



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

# BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL 2011

Fondo Nacional de Salud

# BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2011

MINISTERIO DE SALUD  
FONDO NACIONAL DE SALUD

Monjitas 665, Fono 5753348  
[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

## Carta Ministro



En el 2011 el plan de acción del Sector Salud se enfocó en cumplir los compromisos asumidos por el Gobierno y fortalecer los procesos internos, con la finalidad de entregar a los beneficiarios la oportunidad y el acceso a las atenciones de salud.

La agenda de trabajo del 2011 contempló la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020. Este documento inició una gran tarea que involucra a todo el intersector y constituye la oportunidad para hacer un cambio profundo en la salud de la población.

En esta misma línea y en respuesta a las crecientes tasas de obesidad y sedentarismo en Chile, el programa “Elige Vivir Sano”, orientó una serie de iniciativas en el Ministerio como los Planes Comunales Promotores de Salud, la Estrategia de Lugares de Trabajo Promotores de Salud, Control del joven sano, entre otros diversos reglamentos para fomentar la alimentación saludable, el impulso del proyecto de Ley de Tabaco y de Etiquetado de Alimentos.

Durante este año, se cumplió con la eliminación de cotización del 7% para los pensionados y la ampliación del Postnatal a seis meses, que fomentará la lactancia materna exclusiva desde los primeros meses de vida.

En lo referido a reconstrucción, se avanzó notablemente en reponer el daño causado por el terremoto, levantando los 9 hospitales comprometidos por reconstrucción acelerada, lo que permitió la recuperación de 763 camas perdidas. También se logró recuperar hospitales con daños mayores en su infraestructura entre los que se destacan los siguientes: Hospital de Temuco (Reconstrucción y adquisición de pabellones, CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento) y 120 camas) y Hospital de Angol (Reparación).

Desde los resultados en la gestión asistencial, con orgullo se señala el término de las listas de espera AUGE, a través de la creación de un “sistema de alertas AUGE” y la implementación del “Bono AUGE”. Cabe destacar, que el proceso se cerró en noviembre del 2011, terminando con las 380.000 garantías retrasadas existentes a esa fecha; todo esto con la misma capacidad de atención institucional en la mayoría de los casos. También se avanzó en la disminución de la lista de espera del compromiso Presidencial que establece la resolución de un universo de 89.000 personas que esperaban más de un año a marzo del 2011. A diciembre este universo había disminuido en un 32,4%.

Paralelamente, se abordaron otras iniciativas de Gobierno orientadas a mejorar la satisfacción de los usuarios: "Hospital a punto" y los Centros de Excelencia en APS (Atención Primaria de Salud), ambos con resultados exitosos y prorrogados para el año 2012.

Entre otros aspectos a destacar, encontramos la implementación del proyecto de Licencias Médicas Electrónicas, la habilitación de la compra de bonos de atención de salud (BAS) mediante tarjetas de crédito y débito bancarias, como también tarjetas de retail, creación de kioscos de autoconsulta, habilitando al menos un aparato en todas las sucursales de la Región Metropolitana y se estableció el programa de disminución de la deuda de los servicios hospitalarios, la cual disminuye en un 64%, es decir, de \$39 mil millones en diciembre del año 2010 baja a \$25 mil millones en diciembre de 2011.

Adicionalmente, se fortaleció la atención pre hospitalaria y hospitalaria, aumentando la productividad y la calidad de atención asociada al incremento del per cápita, el fortalecimiento del GES (Garantías Explícitas en Salud) en toda la red, con énfasis en medicamentos para pacientes crónicos atendidos en APS, fortalecimiento de la red de urgencia desde la APS e incrementando el número de SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) y SUR (Servicios de Urgencia Rural) hasta la UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria).

Se ha realizado la instalación de un modelo de fiscalización con enfoque de riesgo, para avanzar hacia una supervisión basada en este aspecto, se contribuyó a una mayor transparencia del sistema de ISAPRES, a través del compendio de Normas Administrativas y se puso en vigencia el nuevo reglamento de Control de Medicamentos (DS N°3/10).

Otro papel importante, ha sido el abastecer de fármacos e insumos a nivel nacional, que cubran las garantías asociadas a las 69 patologías vigentes.

Finalmente, podemos señalar que en forma general, el sector ha avanzado considerablemente en modernizar su gestión interna, a través de la implementación y certificación en la Norma ISO 9001:2008 para los procesos de negocio y la implementación de sistemas informáticos que permitan hacer más eficiente los procesos, todo ello para entregar un servicio más eficiente a los clientes del Sector Salud.



Dr. Jaime Mañalich Muxi  
Ministro de Salud

**Índice**

1. Resumen Ejecutivo .....	5
2. Resultados de la Gestión año 2011 .....	7
2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2011 .....	7
2.2 Resultados Asociados a la Provisión de Bienes y Servicios .....	12
3. Desafíos para el año 2012 .....	17
3.1 Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2012 .....	17
3.2 Principales Productos Estratégicos y/o compromisos establecidos a través de Indicadores de Desempeño .....	20
4. Anexos.....	22
Anexo 1: Identificación de la Institución.....	22
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2011 .....	45
Anexo 5: Compromisos de Gobierno.....	51
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas .....	53
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2011.....	54
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	55
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	56

# 1. Resumen Ejecutivo



El Fondo Nacional de Salud (FONASA), tiene por misión institucional “Ser un seguro orientado a satisfacer las necesidades de salud de sus asegurados/as a nivel país, que entrega cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguarda un eficiente manejo financiero del sector público de salud.”.

FONASA atiende a 13 millones de chilenos, que representan el 75,1% de la población nacional, a los que se les debe entregar una atención eficiente y de calidad. De ellos, 3,9 millones están en categoría A, es decir, carentes de recursos y que no cotizan, donde el Estado entrega aportes fiscales para asegurar su atención en la red pública hospitalaria y consultorios. El resto se divide en asegurados B, C y D, quienes, además de tener la posibilidad de usar la red pública, puede comprar bonos de Libre Elección para atenderse en el sector privado.

FONASA se compone de una casa matriz en la Región Metropolitana y cuatro direcciones zonales (Norte, Centro Norte, Centro Sur y Sur). Asimismo, con la finalidad que cada asegurado reciba una oportuna atención, el Servicio cuenta con 104 sucursales Fonasa, Página Web, Call Center y 64 cajas de compensación. Para cubrir la mayor parte de la geografía del país y en el marco de la política de gobierno de desarrollar alianzas estratégicas, hoy además brindamos nuestros servicios en 140 sucursales IPS.

Nuestro equipo humano está compuesto por 1.137 funcionarios, (68% mujeres), quienes con su elevada especialización técnica, dedicación y entusiasmo lograron importantes resultados en beneficio de nuestros asegurados durante el período 2011.

La ejecución financiera de Fonasa fue de MM\$ 3.444.039, monto equivalente a un 84% del presupuesto total del sector salud, el cual está compuesto por un 38% de cotizaciones, 60% aporte fiscal y un 2% de transferencias, por ello es revelante el manejo presupuestario de Fonasa.

Nuestro principal logro del 2011 fue eliminar las listas de espera AUGE, a través de la creación de un “Sistema de Alertas AUGE” y la implementación del “Bono AUGE”. Cabe indicar que, el proceso se cerró en noviembre de 2011, terminando con las 380.000 garantías retrasadas existente.

En el marco del uso de innovaciones tecnológicas para la atención en salud, se desarrollaron un conjunto de medidas que permitieron aumentar la satisfacción de nuestros asegurados, tales como:

- Implementación del proyecto Licencias Medicas Electrónicas, lo cual ha impactado positivamente en los tiempos de tramitación, validación, pronunciamiento y liquidación de las

licencias médicas otorgadas electrónicamente, las que no superan los 15 días hábiles de ciclo de vida del proceso.

- Habilitación de la compra de bonos de atención de salud (BAS) mediante tarjetas de crédito y débito bancarias, como de tarjetas de retail, a través del desarrollo junto a la empresa Transbank, de una red integrada de equipos en la totalidad de sucursales, permitiendo que los Asegurados dispongan de más alternativas de medios de pago.
- Creación de kioscos de autoconsulta, habilitando al menos un aparato en todas las sucursales de la Región Metropolitana, a través del cual en forma automática y con la autenticación del Asegurado (ingreso de Rut en pantalla), éste puede acceder a información de FONASA, datos de afiliación, uso del plan de beneficios y acceso a información de prestadores.
- Renovación del Portal Web, con lo cual la Institución ha puesto a disposición un nuevo canal de atención y comunicación a nuestros asegurados, prestadores y público en general.

Respecto al nivel de satisfacción, en el año 2011 Fonasa según la encuesta Adimark, que midió la percepción y satisfacción de la población asegurada, indicó que el 67% de los encuestados calificó el servicio de la Institución con nota entre 6 y 7, mientras que el 87% de los afiliados señala sentirse protegido por FONASA.

En materia de gestión interna y enmarcados en el rol presupuestario de FONASA, se efectuó un control y seguimiento del presupuesto de los Servicios de Salud y un programa de disminución de la deuda de los servicios hospitalarios, de este modo, la deuda hospitalaria 2011, disminuye en un 64%, es decir de \$39 mil millones en diciembre año 2010 baja a \$25 mil millones en diciembre 2011. En el plano interno de gestión, se destaca el cumplimiento del 100% de las metas del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), lo que significó ser acreedor de un importante beneficio y que la Institución sea candidata a obtener el Premio Nacional de Excelencia.

Para el año 2012 FONASA continua asegurando la oportunidad y acceso a las atenciones de salud con la disminución de las lista de espera no quirúrgica, aumentando la calidad de atención de nuestros asegurados y hacer uso eficiente de los recursos, focalizando el esfuerzo en las áreas más sensibles de nuestra población.



MIKEL URIARTE PLAZAOLA  
DIRECTOR NACIONAL  
FONASA

## **2. Resultados de la Gestión año 2011**

### **2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2011**

El proyecto de Ley de Presupuestos del FONASA para el año 2011 considera recursos por MM\$ 3.259.986 lo que representa un incremento de 10,94% con respecto al año 2010 por un monto de MM\$ 321.371.

Los Principales aspectos a destacar del Presupuesto año 2011 son:

#### **A.- Mejora en la Gestión de FONASA MM\$ 20.682**

Aumento en el Presupuesto de Bienes y Servicios de Consumo por traspaso desde Subsecretaría de Redes Asistenciales al FONASA del Proyecto Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA) por M\$ 17.771 para la ampliación de capacidades de procesamiento para registro de prestaciones de salud (SIGGES), mejoramiento e implementación de los sistemas de información relacionados con el proyecto de licencia médica electrónica y ampliación en 43 Kioscos de autoconsultas por MM\$ 934.

En cumplimiento al compromiso de gobierno, tras los esfuerzos realizados en materia de fiscalización, FONASA logró disminuir la deuda hospitalaria de MM(\$)39.237 enero 2011 a MM(\$) 25.815 en diciembre 2011, logrando por ello efficientar la gestión del sector salud.

Desde el punto de vista de la gestión de recaudación de la Institución, se ha realizado una mejora en el tema de recaudación y cobranza cotizaciones por MM\$ 1.094, esto se debe por el aumento de las fiscalizaciones y la cobranza de la cartera de morosos de cotizantes.

En el tema operacional FONASA experimentó una mejora por MM\$ 671, el cual considera mantención y reparación sucursales MM\$ 611, Salas Cunas y/o jardines infantiles por MM\$ 18 y Publicidad y Difusión MM\$ 42. En tema de Recursos para Personal, consideró un aumento dotación de FONASA en 93 cargos por MM 2.051, 10 cupos para funciones críticas con el objeto de fortalecer la gestión regional del FONASA y efectos de las Leyes N° 20.212 y 20.305 por MM\$ 193, además de la normalización del Gasto Subtítulo 21.

Cabe destacar, que se aplica rebaja 10% por el plan de austeridad fiscal en el gasto operacional por MM\$ 2.274, lo cual refleja los esfuerzos realizados en post de una mejor gestión.



## **B.- Modalidad Libre Elección (MLE), SIL y Préstamos Médicos MM\$ 18.013**

En el 2011, se evidencia un incremento en el gasto de la MLE de MM\$ 23.567, producto del aumento de los beneficiarios que hacen uso de esta modalidad de atención, lo que se traduce en el aumento de la actividad y uso de prestaciones médicas por MM\$ 16.254. Adicionalmente, se incorporan nuevas prestaciones al Arancel MLE asociadas a exámenes de Resonancia (rodillas y articulaciones), actualización del grupo de dermatología y traumatología e incorporación de prestaciones AUGE no codificadas por un total de MM\$ 7.313.

