19	11	30
Total DZCN		143	31	174
DZCS	CALEBU	16		16
	CENSE CONCEPCION	11	2	13
	CESFAM PENCAHUE	22	5	27
	HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION	8	1	9
	PRODEMU CAÑETE	14		14
Total DZCS		71	8	79

Zonal	LUGAR	FONASA	Otros seguros	Total
Norte	CENTRO DE LA MUJER ARICA	9	1	10
	CASA DE LA CULTURA	12	1	13
	HOSPITAL REGIONAL COPIAPO	26		26
	JARDIN GIRASOL ANTOFAGASTA	23		23
	PRODEMU SALA DE REUNIONES DIRECCIÓN ZONAL NORTE	17		17
	PROGRAMA JEFAS DE HOGAR IQUIQUE	13	1	14
Total Norte		100	3	103
R.M/VI	ASOCIACIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	30		30
	ASODI (ASOCIACION DE DIALISIS)	19		19
	CENTRO DE LA MUJER I MUNICIPALIDAD DE RANCAGUA	1		1
	CENTRO DE LA MUJER I. MUNICIPALIDAD DE RANCAGUA	26	10	36
	CESFAM LA FLORIDA	24	3	27
	FUNDACIÓN DE LA FAMILIA	21	2	23
Total R.M/VI		121	15	136
SUR	AGRUPACION DE MUJERES HEBRAS MÁGICAS VALDIVIA	20		20
	IGLESIA EVANGELICA PTA. ARENAS	29		29
	MUJERES MONITORAS EN SALUD CONSULTORIO MIRAFLORES TEMUCO	21	2	23
	PRODEMU COYHAIQUE	30		30
	PRODEMU PTO. MONTT	20		20
Total SUR		120	2	122
Total general		555	59	614

- El Seguro Público de Salud, reconoce los cambios de una ciudadanía más exigente en la satisfacción de estándares de calidad y oportunidad en las respuestas a los requerimientos y necesidades de información de las diferentes solicitudes que diariamente la ciudadanía requiere, a través de los distintos canales disponibles para ello. En este contexto, fueron ingresadas para la gestión del Seguro Público, un total de 22.991 Solicitudes Ciudadanas para el año 2017.

La implementación del nuevo procedimiento, permitió gestionar eficientemente las Solicitudes Ciudadanas, dando así, cumplimiento a los plazos de acuerdo a la normativa vigente. Además, es importante destacar que existe un trabajo coordinado con los canales virtuales (Call Center, Redes Sociales y Centro de Atención Virtual), que ha permitido agilizar la gestión y hacer contención de reclamos.

- En Transparencia Pasiva, durante el año 2017, se gestionaron 519 solicitudes de transparencia, se resolvieron durante el año 471 solicitudes. Para la gestión de las solicitudes de transparencia, se utilizó sólo el Sistema Portal de Transparencia. 252 solicitudes fueron resueltas en un plazo igual o inferior a 15 días hábiles.
- En cuanto a Transparencia Activa, se realizó el proceso de publicación mensual de información, alcanzando la suma de 13.455 documentos en 2017 con un promedio de 1.121 documentos mensuales a nivel nacional, este proceso de carga se lleva en conjunto con el Área de Informática, de acuerdo al formato y plazo establecido por la Ley. Finalmente señalar, que FONASA alcanzó un cumplimiento de un 100% en el 2017.

3.2.4.5 Ampliación de cobertura de FONASA a grupos excluidos y vulnerables sin protección financiera para Salud.

Durante la administración 2014-2018, FONASA ha tenido como objetivo ampliar la cobertura de salud a diferentes y diversos grupos de población, con el objeto de facilitar el acceso a la protección financiera de salud. Por ello, se facilitó el acceso al Seguro Público de Salud para los siguientes grupos excluidos y vulnerables sin protección financiera para Salud:

✓ Inmigrantes

Para los inmigrantes irregulares o sin documentos, cuyo rol de FONASA consiste en el otorgamiento del número de Identificación Provisorio y su ingreso en la base de Beneficiarios a través del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), al aumentar el ingreso de estos extranjeros se descentralizó esta tarea, disponiéndose de un responsable por Dirección Zonal y en aquellas ciudades con mayor ingreso de estas personas. A modo de ejemplo, fueron acreditadas las primeras familias palestinas a las que se les otorgó refugio en Chile, dándole cobertura desde su llegada al país.

Los grupos excluidos y vulnerables a considerar son los siguientes:

✓ Trabajadores independientes

En el año 2017, se aplica la norma actualizada exigiendo sólo una cotización para salud con el objetivo de que los cotizantes independientes puedan acceder al Seguro Público de Salud de manera oportuna⁷.

✓ Pensionados de Gracia

En el año 2017, se ha mantenido el procedimiento, a través del cual el Ministerio del Interior envía periódicamente la nómina de las personas que obtenían este tipo de pensión, para su revisión y acreditación de los beneficiarios y beneficiarias que se encontraban sin cobertura por este motivo.

✓ Personas reclusas

Cumpliendo el objetivo de facilitar el acceso a salud, durante el 2017 se celebró un acuerdo con Gendarmería a fin de que las personas privadas de libertad y cuyos problemas de salud debieran ser atendidos en el sistema público de salud, fueran acreditadas e inscritas en el establecimientos de atención primaria más cercanos al domicilio del recinto carcelario, facilitándoles el acceso oportuno a los reclusos y permitiendo a los establecimientos de salud obtener el Per cápita por estas atenciones.

⁷ Se debe tener presente, que la manera de cotizar pudiera cambiar a contar de 2018, ya que los cotizantes independientes a honorarios, pudieran cotizar a través de la retención que les hicieran al declarar sus impuestos en el 2019, tema levantado con las áreas relacionadas a fin de fijar el procedimiento.

✓ Pensionados CAPREDENA

Considerando que la normativa que rige a CAPREDENA (Caja de Previsión de la Defensa Nacional), considera facultad de sus pensionado para elegir el sistema de salud, se ha establecido que mensualmente dicha Caja, envíe a FONASA la nómina de los pensionado que han optado por afiliarse a FONASA, para que sean acreditados como tales y accedan oportunamente a las prestaciones médicas en el Servicio Público de Salud. Se hace presente, que esta información es actualizada mensualmente.

✓ Menores SENAME

De acuerdo al Convenio establecido, el Servicio Nacional de Menores envía mensualmente la nómina de los menores protegidos en sus centros a fin de que se revise su cobertura en salud, procediéndose a acreditar a aquellos que carecen de acceso a salud, bajo la individualización de que se trata de menores SENAME.

3.2.5 Producto Estratégico “Mejoramiento Institucional”

3.2.5.1 Estado del Arte de los proyectos informáticos que FONASA ha estado trabajando en el periodo 2017.

FONASA se encuentra en una etapa de transformación digital en un plan de digitalización de los procesos de gestión y especialmente los servicios de cara al público. En el año 2017, éstos se rediseñaron bajo la lógica de alcanzar la trazabilidad financiera sanitaria de sus asegurados, potenciando los servicios de plataformas digitales por sobre los presenciales.

Este proceso se llevó a cabo con la disponibilización de tecnología de punta y herramientas de clase mundial, que permitieron a FONASA implementar una plataforma robusta que sostiene procesos de Acreditación y Cotizaciones: Administración de Pólizas; Valorización de Prestaciones; Administración de Convenios y Base de Prestadores; Inteligencia de Negocios, Interoperabilidad, ente otros.

Cabe destacar, que este proceso de transformación permitió al Seguro, por primera vez, vincular de manera automática el proceso de acreditación de asegurados con sus cotizaciones, generando así la “Póliza Digital” de los asegurados, a través de la implementación del sistema **OIPA** (Oracle Insurance Policy Administration). Junto a esto, la implementación del sistema **OHI** (Oracle Health Insurance) permitió al Seguro consolidar en una sola plataforma, tanto reglas de negocio como tablas maestras (convenios de prestadores, catálogo de prestaciones, aranceles) que generan la valorización de la “cuenta médica”.

✓ Proyecto OIPA

EL Proyecto OIPA tiene como objeto vincular automáticamente el proceso de acreditación del asegurado y sus cotizaciones. Para esto, a través de la Administración de Pólizas.

El proceso de Acreditación, permite la afiliación presencial, gestión de cargas familiares, bloqueos y desbloqueos, obtención de certificados, afiliación automatizada, base única de beneficiarios, servicios en línea y trazabilidad del afiliado y su grupo familiar.

La afiliación, en donde una persona se convierte e asegurado del FONASA en forma individual o con su grupo familiar, todo esto bajo reglas de negocio automatizadas e integraciones con otras instituciones que permiten la actualización automática de datos o condición del afiliado, como el Registro Civil, Superintendencias, Cajas de Compensación, Entidades Recaudadoras en general (como PREVIRED).

El proceso de Cotización, permite el registro automático de cotizaciones, la automatización de la cuadratura de registros v/s pagos, devolución de pagos en excesos, devolución de cotizaciones ISAPRES,

regularizaciones, limpieza de cotizaciones, base de cotizaciones unificada, interoperabilidad recaudador electrónico y manual.

El proceso de Gestión de Cotizaciones, proceso a través del cual, el Seguro recibe el aporte del 7% de la renta de los asegurados a FONASA y gestiona con ello su previsión.

Todo esto permite la automatización de los procesos de acreditación (procesos en línea de acreditación masiva), cambio en el rol de los ejecutivos de sucursal a orientadores en salud, disponer de una base de acreditación actualizada (optimización de los recursos financieros) y cambio en el rol de Ejecutivos de Negocio (análisis y gestión).

✓ Proyecto de Interoperabilidad

El proyecto de Interoperabilidad, reunió por primera vez a FONASA con CORFO y CENS (Centro Nacional en Sistemas de Información den Salud), con el objetivo de generar un estándar compartido en el sector salud, para que la información sanitaria y financiera de los prestadores públicos (como los hospitales) y también los privados (como las Clínicas) pueda ser comunicada, siguiendo los estándares internacionales. El proyecto de interoperabilidad contempla el intercambio de datos en 4 ámbitos:

- (1) Encuentro médico y actores involucrados,
- (2) Prestaciones aranceladas,
- (3) Prestaciones no aranceladas, y
- (4) Diagnósticos y problemas de salud.

Con esta información, FONASA es capaz de obtener un registro financiero y sanitario de las atenciones médicas de sus usuarios. En una primera etapa, se logró comenzar a interoperar con un piloto en octubre 2017, el cual integró prestadores de la red pública y privada con alta interacción con FONASA y que ya contaran con procesos tecnológicos incorporados.

El objetivo fue alcanzar interoperabilidad de la cuenta médica en la atención ambulatoria y hospitalaria para la Modalidad de Libre Elección (MLE) y como prototipo para la Modalidad de Atención Institucional (MAI) en atención primaria de salud, y hospitalaria.

✓ Proyecto Business Intelligence (BI)

FONASA, viendo la necesidad de gestionar sus activos de información a través de la implementación de procesos, metodologías y tecnologías para la sistematización y validación de datos, es que decidió llevar a cabo a partir del año 2016 el proyecto Business Intelligence (BI), cuyo principal objetivo es generar información y conocimiento a partir de la integración de los datos recopilados en distintos sistemas transaccionales de FONASA en un solo repositorio. Lo que constituye una potente herramienta para la gestión y el apoyo en la toma de decisiones que apunten a mejorar nuestro quehacer y por ende la protección financiera que brinda el seguro.