Con respecto a los Subsidios de Incapacidad Laboral experimentan un incremento en el Déficit de las CCAF (SIL pagados por las CCAF) producto del aumento en el número de cotizantes MM\$ 5.040 y disminución en el gasto SIL enfermedad común producto del ajuste en el uso de las licencias médicas por mayores acciones de control y fiscalización. Se ajusta en 1 día la tasa de uso, (MM\$ 9.275), lo que significa una rebaja en este ítem respecto del año anterior.

Respecto al Otorgamiento de Préstamos Médicos se evidencia una Rebaja (MM\$ 1.319) para ajustar el marco al gasto devengado real.

## **C.- Modalidad Atención Institucional – Programa Prestaciones Valoradas (PPV) MM\$ 126.597**

Listas de Espera en consultas de especialidades cirugías electivas M\$ 18.196, en donde se obtuvo una disminución de listas de espera en consultas de especialidad principalmente en oftalmología y traumatología, además de la disminución de listas de espera asociada a intervenciones quirúrgicas, las cuales se concentran en general en traumatología (endoprótesis de caderas y prótesis de rodilla).

Con Respecto a las Prestaciones Complejas con un presupuesto ejecutado de MM\$ 1.792, reflejan la disminución de las brechas en prestaciones de salud complejas No AUGE, en las áreas neurocirugías, cardíacas, cánceres y trasplantes.

La Implementación Bono AUGE requirió de MM\$ 6.269, en ella se propone resolver listas de espera producto de garantías en salud retrasadas otorgando al asegurado un Bono AUGE para resolver la atención en salud en prestadores privados en convenio con FONASA. Producto de ello, se logra la disminución de. 246.742 garantías retrasadas y se eliminan las listas de espera.

Aumento de la cobertura de Medicamentos de alto costo con un presupuesto ejecutado de MM\$ 585, se percibe un aumento de cobertura para tratamientos relacionados con enfermedades de Distrofia, Guillain Barre, Hormona de Crecimiento y Gaucher. Respecto a la Compra de Camas Críticas al Sistema Privado de Salud, se consideró la complementariedad con el programa de reconversión de

camas críticas del Sistema Público y principalmente como alternativa para aumentar la oferta de camas disponibles en el período de la Campaña Invierno, ejecutando un monto que ascendió a MM\$ 3.400.

Centros de Sangre Regionales con un presupuesto de MM\$ 1.265, el cual consideró la incorporación de nuevos servicios de salud al programa de centralización regional de Banco de Sangre.

#### **D.- Programa de Garantías Explícitas en Salud GES (APS y PPV) MM\$ 40.706**

Garantías Explícitas en Salud en APS con un presupuesto de MM\$ 7.297, experimentó un aumento de casos producto del incremento de la población beneficiaria del FONASA y aumento específico de casos para ciertas patologías crónicas, principalmente diabetes Mellitus II e Hipertensión Arterial Primaria. Además considera aumento de 96 digitadores para consultorios.

Examen de Medicina Preventiva con un presupuesto de MM\$ 5.922, evidencia un aumento en la cobertura del Examen de Medicina Preventiva para el examen de glicemia en la población mayor de 40 años y con factores de riesgo. Además, evidencia el aumento de la cobertura del examen preventivo para detectar personas con problemas de alcoholismo.

Garantías Explícitas en Salud en PPV con un presupuesto de MM\$ 27.487, experimentó un aumento de casos producto del incremento de la población beneficiaria del FONASA y un aumento específico de casos para ciertas patologías crónicas, principalmente Insuficiencia Renal Crónica. Considera recursos para fortalecimiento de la capacidad Terapéutica GES y aumento de 59 digitadores GES para los establecimientos de salud.

#### **E.- Atención Primaria de Salud (APS) NO GES MM\$ 57.883**

Aumento Per Cápita MM\$ 49.373

Incorpora recursos por MM\$ 36.927 destinados a financiar un crecimiento real de 8,8% del precio del per cápita basal, lo que significa aumentar de \$ 2.324 a \$ 2.743, esto permitió principalmente mejoras a las prestaciones incorporadas en el plan de salud familiar, actualizar la estructura etárea de la población e incrementar la participación del costo de farmacia. Adicionalmente se incrementaron MM\$ 12.446 para el aumento de la población año 2011 en un 3,25%.

Mejoramiento Programa de Resolutividad MM\$ 3.388

Incorpora cobertura de laboratorios básicos, especialidades ambulatorias, personas con discapacidad severa, procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.

Mejoramiento capacidad de respuesta de la red de urgencia MM\$ 1.439  
Considera ampliar cobertura en 10 SAPU (Sistema Atención Primaria de Urgencia) y 10 SUR (Sistema de Atención Primaria de Urgencia Rural).

Respecto a lo demás APS No Ges:

- Programa Piloto Vida Sana, alcohol y tabaco por MM\$ 3.099.
- Adquisición de medicamentos e insumos para APS por MM\$ 1.480. Los recursos están destinados a cubrir aumentos de población bajo control y aumentos de precios de anticonceptivos.
- Equidad en Salud Rural por MM\$ 967, que incorpora el aumento de 100 técnicos paramédicos.
- Reforzamiento y Resolutividad Odontológica por MM\$ 707, que corresponde al aumento de cobertura en atención odontológica preventiva y terapéutica en 53 centros comunitarios de salud.
- Programa de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Adultos AVNIA y Niños AVNI Oxigenoterapia Ambulatoria por MM\$ 558 que implica el aumento de cobertura para 40 adultos y 40 niños.
- Desarrollo de la Rehabilitación Integral en las Redes de Salud por MM\$ 450, destinados a 13 nuevas salas de rehabilitación base comunitaria (RBC) y 6 nuevos equipos rurales destinados a reforzar zonas de terremoto y RM.
- Cierre Brechas Salud Mental por MM\$ 332 para la atención de salud mental de personas ubicadas en zonas de terremoto y tsunami.
- Reducción neta de recursos por MM\$ 3.910.

#### **F.- Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) MM\$ 57.490**

Efecto Leyes de RRHH MM\$ 12.467

Efecto Ley 19.664 asignación. experiencia calificada, DFL 1 Art.94 asignación de turno y ley N° 20.209 asignación Desempeño Colectivo por MM\$ 5.319, Alta Dirección Pública para 43 funcionarios y Funciones Críticas para 7 Directores de Hospital por MM\$ 1.657, efecto Ley 19.490 por MM\$ 2.536 y 113 Liberados de guardia nocturna por MM\$ 2.955

Respecto a la Gestión de Camas MM\$ 8.486, se consideraron recursos para camas agudas, crítica UCI y UTI, neonatología, hospitalización domiciliaria, fortalecimiento gestión de cama en hospitales de alta complejidad, reforzamiento camas pacientes crónicos y redistribución de camas salud mental.

También se visualizaron las siguientes actividades:

- Formación y contratación de especialistas y sub-especialistas médicos y dentistas por M\$ 8.801, formación de 405 especialistas y la contratación de los que concluyen su formación.
- Recursos para puesta en marcha de proyectos de inversión que comienzan a operar en el año 2011 por M\$ 7.411
- Cierre brecha en RRHH para hospitales con puesta en marcha por MM\$ 6.267
- Efecto año financiamiento cargos contratados en el año 2010 por MM\$ 3.931
- Resolutividad de Atención Ambulatoria por MM\$ 3.003
- Urgencia Hospitalaria y Pre hospitalaria MM\$ 2.077, principalmente para 7 nuevos SAMU y reposición de 12.
- Programa de Codificación por GRD por MM\$ 1.734
- Prevención de Riesgos y fortalecimiento de equipos de salud ocupacional para redes asistenciales por MM\$ 1.725
- Mantenimiento de equipos de alta complejidad por MM\$ 1.240
- Programa Plomo de Arica por MM\$ 1.086
- Programa de enfermedades transmisibles emergentes por MM\$ 422. Permitirá tratamiento de 900 casos de Chagas.
- Mejora de la Suficiencia y seguridad de transfusión de hemocomponentes por MM\$ 293
- Programa de Trasplantes MM\$ 196, financiará la contratación de 10 enfermeras y 6 médicos en los Hospitales para gestionar el procuramiento de órganos
- Compromiso Ministerial para regularización de funcionarios de Hospitales Misiones de la Costa por MM\$ 499
- Reducción de Gastos por MM\$ 2.148.

## 2.2 Resultados Asociados a la Provisión de Bienes y Servicios

Durante el año 2011, la gestión institucional del FONASA se desarrolló en diferentes ámbitos, los cuales se detallan a continuación:

Número	Prioridades Gubernamentales
1	Potenciar las acciones prevención y promoción de la salud, desarrollando hábitos de vida y entornos más saludables.
2	Fortalecer la Red de Salud, mediante una mejora sustancial a la infraestructura, equipamiento y dotación de médicos especialistas.
3	Asegurar la oportunidad y calidad en el acceso a las Garantías Explícitas en Salud GES.
4	Mejorar la gestión y el uso de los recursos de las instituciones del sector salud, para tender a la sostenibilidad financiera del sistema.

Las prioridades gubernamentales se relacionan directamente con nuestros objetivos y productos |salud, desarrollando hábitos de vida y entorno mas saludables" y "Asegurar la oportunidad y calidad en el acceso a las Garantías Explícitas en Salud GES" se relacionan en forma directa con nuestro producto estratégico "Plan de Seguro y Beneficio"; ya que es ahí donde se ejecutan acciones GES y se determina el Arancel de Prestaciones de Salud.

Cuando señalamos que la prioridad "Fortalecer la red de salud, mediante una mejora sustancial a la infraestructura, equipamiento y dotación de médicos especialistas", hacemos referencia a nuestra propia red de atención, evidenciada en el Producto Estratégico "Canales de Atención".

Por último, "Mejorar la gestión y el uso de los recursos de las instituciones del sector salud, para tender a la sostenibilidad financiera del sistema", se relaciona directamente con el producto "Mecanismos de Control y de Pago a Prestadores". Para demostrar más en detalle el cumplimiento de cada producto de FONASA, a continuación se desarrollan los logros de cada punto.

### 1. Plan de Seguro y Beneficios

En términos de cobertura financiera los aspectos mas relevantes dicen relación con la reasignación presupuestaria desde el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), la creación de nuevos Pago Asociado al Diagnóstico (PAD) y el incremento en la cobertura financiera en los PAD's existentes. En ese último caso, los recursos involucrados ascienden a MM\$152.263, con un reajuste promedio de 25,12%.

En el año 2011, se estableció el Incentivo al Pago por Eficiencia, es decir, se definieron incentivos para que la red pública ofrezca sus capacidades productivas máximas racionalizando los recursos. En consecuencia, la evolución de la transferencias de recursos desde el Programa de Prestaciones

Institucionales al Programa de Prestaciones Valoradas, alcanza desde el año 2009 una relación de 48/52% a una relación 58/42% en 2011. El traspasar recursos desde el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), implicó reemplazar el sistema de asignación y transferencias en base a presupuesto histórico (con todos sus problemas desde el punto de vista de la equidad y la eficiencia) por otro basado en actividad comprometida/realizada, que incentive la resolución de problemas de salud priorizados.

Adicionalmente, a través de un incremento en los precios de los productos del Arancel Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), se buscó transparentar los precios reales de los productos arancelados, mejorando con ello la efectividad en la asignación de los recursos y corrigiendo la brecha perdida entre los reajustes históricamente aplicados y los reajustes reales, lo que impactó directamente la oferta de servicios de los establecimientos de salud. Los recursos totales de esta iniciativa ascienden a MM\$ 403.973.

El traspaso de recursos del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), implicó identificar la actividad sanitaria financiada actualmente en el PPI, ordenarla en una canasta o conjunto de prestaciones que permitieran resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinado, valorizarla y traspasar los recursos asociados al Programa de Prestaciones Valoradas. El monto de recursos traspasados ascendió a MM\$ 251.710.-, distribuidos en 82 nuevas canastas de prestaciones.

En cuanto a beneficios económicos directos a los asegurados, se encuentra la rebaja del 7% de cotización por salud, que alcanzó a 678.969 asegurados para el 2011, proyectándose para 2012 un número aproximado de 1.044.311 asegurados, lo que representa 65% más que el año anterior.