Este proyecto se enmarca en tres pilares fundamentales como base de la información (beneficiarios/as, prestaciones y prestadores), desde una mirada centrada en la persona, su conexión con el seguro y su nivel de salud. A la fecha se han integrado y construido modelos para las siguientes áreas de negocio: GES, Beneficiarios/as, Cotizaciones, Indicadores Clínicos de Diálisis. Para el año 2018 se tiene contemplado disponer modelos para Facturación de Diálisis, Ley de Urgencia, GRD, Licencias Médicas, Emisión y Pago, Prestadores y Convenios y Medicamentos de Alto Costo.

4. Desafíos para el periodo de Gobierno 2018-2022

4.1 Construiremos una nueva oferta de valor

Como propuesta de cambios para el año 2018 en los Aranceles MAI y MLE, se visualiza la modificación de 65 glosas de prestaciones existentes y la eliminación de 39 prestaciones obsoletas.

Por otra parte, es importante recordar que el Catálogo de Prestaciones, se ha instaurado como un insumo fundamental para los Estudios de Costos y de Precios de Mercado realizados, lo que es clave en la modernización gradual de los aranceles existentes y las ropuestas anuales de cada proyecto presupuestario ante la DIPRES.

Cabe señalar, que el Catálogo de prestaciones, considera un proceso continuo en el tiempo, dinámico y consensuado. Por lo que la publicación de esta tercera versión en la página web de FONASA (durante este mes de diciembre de 2017), es la antesala para la continuidad de este trabajo durante el año 2018, con las Sociedades Científicas, Colegios y Gremios de la Salud, MINSAL, ISP, expertos, entre otros.

Para finalizar, un último desafío dice relación a la elaboración de una Propuesta con Mejoras Tecnológicas y/o Sanitarias de las Canastas PPV No AUGÉ en las Áreas de Traumatología, Radioterapia y Quimioterapia en el Año 2018, cuya composición al día de hoy se encuentra desactualizada.

4.2 Optimizaremos nuestra gestión Financiera

En el ámbito de fortalecer la regulación y monitoreo financiero del sector salud, asegurando un balance en las fuentes de financiamiento y una gestión financiera sectorial eficiente, se ha logrado mantener el equilibrio financiero de la institución, aún en coyunturas complejas en términos de necesidades de recursos; por otra parte, se ha racionalizado la estructura y funcionalidad interna.

En atención a lo referido a financiación por actividad del S.N.S.S y su déficit estructural, los resultados obtenidos a la fecha resultan discretos, dada la complejidad de los temas abordados, que trascienden el quehacer del Fondo, queda entonces por avanzar en la gestión de la brecha de financiamiento del S.N.S.S. y en medidas más concretas de mecanismos de asignación de recursos que relacionen financiamiento con actividad.

Finalmente, cabe indicar que el proceso de empoderamiento de los distintos sistemas informáticos ha conllevado un importante esfuerzo, el aseguramiento del traspaso de la data histórica, la continuidad operacional de los sistemas, la identificación de “agujeros negros” en los procesos, necesarios de abordar y corregir, han sido y serán un desafío importante para nuestra división y la institución.

4.3 Rediseñaremos la relación con la ciudadanía (GT)

Ejecutar todas las acciones necesarias para la consolidación del Nuevo Modelo de Atención:

- Consolidar la implementación de los nuevos modelos de sucursal (presencial, virtual – contact center, mixta física y mixta virtual) que se desprenden del nuevo modelo de atención multicanal.
- Consolidar las herramientas tecnológicas implementadas: SIIS (OHI, OIPA).
- Actualizar los datos de los prestadores naturales para facilitar la comunicación continua.
- Capacitar a los prestadores en el uso del Front del Prestador en el ingreso de sus cuentas médicas ambulatorias para consolidar el modelo.

- Fortalecer la relación con los empleadores favoreciendo el uso de las plataformas de empleadores y beneficiarios/as.
- Fortalecer el rol de nuestros Asesores de Salud en la relación y acompañamiento del asegurado el uso del Seguro y sus plataformas, generando capacitaciones continuas.
- Fortalecer la gestión territorial en los lugares de difícil implementación y acceso a las tecnologías.

4.4 Gestionaremos una compra sanitaria eficiente, con calidad y oportunidad, a prestadores del ámbito público y privado.

Los principales desafíos en materia de compra sanitaria son:

- Consolidar en hospitales públicos mecanismos de compra y pago por resolución integral del problema de salud, es decir pago por resultados sanitario.
- Cerrar brecha de actividad sanitaria efectuada y no financiada, y
- Avanzar en la implementación de mecanismo de compra y pago orientado a resultados en atención ambulatoria.

Con todo, los distintos instrumentos de compra utilizados deben responder y resguardar este interés del FONASA.

4.5 Desarrollar nuevas capacidades institucionales a través del fortalecimiento de la gestión de personas y la incorporación de tecnologías de información e infraestructura.

✓ Inteligencia de negocio

El objetivo de la implementación de Inteligencia de Negocio para la Institución es transformar nuestros datos en conocimiento que permitan a los tomadores de decisiones evaluar los diferentes escenarios, basados en nuestros patrones de comportamiento históricos, con datos empíricos, actualizados e integrados, que permitan la implementación de políticas públicas personalizadas a distintos grupos poblacionales de FONASA.

Para el año 2018, FONASA se compromete a seguir profundizando los modelos de negocio que ha implementado en el ámbito de GES, Cuenta realizada, Ley de Urgencia, GRD, Cotizaciones y Beneficiarios/as; para lograr establecer la arquitectura básica de modelos predictivos que permitan estudiar el comportamiento de los beneficiarios/as o grupos de beneficiarios/as en términos sanitarios y financieros. Esto se materializará en el segundo semestre del 2018, a través de la construcción de reportes estratégicos.

En base a nuestros datos históricos estableceremos una metodología sólida que permita aprovechar el potencial que los datos nos pueden proporcionar para responder preguntas tales como: ¿Cuál es el perfil socio demográfico de un beneficiario FONASA? ¿Cuáles son los problemas de salud que generan más gastos a los servicios de salud y al seguro público de salud? mediante la construcción de reportería en el segundo semestre del 2018.

Gracias al diseño de una solución en el contexto BigData, FONASA iniciará la retroalimentación desde BI hacia los sistemas operacionales respecto de la situación de sus Beneficiarios/as y situación sanitaria mediante el cruce de los modelos disponibles en BI durante el primer semestre del 2018.

Para cimentar el camino de los objetivos anteriormente señalados, FONASA diseñará modelos de análisis sanitario a nivel de grupos familiares y de la población de FONASA relacionado con los modelos BI disponibles, durante el primer semestre del 2018.

✓ Interoperabilidad y front prestadores

FONASA pondrá a disposición de los prestadores de salud, públicos y privados, el canal de Interoperabilidad, el cual permitirá la conexión directa entre los heterogéneos sistemas de información hospitalarios de las diversas instituciones con FONASA. El prestador podrá validar en línea, desde sus sistemas, la condición de paciente afiliado al Seguro y valorizar directamente las prestaciones asociadas a las cuentas médicas que manejan en sus sistemas mediante la interconexión con la Institución. Además, el prestador podrá cerrar encuentros médicos y activar los bonos correspondientes a las prestaciones efectuadas, directamente desde sus sistemas.

FONASA realizará un proceso de liquidación automática de las cuentas, en forma diaria, contemplando todos los bonos activados por el prestador que han sido enviados vía interoperabilidad y realizará un escalamiento durante el año 2018, sumando a nuevos prestadores, públicos o privados, que tengan las condiciones técnicas necesarias para sumarse a la iniciativa de interoperabilidad.

FONASA pondrá a disposición de los prestadores el Front Web, con acceso a través del RUT del prestador y clave, la que podrá solicitarse a través de la página web. El prestador podrá ingresar a través del Front Web, todas las cuentas, tanto hospitalarias como ambulatorias. En este Front se podrá valorizar una cuenta, dado que se entregará como resultado del ingreso de prestaciones el Copago a cobrar al Afiliado incluyendo seguro complementarios si aplicara el caso. El prestador podrá activar a través del Front, documentos de pago emitidos a través de la Web, así como documentos pagados en Caja Vecina, Sencillito u otros medios de pago que determine la Institución.

✓ Avanzando unidos en el mejoramiento de los ambientes laborales. “Implementación de la Mesa de Trabajo de Clima Laboral”

FONASA pretende promover la gestión de climas laborales adecuados y estimulantes al interior de la Institución de manera de fortalecer el compromiso de las personas y finalmente mejorar la calidad de servicios que la Institución entrega a sus beneficiarios/as.

La mesa estará compuesta por dirigentes nacionales de ambas asociaciones gremiales y representantes del Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas. Entre las temáticas a abordar durante el año 2018 se incluirán:

- Establecer protocolos de acuerdo transversales a la institución para aplicar en situaciones de conflicto que afecten a funcionarios/as.
- Formular un diagnóstico del estado del clima laboral de la institución, a través de la aplicación de un instrumento de medición del Clima Laboral.
- Difundir las Políticas de Recursos Humanos de FONASA.
- Reforzar en los funcionarios/as la capacidad de generar acuerdos.

5. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución.
- Anexo 2: Recursos Humanos.
- Anexo 3: Recursos Financieros.
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2014-2017.
- Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2014 - 2017.
- Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas 2014 - 2017.
- Anexo 6B: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.
- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2017.
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2014-2017.
- Anexo 9. Resultados en materia de Implementación de medidas de Género y de descentralización / desconcentración 2014-2017.
- Anexo 10: Oferta Programática identificadas del Servicio en su ejecución 2017.
- Anexo 11A: Proyectos de Ley en Tramitación en el Congreso Nacional 2014-2018
- Anexo 11B: Leyes Promulgadas durante 2014-2018
- Anexo 12: Premios y Reconocimientos Institucionales 2014-2017

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas 2014-2018

- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución.

D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, (cuyo Libro I refunde el ex Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y su Libro II la Ley N° 18.469); Ley 19.966 sobre Régimen de Garantías en Salud; Ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937; Res. Ex 3A N° 1455 de 29.05.02 y sus modificaciones posteriores, todas del Fondo Nacional de Salud, que contienen funciones y estructura de la institución y Res. de la Contraloría General de la República N° 1600 del año 2008.

- Misión Institucional

Ser el Seguro Público Solidario y Único que garantiza el Acceso Universal a Salud de Calidad, Oportuna y con Protección Financiera a toda su población asegurada.

- Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2017

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Construir un nuevo Plan de Salud, preventivo, integral y flexible que responda a las necesidades de los ciudadanos, asegurando acceso a cobertura efectiva de salud con protección financiera.
2	Gestionar compra sanitaria eficiente, con calidad y oportunidad, a prestadores del ámbito público y privado.
3	Fortalecer la regulación y monitoreo financiero del sector salud, asegurando un balance en las fuentes de financiamiento y una gestión financiera sectorial eficiente.
4	Mejorar la calidad de atención de FONASA, mediante una comunicación transparente y oportuna, participación ciudadana activa y más y mejores puntos de contacto.
5	Desarrollar nuevas capacidades institucionales a través de comunicación efectiva, mejoría en la gestión de procesos, actualización de estructura y normativa, fortalecimiento de la gestión de personas e incorporación de tecnologías de información e infraestructura.

- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

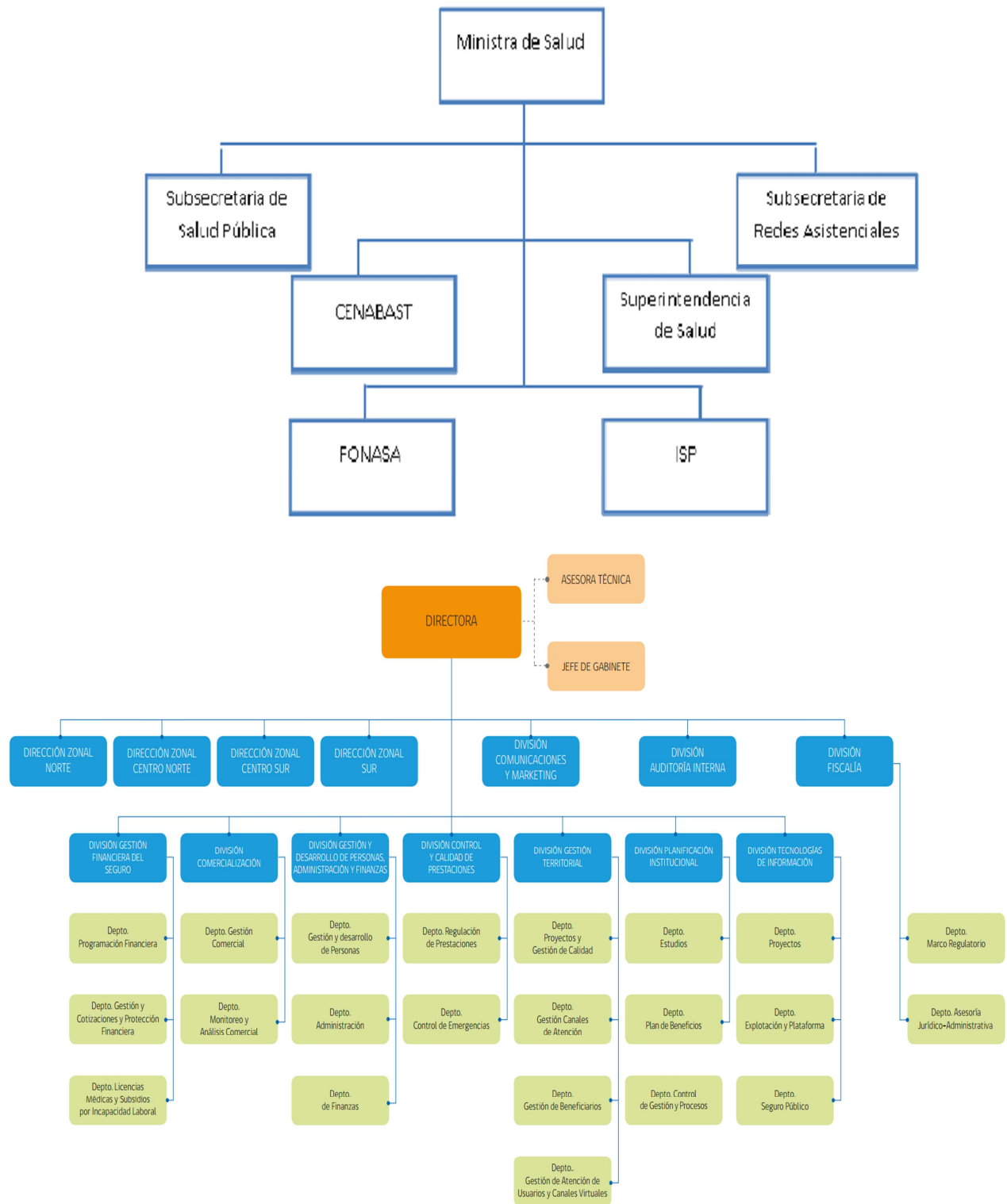
Número	Descripción	Objetivo Estratégico a los cuales se vincula
1	Plan de Salud Describe la relación que existe entre los ciudadanos y el seguro de salud, en lo que se refiere a los derechos del asegurado. Este producto estratégico establece la cartera total de servicios que ofrece el seguro público de salud, definiendo la cobertura del plan de beneficios y protección financiera a la que acceden los asegurados de FONASA.	1,2
2	Compra Sanitaria con mecanismo de pago asociado a resultado Describe el desarrollo y uso de mecanismos de compra, que relacionan un conjunto de actividades clínicas y su valor de transacción, para la resolución de un problema de salud.	1,2

Número	Descripción	Objetivo Estratégico a los cuales se vincula
3	Gestión Financiera del seguro Por una parte, comprende la gestión de recaudación con las entidades asociadas al financiamiento del Seguro Público. Por otra parte, considera la gestión del procedimiento de pago a prestadores (públicos y privados) y mecanismos de control financiero presupuestario a ejercer sobre el Sistema Nacional de Servicios de Salud.	1,2
4	Atención al asegurado Describe la forma de mejorar la calidad de atención de FONASA; mediante una comunicación transparente, oportuna y con participación ciudadana activa, fortaleciendo la calidad y cantidad de puntos de contacto. Comprende, además, la entrega de información a nuestros beneficiarios/as para que estos puedan tomar la mejor decisión en salud en relación al cumplimiento de sus derechos.	1,2

- Clientes / Beneficiarios/as / Usuarios

Número	Nombre
1	Beneficiarios Afiliados (Libro II Decreto Fuerza de Ley (DFL) N°1, 2005 Ministerio de Salud (Minsal)
2	Otros Beneficiarios (Libro II Decreto Fuerza de Ley (DFL) N°1, 2005 Ministerio de Salud (Minsal)

b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio



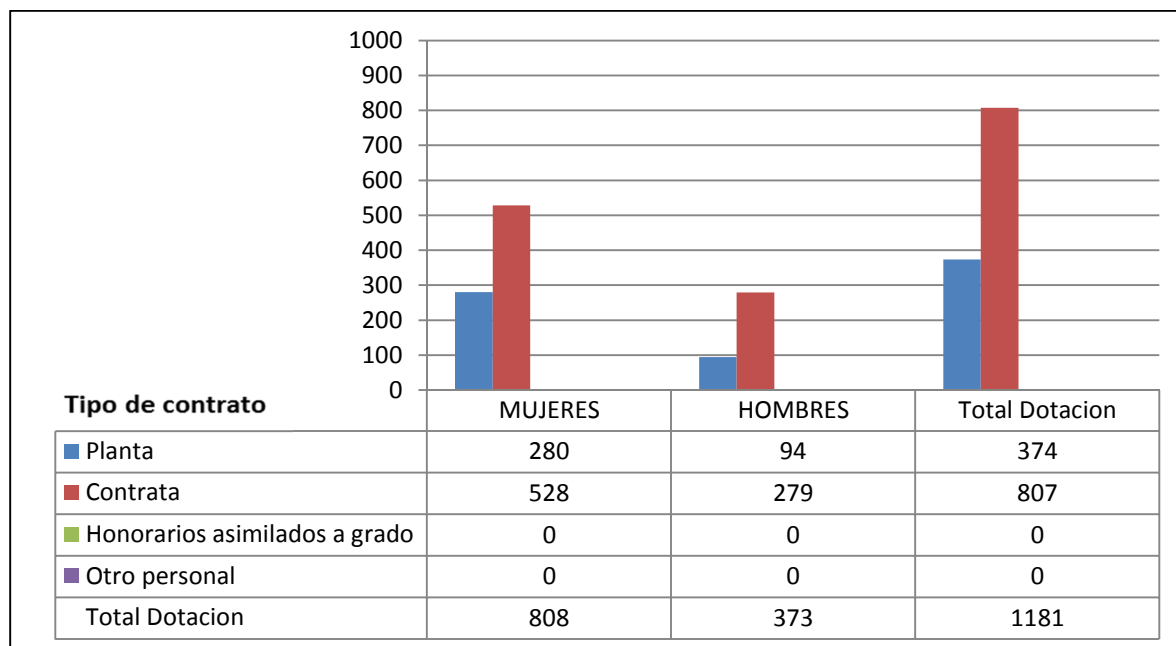
c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Directora Nacional	Jeannette Vega Morales
Jefe División de Auditoría Interna	Erick Arriagada Vera
Jefe División Gestión de Tecnologías de Información	Cristian Troncoso Sepúlveda
Jefe División de Planificación Institucional	Pietro Cifuentes Parra
Jefe División de Comunicaciones y Marketing	Eduardo Hernández Olmedo
Jefa División Gestión Comercial	Cecilia Morales Veloso
Jefe División Gestión Financiera del Seguro	Gloria Sepúlveda Palavecinos
Jefe División Gestión de Personas, Administración y Finanzas	Luis Brito Rosales
Jefe División Gestión Territorial	Héctor Iribarren Valdez
Jefa División Control y Calidad de Prestaciones	Lei Bahamondes Avilés
Jefe División Fiscalía	Luis Brito Rosales
Director Zonal Norte	Mercedes Álvarez Segovia
Director Zonal Centro Norte	Orille Díaz Acosta
Director Zonal Centro Sur	Marta Werner Canales
Director Zonal Sur (S)	Javier Castro Pedreros

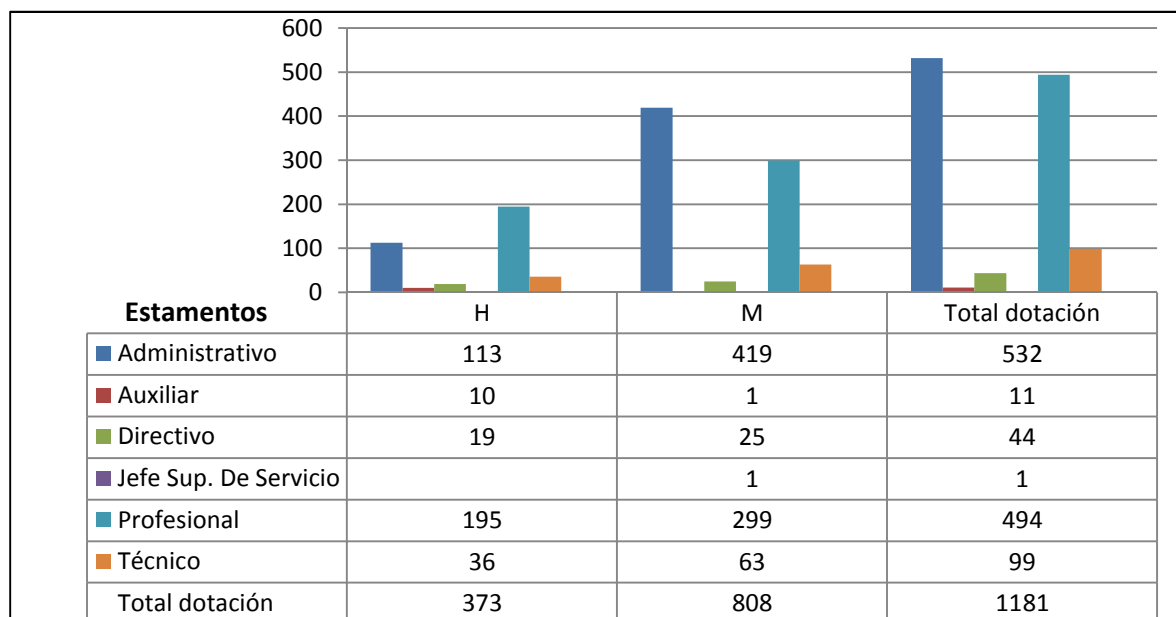
Anexo 2: Recursos Humanos

a) Dotación de Personal

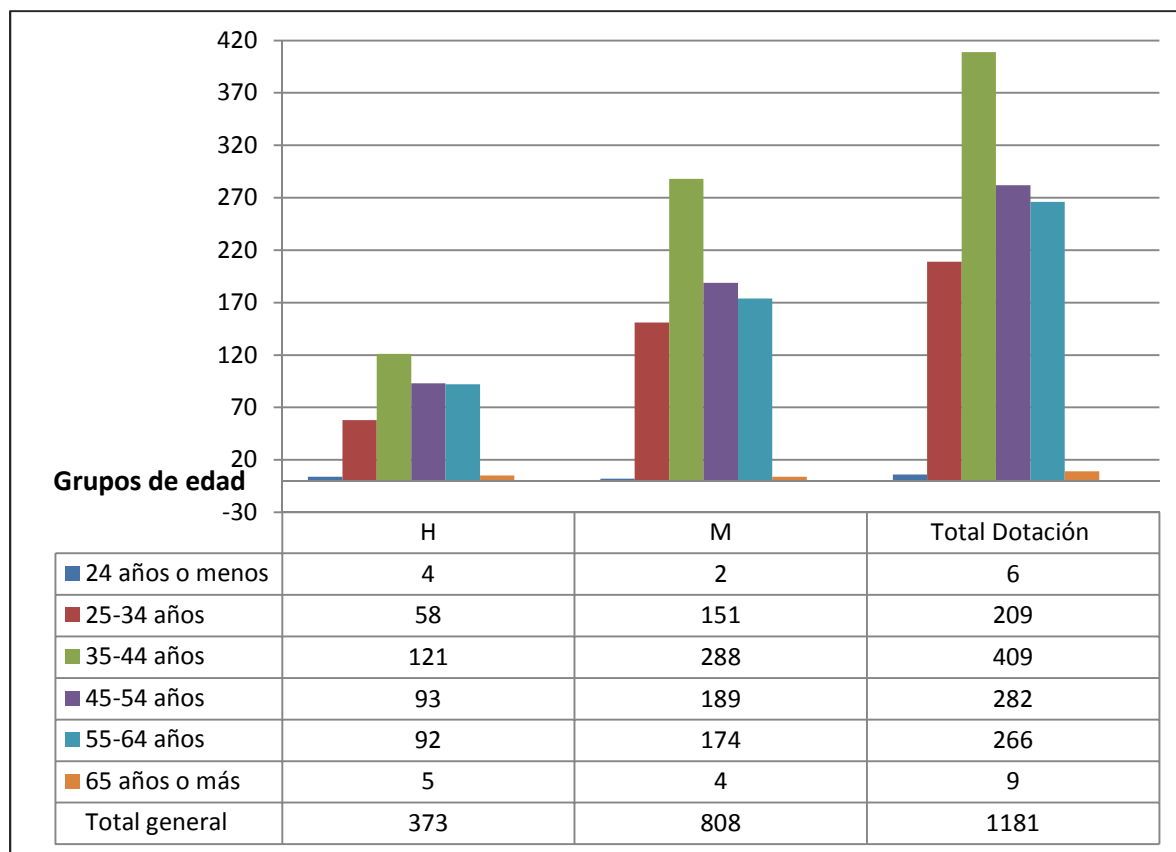
Dotación Efectiva año 2017 por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



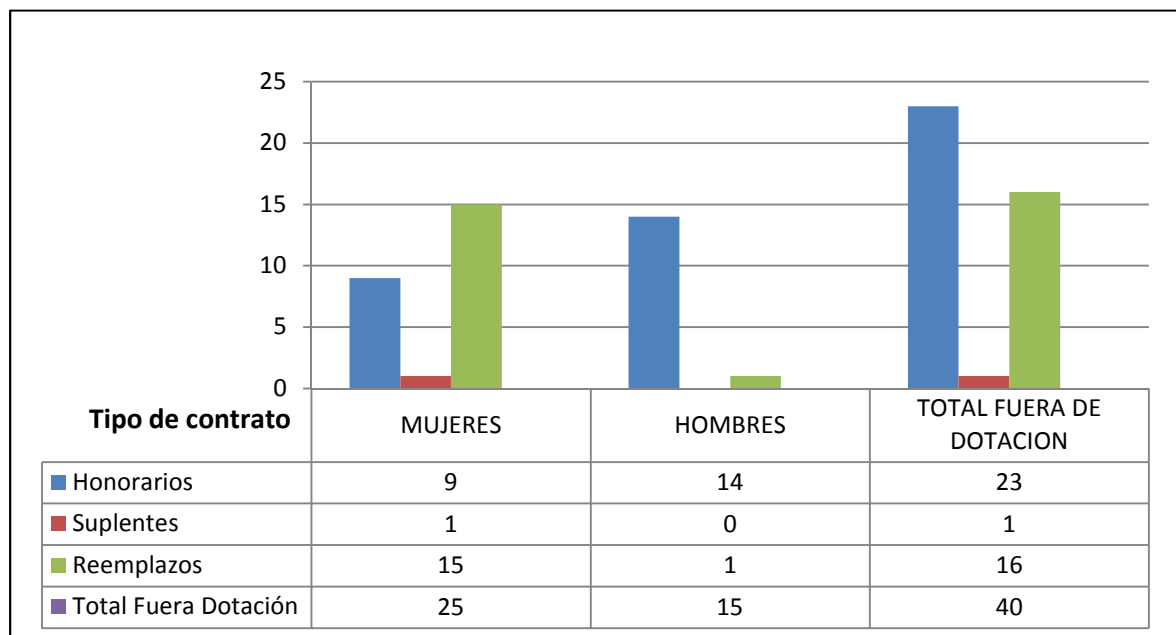
Dotación Efectiva año 2017 por Estamento (mujeres y hombres)



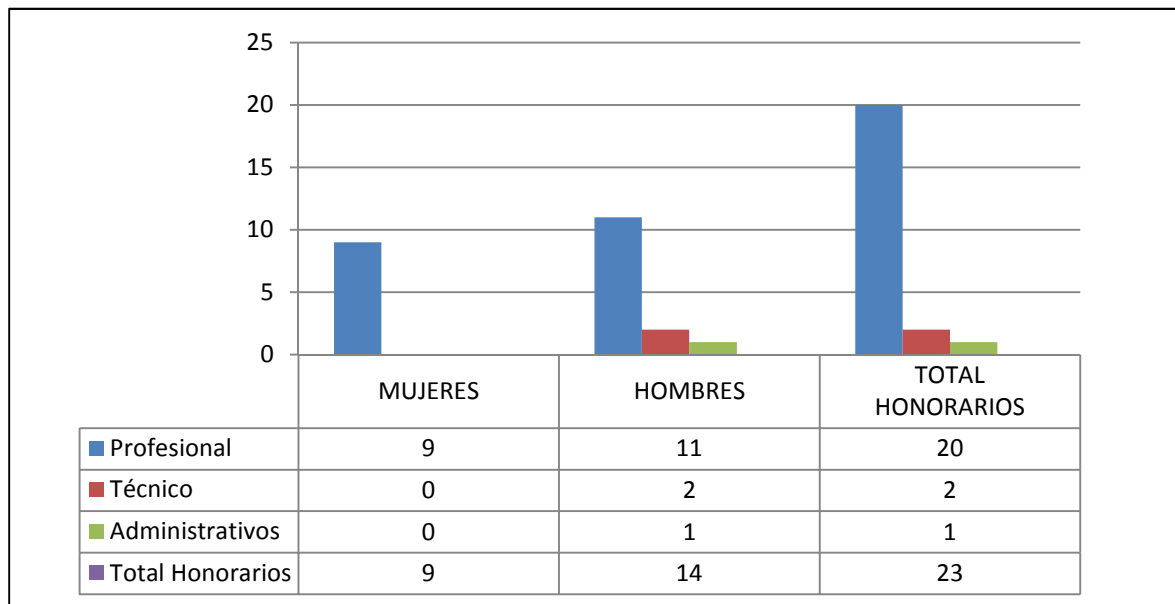
Dotación Efectiva año 2017 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



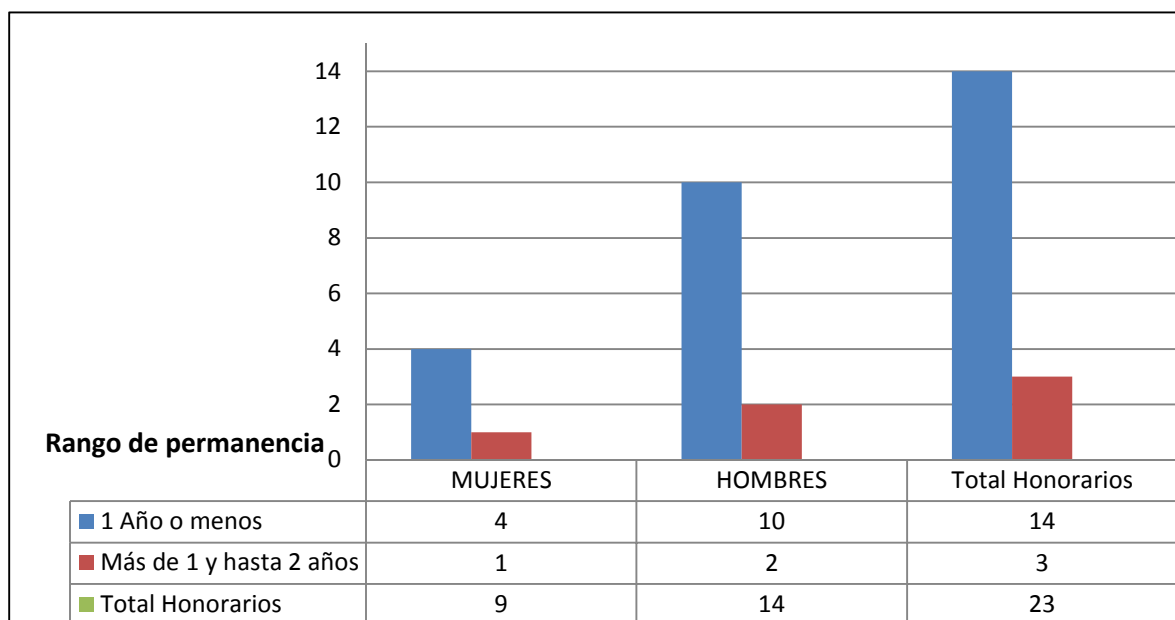
b) Personal fuera de dotación año 2017 por tipo de contrato (mujeres y hombres)



c) Personal a honorarios año 2017 según función desempeñada (mujeres y hombres)



d) Personal a honorarios año 2017 según permanencia en el Servicio (mujeres y hombres)



e) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1							
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos							
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁸				Avance ⁹ desde 2016	Notas
		2014	2015	2016	2017		
1. Reclutamiento y Selección							
1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata ¹⁰ cubiertos por procesos de reclutamiento y selección ¹¹	(N° de ingresos a la contrata año t vía proceso de reclutamiento y selección/ Total de ingresos a la contrata año t)*100	25	28.28	79.31	38.27	79.31	Ascendente
1.2 Efectividad de la selección	(N° ingresos a la contrata vía proceso de reclutamiento y selección en año t, con renovación de contrato para año t+1/N° de ingresos a la contrata año t vía proceso de reclutamiento y selección)*100	100	100	100	77.42	100	Ascendente
2. Rotación de Personal							
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	(N° de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año t/ Dotación Efectiva año t) *100	9.0	5.14	5.5	6.1	109.09	Descendente
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.							
2.2.1 Funcionarios jubilados	(N° de funcionarios Jubilados año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Ascendente
2.2.2 Funcionarios fallecidos	(N° de funcionarios fallecidos año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0.16	0.0	0.17	0.0	0.0	Neutro
2.2.3 Retiros voluntarios							
○ Con incentivo al retiro	(N° de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año t/ Dotación efectiva año t)*100	0.59	1.49	1.95	2.29	975.0	Ascendente