Entre los resultados más significativos, se encuentra la reducción de las Listas de Espera AUGE y No AUGE. En el primer caso, ésta se redujo de 380.000 atenciones pendientes registradas en junio 2010 a la eliminación total de las listas de espera en Noviembre 2011. En el caso de la lista de espera No AUGE correspondiente a intervenciones quirúrgicas, de las 12 patologías con mayor retraso, estas se redujeron de 89.631 registradas en marzo 2011 a 62.138 en Diciembre 2011, es decir 31%.

Se introdujeron 85 nuevas canastas de prestaciones y se generó un aumento de precios en algunas intervenciones aproximadamente de un 25,12% en el Arancel 2012. Adicionalmente, se crearon 4 nuevos PAD y se incrementó la cobertura financiera en los PAD existentes.

En este ámbito, la recaudación del año 2011 alcanzó a MM\$ 1.298.300 obteniendo MM\$ 77.734 adicionales a los MM\$ 1.220.566 presupuestados. Registró un crecimiento de un 9,1% respecto de año anterior.

## **2. Mecanismos de Control y de Pago a Prestadores.**

La fiscalización de prestaciones, experimentó un incremento significativo en la fiscalización a prestadores alcanzando un total de 26.577 fiscalizaciones, superando las 21.463 realizadas en el 2010. Como resultado del proceso de fiscalización se cursaron 304 procesos administrativos con 21 cancelaciones de inscripción como prestador de FONASA.

En relación a la fiscalización de cotizaciones a empresas durante el año 2011, se realizaron 13.297 fiscalizaciones con un total de 3.231 empresas sancionadas. De estas correspondió un 41% de empresas multadas, 31% con evasión pagada y 28% en proceso judicial.

En el campo de los mecanismos de pago, desde mediados de los años noventa el sector salud busca implementar pagos asociados a resultados, con el objetivo de mejorar la eficiencia en la asignación de recursos e incentivar la producción en los establecimientos de salud, reemplazando el sistema de asignación sobre la base del presupuesto histórico.

En el caso del reajuste del Arancel (aumento precios de prestaciones), históricamente el incremento de precios había sido indexado al inflator otorgado para el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo, aún cuando los productos del Arancel también tienen un componente importante de recursos humanos (Subtítulo 21), por lo que año a año se producía un deterioro en el precio de las prestaciones.

Licencia Médica Electrónica Operativa, este proyecto comenzó con la licitación y adjudicación del sistema de Licencias Medicas Electrónicas (LME) durante el primer semestre 2011, logrando un ahorro de al menos un 30% del costo de los formularios de licencias médicas en papel. Además, se reformularon los procesos administrativos de Licencias Medicas Electrónicas (LME), se conformó un equipo de 3 profesionales de la salud para apoyar a la COMPIN RM en la revisión y tramitación de Licencias Médicas Electrónicas (LME), y se dispuso de un equipo de profesionales de FONASA para llevar el control y monitoreo de las LME desde el otorgamiento a la liquidación.

La certificación y prueba del nuevo sistema comenzó en Agosto 2011 (piloto RM) y luego de su puesta en producción se logró disminuir los tiempos de tramitación, validación, pronunciamiento y liquidación de las licencias médicas electrónicas otorgadas, las que no superan los 15 días hábiles. Beneficios para el trabajador: ahorro de tiempo y costo de traslado del formulario, verificar electrónicamente estado de la licencia y garantizar que se preserve el secreto médico del diagnóstico. A la fecha se han otorgado más de 6.000 licencias electrónicas, respecto de las cuales se han pronunciado mas de 5.000 y liquidado mas de 3.000.

### 3. Canales de Atención

Renovación del Portal Web FONASA, esta iniciativa permite a la Institución contar con un nuevo canal de atención y comunicación con asegurados, prestadores y público en general. Los servicios actualmente entregados son: certificado de afiliación, cupón de pago GES, cartola de pago a prestadores, certificado de honorarios y consultas sobre sucursales, precios de prestaciones, entre otros, los cuales se incrementarán en la medida que se desarrollen nuevos servicios.

Programa de ampliación de oficinas, incluyendo convenio con IPS que aumentó la cobertura de atención directa en 140 puntos a lo largo del país, servicio que beneficia directamente a los adultos mayores asegurados de FONASA.

Implementación de Red de Kioscos de Autoconsulta para asegurados de FONASA, esta iniciativa apoya la entrega de información, permite la descongestión de sucursales y ahorra tiempo para los asegurados. El 2010 se dio inicio a este proyecto con 6 sucursales en piloto, las que el 2011 aumentaron inicialmente en 10 y luego, en septiembre, llegaron a 48 principalmente en la Región Metropolitana. Los kioscos han permitido la entrega de Certificados de Afiliación y de información general de FONASA, datos para afiliarse y utilizar el plan de beneficios, acceso a información de prestadores e impresión de documentos. Este proyecto, sólo en el 2º semestre de 2011 permitió generar cerca de 500.000 certificados.

Las nuevas formas electrónicas de pago, permitieron otorgar nuevas posibilidades al asegurado para la compra de bonos mediante tarjetas bancarias o de retail. Durante 2011 FONASA, junto a Transbank, instaló equipos de pago POS (Point Of Sale) en toda su red de sucursales, para facilitar la compra de bonos de atención (BAS) mediante tarjetas de crédito o débito. A la fecha, aprox. el 100% de las sucursales tienen esta tecnología, permitiendo al asegurado disponer de más alternativas de pago y contribuyendo a que las sucursales disminuyan el efectivo, con lo que baja el riesgo de inseguridad de nuestros funcionarios por posibles robos y asaltos. Estos medios de pago representan aprox. el 10% de los recursos financieros gestionados en sucursales.

Respecto al conocimiento del asegurado y su historial, se han realizado acciones y mecanismos permanentes que la Institución dispone para relacionarse con los/as usuarios/as contempla principalmente una red de 37 Consejos de la Sociedad Civil a nivel nacional, los que se encuentran debidamente formalizados mediante Resolución Exenta N° 2D / N° 7358 del 23/12/2011. Estos consejos sesionan como mínimo 5 veces al año y como máximo 10 veces (mensualmente). En las reuniones se debate sobre el desempeño de FONASA en el lugar en que funciona cada Consejo y cuáles son las mejoras necesarias de implementar, así como también se difunde información relativa a los productos y servicios del seguro público de salud, especialmente afiliación y acreditación, AUGE y Bono AUGE.



Otro mecanismo de participación ciudadana es la cuenta pública, que opera con una metodología participativa para incluir a la ciudadanía principalmente en la etapa de evaluación de ésta.

El Servicio obtiene información respecto a sus usuarios/as frecuentes principalmente a través de las siguientes vías:

- Sistema de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, que captura y gestiona respuestas a las consultas, reclamos y sugerencias de la ciudadanía y que contempla los siguientes canales de contacto:
  - \* Red de Sucursales
  - \* Call Center
  - \* Página web
  - \* Redes Sociales
- Participación directa de la ciudadanía, a través de los Consejos de la Sociedad Civil
- Estudios de caracterización de la cartera de asegurados: análisis de bases de datos ya sea base de beneficiarios, base de cotizaciones o similares, conducente a prospectar características de los usuarios, como una forma primaria de CRM (Customer Relationship Management) y Minería de Datos (Data mining).

Programa FONASA Pasa Visita, entre marzo y noviembre de 2011, ejecutivos de atención de FONASA de todo el país, visitaron y entrevistaron a asegurados en Hospitales, Centro de Diagnóstico Terapéuticos (CDT), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centro de Salud Familiar (CESFAM) y Consultorios, con el propósito de conocer la opinión respecto de la calidad de atención recibida en la red pública de salud, específicamente en materia de: Tiempos de atención, destacando un 69% en hospitales y solo un 26% en SAPU. En cuanto a Eficacia en la resolución del problema de salud, destaca el Hospital con un 74% de aprobación y solo un 45% y 48% de aprobación para SAPU y CDT, respectivamente. La Calidad de la atención recibida, es calificada por los asegurados con un 86% en hospitales y sólo un 50% en SAPU. La Infraestructura del establecimiento fue evaluada en el caso de hospitales con un 71% y solo un 21% para los SAPU. Finalmente, la Confianza en el sistema público un 61% para hospitales y un 39% CDT. Resultados: Se efectuaron 17.200 encuestas a nivel nacional.

Respecto al nivel de satisfacción, en el año 2011 Fonasa según la encuesta Adimark, que midió la percepción y satisfacción de la población asegurada, señala que el 67% de los encuestados calificó el servicio de la Institución con nota entre 6 y 7, mientras que el 87% de los afiliados dice sentirse protegido por FONASA. La encuesta Chile 3D Capital de marca, ubica a FONASA en el primer lugar en el ámbito Isapres previsión y la comisión defensora de los derechos del ciudadano, destaca a FONASA como unas de las 4 mejores instituciones, logrando así ratificar la entrega de un servicio de excelencia para nuestros asegurados.

### 3. Desafíos para el año 2012

#### 3.1 Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2012

La Ley de presupuesto del año 2012 considera recursos por MM\$ 3.587.539 los que representa un incremento de MM\$ 226.845, es decir un 6,7% respecto de la Ley de Presupuesto del año 2011.

#### **A.- El crecimiento de la Modalidad de Atención Institucional es de MM\$ 195.034 (APS, PPV, PPI).**

En el Programa Atención Primaria de Salud el crecimiento fue de MM\$ 98.264.- que considera recursos para:

- Atención primaria para incremento del precio basal de \$2.820 a \$3.123 por MM\$ 49.082 (+11%) y por efecto del incremento de población inscrita por MM\$ 16.760 (+ 3,21% )
- Considera financiamiento para premiar a 30 Centros de Salud Familiar de Excelencia por MM\$ 2.691.
- Considera recursos para financiamiento de la continuidad de los Programas GES (medicamentos) y piloto por MM\$ 11.841.
- Se amplía cobertura en 15 SAPU (Sistema de Atención Primaria de Urgencia) y 15 SUR (Sistema de Atención Primaria de Urgencia Rural) por MM\$ 2.324.
- En mejoramiento de la resolutivez incorpora 15 nuevas unidades de Atención Oftalmológica y 20 nuevas salas de operación por MM\$ 3.375.
- Incorpora recursos para financiamiento de gastos operacionales de 14 CESFAM y 19 consultorios que se acreditan como CESFAM en 2012 por MM\$ 2.310.
- Incremento de recursos para asignación de desarrollo y estímulo Ley 20.157 por MM\$ 2.313.
- Aumento de cobertura del Programa de Asistencia Ventilatoria no Invasiva para 40 adultos y 70 niños por MM\$ 766.
- Considera recursos destinados a 30 nuevas salas de Rehabilitación Base Comunitaria (RBC) y 4 nuevos equipos rurales por MM\$ 949.
- Aumento de acciones bajo el modelo Intercultural en la Región de la Araucanía por MM\$ 409.
- Ampliación de 30 equipos de Salas ERA por MM\$ 439.
- Aumento de cobertura de imágenes diagnósticas por MM\$ 1.590.
- Recursos destinados a cubrir entregas de anticonceptivos por MM\$ 2.071.
- Programa de alimentación sana y actividad física por MM\$ 1.256.

## **B.- El Presupuesto de las Transferencias del Programas de Prestaciones Valoradas (PPV)**

para el año 2012 es de MM\$ 1.138.270, esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2011 muestra un aumento de un 18,1 % lo que equivale a MM\$ 174.867. Estos mayores recursos están destinados a:

- Listas de Espera No AUGE de Larga Data por MM\$ 4.268.-
- Programa de Medicamentos Alto Costo, para aumento de cobertura por MM\$ 915 para financiar 10 casos actuales de tirosinemia.-
- Programa Prestaciones Complejas: aumento de cobertura de las prestaciones como cardiocirugía adulto, neurocirugía, cáncer e implantes cocleares, por MM\$ 12.537.-
- Convenios DFL 36, recursos para ampliación de compra de prestaciones médicas por MM\$ 1.109.-
- Programa Salud Mental, recursos destinados a aumentar la cobertura de hogares y residencias protegidas por MM\$ 2.850.-
- Programa Oxigenoterapia, contempla aumento de cobertura en 1.280 pacientes, por MM\$ 979.-
- Programa AUGE, recursos destinados a financiar el crecimiento en el número de casos por variaciones en la prevalencia de los problemas AUGE y aumento en la población beneficiaria de FONASA, por MM\$ 23.419.- Esto considera expansión MM\$ 25.751 crecimiento PPV y un descuento del Bono AUGE Por MM\$ 2.333
- Traspaso desde PPI por MM\$ 308.400 para nominación de actividad y ajuste en lo precios del arancel PPV.
- Rebaja por traspaso de recursos a PPI de Urgencias por -MM\$ 173.282.-
- Rebaja por traspaso de Recursos a Atención Primaria para Per Cápita por - MM\$ 1.829.-
- Traspaso a la APS del Programa de alimentación sana y actividad física por -MM\$ 1.256.