8 La información corresponde a los períodos que van de Enero a Diciembre de cada año, según corresponda.

9 El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene.

10 Ingreso a la contrata: No considera el personal a contrata por reemplazo, contratado conforme al artículo 12 de la ley de presupuesto de 2014, artículo 10 de la ley de presupuestos de 2015, artículo 9 de la ley de presupuestos 2016 y artículo 10 de la ley de presupuestos de 2017.

11 Proceso de reclutamiento y selección: Conjunto de procedimientos establecidos, tanto para atraer candidatos/as potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos dentro de la organización, como también para escoger al candidato más cercano al perfil del cargo que se quiere proveer.

Cuadro 1

Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁸				Avance ⁹ desde	Notas
		2014	2015	2016	2017	2016	
○ Otros retiros voluntarios	(N° de retiros voluntarios año t/ Dotación efectiva año t)*100	4.99	1.65	1.18	2.20	279.66	Descendente
2.2.4 Otros	(N° de funcionarios retirados por otras causales año t/ Dotación efectiva año t)*100	3.46	1.98	2.20	1.61	122.73	Descendente
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	(N° de funcionarios ingresados año t/ N° de funcionarios en egreso año t)*100	0.71	1.59	50.77	112.50	2.36	Descendente
3. Grado de Movilidad en el servicio							
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	(N° de Funcionarios Ascendidos o Promovidos) / (N° de funcionarios de la Planta Efectiva)*100	6.6	30.6	0.51	12.03	25.50	Ascendente
3.2 Porcentaje de funcionarios recontractados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	(N° de funcionarios recontractados en grado superior, año t)/(Total contratos efectivos año t)*100	47.3	12.02	2.53	0.17	13.60	Ascendente
4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal							
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	(N° funcionarios Capacitados año t/ Dotación efectiva año t)*100	97	69.84	78.09	61.81	97.61	Ascendente
4.2 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$\sum(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas en act. de capacitación año t} * \text{N}^\circ \text{ participantes en act. de capacitación año t}) / \text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t}$	18.4	13.66	17.02	12.79	100.06	Ascendente

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁸				Avance ⁹ desde	Notas
		2014	2015	2016	2017	2016	
4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia ¹²	(N° de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año t/N° de actividades de capacitación en año t)*100	0.0	2.08	4.76	4.55	18.49	Descendente
4.4 Porcentaje de becas ¹³ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	N° de becas otorgadas año t/ Dotación efectiva año t) *100	0.25	0.75	0.51	0.93	0.0	Ascendente
5. Días No Trabajados							
5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas, según tipo.							
5.1.1 Licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1).	(N° de días de licencias médicas tipo 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	1.4	1.49	1.40	1.44	85.71	Descendente
5.1.2 Licencias médicas de otro tipo ¹⁴	(N° de días de licencias médicas de tipo diferente al 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.6	0.5	0.5	0.5	80	Descendente
5.2 Promedio Mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de permisos sin goce de remuneraciones.	(N° de días de permisos sin sueldo año t/12)/Dotación Efectiva año t	0.04	0.22	0.31	0.34	9.68	Descendente
6. Grado de Extensión de la Jornada							
6.1 Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	(N° de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t/12)/ Dotación efectiva año t	1.9	1.89	2.17	1.67	82.95	Descendente
7. Evaluación del Desempeño¹⁵							

12 Evaluación de transferencia: Procedimiento técnico que mide el grado en que los conocimientos, las habilidades y actitudes aprendidos en la capacitación han sido transferidos a un mejor desempeño en el trabajo. Esta metodología puede incluir evidencia conductual en el puesto de trabajo, evaluación de clientes internos o externos, evaluación de expertos, entre otras.

No se considera evaluación de transferencia a la mera aplicación de una encuesta a la jefatura del capacitado, o al mismo capacitado, sobre su percepción de la medida en que un contenido ha sido aplicado al puesto de trabajo.

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

14 No considerar como licencia médica el permiso postnatal parental.

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

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁸				Avance ⁹ desde	Notas
		2014	2015	2016	2017	2016	
7.1 Distribución del personal de acuerdo a los resultados de sus calificaciones.	N° de funcionarios en lista 1 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	98.50	98.15	99.17	98.61	98.88	Ascendente
	N° de funcionarios en lista 2 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	1.41	1.57	0.74	125.24	225.68	Ascendente
	N° de funcionarios en lista 3 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	0.09	0.28	0.09	411.90	100	Descendente
	N° de funcionarios en lista 4 año t / Total funcionarios evaluados en el proceso año t	0.0	0.0	0.0	0.09	--	Descendente
7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño ¹⁶ implementado	SI: Se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño. NO: Aún no se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño.	SI, se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño, mediante Decreto Supremo N° 47 del 30 de noviembre de 2016, Reglamento Especial de Calificaciones del Fondo Nacional de Salud.					

8. Política de Gestión de Personas

Política de Gestión de Personas ¹⁷ formalizada vía Resolución Exenta	SI: Existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta. NO: Aún no existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta.	SI, existe una política de Gestión de Personas formalizada mediante Resolución Exenta RR.HH. 2.2D N°2531 del 29 de diciembre de 2017.				
---	---	---	--	--	--	--

9. Regularización de Honorarios

9.1 Representación en el ingreso a la contrata	(N° de personas a honorarios traspasadas a la contrata año t / Total de ingresos a la contrata año t)*100	--	11.11	6.9	4.94	--	Descendente
--	---	----	-------	-----	------	----	-------------

¹⁶ Sistema de Retroalimentación: Se considera como un espacio permanente de diálogo entre jefatura y colaborador/a para definir metas, monitorear el proceso, y revisar los resultados obtenidos en un periodo específico. Su propósito es generar aprendizajes que permitan la mejora del rendimiento individual y entreguen elementos relevantes para el rendimiento colectivo.

¹⁷ Política de Gestión de Personas: Consiste en la declaración formal, documentada y difundida al interior de la organización, de los principios, criterios y principales herramientas y procedimientos que orientan y guían la gestión de personas en la institución.

Cuadro 1

Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁸				Avance ⁹ desde	Notas
		2014	2015	2016	2017	2016	
9.2 Efectividad proceso regularización	$(\text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios traspasadas a la contrata año } t / \text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios regularizables año } t-1) * 100$	--	--	--	100	--	Ascendente
9.3 Índice honorarios regularizables	$(\text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios regularizables año } t / \text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios regularizables año } t-1) * 100$	--	--	--	--	--	Descendente

Anexo 3: Recursos Financieros

Los Cuadros a), b) y d) se obtienen directamente de la aplicación Web de BGI

a) Resultados de la Gestión Financiera

Cuadro 2 Ingresos y Gastos Devengados año 2016-2017		
Denominación	Monto Año 2016 M\$ ¹⁸	Monto Año 2017 M\$
INGRESOS	6.403.990.729	7.175.984.049
IMPOSICIONES PREVISIONALES	2.001.097.333	2.121.539.243
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	57.914.736	76.966.612
OTROS INGRESOS CORRIENTES	203.290.999	210.949.790
APORTE FISCAL	4.136.06.797	4.742.734.010
RECUPERACION DE PRESTAMOS	4.880.864	23.798.394
GASTOS	6.382.054.211	7.095.423.512
GASTOS EN PERSONAL	23.816.793	23.430.039
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	28.778.270	26.992.980
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	967.182.821	994.297.179
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	5.336.274.715	6.023.220.004
INTEGROS AL FISCO	0	274.245
OTROS GASTOS CORRIENTES	5.292.000	6.362.964
ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	7.586.458	5.923.489
PRESTAMOS	9.197.311	11.013.924
SERVICIO DE LA DEUDA	3.925.843	3.908.688

¹⁸ La cifras están expresadas en M\$ del año 2017. El factor de actualización de las cifras del año 2016 es 1,021826

b) Comportamiento Presupuestario año 2017

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2017								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto	Presupuesto	Ingresos y	Diferencia ²¹	Notas ²²
				Inicial ¹⁹	Final ²⁰	Gastos	(M\$)	
				(M\$)	(M\$)	Devengados	(M\$)	
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
			INGRESOS	6.269.427.814	7.165.575.824	7.175.984.049	-10.408.225	
04			IMPOSICIONES PREVISIONALES	1.992.563.661	2.095.004.517	2.121.539.243	-26.534.726	
	02		Aportes del Trabajador	1.992.563.661	2.095.004.517	2.121.539.243	-26.534.726	(1)
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	103.318.478	76.968.376	76.966.612	1.764	
	02		Del Gobierno Central	103.318.478	76.968.376	76.966.612	1.764	
		006	Caja de Previsión de la Defensa Nacional	865.361	1.555.361	1.553.597	1.764	
		009	Ley N° 20.595 y Sistema Chile Solidario	4.039.010	4.039.010	4.039.010	0	
		011	Fondo para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo Ley N°20.850	80.000.000	52.959.898	52.959.898	0	
		015	Sistema de Protección Integral a la Infancia	18.414.107	18.414.107	18.414.107	0	
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	168.167.481	206.232.917	210.949.790	-4.716.873	
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	335.951	714.885	805.345	-90.460	
	02		Multas y Sanciones Pecuniarias	0	4.733	4.733	0	
	04		Fondos de Terceros	162.076.885	99.495.275	203.617.579	-4.122.304	
		001	Curativa Cargo Usuario	162.076.885	99.495.275	203.617.579	-4.122.304	
	99		Otros	5.754.645	6.018.024	6.522.133	-504.109	
09			APORTE FISCAL	3.998.720.706	4.766.651.775	4.742.734.040	23.917.765	
	01		Libre	3.998.720.706	4.766.651.775	4.742.734.040	23.917.765	(2)
12			RECUPERACIÓN DE PRESTAMOS	6.656.488	4.226.000	23.794.394	-19.568.394	
	05		Médicos	6.656.488	4.226.000	4.144.331	81.669	
	10		Ingresos por Percibir	0	0	19.650.063	-19.650.063	(3)
15			SALDO INICIAL DE CAJA	1.000	16.492.239		16.492.239	

19 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

20 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2017.