**C.- El Presupuesto de las Transferencias del Programas de Prestaciones Institucionales** para el año 2012 es de MM\$ 828.662, esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2011 muestra una rebaja de un 8,6% lo que equivales a -MM\$ 78.096.

- Puesta en Marcha Proyectos de inversión, para 7 proyectos que comienzan a operar en el año 2012 por MM\$ 7.941
- Cierre Brechas puesta en marcha de proyectos de inversión de años anteriores por MM\$ 5.041. Son 11 hospitales que presentan déficit en los gastos operacionales.
- Aumento de cobertura camas críticas, agudas y hospitalización domiciliaria por MM\$ 7.248.
- Programa de Resolutividad y teleradiología por MM\$ 5.610
- Recursos para proyecto SIDRA por MM\$ 8.314.
- Incorpora recursos para la formación de especialistas y subespecialistas por MM\$ 10.965.
- Aumento por traspaso de recursos desde PPV a PPI de Urgencias por MM\$ 173.282.-

- Urgencias Hospitalarias y Prehospitalarias por MM\$ 2.170 contempla 7 nuevas ambulancias para el SAMU.
- Programa de reparación y ayuda integral en salud para atender nuevos beneficiarios acreditados en el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS) por MM\$ 1.028.
- Equipos técnicos (personal a Honorario equipo directivo) para nuevos hospitales concesionados de Maipú y La Floria por MM\$ 936.
- Medicina Transfusional por MM\$ 329
- Desarrollo estrategia intersectorial SENAME-CONACE-MINSAL por MM\$ 639. Programa salud mental infanto-adolescente.
- Fortalecimiento de la Red de trasplantes hepáticos por MM\$ 276.
- Programa de codificación por Grupo Relacionados de Diagnostico (GRD) por MM\$ 610
- Fortalecimiento de Redes complejas AUGE por MM\$ 1.589
- Financiamiento efecto año cargos contratados en el año 2011 por MM\$ 5.762.
- Se incorporan recursos para financiar fortalecimientos de Establecimientos Autogestionados, para asignaciones de personal de hospitales experimentales, para cargos paramédicos de posta rural de Aysén, aumento de 3 cupos de funciones Críticas y por Ley de trabajos pesados por MM\$ 1.272.
- Se traspasan recursos desde PPI a PPV por -MM\$ 308.400 para nominación de actividad y ajuste en lo precios del arancel PPV.
- Se traspasan recursos desde PPI a PPV por -MM\$ 2.691.

**D.- En el marco de las Prestaciones de Seguridad Social**, para el año 2012 se contemplan recursos por MM\$ 702.175, dado por un incremento de MM\$ 34.734 lo que representa un 5,2% respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2011.

- Modalidad Libre Elección. Para el año 2012 se consideran recursos por MM\$ 398.213; lo anterior representa un incremento de MM\$ 20.860 lo que equivale a un 5,5% respecto a la ley de presupuesto del 2011, dado por incremento de la bonificación a determinados PAD, incluye además 4 nuevos PAD asociados a problemas oftalmológicos, de cálculo renal, operación de meniscos e histerectomía. Por otra parte se reformulan prestaciones para profesionales no médicos: atención de enfermería en pacientes ostomizados e instalación y retiro de catéteres por enfermera.
- Déficit CCAF. En el año 2012 considera recursos por MM\$ 217.755, lo anterior representa un incremento de MM\$ 18.741, lo que equivale a un 9,4% respecto a los recursos contemplado en la ley de presupuesto del 2011.
- Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL) pagados por la Subsecretaría de Salud Pública. El pago de los SIL Curativo Común considera recursos para el año 2012 de MM\$ 86.207, lo

anterior representa un rebaja de un 5,3%, equivalentes a -MM\$ 4.866 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2011. Esto dado por un menor gasto de acuerdo a la estimación de gastos del año 2011.

### **E.- En materia de recursos Operacionales (subtítulo 21, 22 y 29)**

Para el año 2012 los recursos operacionales contemplan un monto de MM\$ 49.161 (considera RRHH, Bienes y servicios de Consumo y Adquisición de activos no financieros). Lo anterior si se compara con la Ley de presupuesto del año 2011, muestra una disminución de 3,8%, lo que equivalentes a -MM\$ 1.616. Esto se explica por:

- Disminución de la expansión otorgada en el año 2011 para mantención y reparación por efecto terremoto por -MM\$ 653.-
- Incremento de recursos para la construcción de 3 nuevas sucursales (Maipú, La Florida, Puente. Alto) por MM\$ 201.-
- Incremento de recursos en salas cuna (hijos (as) de funcionarias) por MM\$ 11.-
- Call Center Línea 1 por MM\$ 93.
- Servicios Financieros por manejo Cuentas Corrientes por MM\$ 673.
- Convenio Transbank (compra Bonos con tarjeta bancaria) por MM\$ 171.
- Mejora Sistemas de Información por MM\$ 470.
- Salud Responde Fono Compin por MM\$ 822
- Reconocimiento en la Ley 2012 de la recuperación de Licencias Médicas por MM\$ 288.
- Recuperación de la Rebaja Dipres realizada en el año 2011 al subt.21 por MM\$ 1.106.
- Traspaso del Subt. 22 a Subsecretaría de Redes Asistenciales por concepto SIDRA por -MM\$ 4.805.

## **3.2 Principales Productos Estratégicos y/o compromisos establecidos a través de Indicadores de Desempeño**

### **1.- Plan de salud**

Describe la relación que existe entre el asegurado y el seguro de salud, en lo que se refiere a los derechos del asegurado. Aquí se establecen los beneficios y prestaciones médicas y pecuniarias a que tienen derecho los asegurados del FONASA. (Arancel de prestaciones, cobertura financiera de las prestaciones del arancel y las garantías explícitas de salud GES).

Para el año 2012 se espera cumplir en un 100% todos los indicadores asociados a cubrir la protección de garantías AUGE (acceso, financiera y de oportunidad). Se estima que se aumentará

en un 35% la tasa de crecimiento en intervenciones PPV y cumplir con el rol de FONASA de ser el asegurador público de salud.

## **2.- Gestión Financiera**

Describe la relación que existe entre el seguro de salud y los actores externos involucrados. Por una parte, la relación con la red de prestadores públicos y privados y define los mecanismos de pago a utilizar en la MLE y en la MAI, además de considerar los mecanismos de control presupuestario a ejercer sobre los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) Por otra parte, comprende el control y fiscalización sobre terceros, esto es: prestadores públicos y privados, empleadores y ente recaudador.

Respecto a los compromisos en términos de recaudación, se espera lograr el 98% de los cotizantes dependientes y recuperar un 50% las cotizaciones adeudadas. También se espera recuperar el 93% de los préstamos médicos otorgados, y así gestionar eficientemente los recursos del seguro público de salud.

Por otra parte, respecto al buen uso del seguro, se estima que un 85% de nuestros asegurados serán atendidos correctamente por prestadores de la Modalidad Libre Atención (MLE), lo que se medirá a través de un proceso de fiscalización a nivel nacional, para cubrir las necesidades de toda la población.

Con respecto a la gestión del convenio se espera lograr el 100% de cumplimiento de actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), según contrato, y así asegurar disponibilidad de atenciones a nuestros asegurados.

## **3.-Atención al Asegurado**

Describe la forma y canales que utiliza el seguro para comunicarse con los asegurados, prestadores, empleadores y en general, con todos aquellos que se relacionan con la institución. Comprende la entrega de información y orientación al asegurado para que acceda al Régimen General de Garantías en Salud, promoviendo el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

La institución se siente comprometida con la satisfacción de los asegurados, es por ello que se espera lograr que el nivel de satisfacción hacia FONASA sea un 65%. Asimismo, se compromete a implementar el nuevo modelo de atención, en donde se actualizará la forma de atender a nuestros asegurados, específicamente contando con un sistema total pack, que hará más rápida y eficiente la atención.

## 4. Anexos

### Anexo 1: Identificación de la Institución

#### a) Definiciones Estratégicas

- 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 contiene la Ley N° 18.469, actualizada); Ley 19.966 sobre Régimen de Garantías en Salud, publicada el 03.09.2004; Ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937 publicada el 24.02.04; Res. Ex 3A N° 1455 de 29.05.02; modificada por las RES. EX. 1G N° 3709 de 27.12. 02, por la 3A 1814 de 02.07.03 y por la 3A N° 1738 de 13.06.06, todas del Fondo Nacional de Salud, que contienen funciones y estructura de la institución.

- Misión Institucional

Ser un seguro orientado a satisfacer las necesidades de salud de sus asegurados/as, entregando cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguardando un eficiente manejo financiero del sector público de salud.

-Objetivos Estratégicos

Ítem	Descripción
1	Optimizar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y pago a prestadores y un reforzamiento de la labor fiscalizadora, para mejorar el nivel de satisfacción de los asegurados con el servicio entregado.
2	Entregar cobertura en salud a los asegurados a través de un mejor plan de beneficios, para dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

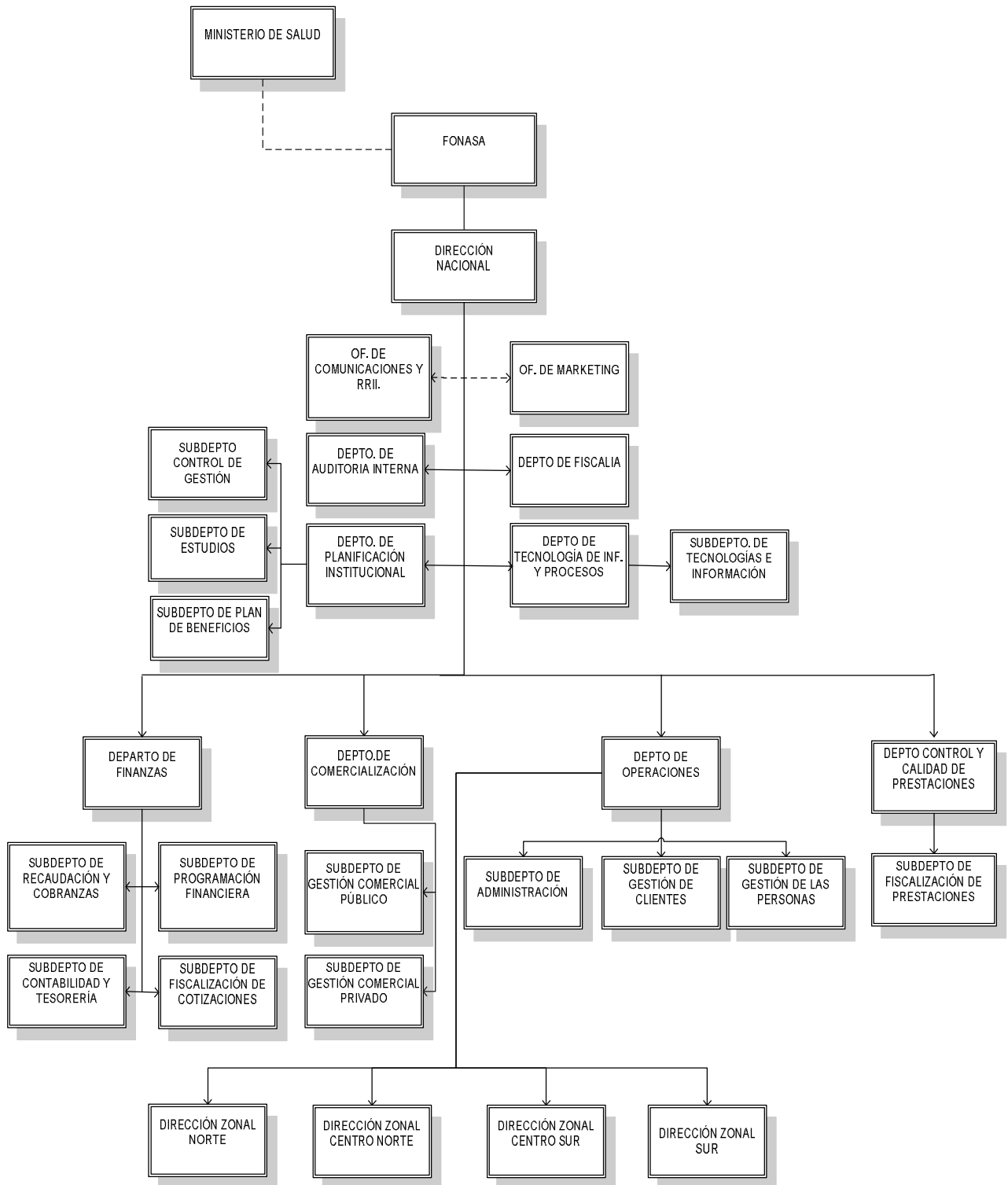
Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
<b><u>Plan de seguro y beneficios .</u></b>		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura financiera</li> <li>• Prestaciones de Salud</li> <li>• Recaudación</li> </ul>	1,2
<b><u>Mecanismos de control y de pago a Prestadores.</u></b>		
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiscalización de prestaciones</li> <li>• Fiscalización de cotizaciones</li> <li>• Mecanismos de pago y Control Presupuestario</li> <li>• Gestión de convenios con prestadores</li> </ul>	1,2
<b><u>Canales de Atención.</u></b>		
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de Sucursales, Web y Call center</li> <li>• Conocimiento del asegurado y su historial</li> </ul>	2

- Clientes / Beneficiarios / Usuarios

Número	Nombre
1	<p>Beneficiarios Afiliados (Libro II Decreto Fuerza de Ley (DFL) N°1, 2005 Ministerio de Salud (Minsal))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador dependiente del sector público o privado, incluido los contratados diariamente por turnos o jornadas y por obra o faena, que cotizan en FONASA.</li> <li>• Trabajador independiente y voluntario que sea imponente del Instituto Nacional de Previsión (INP) o de una Aseguradora de Fondos de Pensión (AFP) y que cotice en FONASA.</li> <li>• Personas que reciban pensión de algún sistema previsional y que cotice en FONASA.</li> </ul> <p><b>Subsidiados por Cesantía y por incapacidad laboral.</b></p>
2	<p>Otros Beneficiarios (Libro II Decreto Fuerza de Ley (DFL) N°1, 2005 Ministerio de Salud (Minsal))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las cargas familiares de los cotizantes.</li> <li>• Beneficiarios de Pensiones Asistenciales de invalidez y ancianidad.</li> <li>• La mujer embarazada, que no tiene previsión y los niños hasta los 6 años de edad, para el control de su salud.</li> <li>• Causantes del subsidio único familiar.</li> </ul> <p>Personas carentes de recursos o indigentes.</p>



b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio



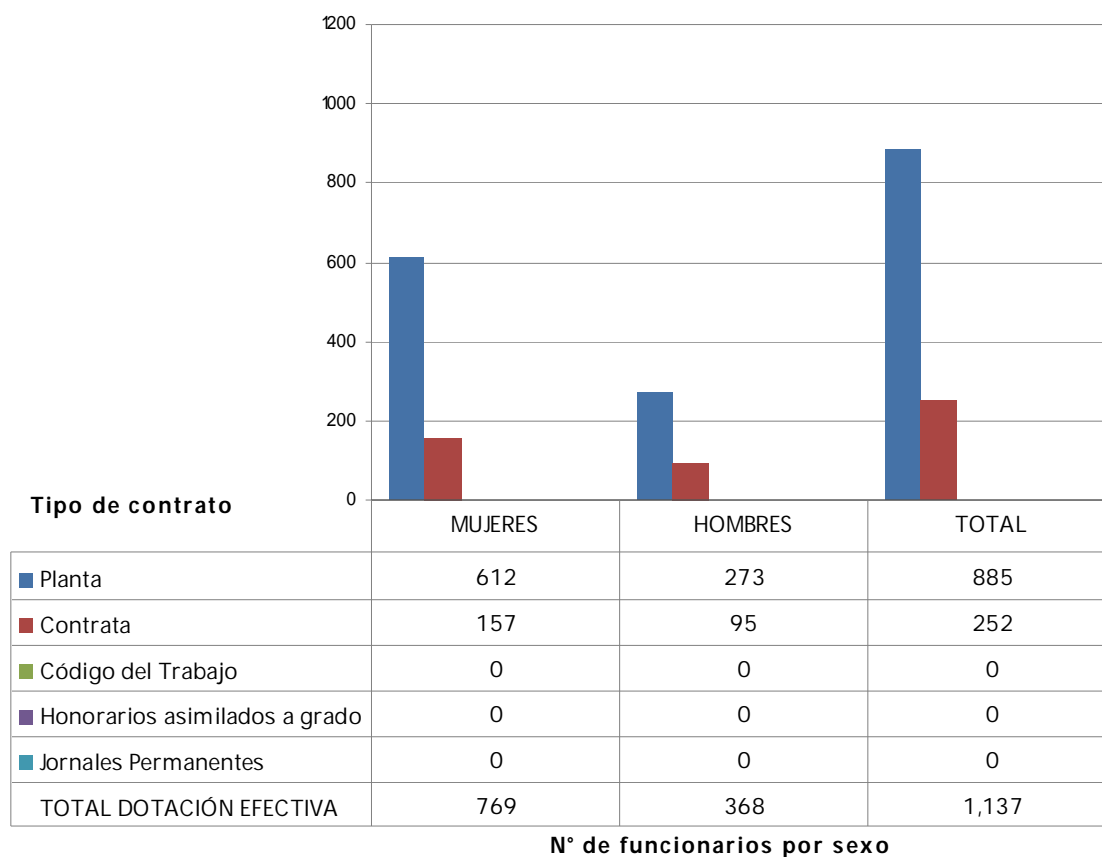
### c) Principales Autoridades

<b>Cargo</b>	<b>Nombre</b>
Director Nacional	Mikel Uriarte Plazaola
Jefe Departamento de Auditoria Interna	María Isabel Rodríguez Miranda
Jefe Departamento Gestión de Tecnologías de Información	Gino Olave Bavestrello
Jefe Departamento de Planificación Institucional	Francisco Santelices Lorca
Jefe Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales	Claudia Cento Taibe
Jefe Oficina de Marketing	Roxana Muñoz Flores
Jefe Departamento Comercialización	Soledad Mena Noriega
Jefe Departamento Finanzas	Manuel Rojas Soto
Jefe Departamento Operaciones	Patricio Muñoz Navarro
Jefe Departamento Control y Calidad de Prestaciones	Gladys Olmos Gaete
Director Dirección Regional Norte	Wilson Pizarro Marchant
Director Dirección Regional Centro Norte	Claudia Bermúdez Chaparro
Director Dirección Regional Centro Sur	Arturo San Martín Guerra
Director Dirección Regional Sur	Pedro Valenzuela Quijada

## Anexo 2: Recursos Humanos

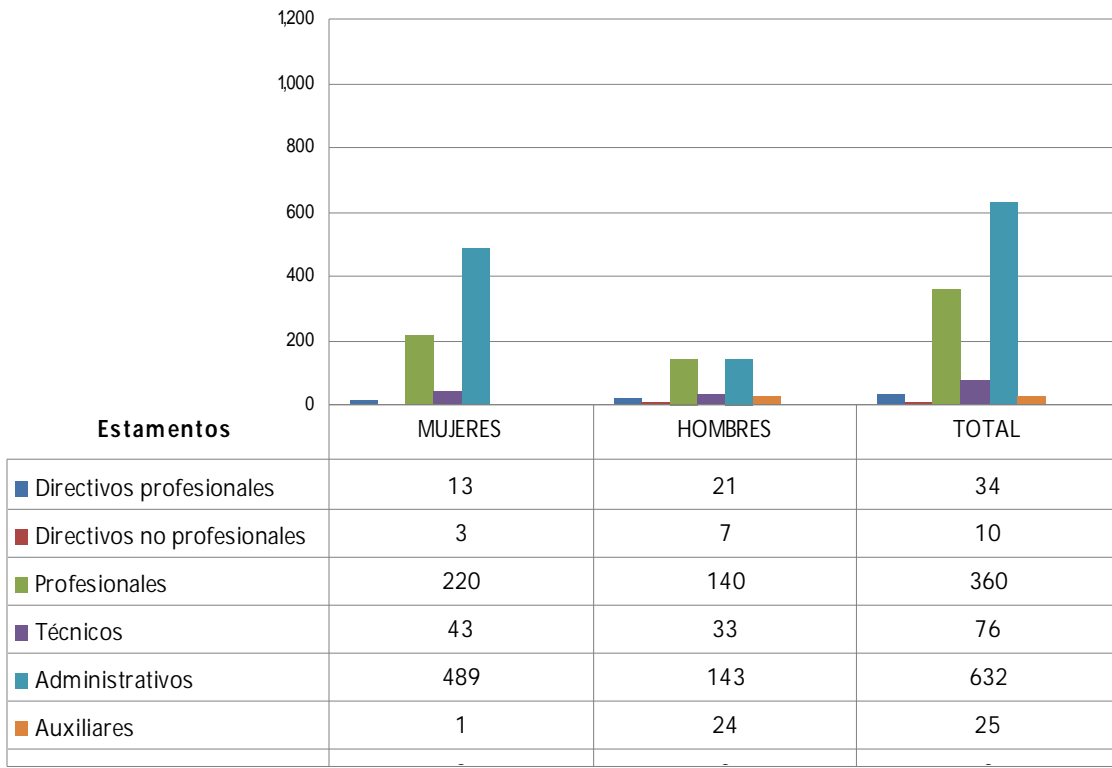
### a) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2011<sup>1</sup> por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



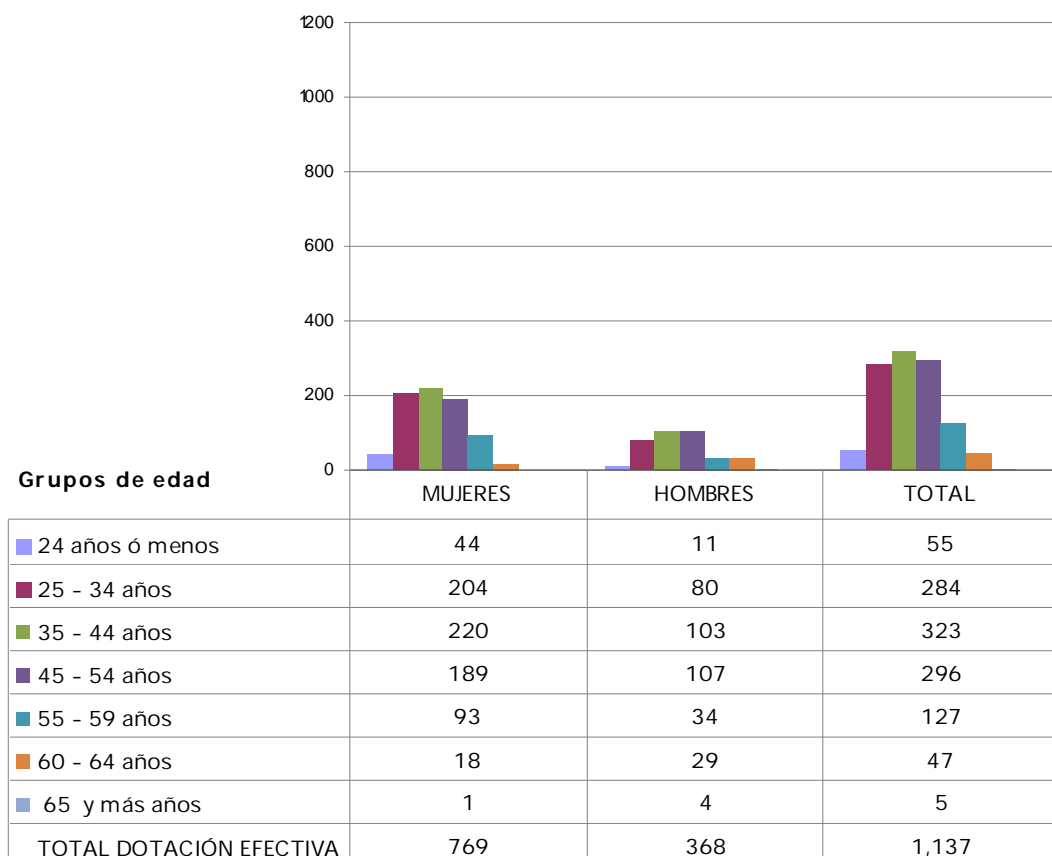
<sup>1</sup> Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2011. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- Dotación Efectiva año 2011 por Estamento (mujeres y hombres)