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

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

		GASTOS	6.269.427.814	7.165.575.824	7.095.423.512	70.152.312	
21		GASTOS EN PERSONAL	19.354.013	23.486.611	23.430.039	56.572	
22		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	26.603.754	27.041.645	26.992.980	48.665	
23		PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	918.376.944	985.300.263	994.297.179	-8.996.916	
	01	Prestaciones Previsionales	918.376.944	984.475.056	993.486.145	-9.011.089	
	009	Bonificaciones de Salud	555.587.383	554.561.300	559.295.409	-4.734.109	
	014	Subsidio Cajas de Compensación de Asignación Familiar	362.789.561	429.913.756	434.190.736	-4.276.980	
	03	Prestaciones Sociales del Empleador	0	825.207	811.034	14.173	
24		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	5.292.235.555	6.102.406.878	6.023.220.004	79.186.874	
	02	Al Gobierno Central	5.212.235.555	6.048.897.470	5.969.716.681	79.180.789	
	034	Instituto de Salud Pública de Chile	631.267	631.267		631.267	
	035	Programa de Atención Primaria	1.524.667.712	1.563.716.023	1.527.513.600	36.202.423	(4)
	036	Programa de Prestaciones Valoradas	1.609.229.339	1.655.057.604	1.653.054.776	2.002.828	
	037	Programa de Prestaciones Institucionales	1.965.382.495	2.672.378.630	2.632.034.360	40.344.270	(5)
	043	Subsecretaría de Salud Pública	112.170.242	156.959.446	156.959.445	1	
	03	A Otras Entidades Públicas	80.000.000	52.959.898	52.958.155	1.743	
	410	Aplicación Ley N°20.850	80.000.000	52.959.898	52.958.155	1.743	
	06	A Gobiernos Extranjeros	0	549.510	545.168	4.342	
	001	Convenio Internacional Chile - España	0	549.510	545.168	4.342	
25		INTEGROS AL FISCO	0	274.245	274.245	0	
26		OTROS GASTOS CORRIENTES	0	5.959.328	6.362.964	403.636	
29		ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	1.625.759	5.925.433	5.923.489	1.944	
	03	Vehículos	0	0	0	0	
	04	Mobiliario y Otros	72.593	52.166	50.292	1.874	
	05	Máquinas y Equipos	1.321	21.748	21.678	70	
	06	Equipos Informáticos	1.386.010	2.477.667	2.477.667	0	
	07	Programas Informáticos	165.835	3.373.852	3.373.852	0	
32		PRÉSTAMOS	11.229.789	11.229.789	11.013.924	215.865	
	05	Médicos	11.229.789	11.229.789	11.013.924	215.865	
34		SERVICIO DE LA DEUDA	1.000	3.950.632	3.908.688	41.944	
	07	Deuda Flotante	1.000	3.950.632	3.908.688	41.944	
35		SALDO FINAL DE CAJA	1.000.	1.000	0	1.000	

INGRESOS DEVENGADOS

Nota 1. Imposiciones Previsionales

Los mayores ingresos devengados respecto al presupuesto por M\$ 26.534.726 corresponden principalmente a cotizaciones que fueron declaradas por los empleadores pero que no fueron pagadas durante el año 2017. Cabe señalar, que estos mayores ingresos devengados y que no fueron percibidos quedaron registrados como ingresos por percibir de años anteriores para el año 2018.

Nota 2. Aporte Fiscal

Los menores ingresos registrados en aporte Fiscal por M\$ 23.917.765, respecto al presupuesto, corresponden a recursos que quedaron en el Programa de Contingencias del Programa Atención Primaria (M\$ 22.129.153) y Programa Prestaciones Institucionales (M\$ 1.788.612) y por lo tanto no se transfirieron a los Servicios de Salud.

Nota 3. Ingresos por Percibir

Los mayores ingresos registrados por M\$ 19.650.063, respecto al presupuesto corresponden a cotizaciones que fueron declaradas por los empleadores pero que no fueron pagadas durante el año 2016.

GASTOS DEVENGADOS

Nota 4. Transferencias Programa Atención Primaria

Estas menores transferencias respecto al presupuesto registradas durante el año 2017 por M\$ 36.202.423, corresponde a:

- ✓ Recursos del Programa Contingencias no distribuidos y por tanto no enviados por DIPRES en aporte fiscal por M\$ 22.129.153.-
- ✓ Recursos no transferidos a los Servicios de Salud M\$ 1.878.530 por concepto de Diferencial de Reajuste Diciembre 2017, ya que el Decreto fue Tomado de Razón en Enero de 2018.
- ✓ Recursos no transferidos a los Servicios de Salud M\$ 12.194.741 por programas que no alcanzaron hacer ejecutados en el año 2017.

Nota 5. Programa Prestaciones Institucionales

Los menores recursos transferidos a los Servicios de Salud por M\$ 40.344.270 corresponden a:

- ✓ Recursos del Programa Contingencias no distribuidos y por tanto no enviados por DIPRES en aporte fiscal por M\$ 1.788.612.-
- ✓ Recursos no transferidos a los Servicios de Salud M\$ 34.170.872 por concepto de Diferencial de Reajuste Diciembre 2017 (M\$ 28.056.229), sentencias Ejecutoriadas, Incentivo al Retiro, ya que los Decretos que aprobaban los recursos fueron Tomados de Razón en Enero de 2018.
- ✓ Recursos no transferidos por M\$ 4.384.786 por programas que no alcanzaron hacer ejecutados por los Servicios de Salud en el año 2017.

c) Indicadores Financieros

Cuadro 4							
Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²³			Avance ²⁴	Notas
			2015	2016	2017	2017/2016	
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales ²⁵)		0,90	0,88	0,90	2,02%	

23 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2017. Los factores de actualización de las cifras de los años 2015 y 2016 son 1.060521 y 1.021826 respectivamente.

24 El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene.

Cuadro 4
Indicadores de Gestión Financiera

Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²³			Avance ²⁴ 2017/ 2016	Notas
			2015	2016	2017		
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP Ley inicial / IP devengados]						
	[IP percibidos / IP devengados]						
	[IP percibidos / Ley inicial]						
	[DF/ Saldo final de caja]		0,39	0,24	0,09	-14,28%	
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)		1,09	0,15	0,23	8,13%	

Nota: Se considera como ingresos propios al Subtítulo 07 Ingresos de Operación.

d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5
Análisis del Resultado Presupuestario 2017²⁶

Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
	FUENTES Y USOS	16.492.848	80.560.538	97.053.386
	Carteras Netas	0	28.320.198	28.320.198
115	Deudores Presupuestarios	0	34.711.767	34.711.767
215	Acreedores Presupuestarios	0	-6.391.569	-6.391.569
	Disponibilidad Neta	87.240.870	63.307.380	150.548.250
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	87.239.201	63.307.510	150.546.711
112	Disponibilidades en Moneda Extranjera	1.669	-130	1.539
	Extrapresupuestario neto	-70.748.022	-11.067.040	-81.815.062
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	647.203	100.377	747.580
116	Ajustes a Disponibilidades	456.936	39.559	496.495
119	Trasposos Interdependencias	0	189.001.836	189.001.836
214	Depósitos a Terceros	-71.842.705	-11.201.831	-83.044.536
216	Ajustes a Disponibilidades	-9.456	-5.145	-14.601
219	Trasposos Interdependencias	0	-189.001.836	-189.001.836

e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2017

Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones
NO APLICA EN FONASA				

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

26 Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

f) Transferencias²⁷

Cuadro 7 Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2017 ²⁸ (M\$)	Presupuesto Final 2017 ²⁹ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ³⁰	Nota
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO	219.097.963	270.351.244	270.348.416	2.828	
Gasto en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
(Convenio de Provisión de Prestaciones Médicas)	215.737.263	260.218.213	260.216.964	1.249	
Otros Bono AUGE	3.360.700	10.133.031	10.131.452	1.579	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros ³¹ Aplicación Ley N° 20.850	80.000.000	52.959.898	52.958.155	1.743	
TOTAL TRANSFERENCIAS	299.097.963	323.311.142	323.306.571	4.571	

g) Inversiones³²

Cuadro 8 Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2017							
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado ³³	Ejecución Acumulada al año 2015 ³⁴	% Avance al Año 2015	Presupuesto Final Año 2015 ³⁵	Ejecución Año 2015 ³⁶	Saldo por Ejecutar	Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(7) = (4) - (5)	
FONASA NO TIENE PRESUPUESTO PARA INVERSION							

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

28 Corresponde al aprobado en el Congreso.

29 Corresponde al vigente al 31.12.2015

30 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

31 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

32 Se refiere a proyectos, estudios y/o programas imputados en el subtítulo 31 del presupuesto.

33 Corresponde al valor actualizado de la recomendación del Ministerio de Desarrollo Social (último RS) o al valor contratado.

34 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2015.

35 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2015.

36 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria devengada del año 2015.

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2014 - 2017

Producto	Nombre	Fórmula	Unidad	Valores		Efectivo		Meta	%
Estratégico	Indicador	Indicador	Medida	2014	2015	2016	2017	2017	de Logro '2017
Gestión Financiera del seguro	Porcentaje de Recaudación electrónica de cotizaciones de trabajadores dependientes, año t	(Monto de recaudación electrónica segmento trabajadores dependientes, año t / Total de recaudación segmento trabajadores dependientes, año t) * 100	%	83 (1101870 / 1325889) *100	85 (1215475506 / 1425232322) *100	95 (1452334 / 1535578) *100	99 (1661005 / 1674300) *100	98 (1837139 / 1874632) *100	100,0%
	Enfoque de Género: No								
	Porcentaje de encuestados que perciben que FONASA ha mejorado el servicio entregado en el año/N° de encuestados en el año t	(N° de encuestados que sienten que FONASA ha mejorado el servicio entregado en el año/N° de encuestados en el año t) * 100	%	63 (342 / 543) *100	58 (325 / 561) *100	55 (974 / 1765) *100	49 (998 / 2037) *100	58 (986 / 1700) *100	84,5%
	Enfoque de Género: Si			H: 13 (70 / 543) *100	H: 12 (65 / 561) *100	H: 0 (0 / 0) *100	H: 49 (484 / 987) *100	H: 12 (197 / 1700) *100	
				M: 50 (272 / 543) *100	M: 46 (260 / 561) *100	M: 0 (0 / 0) *100	M: 49 (514 / 1050) *100	M: 46 (788 / 1700) *100	
	Enfoque de Género: Si			Hombres: Mujeres					
	Porcentaje de reclamos GES resueltos por FONASA dentro de plazo legal, respecto del total de reclamos GES resueltos en año t	(Número total de reclamos GES resueltos por FONASA dentro de plazo legal, respecto del total de reclamos GES resueltos por FONASA, en año t) * 100	%	98.71 (4957.00 / 5022.00) *100	97.64 (6630.00 / 6790.00) *100	99.01 (7993.00 / 8073.00) *100	99.19 (8774.00 / 8846.00) *100	98.00 (7242.00 / 7390.00) *100	100,0%
	Enfoque de Género: Si			H: 98.95 (1980.00 / 2001.00) *100	H: 97.63 (2554.00 / 2616.00) *100	H: 98.72 (2851.00 / 2888.00) *100	H: 99.43 (3128.00 / 3146.00) *100	H: 99.81 (2686.00 / 2691.00) *100	
				M: 98.54 (2977.00 / 3021.00) *100	M: 97.65 (4076.00 / 4174.00) *100	M: 99.17 (5142.00 / 5185.00) *100	M: 99.05 (5646.00 / 5700.00) *100	M: 96.96 (4556.00 / 4699.00) *100	
	Enfoque de Género: Si			Hombres: Mujeres					