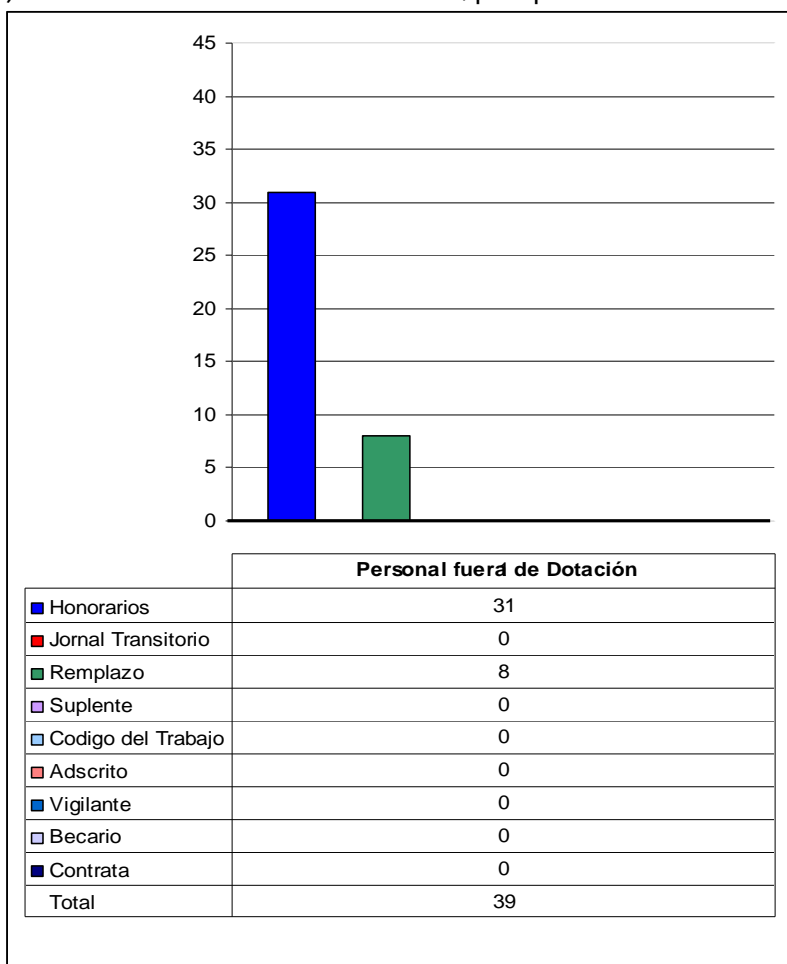
N° de funcionarios por sexo

- Dotación Efectiva año 2011 por Grupos de Edad (mujeres y hombres) 2011



N° de funcionarios por sexo

b) Personal fuera de dotación año 2011<sup>2</sup>, por tipo de contrato



<sup>2</sup> Corresponde a toda persona excluida del cálculo de la dotación efectiva, por desempeñar funciones transitorias en la institución, tales como cargos adscritos, honorarios a suma alzada o con cargo a algún proyecto o programa, vigilantes privado, becarios de los servicios de salud, personal suplente y de reemplazo, entre otros, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2011.

c) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

<b>Cuadro 1</b>					
<b>Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos</b>					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>3</sup>		Avance <sup>4</sup>	Notas
		2010	2011		
<b>1. Reclutamiento y Selección</b>					
1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata <sup>5</sup> cubiertos por procesos de reclutamiento y selección <sup>6</sup>	(N° de ingresos a la contrata año t vía proceso de reclutamiento y selección/ Total de ingresos a la contrata año t)*100	-	96	-	
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	-	97	-	
<b>2. Rotación de Personal</b>					
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	7,3	5,4	135,2	Descendente
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	(N° de funcionarios Jubilados año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0	0	-	Ascendente
• Funcionarios fallecidos	(N° de funcionarios fallecidos año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0	0,2	-	Descendente
• Retiros voluntarios					
○ con incentivo al retiro	(N° de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año t/ Dotación efectiva año t)*100	2,5	0	-	Ascendente

3 La información corresponde al período Enero 2010 - Diciembre 2010 y Enero 2011 - Diciembre 2011, según corresponda.

4 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.

5 Ingreso a la contrata: No considera el personal a contrata por reemplazo, contratado conforme al artículo 11 de la ley de presupuestos 2011.

6 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.

7 Se entiende como renovación de contrato a la recontractación de la persona en igual o distinto grado, estamento, función y/o calidad jurídica.

**Cuadro 1**  
**Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos**

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>3</sup>		Avance <sup>4</sup>	Notas
		2010	2011		
○ otros retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros otros retiros voluntarios año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	3,5	3,8	92,0	Descendente
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios retirados por otras causales año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	1,3	1,6	81,0	Descendente
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año t} / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año t}$	1,8	2,0	90,0	Descendente
<b>3. Grado de Movilidad en el servicio</b>					
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos o Promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	14,6	0,0	0	Ascendente
3.2 Porcentaje de funcionarios recontractados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año t}) / (\text{Total contratos efectivos año t}) * 100$	12,7	32,4	255	Ascendente
<b>4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal</b>					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	94,8	88,9	93,8	Ascendente
4.2 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / \text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t})$	0,4	0,3	75,0	Ascendente
4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia <sup>8</sup>	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año t} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de capacitación en año t}) * 100$	-	-	-	
4.4 Porcentaje de becas <sup>9</sup> otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	0,2	0	0	Ascendente

8 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.

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



<b>Cuadro 1</b>					
<b>Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos</b>					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>3</sup>		Avance <sup>4</sup>	Notas
		2010	2011		
<b>5. Días No Trabajados</b>					
5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas, según tipo.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1).</li> </ul>	(N° de días de licencias médicas tipo 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	-	1,09	-	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Licencias médicas de otro tipo<sup>10</sup></li> </ul>	(N° de días de licencias médicas de tipo diferente al 1, año t/12)/Dotación Efectiva año t	-	2,87	-	
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	-	1,85	-	
<b>6. Grado de Extensión de la Jornada</b>					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	(N° de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t/12)/ Dotación efectiva año t	2,0	2,0	100	Descendente
<b>7. Evaluación del Desempeño<sup>11</sup></b>					
7.1 Distribución del personal de acuerdo a los resultados de sus calificaciones.	Porcentaje de funcionarios en Lista 1	96,3	96,6	100	Ascendente

10 No considerar como licencia médica el permiso postnatal parental.

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

<b>Cuadro 1</b>					
<b>Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos</b>					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>3</sup>		Avance <sup>4</sup>	Notas
		2010	2011		
	Porcentaje de funcionarios en Lista 2	3,6	3,2	89	Ascendente
	Porcentaje de funcionarios en Lista 3	0	0,3	0	Descendente
	Porcentaje de funcionarios en Lista 4	0	0	0	Descendente
7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño <sup>12</sup> 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	SI		
<b>8. Política de Gestión de Personas</b>					
Política de Gestión de Personas <sup>13</sup> 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	SI		

## Anexo 3: Recursos Financieros

<b>Cuadro 2</b>			
<b>Ingresos y Gastos devengados año 2010 – 2011</b>			
Denominación	Monto Año 2010	Monto Año 2011	Notas
	M\$ <sup>14</sup>	M\$	
<b>INGRESOS</b>	<b>3.307.944.210</b>	<b>3.419.911.871</b>	
Imposiciones Previsionales	1.160.099.731	1.262.411.595	(1)
Transferencias Corrientes	15.545.508	22.266.798	(2)

12 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 período específico. Su propósito es generar aprendizajes que permitan la mejora del rendimiento individual y entreguen elementos relevantes para el rendimiento colectivo.

13 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.

14 La cifras están expresadas en M\$ del año 2011.

Ingresos de Operación	85.385	10.601	
Otros Ingresos Corrientes	137.380.238	144.087.689	(3)
Aporte Fiscal	1.988.648.452	1.985.156.881	(4)
Venta de Activos no Financieros	0	4.465	
Recuperación de Préstamos	6.184.896	5.973.842	
<b>GASTOS</b>	<b>3.300.348.282</b>	<b>3.441.661.075</b>	
Gasto en Personal	13.711.339	14.056.311	
Bienes y Servicios de Consumo	23.427.909	23.445.153	
Prestaciones de Seguridad Social	542.364.538	568.585.817	(5)
Transferencias Corrientes	2.707.976.778	2.822.179.674	(6)
Otros Gastos Corrientes	4.468.728	3.884.631	
Adquisición de Activos no Financieros	132.261	396.340	
Préstamos	6.515.425	6.091.570	
Servicio de la Deuda	1.751.304	3.021.579	
<b>RESULTADO</b>	<b>7.595.928</b>	<b>-21.749.204</b>	

## Notas Ingresos y Gastos

### Nota 1

#### Imposiciones Previsionales

Las mayores Imposiciones Previsionales recepcionadas por el Fondo en el año 2011 respecto del año 2010 fueron M\$ 102.311.865, que corresponden principalmente a cotizaciones provenientes del IPS, como se muestra en cuadro siguiente:

<b>Imposiciones Previsionales</b>			
<b>M\$ Real</b>			
<b>Conceptos</b>	<b>2010 en M\$ 2011</b>	<b>2011 Real</b>	<b>Crecimiento</b>
IPS (ex INP)	1.041.202.067	1.130.090.934	88.888.867
7% SIL	5.121.902	5.391.953	270.051
Otros	113.775.762	126.928.708	13.152.947
<b>total</b>	<b>1.160.099.731</b>	<b>1.262.411.595</b>	<b>102.311.865</b>

### Nota N° 2

#### Transferencias Corrientes

El mayores ingresos que se observa con respecto al año 2010, se produce principalmente porque en el año 2011 se percibieron los recursos provenientes desde el Ministerio de Desarrollo Social por concepto de Sistema Chile Solidario que correspondían al año 2010 y 2011.

### Nota N° 3

#### Otros Ingresos Corrientes

Estos mayores ingresos del año 2011 con respecto al año 2010, corresponden principalmente a mayores ingresos por copagos MLE y por devolución de recursos desde la Subsecretaría de Salud Pública por concepto de Subsidios de Incapacidad Laboral que no fueron ejecutados en el año 2010.

### Nota N° 4

#### Aporte Fiscal

Si se comparan los ingresos por concepto de Aporte Fiscal del año 2010 (expresados en pesos 2011) con respecto al año 2011, este Subtítulo muestra una menor ejecución, debido principalmente a un cambio en la composición de financiamiento del año 2011 que se realizó en el decreto de cierre. Esto implicó una disminución de 80 mil millones en aporte fiscal siendo reemplazados por incrementos en imposiciones previsionales.

### Nota N° 5

#### Prestaciones de Seguridad Social

El mayor gasto de este subtítulo con respecto al año 2010 es de M\$ 26.221.278 lo que equivale a un 4,83%, esto se explica principalmente por un mayor gasto en el ítem de Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar de un 5,15% y un mayor gasto en el ítem MLE de un 4,89% respecto del año 2010.