Atención al asegurado	Porcentaje de reclamos resueltos por conceptos Servicios FONASA respecto del total de reclamos recibidos por conceptos Servicios FONASA en el año t	(Número total de reclamos resueltos por Conceptos Servicios FONASA, en el año t) / Número de reclamos recibidos por conceptos Servicios FONASA, en el año t) *100	86.8 (2362.0 /2722.0) *100	94.0 (2858.0 /3040.0) *100	0.0	98.7 (3126.0 /3168.0) *100	94.0 (2914.0 /3100.0) *100	
	Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres	85.1 (891.0 /1047.0) *100	H: 93.7 (1283.0 /1369.0) *100	H: 0.0	H: 98.9 (1133.0 /1146.0) *100	H: 94.0 (1311.0 /1395.0) *100	100,0%
			M: 87.8 (1471.0 /1675.0) *100	M: 94.3 (1575.0 /1671.0) *100	M: 0.0	M: 98.6 (1993.0 /2022.0) *100	M: 94.0 (1603.0 /1705.0) *100	

Atención al asegurado	Porcentaje de reclamos FONASA resueltos dentro de 15 días hábiles en el año t respecto del total de reclamos resueltos en el año t	(Número de reclamos FONASA resueltos dentro de 15 días hábiles en el año t) / Número de reclamos resueltos en el año t) *100	83 (9542 /11533) *100	84 (12405 /14705) *100	0	92 (16149 /17476) *100	84 (12600 /15000) *100	
	Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres	79 (4103 /5190) *100	H: 81 (5334 /6617) *100	H: 0	H: 92 (5847 /6325) *100	H: 80 (5418 /6750) *100	100,0%
			M: 86 (5439 /6343) *100	M: 87 (7071 /8088) *100	M: 0	M: 92 (10302 /11151) *100	M: 87 (7182 /8250) *100	

Resultado Global Año 2017	96,9 %
----------------------------------	---------------

Anexo 5: Compromisos de Gobierno 2014 - 2017

No Aplica a FONASA.

Anexo 6A: Informe Programas / Instituciones Evaluadas (2014-2017)

No Aplica a FONASA.

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

No Aplica a FONASA.

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2017

Informe de Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión Año 2017

IDENTIFICACIÓN

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA PRESUPUESTARIA	16
SERVICIO	FONDO NACIONAL DE SALUD	CAPÍTULO PRESUPUESTARIO	02

FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión	Prioridad	Ponderación	Ponderación obtenida
			Etapas de Desarrollo o Estados de I		Comprometida	
Marco Básico	Planificación y Control de Gestión	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	0	Alta	100%	100.00%
Porcentaje Total de Cumplimiento :						100.00%

SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Tipo	Etapa	Justificación
Marco Básico	Planificación y Control de Gestión	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional Eficiencia Energética	Modificar	1	El servicio compromete los inmuebles que dispongan de las boletas de electricidad y/o gas natural, asociadas a medidores que consideren consumos de cargo del Servicio. La información se conocerá a más tardar en abril del 2017, como está señalado en el Decreto N° 290 que aprueba el Programa Marco PMG 2017.

EVALUACIÓN SISTEMA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. RESUMEN POR OBJETIVO DE GESTIÓN

N°	Objetivos de Gestión	Compromiso		Resultado Evaluación		N°
		Ponderación	N° Indicadores / Mecanismos Comprometidos	Ponderación	N° Indicadores Cumplidos	Indicadores Descuento por error
1	Cumplir Meta de Indicadores de Productos Estratégicos	50%	3	50.00%	3	0
2	Medir e informar correctamente los Indicadores Transversales	40%	10	40.00%	10	No aplica
3	Cumplir Meta de Indicadores Transversales	0%	0	0.00%	0	No aplica
4	Publicar Mecanismos de Incentivo	10%	2	10.00%	No aplica	No aplica
	Total	100%	15	100.00%	13	0

OBJETIVO DE GESTIÓN N°1 - INDICADORES DE DESEMPEÑO ASOCIADOS A PRODUCTOS ESTRATÉGICOS (Cumplimiento Metas)

N°	Indicador	Meta 2017	Efectivo 2017 (resultado evaluación final)	% Cumplimiento meta (resultado evaluación final)	Descuento por error	% Ponderación Comprometida	% Ponderación obtenida (resultado evaluación final)
1	Porcentaje de reclamos GES resueltos por FONASA en plazo legal respecto del total de reclamos GES resueltos en año t	98,00	99,19	101,21	No	15,00	15,00
2	Porcentaje de Recaudación electrónica de cotizaciones trabajadores dependientes, año t	98	99	101,02	No	20,00	20,00
3	Porcentaje de reclamos resueltos por conceptos Servicios FONASA respecto del total de reclamos recibidos por conceptos Servicios FONASA en año t	94,0	98,7	105,00	No	15,00	15,00
	Total:					50,00	50,00

OBJETIVO DE GESTIÓN N°2 - INDICADORES TRANSVERSALES (Medir, informar a las respectivas redes de expertos y publicar sus resultados)

N°	Indicador	Efectivo 2017 (resultado evaluación final)	Cumplimiento Medir e Informar correctamente
1	Porcentaje de compromisos de Auditorías implementados en el año t.	62	Si
2	Porcentaje de controles de seguridad de la información implementados respecto del total definido en la Norma NCh-ISO 27001, al año t.	11	Si
3	Porcentaje de iniciativas de descentralización y desconcentración implementadas en el año t	100	Si
4	Porcentaje de licitaciones sin oferente en el año t.	9,30	Si
5	Porcentaje de actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizadas en el año t	100,00	Si
6	Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año t.	0,90	Si
7	Porcentaje de trámites digitalizados al año t respecto del total de trámites identificados en el catastro de trámites del año t-1.	71,43	Si
8	Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t	100	Si
9	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t.	51	Si
10	Índice de eficiencia energética.	74,35	Si

PMG Cifras en M\$					
Institución	Monto Anual a pagar de Bonificación	N° Personas con Derecho a pago de Bonificación	Promedio de Bonificación por persona	Monto total Sub.21 (Gasto a Febrero 2017)	% Gasto Total Subt.21 por pago de Bonificación
FONASA	3.486.045	1.129	3.088	6.746.544	52%

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2014 -2017

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2014

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2014				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ³⁷	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ³⁸	Incremento por Desempeño Colectivo ³⁹
Procesos Estratégicos	54	4	100%	6,55
Procesos de Negocios	264	3	100%	6,55
Procesos de Soporte	146	3	100%	6,55
Procesos de Atención al Asegurado	694	3	100%	6,55

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2015

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2015				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁴⁰	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁴¹	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴²
Proceso Estratégicos	176	3	100%	6,55
Proceso de Negocios	808	3	100%	6,55
Proceso de Apoyo	235	3	100%	6,55

37 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2014.

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

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

40 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2015.

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

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

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2016

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2016				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁴³	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁴⁴	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴⁵
Proceso Estratégicos	69	3	100%	6.55%
Proceso de Negocio	915	3	100%	6.55%
Proceso de Apoyo	212	3	100%	6.55%

Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2017

Cuadro 12 Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2017				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ⁴⁶	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ⁴⁷	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴⁸
Procesos Estratégicos	71	3	100%	6.55%
Procesos de Negocios	946	3	100%	6.55%
Procesos de Soporte	216	3	100%	6.55%

Convenio Desempeño Colectivo Cifras en M\$					
Institución	Monto Anual a pagar de Bonificación (Las 04 cuotas)	N° Personas con Derecho a pago de Bonificación	Promedio de Bonificación por persona	Monto total Sub.21 (Gasto a Febrero 2017)	% Gasto Total Subt.21 por pago de Bonificación
FONASA	964.097	1.147	841	6.746.544	14%

43 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2016.

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

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

46 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2017.

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

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

Anexo 9: Resultados en la Implementación de medidas de Género y descentralización / desconcentración en 2014-2017.

Resultados en la Implementación de medidas de Género

FONASA como una forma de impulsar acciones necesarias, para que las personas puedan acceder a una atención de salud de calidad en forma igualitaria y sin discriminación, se ha propuesto trabajar en informar y difundir los derechos y deberes del Seguro Público de Salud como una forma de contribuir a la disminución de la Inequidades, Brechas y Barreras de Género que puedan constituir en una situación injusta, como imperativo ético de un Seguro.

Junto a lo anterior y con el fin de sensibilizar al interior de la Institución el tema de Género, en el periodo 2014-2017 se realizaron una serie de medidas y actividades, las cuales se detallan a continuación:

2014.

- ✓ Mediante Resolución Exenta (2CN°3159/2014) se constituyó una Comisión de Género de carácter técnico encargada de estudiar y adecuar las políticas, planes y programas institucionales para incorporar Género, tomando como insumos básicos, la Agenda de Gobierno, Compromisos Ministeriales (agenda de género), Definiciones Estratégicas e Indicadores de Género en el Sistema de Monitoreo.
- ✓ Generación de Convenio de Colaboración Intersectorial con PRODEMU para actividades de difusión a asegurados/as de FONASA. Se realizaron 53 charlas de los programas del PRODEMU en todas las regiones el territorio, a las cuales se les entregó información y asesoramiento en materias de Derechos en Salud. (910 mujeres y 74 hombres).

2015.

- ✓ Talleres a funcionarios/as FONASA en 20 sucursales de las Direcciones Zonales Norte, Centro Sur y Sur para mejorar las competencias de Género y se refuerza el Protocolo de Atención a beneficiarios y beneficiarias Transgénero, específicamente:
 - En la Región Metropolitana, se realizó el curso de Inducción en Políticas Públicas de Salud, enfocada en beneficiarios/as Transgénero. Participando 29 funcionarias, 26 mujeres, 3 hombres, quienes cumplirán el rol de monitores de género en cada una de dependencias.
 - Dirección Zonal Sur, se realizaron charlas en Igualdad y enfoque de Género en las Políticas Públicas del Gobierno y Protocolo de atención a beneficiarios/as Transgénero a 42 funcionarios/as; 29 mujeres y 13 hombres.
 - En la Dirección Zonal Centro Sur, se realizó charla en Igualdad y enfoque de Género en las Políticas Públicas del Gobierno y Protocolo de atención a beneficiarios/as Transgénero. En esta actividad participaron 8 funcionarios/as representantes de sucursales quienes al igual lo señalado anteriormente, tendrán el rol de monitores.
- ✓ A través del convenio con la FLACSO se realizaron cursos de capacitación en Género, tales como:
 - Diplomado en Género, Sociedad y Políticas Públicas (7 funcionarias y 1 funcionario).
 - Curso Incorporación del Enfoque de Género en las Políticas Públicas (14 funcionarias).

2016.

- ✓ Se aprueba la eliminación de 258 prestaciones con restricción de sexo, a contar del 2016. Con esto se cumple con el propósito de disminuir la discriminación, los prejuicios, y la violencia que comúnmente se ejerce sobre las personas Transgénero y que han dificultado su acceso oportuno a la atención de salud.
- ✓ FONASA cuenta con información estadística, Boletín Estadístico Anual, (www.FONASA.cl) desagregado por sexo, edad, ubicación geográfica, rango de ingreso (A, B, C y D).
- ✓ Se capacitó a funcionarios y funcionarias de FONASA que realizan atención directa al asegurado para fortalecer sus competencias en materias de trato usuario (discriminación y equidad de género).
- ✓ Se diseñan indicadores de desempeño que midan directamente inequidades, brechas y/o barreras de género para el PMG 2016 como el porcentaje de funcionarios y funcionarias capacitadas de modo presencial en temas de Buenas Prácticas Laborales, porcentaje de satisfacción usuaria de la gestión de los reclamos 2015 de mujeres que reclaman a FONASA.
- ✓ Se realizaron charlas informativas en las siguientes materias:
 - Ley 20.830 (Ley de Unión Civil) a los(as) asegurados(as) de FONASA, usando como criterio el rango establecido entre 20 – 50 años de edad.
 - En la región metropolitana, se realizó el curso de Inducción en Políticas Públicas de Salud, enfocada en beneficiarios/as Transgénero.
 - Igualdad y enfoque de Género en las Políticas Públicas del Gobierno y Protocolo de atención a beneficiarios/as Transgénero por monitores internos a través de los medios tecnológicos disponibles, canal corporativo, video conferencia, visitas a direcciones zonales.
 - Diplomado en Género, Sociedad y Políticas Públicas.
 - Curso Incorporación del Enfoque de Género en las Políticas Públicas.
 - Inducción a Políticas Pública de Salud enfocada en beneficiarios y beneficiarias Transgénero.
- ✓ Se habilitó un banner de Género en la página de Intranet Institucional.
- ✓ Se grabó un video “Conceptos de Género y PMG” transmitido en viernes protegidos en Sucursales y Direcciones Zonales a través del canal corporativo.
- ✓ Se incorporó en la encuesta de “Satisfacción Usuaria” dos preguntas, asociadas a Género y no Discriminación.
- ✓ Se realizó una difusión masiva a través de Mailing, enviando 2.392 correos electrónicos a usuarios/as entre 20-40 años, con información y orientación sobre derechos Garantías Explícitas de Salud (GES).
- ✓ Con el fin de fortalecer el vínculo con los usuarios y la ciudadanía en general, se desarrolló un piloto (región de O'Higgins) sobre el Sistema de Información Geográfica (SIG), donde se realiza un levantamiento de información de tipo socio sanitaria, con el fin de optimizar los procesos y acciones basados en el reconocimiento de la diversidad de sus usuarios y los territorios.

2017.

- ✓ Se fortaleció la relación intersectorial con organizaciones sociales, como por ejemplo continuar trabajando con el convenio FONASA - PRODEMU, con el fin de realizar actividades de difusión en temas de Derechos en Salud, cobertura del Seguro Público de Salud con enfoque de Género.

- ✓ Se capacitó a funcionarios y funcionarias de FONASA que realizan atención directa al asegurado para fortalecer sus competencias en materias de trato usuario (discriminación y equidad de género).
- ✓ Se realizaron charlas informativas en las siguientes materias:
 - 6 Ley 20.830 (Ley de Unión Civil) a los(as) asegurados(as) de FONASA.
 - 7 Igualdad y enfoque de Género en las Políticas Públicas del Gobierno y Protocolo de atención a beneficiarios/as Transgénero por monitores internos a través de los medios tecnológicos disponibles, canal corporativo, video conferencia, visitas a direcciones zonales.
 - 8 Curso Incorporación del Enfoque de Género en las Políticas Públicas.
 - 9 Conversatorio de “Género, Feminismo y Políticas Públicas” con invitadas relevantes de la academia, espectáculo y sector público, donde asistieron funcionarios y funcionarias de FONASA.
- ✓ Se mantiene en la encuesta de “Satisfacción Usuaría” dos preguntas, asociadas a Género y no Discriminación.
- ✓ Se elaboró boletín informativo Ley Parental, el cual fue difundido a través de los canales de comunicación interna (página Intranet, correo Institucional de Comunicaciones y correo de Equidad de Género).
- ✓ Se realizó una difusión masiva a través de Mailing, enviando 2.392 correos electrónicos a usuarios/as, con información y orientación sobre derechos Garantías Explícitas de Salud (GES).
- ✓ Se realizaron actividades informativas (charlas, talleres, capacitaciones) a la ciudadanía para mejorar el acceso y el conocimiento a la información del seguro Público de Salud en derechos garantizados GES en un sector de la población referido a sexo y edad.
- ✓ Se generó mesa intersectorial entre Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y FONASA para que trabajemos en conjunto los temas que se quieren desarrollar a nivel de programa presidencial, y al mismo tiempo, compartir actividades realizadas con cada Institución que puedan ayudar el conocimiento y gestión.

Resultados en la Implementación de medidas de Descentralización / Desconcentración

2015.

- ✓ FONASA comprometió en materia de implementación de medidas de descentralización, las siguientes iniciativas:
 - Informar el gasto mensual/anual ejecutado en la plataforma Chile Indica, administrada por SUBDERE.
 - Informar el ARI 2016 / PROPIR inicial 2015, de todas las regiones a través de la Plataforma Chile Indica.
- ✓ Durante el 2015, por factores ajenos a la Institución, se ingresó fuera de plazo (en una región) la ejecución del gasto PROPIR en el portal Chile Indica. Lo que significó no cumplir con la iniciativa 1. Sin

embargo, se cumplió con el ingreso de toda la información de ejecución del gasto desagregado por región en el portal web. Obteniendo como resultado 2015, el cumplimiento de un 50%.

2016.

- ✓ FONASA comprometió en materia de implementación de medidas de descentralización, las siguientes iniciativas:
 - Implementar Plan de Difusión Anual 2017-2018 desconcentrado y descentralizado por Dirección Zonal: Esta iniciativa consistió en delegar facultades a las Direcciones Zonales para el diseño y ejecución del Plan de Difusión Anual con una mirada territorial.
 - Desconcentración Administrativo-Operativa del Gasto en las Direcciones Zonales: Esta iniciativa consistió en delegar facultades a las Direcciones Zonales para la administración y ejecución presupuestaria, en tres áreas específicas:
 - Área de gestión de personas (capacitación, viáticos y horas extras)
 - Área de Compras, ejecución de obras menores y administración de inventario.
 - Área de administración y ejecución presupuestaria contable, en áreas transaccionales para los subtítulos 21,22 y 29.
- ✓ Durante el año 2016, FONASA implementó un 67% del Programa de Descentralización definido, lo que representa 17 puntos más en relación al año 2015, donde sólo se obtuvo 50%. No obstante a ello, la Institución en post de continuar con la tarea de Descentralización, tiene pendiente la delegación de facultades a las Direcciones Zonales en cuanto a la administración y ejecución presupuestaria del concepto "Horas Extras" del Área de Gestión de Personas, que fue parte de la iniciativa 2, no pudiendo dar cumplimiento a la medida completamente.

2017.

- ✓ FONASA comprometió en materia de implementación de medidas de descentralización, la siguiente iniciativa:
 - Desconcentración presupuesto Zonal para imagen corporativa. Cuyo objetivo fue cubrir las necesidades locales asociadas a la mantención o reparación de esta, agilizando los tiempos, mejorando la gestión del proceso, eficientando los recursos y permitiendo resguardar la imagen corporativa de la institución, dicha iniciativa fue cumplida en un 100% durante el año 2017, lo que permitió un trabajo eficiente y eficaz con las distintas Direcciones Zonales.

Anexo 10: Oferta Programática identificadas del Servicio en su ejecución 2017.

N	Nombre	Tipo
1	Modalidad Libre Elección (MLE)	Programa
2	Segundo Prestador	Programa

Anexo 11a: Proyectos de Ley en Tramitación en el Congreso Nacional 2014-2017

FONASA no solicitó la tramitación de ningún proyecto de Ley en ese periodo.

Anexo 11b: Leyes Promulgadas durante 2014- 2017

2014

FONASA no tuvo leyes promulgadas en ese periodo.

2015

FONASA no tuvo leyes promulgadas en ese periodo.

2016

Ley promulgada : N° Ley 20.972,
Fecha de promulgación : 16 de noviembre de 2016
Fecha de entrada en Vigencia : 29 noviembre de 2016
Materia : "Perfecciona asignaciones para los funcionarios del sector salud que indica y delega facultades para la fijación de las plantas de personal de los servicios de salud y del Fondo Nacional de Salud".

2017

Ley promulgada : DFL Núm. 1 del Ministerio de Salud.
Fecha de promulgación : 19 de junio de 2017.
Fecha de entrada en Vigencia : 11 de octubre de 2017.
Materia : "Fija Planta de Personal del Fondo Nacional de Salud".

Anexo 12: Premios o Reconocimientos Institucionales 2014-2017

En el **2014**, FONASA obtuvo los siguientes premios o reconocimientos:

- ✓ Reconocimiento a funcionarios por Curso “No discriminación Arbitraria”, convirtiendo a FONASA en la institución pública N°1 de Chile en esta materia.
- ✓ FONASA fue una de las 14 instituciones que ganó el 2º Concurso de Gestión de la Innovación en el Sector Público de CORFO, lo que permitirá instalar la innovación como eje central de su cultura organizacional.
- ✓ Pacientes trasplantados agradecen y reconocen la gestión de la Directora de FONASA.

En el **2015**, FONASA obtuvo los siguientes premios o reconocimientos:

- ✓ Certificación SENDA, programa de prevención en espacios laborales, Trabajar con Calidad de Vida.
- ✓ Centro de estudios CIEDDES ubica a FONASA como la Institución con mayor confianza, ubicando al final del ranking a AFP e ISAPRES.
- ✓ Estudio Nacional de Salud 2015, Credibilidad y Confianza en nuestro Sistema de Salud, Instituto Salud Pública Universidad Andrés Bello, donde las instituciones del sector salud tienen en general un regular a bajo nivel de confianza, destacándose las clínicas privadas en primer lugar, luego en un segundo nivel el FONASA.
- ✓ Chile3D, encuesta evaluación categoría ISAPRES /Previsión, donde FONASA destaca en primer lugar.

En el **2016**, FONASA obtuvo los siguientes premios o reconocimientos:

- ✓ Premio Anual a la Excelencia Institucional 2016, otorgado por la Dirección Nacional del Servicio Civil.

En el **2017**, FONASA obtuvo los siguientes premios o reconocimientos:

- ✓ Certificación SENDA, programa prevención en espacios laborales “Trabajar con Calidad de Vida”.
- ✓ Certificación de FOSIS (Dirección Zonal Norte- Antofagasta), por su patrocinio en el curso formación de promotores interculturales “Retazos latinoamericanos para una nueva comunidad, formación de promotores interculturales para Antofagasta”, en tema migrantes.
- ✓ Certificación ISL, por programa “Muévete año 2017, pausas Saludables”.
- ✓ Finalista Premio Excelencia Institucional 2017.
- ✓ Finalistas al Premio Public Service 2017.