El cuadro siguiente muestra el detalle por ítem:

<b>Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social</b>				
<b>Conceptos</b>	<b>Año 2010 en M\$</b>	<b>Año 2011 en M\$</b>	<b>Crecimiento en M\$</b>	<b>Tasa de Crecimiento</b>
MLE	340.838.595	357.504.554	16.665.959	4,89%
Déficit CCAF	200.600.969	210.922.809	10.321.840	5,15%
Prestaciones Sociales del Empleador	923.141	158.455	- 764.686	-82,84%
Fondo Bono Laboral	1.835	0	- 1.835	-100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>542.364.540</b>	<b>568.585.818</b>	<b>26.221.278</b>	<b>4,83%</b>

Nota N° 6

Transferencias Corrientes

El incremento de 4,22% del año 2011 respecto del año 2010 corresponde a MM\$ 114.168 y se desglosa de la siguiente manera:

<b>Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$</b>				
<b>Conceptos</b>	<b>2010 Real en M\$</b>	<b>2011 Real</b>	<b>Crecimiento</b>	<b>Tasa Crecimiento</b>
Atención Primaria	704.093.409	782.765.133	78.671.724	11,17%
Programa Prestaciones Valoradas	788.989.500	683.814.639	-105.174.861	-13,33%
PPV Servicios de Salud	689.577.121	574.403.985	-115.173.136	-16,70%
Convenios Compra de Prestaciones	99.412.379	103.160.167	3.747.788	3,77%
Bono AUGE	0	6.250.487	6.250.487	100,00%
Programa Prestaciones Institucionales	1.122.876.292	1.274.629.324	151.753.032	13,51%
ISP	253.503	530.257	276.754	109,17%
Convenios Internacionales	705.363	128.369	-576.994	-81,80%
Subsecretaría de Salud Pública	91.093.611	80.311.950	-10.781.661	-11,84%
<b>TOTAL</b>	<b>2.708.011.678</b>	<b>2.822.179.672</b>	<b>114.167.994</b>	<b>4,22%</b>

1.- El Aumento de 11,17% respecto al año 2010 en **Transferencias Atención Primaria de Salud**, se explica principalmente por:

- Transferencias a los Servicios de Salud para APS Municipal se incrementa (expansión 2011) en MM\$ 45.348 correspondiente a aumento de Población inscrita y validada en un 3,25% y aumento del precio del per cápita basal en un 8,8%.
- Aumento de MM\$ 12.446 correspondiente a un aumento de población de un 3,25% otorgado en la continuidad para el 2011.
- Transferencias a los Servicios de Salud para Garantías Explícitas en Salud se incrementa en MM\$ 13.219 por aumento de población beneficiaria, aumento específico de patologías crónicas como la Diabetes Mellitus II e Hipertensión arterial primaria, y por examen de medicina preventiva.

2.- Las Transferencias **Programa Prestaciones Valoradas**, se reducen en MM\$ 105.175 principalmente por:

- Una menor transferencia por concepto de Urgencias y Otras Valoradas por MM\$ 231.153 debido al traspaso de Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), SAMU, Camas Críticas y Partos desde PPV al PPI en el año 2011.
- Mayores Transferencias para Programa Reducción de Brechas por MM\$ 56.310
- Mayores Transferencias AUGE por MM\$ 24.196.
- Mayores transferencias por Complejas por MM\$ 20.080 y por SIDA MM\$ 12.865
- Mayores transferencias por rebases por MM\$ 2.560.
- Mayores compras directas a privados por Diálisis y días camas a través de la Unidad de Gestión Camas Críticas (UGCC).
- Aumento de compras a privados a través de la implementación del Bono Auge en el 2011.

3.- Transferencias **Programa de Prestaciones Institucionales**, se incrementaron en un 13,51% respecto del año 2010, lo que se explica por los siguientes factores:

- Mayores transferencias PPI por MM\$ 168.562 por traspaso desde PPV urgencias.
- Expansión 2011 de PPI por MM\$ 48.609 por efectos leyes RRHH, gestión camas, formación y contratación de 405 especialistas, cierre de brechas operacionales de los hospitales, puesta en marcha, etc.
- En el año 2010 hubo recursos para reparaciones por efecto del terremoto por MM\$ 37.445 que para el 2011 fueron rebajados.
- Menores recursos para pago deuda por MM\$ 29.745. A finales del año 2010 se incremento el marco en MM\$ 93.375, mientras que en el año 2011 sólo fueron por MM\$ 67.630

4.- En el año 2011, la transferencia para el pago de SIL Curativo a la Subsecretaría de Salud Pública disminuyó en MM\$ 10.781.

b) Comportamiento Presupuestario año 2011

Cuadro 3								
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2011								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial <sup>15</sup>	Presupuesto Final <sup>16</sup>	Ingresos y Gastos Devengados	Diferencia <sup>17</sup>	Notas <sup>18</sup>
				(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
			<b>INGRESOS</b>	<b>3.259.985.303</b>	<b>3.423.550.955</b>	<b>3.419.911.871</b>	<b>3.639.084</b>	
04			IMPOSICIONES PREVISIONALES	1.187.321.212	1.262.543.474	1.262.411.595	131.879	
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	19.053.739	19.053.739	22.266.798	-3.213.059	(1)
07			INGRESOS DE OPERACIÓN	236.879	11.381	10.601	780	
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	144.166.196	147.408.106	144.087.689	3.320.417	(2)
09			APORTE FISCAL	1.902.666.882	1.988.504.860	1.985.156.881	3.347.979	(3)
10			VTA ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	4.464	4.465	-1	
12			RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	6.540.396	6.024.931	5.973.842	51.089	
			<b>GASTOS</b>	<b>3.259.985.303</b>	<b>3.444.039.032</b>	<b>3.441.661.075</b>	<b>2.377.957</b>	
21			GASTOS EN PERSONAL	13.359.402	14.059.693	14.056.311	3.382	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	40.097.718	23.573.931	23.445.153	128.778	
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	560.669.129	567.571.827	568.585.817	-1.013.990	(4)
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.638.069.817	2.824.384.814	2.822.179.674	2.205.140	(5)
25			INTEGROS AL FISCO	7.468	7.468	0	7.468	
26			OTROS GASTOS CORRIENTES	0	4.210.000	3.884.631	325.369	
29			ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	196.853	634.103	396.340	237.763	
32			PRÉSTAMOS	7.583.916	6.575.617	6.091.570	484.047	
34			SERVICIO DE LA DEUDA	1.000	3.021.579	3.021.579	0	
			<b>RESULTADO</b>		<b>-20.488.077</b>	<b>-21.749.204</b>	<b>1.261.127</b>	

15 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

16 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2011.

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

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

## Notas Ingresos y Gastos Presupuestarios año 2011

### Nota N° 1

#### Transferencias Corrientes

Estos mayores ingresos corresponden a las Transferencias de Chile Solidario percibidas en Fonasa en el mes de enero del 2011. Corresponden al convenio del año 2010 entre el FONASA, Ministerio de Salud y de Desarrollo Social.

### Nota N° 2

#### Otros Ingresos Corriente

Estos mayores ingresos con respecto al presupuesto están dados principalmente por ingresos percibidos desde la Subsecretaría de Salud Pública por devolución de recursos no ejecutados en el año 2010 por concepto de SIL.

### Nota N° 3

#### Aporte Fiscal

Estos menores ingresos por M\$ 3.347.979 corresponden a recursos que no fueron remitidos por DIPRES, por efecto de recursos devengados y no pagados en especial del Bono Auge.

### Nota N° 4

#### Prestaciones de Seguridad Social

Este menor gasto de M\$ 1.013.991 corresponde principalmente a:

- Menores gastos por M\$ 764.301 por Modalidad Libre Elección
- Mayores gastos por M\$ 1.778.290 por Subsidios Pagados por las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

<b>Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social en M\$</b>			
<b>Conceptos</b>	<b>Ppto. Final 2011</b>	<b>Devengado Año 2011</b>	<b>Diferencia</b>
MLE	358.268.853	357.504.552	764.301
Déficit CCAF	209.144.519	210.922.809	-1.778.290
Fondo al Retiro	158.455	158.455	0
<b>TOTAL</b>	<b>567.571.827</b>	<b>568.585.816</b>	<b>-1.013.989</b>

### Nota N° 5

#### Transferencias Corrientes

El menor gasto de M\$ 2.205.143 del presupuesto corresponde principalmente a transferencias a la Subsecretaría de Salud Pública por M\$ 2.007.035 por concepto de SIL.



### c) Indicadores Financieros

Cuadro 4							
Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo <sup>19</sup>			Avance <sup>20</sup> 2011/ 2010	Notas
			2009	2010	2011		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales <sup>21</sup> )		0,74	0,82	0,95	115,79%	(1)
	[IP Ley inicial / IP devengados]		1,81	2,78	22,34	803,5%	(2)
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP percibidos / IP devengados]		1,00	1,00	1,00	100,00%	(2)
	[IP percibidos / Ley inicial]		0,55	0,36	0,04	12%	(2)
	[DF/ Saldo final de caja]		0,17	0,08	0,46	575%	
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)		1,20	0,25	0,53	212%	

#### Notas N° 1

Se considera como Políticas Presidenciales para el año 2011 sólo la Rebaja de austeridad de recursos públicos.

#### Nota N° 2

Se considera como Ingresos Propios al Subtítulo 07 Ingresos de Operación.

19 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2011. Los factores de actualización de las cifras de los años son 1,103 y 1,015 respectivamente. (Revisar referencia, ya que no se involucra información del año (AJ)).

20 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.

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

d) Fuente y Uso de Fondos

<b>Cuadro 5</b>				
<b>Análisis del Resultado Presupuestario 2011<sup>22</sup></b>				
<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Saldo Inicial</b>	<b>Flujo Neto</b>	<b>Saldo Final</b>
	<b>FUENTES Y USOS</b>	<b>20.489.081</b>	<b>-20.443.698</b>	<b>45.383</b>
	<b>Carteras Netas</b>		<b>-8.916.707</b>	<b>-8.916.707</b>
115	Deudores Presupuestarios	0	-53.605	-53.605
215	Acreedores Presupuestarios	0	-8.863.102	-8.863.102
	<b>Disponibilidad Neta</b>	<b>69.487.192</b>	<b>-6.666.024</b>	<b>62.821.168</b>
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	69.487.192	-6.666.024	62.821.168
	<b>Extrapresupuestario neto</b>	<b>-48.998.111</b>	<b>-4.860.967</b>	<b>-53.859.078</b>
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	408.077	-85.436	322.641
116	Ajustes a Disponibilidades	292.725	29.259	321.984
119	Trasposos Interdependencias	0	0	0
214	Depósitos a Terceros	-49.595.407	-4.839.442	-54.434.849
216	Ajustes a Disponibilidades	-103.506	34.652	-68.854

<sup>22</sup> Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

**e) Cumplimiento Compromisos Programáticos**

<b>Cuadro 6</b>				
<b>Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2011</b>				
<b>Denominación</b>	<b>Ley Inicial</b>	<b>Presupuesto Final</b>	<b>Devengado</b>	<b>Observaciones</b>

**\*Nota: No corresponde Informar al Fondo Nacional de Salud**

## f) Transferencias<sup>23</sup>

<b>Cuadro 7</b>					
<b>Transferencias Corrientes</b>					
<b>Descripción</b>	<b>Presupuesto Inicial 2011<sup>24</sup> (M\$)</b>	<b>Presupuesto Final 2011<sup>25</sup> (M\$)</b>	<b>Gasto Devengado (M\$)</b>	<b>Diferencia<sup>26</sup></b>	<b>Notas</b>
<b>TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO</b>					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros (convenios de Provisión de Prestaciones Médicas)					
Bono AUGE	109.978.325	103.162.369	103.160.167	2.202	
	6.269.428	6.269.428	6.250.487	18.941	
<b>TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS</b>					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros <sup>27</sup>					
<b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b>	<b>116.247.753</b>	<b>109.431.797</b>	<b>109.410.654</b>	<b>21.143</b>	

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

24 Corresponde al aprobado en el Congreso.

25 Corresponde al vigente al 31.12.2011.

26 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

27 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

g) Inversiones<sup>28</sup>

Cuadro 8								
Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2010								
Iniciativas de Inversión	Costo Total Estimado <sup>29</sup>	Ejecución Acumulada al año 2011 <sup>30</sup>	% Avance al Año 2011	Presupuesto Final Año 2011 <sup>31</sup>	Ejecución Año 2011 <sup>32</sup>	Saldo por Ejecutar		Notas
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(7) = (4) - (5)		

**FONASA NO TIENE INVERSIÓN**

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

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

30 Corresponde a la ejecución de todos los años de inversión, incluyendo el año 2011.

31 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2011.

32 Corresponde al valor que se obtiene del informe de ejecución presupuestaria devengada del año 2011.

## Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2011

Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2011

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2011										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2011	Cumple SI/NO <sup>33</sup>	% Cumplimiento <sup>34</sup>	Notas
				2009	2010	2011				
Plan de seguro y beneficios	Porcentaje de recaudación de cotizaciones del segmento dependientes, en el año t	(monto de cotizaciones recaudadas en el año t, para el segmento dependientes/monto de cotizaciones declaradas en el año t, para el segmento dependientes)*100	%	97.6%	97.6%	97.7%	97.7%	SI	100%	
				(8185720	(8960840	05691.0/	(9210801			
				00000.0/	00.0/918	9477089	00000.0/			
				8384708	120000.0	69669.0)*	9430186			
	Enfoque de Género: No			66213.0)*	100	100	00000.0)*			
				100	)*100	100	100			
Plan de seguro y beneficios	Tasa de crecimiento promedio en el número de intervenciones de salud del arancel PPV año t+2, respecto del arancel PPV año 2009.-	((Numero de intervenciones de salud incluidas en propuesta de arancel PPV año t+2/Numero de intervenciones de salud vigentes en arancel PPV año 2009)-1)*100	%	18.4%	9.8%	37.0%	35.5%	SI	104%	
				((630.0/5	((538.0/4	((729.0/5	((721.0/5			
				32.0)-	90.0)-	32.0)-	32.0)-			
				1)*100	1)*100	1)*100	1)*100			
	Enfoque de Género: No									

<sup>33</sup> Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2011 es igual o superior a un 95% de la meta.

<sup>34</sup> Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2011 en relación a la meta 2011.

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2011

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2011	Cumple SI/NO <sup>33</sup>	% Cumplimiento <sup>34</sup>	Notas
				2009	2010	2011				
Canales de Atención	Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su seguro de salud/Nº total de usuarios FONASA encuestados en el año t)*100	(Nº de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su seguro de salud/Nº total de usuarios FONASA encuestados en el año t)*100	%	86.0%	85.5%	87.2%	87.0%	SI	100%	
				(1128.0/1312.0)*100	(479.0/560.0)*100	(484.0/555.0)*100	(1141.0/1312.0)*100			
				H: 83.2	H: 0.0	H: 87.4	H: 84.1			
				(308.0/370.0)*100	(0.0/0.0)*100	(111.0/127.0)*100	(311.0/370.0)*100			
				M: 87.1	M: 0.0	M: 87.4	M: 88.1			
				(820.0/942.0)*100	(0.0/0.0)*100	(374.0/428.0)*100	(830.0/942.0)*100			
Mecanismos de control y de pago a Prestadores	Porcentaje de medidas administrativas o sanciones aplicadas a prestadores de la Modalidad de Libre Elección (MLE) por fiscalización en el año t	(Número de medidas administrativas o sanciones aplicadas a prestadores de la Modalidad de Libre Elección (MLE) por fiscalización en el año t/Número total de fiscalizaciones en la Modalidad de Libre Elección (MLE) en el año t)*100	%	12%	10%	10%	SI	102%		
				(176/1450)*100	(304/2972)*100	(160/1600)*100				
				N.M.						
	Enfoque de Género: No									

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2011

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2011	Cumple SI/NO <sup>33</sup>	% Cumplimiento <sup>34</sup>	Notas
				2009	2010	2011				
Plan de seguro y beneficios	Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas en el año t	(N° de Garantías de Protección Financiera cumplidas en el año t/ N° de Garantías de Protección Financiera registradas en el año t)*100	%		100%	100%	100%	SI	100%	
	Enfoque de Género: No			0% (0/0)*100	(809723/809723)*100	(939502/939502)*100	(796929/796929)*100			
Plan de seguro y beneficios	Porcentaje de garantías de acceso cumplidas en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas en el año t	(N° de Garantías de Acceso cumplidas en el año t/N° de Garantías de Acceso registradas en el año t)*100	%			100%	100%	SI	100%	
				0% (0/0)*100	(2636200/2636307)*100	(2282352/2282372)*100				
				H: 100	100%	H: 100	H: 100			
				(829426/829426)*100	(1919275/1919283)*100	(1705897/1705966)*100	(912941/912941)*100			
	Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres:		M: 100 H: 0	H: 0 M: 0	M: 100 M: 100	M: 100 M: 100			
				(1244139/1244139)*100		(930303/930341)*100	(1369411/1369411)*100			



**Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2011**

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2011	Cumple SI/NO <sup>33</sup>	% Cumplimiento <sup>34</sup>	Notas
				2009	2010	2011				
						100%	100%			
		(N° de Garantías de Oportunidad de Tratamiento cumplidas en el año t / N° de Garantías de Oportunidad de Tratamiento registradas en el año t)*100		0%		(1763950 /1763950)*100	(7426665 /7426665)*100			
Plan de seguro y beneficios	Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas en el año t		%	H: 100	100%	H: 100	H: 100	SI	100%	
				(2977640 /2977640)*100	(1857845 /1858438)*100	(580071/ 580071)*100	(2970666 /2970666)*100			
				M: 100	H: 0	M: 100	M: 100			
				Hombres: (4284896 /4284896)*100		(1183879 /1183879)*100	(4455999 /4455999)*100			
	Enfoque de Género: Si			Mujeres: (4284896 /4284896)*100	M: 0	(1183879 /1183879)*100	(4455999 /4455999)*100			
Plan de seguro y beneficios	Porcentaje de recuperación de cotizaciones adeudadas en el año t	(Monto de cotizaciones adeudadas recuperadas en el año t/Monto total de cotizaciones adeudadas en el año t)*100	%	36%	51%	54%	39%	SI	138%	1
Mecanismos de control y de pago a Prestadores	Enfoque de Género: No			(7081700 /8866213)*100	(1087200 /542000)*100	(1150210 /5220000)*100	(8556015 /8500000)*100			

## Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2011

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2011	Cumple SI/NO <sup>33</sup>	% Cumplimiento <sup>34</sup>	Notas
				2009	2010	2011				
Plan de seguro y beneficios	Porcentaje de recuperación de préstamos médicos en el año t sobre el monto total de préstamos médicos otorgados en el año t	(Monto de Préstamos Médicos recuperados en el año t/Monto de Préstamos Médicos otorgados en el año t)*100	%	88.6%	92.0%	95.1%	93.0%	SI	102%	
				(6360283 / 448.0/71)	(5957238 / 534.0/64)	(5922974 / 674.0/62)	(7460000 / 000.0/80)			
				7670690	7758131	3013819	2200000			
				6.0)*100	4.0)*100	3.0)*100	0.0)*100			

**Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:** 100 %  
**Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:** 0 %  
**Porcentaje de cumplimiento global del servicio:** 100 %

1.- El sobrecumplimiento de este indicador se explica por una estimación conservadora de la meta para 2011 y por el mayor control ejercido por FONASA sobre los procesos de recuperación del IPS (entidad en convenio). Junto con esto, se implementó un piloto que consistió en contratar una empresa de cobranza externa para el segundo semestre, teniéndose una estimación de aumento menor a la efectiva. Una medida de mitigación al revisar los datos para la formulación del H2012, fue aumentar la meta a un 50%, logrando equiparar el valor obtenido en el año 2011 de un 53,8%.

- Otros Indicadores de Desempeño medidos por la Institución el año 2011

<b>Cuadro 10</b>							
<b>Otros indicadores de Desempeño año 2011</b>							
<b>Producto Estratégico</b>	<b>Nombre Indicador</b>	<b>Fórmula Indicador</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Efectivo</b>			<b>Notas</b>
				<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	

**No Aplica**

## Anexo 5: Compromisos de Gobierno

Cuadro 11 Cumplimiento de Gobierno año 2011			
Objetivo <sup>35</sup>	Producto <sup>36</sup>	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula <sup>37</sup>	Evaluación <sup>38</sup>
Implementar nuevo modelo de fiscalización	Implementar nuevo modelo de fiscalización a prestadores y a los pagos bajo modalidad de libre elección	Mecanismos de control y de pago a Prestadores	A tiempo en su cumplimiento
Reestructurar FONASA	Reestructurar internamente FONASA	Canales de Atención	A tiempo en su cumplimiento
Implementar el sistema de huella digital en el sistema de salud público para comprar bonos de fonasa	Implementar el sistema de huella digital en el sistema de salud público	Canales de Atención	Cumplido
Terminar con las listas de espera AUGE antes de noviembre de 2011	Dar cumplimiento a las garantías retrasadas AUGE	Plan del Seguro y Beneficios	Cumplido
Realizar un estudio de costos del sector salud	Realizar un estudio de costos del sector salud	Plan del Seguro y Beneficios	Cumplido
Optimizar el proceso de recaudación de Fonasa (Cotizaciones y pagos)	Optimizar el proceso de recaudación mediante un estudio de caracterización de los asegurados y coordinación con los servicios de salud para incrementar la recaudación	Mecanismos de control y de pago a Prestadores	Cumplido
Implementar programa FONASA Pasa Visita	Implementar programa FONASA Pasa Visita	Canales de Atención	Cumplido

35 Corresponden a actividades específicas a desarrollar en un período de tiempo preciso.

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

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

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

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Gobierno año 2011**

<b>Objetivo<sup>35</sup></b>	<b>Producto<sup>36</sup></b>	<b>Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula<sup>37</sup></b>	<b>Evaluación<sup>38</sup></b>
Implementar plan de tecnologías de información	Implementar las siguientes iniciativas: Registro de prestaciones no AUGE, nuevo sistema de recursos humanos, depuración de la base de datos de beneficiarios y cotizaciones	Canales de Atención	Cumplido
Implementar la licencia médica electrónica en prestadores públicos	Implementar la licencia médica electrónica en prestadores públicos	Mecanismos de control y de pago a Prestadores	Cumplido

## **Anexo 6: Informe Preliminar<sup>39</sup> de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas<sup>40</sup>**

(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011)

**Programa / Institución:**

**Año Evaluación:**

**Fecha del Informe:**

<b>Cuadro 11</b>	
<b>Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas</b>	
<b>Compromiso</b>	<b>Cumplimiento</b>

**FONASA no cuenta con programas evaluados**

---

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

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

## Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2011

(Programa de Mejoramiento de la Gestión, Metas de Eficiencia Institucional u otro)

### CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AÑO 2011

#### I. IDENTIFICACIÓN

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

#### II. FORMULACIÓN PMG

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión				Prioridad	Ponderador	% del ponderador obtenido	Cumple
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance							
			I	II	III	IV				
Marco Básico	Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información				○	Mediana	10.00%		✓
		Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana				○	Mediana	15.00%		✓
		Sistema Seguridad de la Información			○		Menor	5.00%		✓
	Planificación / Control de Gestión	Descentralización	○				Mediana	10.00%		✓
		Equidad de Género	○				Mediana	10.00%		✓
		Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	○				Alta	50.00%	100	✓
Porcentaje Total de Cumplimiento :							100.00%			

#### III. SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACIÓN DE CONTENIDO DE ETAPA

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Tipo	Etapa	Justificación
-------	----------------------	----------	------	-------	---------------

## Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

Cuadro					
Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2011					
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo Trabajo <sup>41</sup>	de N° de metas por gestión de comprometidas por Equipo de Trabajo	de Porcentaje Cumplimiento de Metas <sup>42</sup>	de	Incremento por Desempeño Colectivo <sup>43</sup>
<b>Equipo N°1: Procesos estratégicos.</b>					
Áreas: Dirección, Auditoría Interna, Marketing, Comunicaciones y Relaciones Institucionales, Planificación Institucional.					
	42	4	100%		6,55%
<b>Equipo N°2: Procesos de Negocio.</b>					
Áreas: Depto. Finanzas, Depto. Comercialización, Depto. Control y Calidad de Prestaciones					
	82	5	100%		6,55%
<b>Equipo N° 3: Procesos de Soporte.</b>					
Áreas: Subdepto. de Administración- Depto. Gestión de Tecnologías de la Información-Subdepto. RR.HH.-Depto. Fiscalía.					
	99	5	100%		6,55%
<b>Equipo N°4: Procesos atención del asegurado.</b>					
Áreas: Subdepto. Gestión Regional y Direcciones Zonales					
	873	3	100%		6,55%

41 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2010.

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

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



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

BOLETÍN: 7899-11

Descripción: Traspasa al Fondo Nacional de Salud la tramitación de las licencias médicas que indica.

Objetivo: La idea matriz o fundamental del proyecto es traspasar al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), algunas de las competencias ejecutadas en la actualidad por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), en lo que dice relación con la tramitación y resolución de las licencias médicas, y pago de los subsidios por incapacidad laboral a que ellas dan origen.

Fecha de ingreso: Jueves 1 de septiembre, 2011

Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional / Senado. Pendiente 07/03/2012

Beneficiarios directos: Todos los asegurados de Fonasa que pueden optar al beneficio de Licencia medicas, 9.088.418 asegurados.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile