
BALANCE
DE GESTIÓN INTEGRAL
AÑO 2004

FONDO NACIONAL DE SALUD



SANTIAGO DE CHILE

*Monjitas 665, Santiago. Tel: 6614981, Fax: 6614946
Página web: www.fonasa.cl*

Índice

1. Carta del Jefe de Servicio	4
2. Identificación de la Institución	7
• Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución	8
• Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio	9
• Principales Autoridades	10
• Definiciones Estratégicas	11
- Misión Institucional	11
- Objetivos Estratégicos	11
- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos	11
- Clientes / Beneficiarios / Usuarios	13
- Productos Estratégicos vinculado a Clientes / Beneficiarios / Usuarios	13
• Recursos Humanos	14
- Dotación Efectiva año 2004 por tipo de Contrato y Sexo	14
- Dotación Efectiva año 2004 por Estamento y Sexo	15
- Dotación Efectiva año 2004 por Grupos de Edad y Sexo	16
• Recursos Financieros	17
- Recursos Presupuestarios año 2004	17
3. Resultados de la Gestión	18
• Cuenta Pública de los Resultados	19
- Balance Global	19
- Resultados de la Gestión Financiera	23
- Resultados de la Gestión por Productos Estratégicos	34
• Cumplimiento de Compromisos Institucionales	41
- Informe de Programación Gubernamental	41
- Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas.....	42
• Avances en Materias de Gestión.....	44
- Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión	44
- Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo	48
- Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales	49
- Avances en otras Materias de Gestión	50
• Proyectos de Ley.....	52
4. Desafíos 2005	53

5. Anexos.....	57
• Anexo 1: Indicadores de Desempeño Presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2004	58
• Anexo 2: Otros Indicadores de Desempeño	65
• Anexo 3: Programación Gubernamental	67
• Anexo 4: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas	69
• Anexo 5: Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión 2004	72
• Anexo 6: Transferencias Corrientes	74
• Anexo 7: Iniciativas de Inversión.....	75
• Anexo 8: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos	77

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Dotación Efectiva año 2004 por tipo de Contrato y Sexo.....	14
Cuadro 2: Dotación Efectiva año 2004 por Estamento y Sexo.....	15
Cuadro 3: Dotación Efectiva año 2004 por Grupos de Edad y Sexo.....	16
Cuadro 4: Ingresos Presupuestarios Percibidos año 2004.....	17
Cuadro 5: Gastos Presupuestarios Ejecutados año 2004.....	17
Cuadro 6: Ingresos y Gastos años 2003 – 2004.....	23
Cuadro 7: Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2004.....	26
Cuadro 8: Indicadores de Gestión Financiera.....	33
Cuadro 9: Cumplimiento Convenio Colectivo año 2004.....	48
Cuadro 10: Cumplimiento de Indicadores de Desempeño año 2004.....	58
Cuadro 11: Avance Otros Indicadores de Desempeño año 2004.....	65
Cuadro 12: Cumplimiento Programación Gubernamental año 2004.....	67
Cuadro 13: Cumplimiento Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas.....	69
Cuadro 14: Cumplimiento PMG 2004.....	72
Cuadro 15: Cumplimiento PMG años 2001 – 2003.....	73
Cuadro 16: Transferencias Corrientes.....	74
Cuadro 17: Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2004.....	76
Cuadro 18: Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos.....	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Dotación Efectiva año 2004 por tipo de Contrato.....	14
Gráfico 2: Dotación Efectiva año 2004 por Estamento.....	15
Gráfico 3: Dotación Efectiva año 2004 por Grupos de Edad y Sexo.....	16

1. Carta del Jefe de Servicio



DR. ALVARO ERAZO LATORRE
DIRECTOR FONDO NACIONAL DE SALUD

El Gobierno del Presidente Ricardo Lagos en su quinto año de gestión ha tenido como uno de sus grandes propósitos el lograr una mayor igualdad de oportunidades de acceso a la salud para las personas, realizando importantes incrementos en los presupuestos asignados para esta cartera, así como significativas adecuaciones del aparato público de FONASA en pos de una mejora en la calidad de sus prestaciones.

Este balance de la gestión en salud cumple en primer lugar con el compromiso de presentar e informar de manera transparente, los distintos avances del quehacer de FONASA, presentando los principales logros obtenidos en el año 2004 para luego mencionar algunos de los hitos y desafíos que se plantean para el año 2005.

En el año 2004 se impulsaron y llevaron a cabo una serie de iniciativas en salud, con efectos positivos tanto en términos cualitativos como en relación a la cobertura de las propuestas. Se trabajó sobre metas de impacto concreto –Piloto Auge- y con programas destinados a reducir las brechas aún persistentes en el acceso igualitario a la salud, así como la orientación de la gestión hacia la satisfacción usuaria

Para entender lo anterior, es necesario señalar que la población Beneficiaria de FONASA, a diciembre de 2004 alcanzaba a 10.770.103 personas, representando un 67.7% de la población total del País y experimentando un crecimiento de un 1.8% respecto de diciembre de 2003. La población cotizante, es decir, aquella compuesta por trabajadores dependientes, independientes y pensionados, asociados a los grupos de ingresos B, C y D, experimentó un crecimiento entre diciembre de 2004 y 2003, de un 5.8%, alcanzando a 4.097.163 personas.

La población beneficiaria Fonasa grupo A, conformada por personas carentes de recursos, y los beneficiarios del SUF y PASIS, para el período 2003 - 2004, experimentaron una baja de -0.3%, es decir, 10.282 personas modificaron su condición económica, migrando a los grupos B, C, D o al sistema de ISAPRES.

Por tanto, para garantizar en forma explícita el acceso universal al Sistema, mejorando la gestión sanitaria y la entrega de las atenciones de salud, para la población que atiende FONASA, fue necesario contar con un proceso de cambio de los paradigmas del modelo de atención, que tuvo como objetivo final la mejora continua de los estándares de vida de la población generando mayores oportunidades en el desarrollo en salud para todos los ciudadanos y en especial para nuestros beneficiarios.

En este escenario, FONASA ha debido modificar el enfoque con el que había estado trabajando en los últimos 5 años, orientando gran parte de sus recursos, tanto humanos como financieros al diseño, desarrollo e implementación de un modelo de gestión de garantías, que a partir del año 2002 se puso en marcha bajo el nombre de Piloto AUGE partiendo con 3 problemas de salud, los que paulatinamente fueron aumentando llegando a 17 en el año 2004 y 25 para el 2005.

Durante este año 2004 la agencia ADIMARK, en conjunto con Centro Nacional de la productividad y la calidad de la U. Adolfo Ibáñez, realizó un estudio que estableció un índice nacional de satisfacción de consumidores en diferentes áreas, entre ellas salud. Este índice de comparación de satisfacción, percibida por beneficiarios FONASA y beneficiarios de ISAPRES, arrojó como resultado que la satisfacción neta –la resta entre los no satisfechos a los satisfechos- alcanza a un 52% para Fonasa y un 32% para las ISAPRES. Adicionalmente, la encuesta Barómetro del CERC mostró que en este mismo período FONASA se alzaba como la Institución Pública que proyectaba la mayor confianza entre la ciudadanía.

El manejo, la administración y la gestión de los recursos públicos ha sido objeto de especial preocupación en este Gobierno, para lo cual se han adoptado diferentes iniciativas como la incorporación de tecnologías de punta y las nuevas técnicas sobre dirección de empresas y organizaciones, tendientes a la Modernización de la Gestión Pública, el Fortalecimiento de la Probidad Administrativa y la Transparencia de la Actividad Gubernamental, puntos todos reunidos bajo un mismo concepto como lo es el de Gobierno electrónico, con sus proyectos asociados , sistema de información para la gestión financiera (SIGFE), Chile compra y Proyecto de Titularidad de Derecho.

Unido a las acciones antes mencionadas y como una forma de gestionar eficientemente el uso de los recursos, se implementaron acciones de Fiscalización y Control hacia aquellas áreas de mayor impacto financiero, por Modalidad de Atención, la finalidad centrándose principalmente en aquellos sistemas que regulan la correcta aplicación de las prestaciones de salud y por tanto, el correcto uso del Seguro Público. Para el 2004 el sistema de fiscalización han llevado a evitar gastos adicionales en la Modalidad de Libre Elección por montos cercanos a los 6.150 millones de pesos.

Adicionalmente, se han realizado una serie de esfuerzos para mejorar el acceso y cobertura de las atenciones en salud. Esto se ha materializado en la generación de distintos convenios tanto públicos como privados para mejorar la cobertura en aquellas prestaciones que han tenido mayor demanda en los últimos años. Ejemplo de esto último son los convenios generados para el tratamiento de hemodiálisis y tratamiento de los cánceres (radioterapia curativa y paliativa), en el marco del Piloto AUGE. A su vez se realizaron convenios con la Sociedad Pro Ayuda la Niño Lisiado Teletón, Convenios de Radioterapia con IRAM e Instituto Oncológico de Viña del Mar; convenios en la especialidad de gastroenterología con la Clínica Alemana de Santiago; Convenio Cardiovascular con la Clínica Antofagasta y Convenio con la Clínica La Familia para Cuidados Paliativos para pacientes con VIH, entre otros.

Por su parte se crearon dos nuevos programas para mejorar el acceso y cobertura al Servicio. Uno es el Programa de mejoramiento de acceso y cobertura para las minorías étnicas, en donde se ha generado: a) convenios para la resolución dental y oftalmológica de comunidades aymarás de San Pedro de Atacama; b) Convenio con Cruz Roja y GTZ para la resolución dental y oftalmológica de sectores mapuches de Araucanía Sur y c) Convenios para la resolución dental, otorrinolaringológica y oftalmológica de comunidades ADI, Tami Mapu Arauco y Alto Bio Bio y Tirua Sur, en la VIII Región. El segundo programa es el destinado a acercar la atención de salud a nuestros beneficiarios de zonas extremas, en donde se han desarrollado: a) Convenio con el Centro de Rehabilitación Cruz del Sur de Punta Arenas y Puerto Natales, para la entrega de atención psico-bio-social a los niños menores de 18 años y b) Convenio entre el Servicio de Salud Llanchipal, Fonasa y el Hospital de Esquel para la entrega de atenciones de salud.

Finalmente, los desafíos de FONASA para el año 2005, se encuentran enmarcados dentro de la Reforma de Salud, principalmente cumpliendo el Rol de Asegurador Público, brindando acceso, oportunidad, protección financiera y servicios de calidad a nuestra población usuaria. Con este fin y como una forma de responder efectivamente a las demandas de los Beneficiarios del Fonasa se a planteado para el año 2005, los siguientes objetivos estratégicos: Asegurar el Acceso y disponibilidad en la entrega de las acciones, prestaciones y servicios, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por nuestros beneficiarios, a través de la implementación del Plan de Salud; Lograr un aseguramiento de la Protección Social en Salud eficaz, eficiente y competitivo a través de la plena integración de las funciones institucionales; Mantener a la población informada de sus beneficios, derechos y obligaciones, en el ámbito de la protección social en salud, con el fin de que haga un correcto uso del Seguro Público y Fortalecer la Institución promoviendo una gestión innovadora, con excelencia, con liderazgo estratégico regional y nacional, entre los servicios públicos, e internacional en el ámbito de la seguridad social. Objetivos todos, que permitirán alcanzar y dar cumplimiento a nuestra Misión y de esta forma mejorar el Sistema de Seguridad Social en materia de Salud.



Dr. Alvaro Erazo Latorre
Director Fondo Nacional de Salud

2. Identificación de la Institución

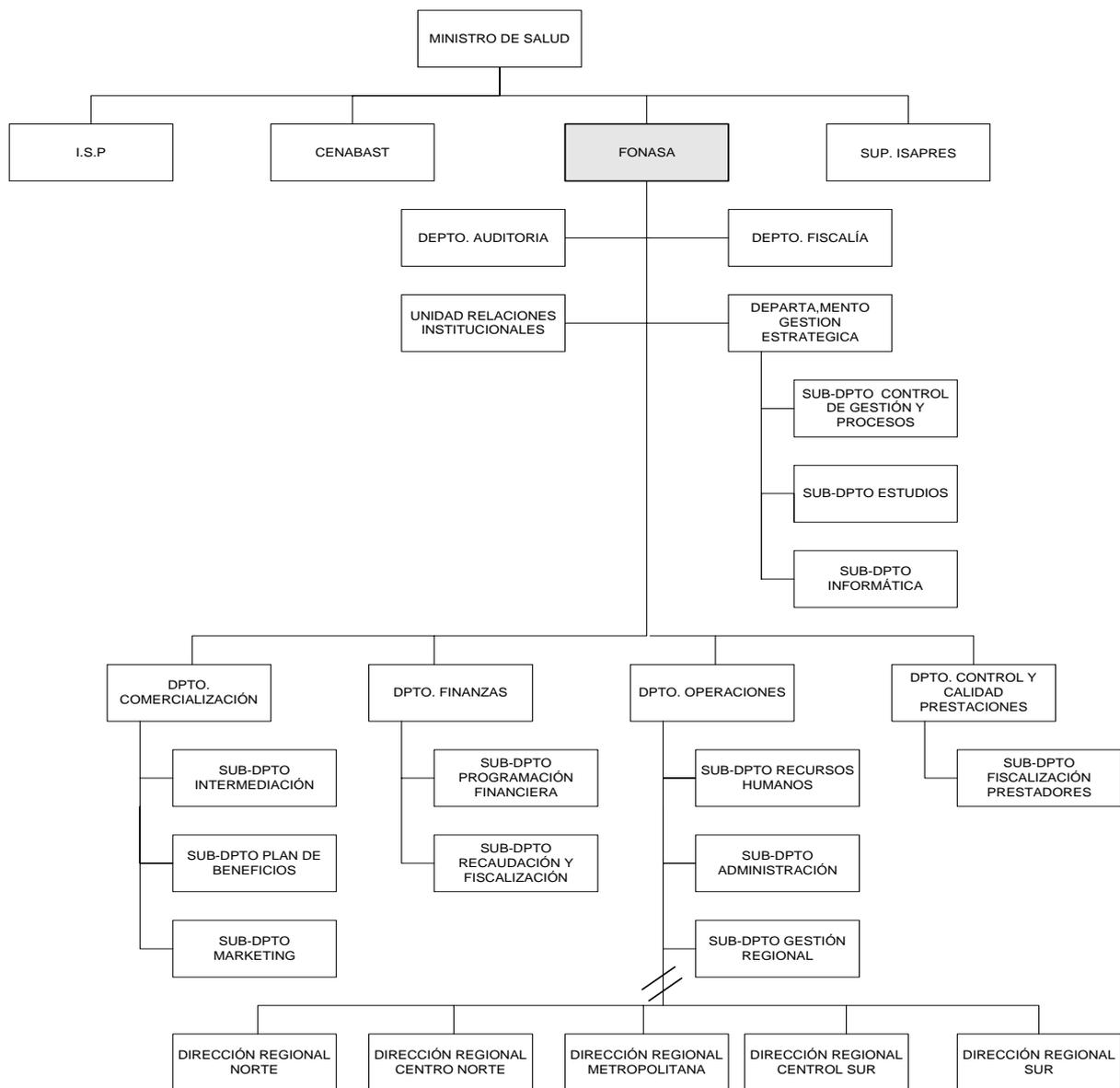
- Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución
- Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio
- Principales Autoridades
- Definiciones Estratégicas
 - Misión Institucional
 - Objetivos Estratégicos
 - Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos
 - Clientes / Beneficiarios / Usuarios
 - Productos Estratégicos vinculado a Clientes / Beneficiarios / Usuarios
- Recursos Humanos
 - Dotación Efectiva año 2004 por tipo de Contrato y Sexo
 - Dotación Efectiva año 2004 por Estamento y Sexo
 - Dotación Efectiva año 2004 por Grupos de Edad y Sexo
- Recursos Financieros
 - Recursos Presupuestarios año 2004

- **Leyes y Normativas que rigen el Funcionamiento de la Institución**

El Principal Marco Legal que rige al Fondo Nacional de Salud es el siguiente:

Decreto Ley N° 2.763 de 1979; Ley N° 18.469, de 1.985; Res. Ex 3A N° 1455 de 29.05.02; modificada por la RES EX.1G N° 3709 de 27.12. 02 y por la Res ex 3A 1814 de 02.07.03.; ley de Autoridad Sanitaria, N° 19937 publicada el 24.02.04; Ley 18.834, Estatuto Administrativo; Ley N° 19.915, de Presupuesto año 2004.

- Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio



- **Principales Autoridades**

Cargo	Nombre
Director	Alvaro Erazo Latorre
Jefe Dpto. de Auditoría	María Isabel Rodríguez
Jefe Depto. Fiscalía	Erika Díaz Muñoz
Jefe Unidad de Relaciones Institucionales	Maruja Bañados Contador
Jefe Depto Gestión Estratégica	José Miguel Sánchez
Jefe Depto Comercialización	Cecilia Jarpa Zúñiga
Jefe Depto Finanzas	Patricio Lagos Araya
Jefe Dpto Operaciones	Jorge Echeñique
Jefe Dpto Control y Calidad de Prestaciones	José Concha Góngora
Director Dirección Regional Norte	Viviana Porcile Navarrete
Director Dirección Regional Centro Norte	Eduardo Bartolomé Bachelet
Director Dirección Regional Metropolitana	Roberto Muñoz Bustos
Director Dirección Regional Centro Sur	Arturo San Martín Guerra
Director Dirección Regional Sur	Wilma Berg Kroll

• Definiciones Estratégicas

- Misión Institucional

Asegurar a los beneficiarios del FONASA el acceso y disponibilidad a los beneficios en el ámbito de la protección social en salud, con servicios de excelencia. Ser el asegurador público que garantiza a sus beneficiarios la protección social en salud de manera universal, solidaria y equitativa, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Asegurar el acceso y disponibilidad en la entrega de las acciones, prestaciones y servicios, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por nuestros beneficiarios, a través de la implementación del Plan de Salud.
2	Lograr el aseguramiento de la Protección Social en Salud en forma eficaz, eficiente y competitiva a través de la plena integración de las funciones institucionales.
3	Mantener a la población informada de sus beneficios, derechos y obligaciones, en el ámbito de la protección social en salud, con el fin de que haga un correcto uso del Seguro Público.
4	Fortalecer la Institución promoviendo una gestión innovadora, con excelencia, con liderazgo estratégico regional y nacional, entre los servicios públicos, e internacional en el ámbito de la seguridad social.

- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<u>Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales.</u> El Plan de Salud especifica los beneficios y prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios del FONASA, de carácter integral, universal, colectivo, solidario y equitativo, el cual ofrece grados crecientes de cobertura y garantías de atención (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) para toda su población beneficiaria. El Plan de salud que el Seguro Público (FONASA) ofrece a sus beneficiarios está consagrado en la Ley N° 18.469, la cual establece cobertura financiera a través de bonificaciones (aporte estatal), en función de la modalidad de atención a que accede el beneficiario. La diferencia originada entre este aporte y el valor de las prestaciones es cubierta por el beneficiario (co-pago). Para el caso de los	1,2

afiliados la misma Ley establece beneficios previsionales originados por una licencia médica.

- Régimen de Garantías Explícitas, AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).
 - Garantías explícitas (acceso, oportunidad, cobertura financiera, calidad) para los problemas de salud definidos por la autoridad sanitaria que se implementan gradualmente
- Modalidad de Atención Institucional (MAI)
 - Acceso y disponibilidad de prestaciones de Salud (niveles primario, secundario y terciario)
 - Acceso a Programas Especiales (POA, PAM, SIDA, Complejas, Urgencia, Salud Mental, Partos)
 - Préstamos médicos
- Modalidad Libre Elección (MLE).
 - Acceso y disponibilidad a las prestaciones de Salud otorgadas por los Prestadores privados o públicos en convenio con FONASA.
 - Acceso a Programas especiales (Cuenta Conocida)
 - Préstamos médicos.
 - Prestaciones Previsionales.

Fiscalización del Plan de Salud

2	Servicio orientado al resguardo del correcto uso del Seguro Público de Salud por prestadores y beneficiarios, asegurando el cumplimiento de los deberes y el ejercicio de los derechos de todos los actores del sistema en la entrega de las prestaciones, así como del correcto y oportuno pago de las cotizaciones de empleadores y de afiliados cuando corresponda.	2,3
	<ul style="list-style-type: none">• Fiscalización y Control de Prestaciones.• Fiscalización de Cotizaciones	

Servicios de atención al beneficiario/a

3	Entrega la orientación y los servicios necesarios para que el beneficiario acceda al Plan de Salud, promoviendo el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones. Gestiona el desarrollo de relaciones de confianza y credibilidad con los beneficiarios/as fortaleciendo los espacios de participación.	3,4
	<ul style="list-style-type: none">• Información del Plan de Salud (a través de la Red de Sucursales, Web, Call Center, FONASA - Móvil).• Emisión de Ordenes de Atención en Salud• Solución de sugerencias y reclamos• Acceso a participación ciudadana	

- **Cientes / Beneficiarios / Usuarios**

Número	Nombre
1	<p>Beneficiarios Afiliados (Ley 18.469): 4.097.163</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajador dependiente del sector público o privado, incluidos los contratados diariamente por turnos o jornadas y por obra o faena, que cotizan en FONASA.. - Trabajador independiente y voluntario que sea imponente del INP o de una AFP y que cotice en FONASA. - Personas que reciban pensión de algún sistema previsional y que cotice en FONASA.. - Subsidiados por Cesantía y por incapacidad laboral.
2	<p>Otros Beneficiarios (Ley 18.469): 6.672.940</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las cargas familiares de los cotizantes. - Beneficiarios de Pensiones Asistenciales de invalidez y ancianidad. - La mujer embarazada, que no tiene previsión, y los niños hasta los 6 años de edad, para el control de su salud. - Causantes del subsidio único familiar. - Personas carentes de recursos o indigentes.

- **Productos Estratégicos vinculado a Cientes / Beneficiarios / Usuarios**

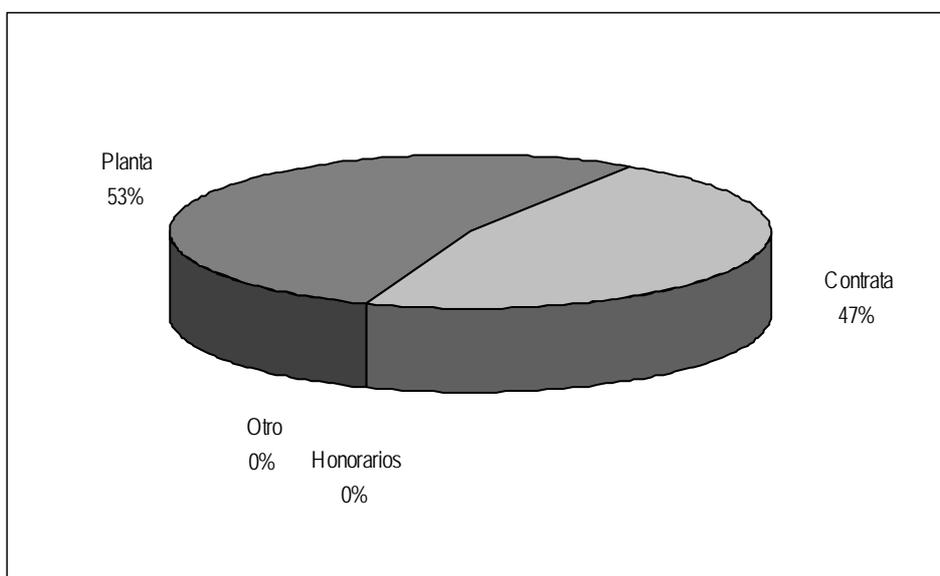
Número	Nombre - Descripción Producto Estratégico	Cientes/beneficiarios/usuarios a los cuales se vincula
1	Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales.	1,2
2	Fiscalización del Plan de Salud	1,2
3	Servicios de atención al beneficiario/a	1,2

- Recursos Humanos

- Dotación Efectiva año 2004 por tipo de Contrato y Sexo

Cuadro 1 Dotación Efectiva ¹ año 2004 por tipo de Contrato y Sexo			
	Mujeres	Hombres	Total
Planta	255	122	377
Contrata	208	125	333
Honorarios ²			
Otro			
TOTAL	463	247	710

Gráfico 1: Dotación Efectiva año 2004 por tipo de Contrato



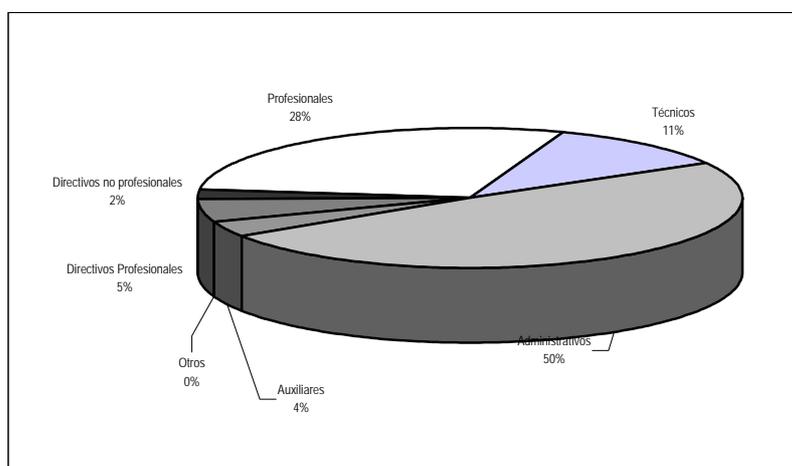
1 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

2 Considera sólo el tipo "honorario asimilado a grado".

- Dotación Efectiva año 2004 por Estamento y Sexo

Cuadro 2 Dotación Efectiva ³ año 2004 Por Estamento y Sexo			
	Mujeres	Hombres	Total
Directivos Profesionales ⁴	19	19	38
Directivos no profesionales ⁵	6	10	16
Profesionales ⁶	125	77	202
Técnicos ⁷	45	35	80
Administrativos	265	83	348
Auxiliares	3	23	26
Otros ⁸			
TOTAL	463	247	710

Gráfico 2: Dotación Efectiva año 2004 por Estamento



3 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

4 Se debe incluir a Autoridades de Gobierno, Jefes superiores de Servicios y Directivos Profesionales.

5 En este estamento, se debe incluir a Directivos no Profesionales y Jefaturas de Servicios Fiscalizadores.

6 En este estamento, considerar al personal Profesional, incluido el afecto a las Leyes Nos. 15.076 y 19.664, los Fiscalizadores y Honorarios asimilados a grado.

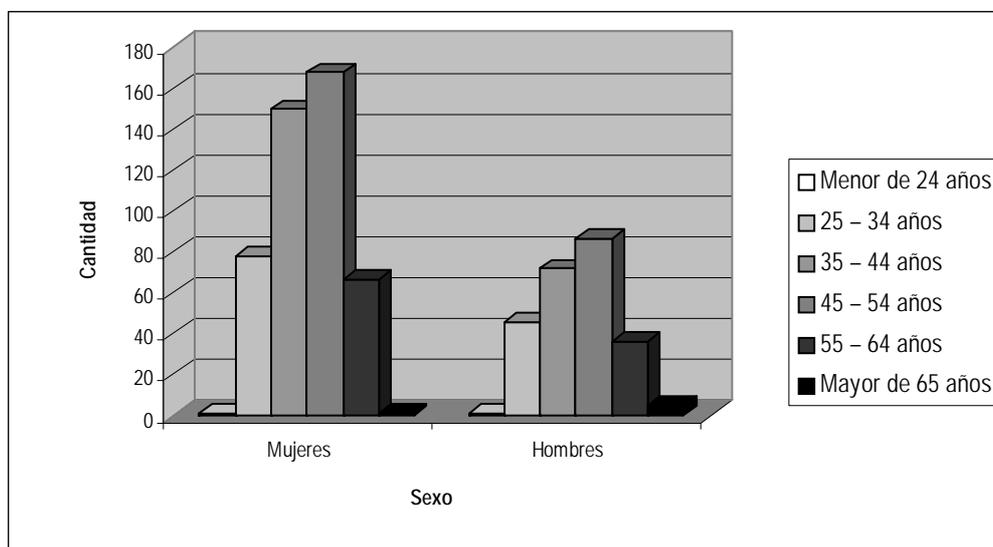
7 Incluir Técnicos Profesionales y No profesionales.

8 Considerar en este estamento los jornales permanentes y otro personal permanente.

- Dotación Efectiva año 2004 por Grupos de Edad y Sexo

Cuadro 3 Dotación Efectiva ⁹ año 2004 por Grupos de Edad y Sexo			
Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
Menor de 24 años	1	1	2
25 – 34 años	78	46	124
35 – 44 años	150	72	222
45 – 54 años	168	87	255
55 – 64 años	65	36	101
Mayor de 65 años	1	5	6
TOTAL	463	247	710

Gráfico 3: Dotación Efectiva año 2004 por Grupos de Edad y Sexo



9 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

- **Recursos Financieros**

- **Recursos Presupuestarios año 2004**

Cuadro 4 Ingresos Presupuestarios Percibidos ¹⁰ año 2004		Ingresos Devengados
Descripción	Monto M\$	Monto M\$
Aporte Fiscal	637.611.035	637.611.035
Endeudamiento ¹¹		
Otros Ingresos ¹²	696.553.222	696.606.825
TOTAL	1.334.164.257	1.334.217.860

Cuadro 5 Gastos Presupuestarios Ejecutados ¹⁰ año 2004		Gastos devengados
Descripción	Monto M\$	Monto M\$
Corriente ¹³	1.315.705.415	1.316.080.939
De Capital ¹⁴	13.362.817	13.366.056
Otros Gastos ¹⁵	5.096.025	4.770.865
TOTAL	1.334.164.257	1.334.217.860

10 Esta información corresponde a los informes mensuales de ejecución presupuestaria del año 2004.

11 Corresponde a los recursos provenientes de créditos de organismos multilaterales.

12 Incluye el Saldo Inicial de Caja y todos los ingresos no considerados en alguna de las categorías anteriores.

13 Los gastos Corrientes corresponden a la suma de los subtítulos 21, 22, 23, 24 y 25.

14 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 30, subtítulo 31, subtítulo 33 más el subtítulo 32, cuando corresponda.

15 Incluye el Saldo Final de Caja y todos los gastos no considerados en alguna de las categorías anteriores.

3. Resultados de la Gestión

- Cuenta Pública de los Resultados
 - Balance Global
 - Resultados de la Gestión Financiera
 - Resultados de la Gestión por Productos Estratégicos
- Cumplimiento de Compromisos Institucionales
 - Informe de Programación Gubernamental
 - Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Avance en materias de Gestión
 - Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión
 - Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
 - Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales
 - Avances en otras Materias de Gestión
- Proyectos de Ley

• Cuenta Pública de los Resultados

- Balance Global

Uno de los principales logros de la gestión de FONASA en conjunto con el Minsal es la incorporación de 12 problemas de salud al piloto AUGE 2004, cumpliendo el 97% de las garantías y la preparación de la entrada en operación el próximo 01 de Julio del 2005 del Nuevo Régimen de Garantías Explícitas en Salud que contará con 25 problemas de salud al cual anualmente se le irán incorporando nuevas prestaciones hasta llegar a los 57 problemas de de salud que contempla el régimen completo.

La población beneficiaria del FONASA, a diciembre de 2004 asciende a 10.770.103 personas, representando un incremento de 1,8% respecto a igual fecha del año anterior. La población de cotizantes (compuesta por trabajadores dependientes, independientes y pensionados), a diciembre de 2004, asciende a 4.097.163, representando un aumento de un 5,8% respecto al año anterior. De igual modo, las Cargas Familiares asociadas a estos cotizantes asciende a 2.810.909 personas, esto es, 0,7 cargas en promedio.

En el ejercicio presupuestario del año 2004 se generaron ingresos por 1,3 billones de pesos (10% superior al 2003) de los cuales 42% correspondió a las cotizaciones efectuadas por sus afiliados; el aporte fiscal, es decir, las transferencias que efectúa el gobierno para salud, representó el 48% del ingreso total; los copagos de los beneficiarios, es decir, los aportes directos que se realizan al momento de recibir una prestación médica, representaron el 8%. El 2% restante corresponde a los aportes por la Ley de Accidentes del Trabajo y otros ingresos.

Los recursos disponibles se destinaron a las prestaciones otorgadas en la modalidad de atención institucional, esto es hospitales, consultorios y otros establecimientos públicos de salud, representando el 75% del gasto total que alcanzó a MM\$ 1.198.196. Seguidamente, las prestaciones otorgadas por la modalidad libre elección representaron el 19% del gasto total. Al término del 2004 se logró un excedente en las cuentas institucionales de MM\$ 2.981, situación diferente a la ocurrida el año 2003 en donde se presentó un déficit de 577 millones de pesos.

El resultado de la Gestión del Servicio es positivo, dado que obtuvo un 98% de cumplimiento a los 27 indicadores comprometidos en la Formulación presupuestaria, obteniendo un resultado inferior al 95% solo 1 indicador. Entre 95 y 99% se encontraron 3 indicadores.

El producto Estratégico Fiscalización del Plan de Salud, fue el que concentró el mejor resultado al cumplir el 100% de sus indicadores. Ello se refleja en los óptimos resultados en la detección de fraudes realizados tanto por Beneficiarios, Prestadores y Empleadores, cumpliendo y superando las expectativas en éste ambito y contribuyendo así al correcto uso del Seguro y los recursos involucrados, permitiendo entregar un mejor servicio a la ciudadanía.

Los resultados son similares a los obtenidos durante el año 2003, orientando los esfuerzos en la definición y especificación del Modelo de Gestión de Garantías para el Seguro, con el fin de tener un correcto monitoreo y control del nuevo régimen con las coordinaciones de trabajo que requiere. Se lograron los

indicadores asociados a la producción por fiscalizador tanto en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) como por la Modalidad de Libre Elección (MLE). En esta última es donde se aumentó tanto el número de fiscalizaciones como el número de Prestadores con formulación de cargo lo que evidencia una mejor focalización en los esfuerzos realizados en esta materia.

En materia de Control y Fiscalización de Cotizaciones, se cumplió ampliamente la meta propuesta asociada a la actividad por fiscalizador, lo que permitió que la recuperación de la evasión de cotizaciones superara en un 30% la meta propuesta para el año, lo que se debió principalmente al mejoramiento de la calidad de información que se recibe del INP como entidad recaudadora, conforme al convenio suscrito, así como también los convenios realizados con otras instituciones tal como el Servicio de Impuestos Internos y Registro Civil e Identificación..

En cuanto al Producto Estratégico Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales, los resultados han sido en términos generales el aumento de la cobertura y protección financiera así como también en la oportunidad en la entrega de las prestaciones de salud que tiene por fin dar seguridad en materia de protección social en salud.

En relación al Piloto AUGE, se incorporaron 12 nuevos problemas de salud a los 5 ya existentes en el al Piloto AUGE 2003, que desde sus inicios en el año 2002 a la fecha, ha beneficiado a un total de 87.179 personas, de las cuales el 79% pertenece a los grupos de ingresos más bajos, categoría A (indigentes y B con ingresos no superiores al mínimo vital. De éstos, solo en el año 2004 fueron atendidas 63.829 personas en los Problemas de Salud incluidos en el Piloto AUGE.

Finalmente, el Porcentaje de casos AUGE en los que se cumplen las garantías AUGE corresponde al 97%. No se llegó al 100% debido que durante el año los Sistemas de Información han estado en período de estabilización, así como también los procesos de gestión interna asociados al monitoreo y control del cumplimiento de las garantías, situación que ha ido mejorando finalizado el año, con la evaluación del Modelo actual de Gestión de Garantías para mejorarlo una vez que entre en operación el nuevo régimen.

En la modalidad de Atención Institucional, se entregaron 91.589.122 prestaciones en salud, un 0.5% más que el año 2003. El promedio de fiscalizaciones por fiscalizador dentro de esta modalidad mostró un fuerte crecimiento, producto principalmente de una investigación nacional específica relativa a uso del seguro, por Falsos Indigentes, la entrada en vigencia de los cuerpos legislativos que dan forma a legal al régimen de garantías, obligándose el Dpto de Control, a iniciar pilotos de prueba en Auge y PPV (monitoreo y fiscalización). En cuanto a los Programas especiales, En el Programa Adulto Mayor (PAM) se otorgaron 93.770 prestaciones de órtesis y prótesis, lo que corresponde a un 99% de cumplimiento con la actividad comprometida. En el Programa Oportunidad en la Atención (POA) se entregaron 54.485 prestaciones de cirugía electiva con tiempos de espera definidos, lo que significó un 100% de cumplimiento con la actividad comprometida. Por su parte, en el Programa Prestaciones Complejas durante el 2004 se otorgaron 160.877 prestaciones de alta complejidad, de las cuales el 78% (125.484) corresponden a prestaciones realizadas a través del programa Piloto AUGE. En este punto es necesario destacar que gran parte de las prestaciones incorporadas en estos programas están siendo absorbidos por el Piloto AUGE y futuro Régimen de Garantías, por tanto, la cobertura de los mismos tenderán a bajar.

En relación a la Modalidad de Libre Elección, se otorgaron un total de 29.717.1721, aumentando un 9% más que el año 2003. Si bien el gasto aumentó afectando negativamente el resultado final asociado a la tasa de variación del gasto en la MLE, se han continuado los esfuerzos por hacer más eficiente el uso de la MLE a través de los PAD o Cuenta Conocida, situación que se ha visto afectada favorablemente al aumentar su gasto en un 55% respecto de 2003, con el consiguiente beneficio para las personas.

Los Préstamos Médicos mejoró su nivel de recuperación al aumentar su resultado en 13.5 puntos respecto del año anterior, debido principalmente a las mejoras introducidas a través de medidas como, la gestión de cobranza a codeudores solidarios, control del pago a empleadores y evaluación técnica de préstamos a deudores con morosidad. A su vez, el número de préstamos médicos ha ido disminuyendo sostenidamente debido al aumento en la bonificación de las prestaciones asociadas a hemodiálisis, PAD parto y cataratas.

Es relevante destacar la gestión realizada en torno a la firma de convenios con prestadores Públicos y Privados con el fin de dar respuesta oportuna a las necesidades de salud demandadas por los beneficiarios del Seguro. Es así como se dio inicio al Piloto de intervención en Estilos de Vida Saludable en Adultos Obesos o con Sobrepeso pre diabéticos a partir del 2do. Semestre con la participación de 4 Servicios de Salud del área metropolitana, y cuatro centros de salud de referencia, uno público, dos universidades y uno privado, con un costo de M\$29.960 para el año 2004 que se espera ampliar para el 2005.

Además, se amplió el Convenio con el Hogar de Cristo entregando prestaciones principalmente a ancianos terminales que permitió financiar 6.000 días cama atención integral de adultos mayores, 2.000 días cama para atender aprox. 53 pacientes terminales, 3.000 días cama para atender a 118 pacientes crónicos y postrados y 1.000 días cama para financiar la estadía de adultos mayores que no tienen donde vivir.

Se suscribieron 130 convenios con prestadores privados, para la prestación de servicios de hemodiálisis para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, lo que significa un total de 147 Centros a nivel nacional. Se suman a estos la ampliación del convenios con la Fundación Teletón por M\$1.500.000. que permitió atender a un total de 11.784 beneficiarios FONASA de los cuales el 72% pertenece a los tramos de menor recursos (A y B)- y el Convenio Conace.

Adicionalmente, se han realizado una serie de esfuerzos para mejorar el acceso y cobertura de las atenciones en salud. Esto se ha materializado en la generación de distintos convenios tanto públicos como privados para mejorar la cobertura en aquellas prestaciones que han tenido mayor demanda en los últimos años, entre los que se encuentran: a) Convenios de Radioterapia con IRAM e Instituto Oncológico de Viña del Mar para la compra de prestaciones de para beneficiarios con cáncer; b) Convenio en la especialidad de gastroenterología con la Clínica Alemana de Santiago; c) Convenio Cardiovascular con la Clínica Antofagasta; d) Convenio con la Clínica La Familia para Cuidados Paliativos para pacientes con VIH y e) El aumento del marco presupuestario del Convenio de Fertilización Asistida, entre otros.

Por su parte se crearon dos nuevos programas para mejorar el acceso y cobertura del Servicio. Uno es el Programa de mejoramiento de acceso y cobertura para las minorías étnicas, en donde se ha generado: a) convenios para la resolución dental y oftalmológica de comunidades aymaras de San Pedro de

Atacama; b) Convenio con Cruz Roja y GTZ para la resolución dental y oftalmológica de sectores mapuches de Araucanía Sur; y c) Convenios para la resolución dental, otorrinolaringológica y oftalmológica de comunidades ADI, Tami Mapu Arauco y Alto Bio Bio y Tirua Sur, en la VIII Región.

El segundo programa es el destinado a acercar la atención de salud a nuestros beneficiarios de zonas extremas, en donde se han desarrollado: a) Convenio con el Centro de Rehabilitación Cruz del Sur perteneciente al Club de Leones de Punta Arenas y Puerto Natales y b) Convenio entre el Servicio de Salud Llanquihue, Fonasa y el Hospital de Esquel.

Las mejoras en el Producto Servicio de Atención al Beneficiario/a, se ven reflejadas en los resultados arrojados por la Encuesta de Satisfacción que miden la percepción de los beneficiarios respecto de los servicios entregados por FONASA. La medición general tuvo una leve disminución respecto de los resultados del año 2003, alcanzando el nivel de satisfacción de un 73% con los servicios entregados por FONASA en sucursales.

Por su parte, los resultados de la encuesta Barómetro del CERC muestran que en DICIEMBRE de 2004 FONASA es la institución que mayor confianza genera en los ciudadanos, 50% sostiene que tiene "mucho o bastante confianza". En 2003 la Satisfacción de los usuarios con respecto a las instituciones de salud Fonasa v/s Isapres dio una relación de 53,5% y 35%, respectivamente. En 2004, en una encuesta realizada por las mismas instituciones, la satisfacción neta arrojó un 52% en el caso de Fonasa y un 32% en el de las Isapres.

En cuanto al nivel de satisfacción con la información recibida por los distintos canales: sucursales, web y call center, esta alcanzó un 70% sobre cumpliendo la meta en un 2,9% y obteniendo mejor resultado que el año 2003.

En relación a la Venta de Bonos, específicamente los tiempos de espera asociados, se redujeron a 18 minutos, un 28% menos que el año 2003, cumpliendo la meta comprometida debida principalmente al efecto ejercido por la Venta Electrónica. La cantidad de prestadores atendiendo bajo esta modalidad aumenta un 233% pasando de 711 a 2369. La emisión aumenta un 66% pasando de 2.561mil a 4.256mil bonos. Del mismo modo los beneficiarios enrolados aumentan un 54% de 1.215mil a 1.865mil personas.

Durante el año 2004 se abrieron 5 nuevas sucursales: La Calera, Estación Metro Cerro Blanco, Conchalí, Mall Plaza El Trébol y Macul. Hoy, Fonasa cuenta con un total de 114 puntos de atención (sucursales) a lo largo del territorio nacional. Asimismo, continúan en pleno funcionamiento las 5 oficinas móviles que dan servicio y orientación a nuestros usuarios en todo el territorio nacional.

Finalmente, la implementación del Proyecto Titularidad de Derechos permitió que el 100% de los Beneficiarios B,C y D, estén acreditados bajo esta nueva modalidad en el sistema Informático, así como también, los Beneficiarios A o Carentes de Recursos que alcanzó al 32%. Cabe destacar que este proyecto se materializa con la emisión de una nueva tarjeta de identificación de los Beneficiarios que tiene como fin dar un sentido de pertenencia al Seguro y eliminar las diferencias entre los beneficiarios cotizantes y aquellos carentes de recursos.

- Resultado de la Gestión Financiera

Cuadro 6 Ingresos y Gastos años 2003 - 2004			
Denominación	Monto Año 2003 M\$ ¹⁶	Monto Año 2004 M\$	Notas
INGRESOS	1.214.295.839	1.334.217.860	
Ingresos de operación	161.611	199.288	
Imposiciones previsionales		561.991.302	(1)
Ventas de activos		9.220	
Recuperación de préstamos	5.819.571	6.449.285	(2)
Transferencias	533.152.365	13.581.338	(3)
Otros ingresos	110.442.451	110.774.663	
Endeudamiento			
Aporte fiscal	564.208.553	637.611.035	(4)
Operaciones años anteriores		53.604	
Saldo inicial de caja	506.366	3.548.125	
GASTOS	1.214.295.839	1.334.217.860	
Gastos en personal	5.826.243	6.298.971	(5)
Bienes y servicios de consumo	10.724.206	16.316.819	(6)
Prestaciones previsionales	269.379.013	290.683.614	(7)
Transferencias corrientes	907.670.933	1.002.781.535	(8)
Inversión real	85.333	99.735	
Inversión financiera	16.541.299	13.266.321	(9)
Servicio de la deuda pública	441.679	426.068	
Operaciones años anteriores	41.607	81.287	
Otros compromisos pendientes		108.586	
Saldo final de caja	3.585.526	4.154.924	

(1) Subtítulo 02, Imposiciones Previsionales.

El año 2003 se registraba en el Subt.06, Transferencias, lo cual se modificó en el año 2004 pasando a registrarse estos ingresos en el Subt. 02, Imposiciones Previsionales.

¹⁶ La cifras están indicadas en M\$ del año 2004. Factor de actualización es de 1,0105 para expresar pesos del año 2003 a pesos del año 2004.

Las mayores imposiciones previsionales recepcionadas por el Fondo en el año 2004 respecto del año 2003 fueron MM\$ 37.365.- correspondientes a: MM\$ 33.076 de mayores cotizaciones provenientes del INP y MM\$ 4.310 de las AFP.

Imposiciones Previsionales	Año 2003 (inflactado en 1,0105)	Año 2004	Desviación
INP	471.924.065	504.999.778	33.075.713
AFP y Otros	50.586.535	54.897.029	4.310.494
7% SIL	2.115.684	2.094.496	-21.188
TOTAL	524.626.284	561.991.303	37.365.019

(2) Subtítulo 05, Recuperación de Préstamos

Aumento del 10,8% en la recuperación de préstamos médicos debido a una más intensiva gestión de cobranza a deudores y codeudores solidarios.

(3) Subtítulo 06, Transferencias

Se explica de acuerdo a lo indicado en (1), Imposiciones Previsionales.

(4) Subtítulo 09, Aporte Fiscal

El incremento en el aporte fiscal del 2004 respecto del 2003 en MM\$ 73.402 fueron recursos adicionales para transferencias a los Servicios de Salud, destinados principalmente a los Programas de Prestaciones Valoradas, Institucionales y Atención Primaria.

(5) Subtítulo 21, Gastos en Personal

El mayor gasto en el subtítulo 21 Gasto en Personal del 2004 respecto al 2003 se debe a: 1.- Sueldo Base por MM\$ 176 (considera base, honorarios, horas extras, viáticos y contratos cortos); 2.- Bono Desempeño Institucional por MM\$ 175 (se debe a un aumento de cobertura de un 90 al 100% de las personas e incremento en la tasa de bonificación de un 11,67% a un 14%); 3.- Asignación por Desempeño Funciones Críticas por MM\$ 29; Aporte 1,4% Ley 19.882 (Nuevo Trato) Art.11 Fondo Incentivo por retiro por MM\$ 63.

(6) Subtítulo 22, Bienes y Servicios de Consumo

El mayor gasto en el Subt.22 Bienes y Servicios de Consumo del 2004 respecto al 2003 se debe principalmente a: 1.- Convenio de Compra Directa de Prestaciones de Hemodiálisis por MM\$ 3.452, los cuales son financiados con marco de transferencias PPV de los Servicios de Salud, solicitado en el Decreto Cierre 2004; Convenio con INP para nominación de cotizantes por MM\$ 675, este marco estaba el año 2003 en el Subt.25; Convenio Outsourcing con Servilands por MM\$ 1.538.

(7) Subtítulo 24, Prestaciones Previsionales

El mayor gasto en el subt.24 se debe principalmente al crecimiento en la Modalidad Libre Elección por incrementos en las cantidades demandadas en los grupos: consultas médicas, exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo clínico y terapéutico. Además es preciso recordar que los beneficiarios que utilizan la MLE se incrementan año a año.

(8) Subtítulo 25, Transferencias corrientes.

El incremento corresponde principalmente a mayores transferencias a los Servicios de Salud en los Programas de Atención Primaria (MM\$ 24.211, principalmente mayor Per Capita y Reforzamiento Municipal), Prestaciones Valoradas (MM\$ 21.563, principalmente por AUGÉ y Red de Urgencia) y Prestaciones Institucionales (MM\$ 44.186, principalmente Bono Ley de Autoridad Sanitaria, pago de deuda y otros)

(9) Subtítulo 32, Inversión Financiera

El menor gasto del 2004 versus el 2003 en el otorgamiento de Préstamos Médicos, se explica por una mayor protección financiera en las bonificaciones de la MLE (principalmente por la hemodiálisis y el PAD parto).

Cuadro 7
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2004

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁷ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁸ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados ¹⁹ (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
			INGRESOS	1.296.757.509	1.333.797.596	1.334.217.860	-420.264	(1)
01			INGRESOS DE OPERACIÓN	156.977	204.342	199.288	5.054	
02			IMPOSICIONES PREVISIONALES	553.080.179	560.481.818	561.991.302	-1.509.484	
	06		Para la Institución	553.080.179	560.481.818	561.991.302	-1.509.484	
04			VENTA DE ACTIVOS	10.639	53.280	9.220	44.060	
	41		Activos Físicos	10.639	53.280	9.220	44.060	
05			RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	5.484.234	6.472.516	6.449.285	23.231	
06			TRANSFERENCIAS	16.199.103	13.688.636	13.581.338	107.298	
	62		De Otros organismos del Sector Público	9.904.422	8.721.407	8.604.210	117.197	
		002	Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente	2.751.840	2.416.308	2.468.257	-51.949	
		006	Caja de Previsión de la defensa Nacional	166.316	166.316	154.607	11.709	
		008	Programa de Desarrollo Indígena MIDEPLAN-BID	703.248	696.900	539.463	157.437	
		009	Sistema Chile Solidario	5.491.453	5.441.883	5.441.883	0	
		010	Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía (Programa SIES)	791.565				
	63		De Otras Entidades Públicas	6.294.681	4.967.229	4.977.128	-9.899	
		017	Ley de Accidentes del Trabajo	6.294.681	4.967.229	4.977.128	-9.899	
07			OTROS INGRESOS	117.878.646	111.685.688	110.774.663	911.025	
	75		Donaciones		18.730	18.730	0	
	79		Otros	117.469.863	111.666.958	110.755.933	911.025	
		003	Curativa Cargo Usuario	116.878.646	110.955.919	110.145.612	810.307	
		005	Reembolsos Art. 4° Ley N° 19.345	17.326	17.170	259	16.911	
		006	Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196		108.158	118.557	-10.399	
		009	Otros	573.891	585.711	491.505	94.206	
09			APORTE FISCAL	603.929.213	637.611.035	637.611.035	0	
	91		Libre	603.929.213	637.611.035	637.611.035	0	
10			OPERACIONES AÑOS ANTERIORES	127.301	53.604	53.604	0	
11			SALDO INICIAL DE CAJA	300.000	3.546.677	3.548.125	-1.448	

17 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

18 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2004

19 Ingresos y Gastos Devengados: incluye los gastos no pagados el 2004.

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

Cuadro 7
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2004

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁷ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁸ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados ¹⁹ (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
			GASTOS	1.296.757.509	1.333.797.596	1.334.216.412	-420.264	(2)
21			GASTOS EN PERSONAL	5.148.117	5.934.067	6.298.971	-364.904	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	9.234.703	15.336.218	16.316.819	-980.601	
24			PRESTACIONES PREVISIONALES	288.067.688	292.011.848	290.683.614	1.328.234	
	30		Prestaciones Previsionales	288.067.688	292.011.848	290.683.614	1.328.234	
		002	Jubilaciones, Pensiones y Montepíos	508	0		0	
		010	Curativa Libre Elección	246.788.821	251.305.550	249.977.228	1.328.322	
		018	Déficit Cajas de Compensación de Asignación Familiar	41.278.359	40.706.298	40.706.386	-88	
25			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	976.559.829	1.006.000.812	1.002.781.535	3.219.277	
	31		Transferencias al Sector Privado	88.670	83.835	77.683	6.152	
		001	Salas Cunas y/o Jardines Infantiles	88.670	83.835	77.683	6.152	
	32		Transferencias a Organismos del Sector Público	973.094.541	991.503.710	988.657.390	2.846.320	
		034	Instituto de Salud Pública	202.682	264.976	202.682	62.294	
		035	Programa de Atención Primaria	233.430.954	224.673.069	223.376.474	1.296.595	
		036	Programa de Prestaciones Valoradas	336.223.759	314.173.904	312.841.427	1.332.477	
		037	Programa de Prestaciones Institucionales	403.237.146	452.391.761	452.236.807	154.954	
	33		Transferencias a Otras Entidades Públicas	3.370.647	3.990.164	3.623.494	366.670	
		422	Programa de Fiscalización de Subsidios y Sistema de Monitoreo AUGE	3.370.647	3.990.164	3.623.494	366.670	
	34		Transferencias al Fisco	5.971	7.981	7.973	8	
		001	Impuestos	5.971	7.981	7.973	8	
	36		Cumplimiento de Sentencias Ejecutoriadas		950	950	0	
		001	Cumplimiento de Sentencias Ejecutoriadas		950	950	0	
	44		Convenios y Acuerdo externos de Donaciones		10.414.172	10.414.045	127	
		003	Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo		10.414.172	10.414.045	127	
31			INVERSIÓN REAL	82.889	100.871	99.734	1.137	
	50		Requisitos de Inversión para Funcionamiento	55.854	40.951	41.748	-797	
	51		Vehículos		41.720	41.239	481	
	56		Inversión en Informática	27.035	18.200	16.747	1.453	
32			INVERSIÓN FINANCIERA	16.618.891	13.336.962	13.266.321	70.641	
	81		Préstamos	16.618.891	13.336.962	13.266.321	70.641	

Cuadro 7								
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2004								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁷ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁸ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados ¹⁹ (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
		001	Médicos	16.618.891	13.336.962	13.266.321	70.641	
50			SERVICIO DE LA DEUDA PÚBLICA	396.933	425.124	426.068	-944	
	91		Deuda Pública Externa	396.933	425.124	426.068	-944	
		001	Intereses	14.332	15.368	15.402	-34	
		002	Amortizaciones	382.601	409.756	410.666	-910	
60			OPERACIONES AÑOS ANTERIORES	300.182	81.859	81.287	172	
70			OTROS COMPROMISOS PENDIENTES	48.277	132.169	108.585	23.584	
90			SALDO FINAL DE CAJA	300.000	438.066	4.154.924	-3.716.858	

Comparación Presupuesto Final con Devengado Año 2004

El mayor ingreso y gasto devengado respecto del presupuesto final por MM\$ 420 se debe a:

(1) Ingresos.

Los mayores Ingresos devengados respecto al presupuesto final corresponden a una mayor recaudación de MM\$ 1.500 por concepto de Imposiciones Previsionales del INP, un menor ingreso de MM\$ 810 por concepto de Copagos Curativa Libre Elección, un menor ingreso de MM\$ 157 por concepto de transferencias de MIDEPLAN para el Programa Desarrollo Indígena, un menor ingreso de MM\$ 44 por venta de activos físicos y menores ingresos en otros conceptos por MM\$ 69.

(2) Gastos.

Los mayores gastos devengados respecto al presupuesto final corresponden a una serie de factores que incidieron de manera opuesta en esta variación.

En este sentido, el mayor gasto en Personal y Bienes y Servicios de Consumo por MM\$ 1.346 fue prácticamente absorbido por el menor gasto en la Modalidad Libre Elección por MM\$ 1.328, mientras que las menores transferencias corrientes por MM\$ 3.219 quedaron reflejadas en el mayor saldo final de caja por MM\$ 3.717.

Mayor gasto devengado respecto al Ppto. Subt.21. por M\$ 364.904.

Profesionalización del Fonasa

A contar del año 1999 se incorpora como parte de las políticas de modernización que apuntan a mejorar la gestión, la contratación de profesionales en las vacantes que se produzcan en las plantas de auxiliares y

administrativos, produciéndose a partir de esto un déficit en distintos conceptos que cruzan las remuneraciones de los funcionarios.

Política de aumento de grados a Contrata

Con el objetivo de retribuir la profesionalización de los funcionarios y mantener profesionales con mayores competencias, se procedió a establecer una política de aumento de grados a los funcionarios contrata.

Por otra parte, en el marco de fortalecimiento del proceso de desconcentración de la institución, se procedió a trasladar a funcionarios desde Santiago a las distintas regiones a los largo del país, situación que generó un mayor gasto en personal por aumentos de grados, pago de asignación de zonas extremas, etc.

Asignación Profesional a funcionarios recién titulados

Respondiendo al proceso de modernización del Estado, los funcionarios del Fondo, a través de su esfuerzo personal, iniciaron un proceso de profesionalización, lo que ha significado que al obtener sus respectivos títulos profesionales, les corresponde por Ley, una asignación profesional, lo que implica un aumento legal en sus remuneraciones, y en algunos casos donde el desempeño de funciones de mayor responsabilidad se ha optado por cambiar de planta de funcionario.

Mayor gasto devengado respecto al Ppto. Subt.22. por M\$ 980.601.

Como consecuencia de finiquitar el convenio con el Banco Estado, la totalidad de las prestaciones de servicios personales debió ser cancelada con cargo al nuevo Contrato de servicios y acciones de apoyo entre el FONASA y SERVILAND S.A. (Resolución 4.1 D/N°592 del 31 dic.2003, Tomada de Razón por Contraloría General de la República el 14 de enero del 2004).

Menor gasto devengado respecto al Ppto. Subt.24. MLE por M\$ 1.328.322.

El presupuesto final de la MLE se compone del Inicial, mas decreto reajuste, menos rebaja del 0,92% por efecto inflación y más el otorgado en el decreto de cierre, lo cual obviamente es una estimación que se realiza en el mes de octubre con gastos reales a septiembre.

Sin embargo, y con el fin de poder dar una explicación podemos señalar que, como se aprecia en cuadro anterior, el menor gasto devengado en el mes de diciembre es el que explica este menor gasto anual, ya que para los mismos 22 días hábiles el gasto promedio fue menor que en otros meses, lo que generó sólo un crecimiento del 3% respecto a diciembre del año anterior.

Modalidad Libre Elección								
AÑO 2004	Gasto	Copago	FAM	% Copago	% FAM	Gasto Diario	Días	% 04/03
Enero	18.875.814	8.502.255	10.373.559	45,0%	55,0%	898.848	21	11%
Febrero	16.576.354	7.272.510	9.303.844	43,9%	56,1%	828.818	20	11%
Marzo	22.329.830	9.958.185	12.371.645	44,6%	55,4%	970.862	23	9%
Abril	21.101.164	9.253.307	11.847.857	43,9%	56,1%	1.004.817	21	11%
Mayo	21.091.321	9.360.444	11.730.877	44,4%	55,6%	1.054.566	20	10%
Junio	21.618.643	9.482.815	12.135.828	43,9%	56,1%	1.080.932	20	12%
Julio	22.590.701	10.033.422	12.557.279	44,4%	55,6%	1.026.850	22	8%
Agosto	22.513.357	9.980.115	12.533.242	44,3%	55,7%	1.023.334	22	8%
Septiembre	21.237.924	9.296.780	11.941.144	43,8%	56,2%	1.011.330	21	6%
Octubre	21.341.591	9.337.138	12.004.453	43,8%	56,2%	1.067.080	20	9%
Noviembre	21.373.258	9.431.773	11.941.485	44,1%	55,9%	1.017.774	21	6%
Diciembre	19.327.271	8.236.868	11.090.403	42,6%	57,4%	878.512	22	3%
REAL	249.977.228	110.145.612	139.831.616	44,1%	55,9%	988.052	253	9%
Ppto.2004	246.788.821	116.878.646	129.910.175	47,4%	52,6%	975.450	253	
Dec. Reajus	288.146	136.466	151.680					
Rebaja 0,92	(766.372)	(362.953)	(403.419)					
Dec.Cierre	4.994.955	(5.696.240)	10.691.195					
Ppto.2004	251.305.550	110.955.919	140.349.631	44,2%	55,8%	993.303	253	
Saldo	(1.328.322)	(810.307)	(518.015)					

Menor gasto devengado respecto al Ppto. Subt.25. Transferencias Servicios de Salud por M\$ 2.784.026.

Estas menores transferencias se deben a:

Menor transferencia APS M\$ 1.296.595

Corresponde a descuentos por adelantos realizados en el 2003 a las municipalidades para el pago de incentivos al retiro de sus funcionarios, lo cual ha sido descontado en el 2004, generando una menor transferencia respecto al presupuesto.

Menor Transferencia PPV M\$ 1.332.477

Corresponde a una menor actividad realizada y por ende una menor transferencia por concepto de los programas:

poa	14.971
auge	368.328
dfl 36	304.966
rebalses	311.365
Proanil	308.016
Conin	39.803
	1.332.478

Menor Transferencia PPI M\$ 154.954

Corresponde a una menor transferencia para los Pueblos Originarios por M\$ 139.613 y la base PPI por M\$ 15.341.

Comparación Presupuesto Final con Presupuesto Inicial Año 2004

El mayor presupuesto de ingreso y gasto final respecto al presupuesto inicial por MM\$ 37.040 se debe a:

Ingresos.

El mayor ingreso presupuestario final respecto al inicial se debe a un mayor Aporte Fiscal por MM\$ 33.682, mayores imposiciones previsionales por MM\$ 7.401, menor ingreso por copagos en Modalidad Libre Elección por MM\$ 5.923, menores ingresos de la Ley de Accidentes del Trabajo por MM\$ 1.327 y mayor saldo inicial de caja por MM\$ 3.247.

Respecto del Aporte Fiscal, se puede señalar que dicho incremento corresponde a:

Conceptos	APORTE FISCAL MM\$				TOTAL
	APS	PPV	PPI	OTROS	
Reajuste Diciembre 2004	402		6.254	57	6.713
Decreto Reajuste inicial			7.997		7.997
Rebajas APS	-749				-749
Traspaso a Subsal de PPV		-3.084			-3.084
Rebajas PPV		-29			-29
Autoridad Sanitaria			18.698		18.698
Incrementos PPI			690		690
Déficit CCAF				1.552	1.552
PNUD				1.414	1.414
Programa Fiscaliz. FNS				1.434	1.434
Bono Desempeño Institucional FNS				496	496
Rebaja Dipres 0,9% efecto inflación				-1.452	-1.452
TOTAL	-347	-3.113	33.639	3.501	33.680

Gastos.

El mayor gasto presupuestario final respecto al inicial se debe principalmente a los siguientes conceptos:

Subt.25 Transferencias a los Servicios de Salud.

Estas transferencias se incrementaron en MM\$ 18.347, de los cuales la APS disminuyó en MM\$ 8.758 principalmente por traspasos al PPI; el PPV disminuyó en MM\$ 22.050 por traspaso a SUBSAL MM\$ 3.084, por rebaja 0,9% DIPRES MM\$ 1.560, por traspaso a convenio directos FONASA y PNUD MM\$ 12.567 y traspasos netos a PPI MM\$ 4.838; el PPI aumentó en MM\$ 49.155 por traspasos de APS por MM\$ 5.168, traspaso de PPV por MM\$ 4.838, mayor aporte fiscal para Autoridad Sanitaria MM\$ 18.698, para reajustes inicial y diciembre por MM\$ 14.251 y para otros PPI por MM\$ 761, menor aporte fiscal por

Comunidades Indígenas para ser traspasado a SUBSAL por MM\$ 224, mayor PPI para pago deuda decreto cierre por MM\$ 4.856 y mayor imposiciones provisionales por MM\$ 799.

Subt.25 Transferencias a PNUD.

Estas transferencias al PNUD corresponden a la compra de fármacos para el programa SIDA por MM\$ 10.414.

Subt.22 Bienes y Servicios de Consumo

El mayor presupuesto final de MM\$ 6.101 respecto del inicial se debe a:

Rebaja DIPRES 0,9% inflación	(MM\$ 91)
Decreto Incorporación de saldos	MM\$ 1.083
Decreto Cierre (principalmente para convenio directos FNS)	MM\$ 5.109

Subt.24 Gastos MLE

El mayor presupuesto final respecto al inicial por MM\$ 4.517 se debe al reconocimiento en el Decreto de Cierre del mayor gasto estimado por este concepto.

Subt. 32 Préstamos Médicos

El menor presupuesto final respecto del inicial por MM\$ 3.282 en el otorgamiento de préstamos médicos, se explica por una mayor protección financiera en las bonificaciones de la MLE (principalmente por la hemodiálisis y el PAD parto), lo que fue reconocido en el Decreto de Cierre.

Subt.21 Gasto en Personal

El mayor presupuesto final de MM\$ 786 respecto del inicial se debe a:

Decreto reajuste inicial	MM\$ 54
Bono Desempeño Institucional	MM\$ 496
Reajuste Diciembre	MM\$ 57
Decreto Cierre Suplencias y Reemplazo	MM\$ 108
Decreto Cierre Ley 19.882 aporte 1,4% fondo bonificación retiro	MM\$ 70

Cuadro 8 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²¹			Avance ²² 2004/ 2003	Notas
			2002	2003	2004		
Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes	$[\text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios} - \text{N}^\circ \text{ de decretos originados en leyes}^{23} / \text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios}] * 100$	%	68,42	87,1	82,1	106,1	
Promedio del gasto de operación por funcionario	$[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22 + subt. 23)} / \text{Dotación efectiva}^{24}]$	M\$	21.508	23.278	31.764	73,3	(1)
Porcentaje del gasto en programas del subtítulo 25 sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en Programas del subt. 25}^{25} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22 + subt. 23)}] * 100$	%	-	-	16%	-	(2)
Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en estudios y proyectos de inversión}^{26} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22 + subt. 23)}] * 100$	%	-	-	-	-	-

(1) El año 2004, el Subtít. 22 incorpora el gasto en compra directa FONASA de prestaciones a privados, más el gasto en Convenio INP.

(2) Se considera Gasto en Programa de Fiscalización y Monitoreo AUGE, que comenzó a partir de 2004.

21 Los factores de actualización de los montos en pesos es de 1,0389 para 2002 a 2004 y de 1,0105 para 2003 a 2004.

22 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.

23 Se refiere a aquellos referidos a rebajas, reajustes legales, etc.

24 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilados a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

25 Corresponde a las transferencias a las que se aplica el artículo 7° de la Ley de Presupuestos.

26 Corresponde a la totalidad del subtítulo 31 "Inversión Real", menos los ítems 50, 51, 52 y 56.

- Resultado de la Gestión por Productos Estratégicos

1.- Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales:

El principal logro alcanzado durante el año 2004 asociado a este producto, fue la incorporación de 12 nuevos problemas de salud a los 5 ya existentes en el al Piloto AUGE 2003. Esto significó una serie de transformaciones al interior de la Institución, así como también un fuerte trabajo en equipo con el Ministerio de Salud, con quién se ha debido coordinar adecuadamente un sinnúmero de actividades con el objetivo de implementar correctamente el Régimen de garantías explícitas en Salud (acceso, oportunidad, calidad y protección financiera).

El Piloto AUGE desde sus inicios en el año 2002 a la fecha, ha beneficiado a un total de 87.179 personas, de las cuales el 79% pertenece a los grupos de ingresos más bajos, categoría A (indigentes y B con ingresos no superiores al mínimo vital. De éstos, solo en el año 2004 fueron atendidas 63.829 personas en los Problemas de Salud incluidos en el Piloto AUGE 2004 señalados a continuación:

- Insuficiencia Renal Crónica
- Cardiopatías Congénitas Operables
- Cánceres Infantiles
- Cáncer Cervicouterino
- Alivio del dolor y cuidados Paliativos del Cáncer terminal
- Tratamiento del infarto Agudo al Miocardio
- Diabetes Mellitus tipo 1
- Esquizofrenia
- Cáncer de Mama
- Cáncer de Testículo en Adultos
- Linfomas en Adultos
- Cataratas en adultos de 15 años y más que necesitan intervención quirúrgica
- Artrosis de Cadera
- Escoliosis
- Disrrafia espinales
- Fisura Palatina
- VIH/SIDA

Para poder controlar y monitorear eficazmente la entrega de las atenciones en salud a los beneficiarios con las condiciones establecidas en el Piloto AUGE, se contó con el Sistema de Información de Salud SIS 2004 que soporta el registro de información para los problemas de salud del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, el que fue desarrollado por Fonasa según los requerimientos definidos en conjunto con el Ministerio de Salud.

Finalmente, el Porcentaje de casos AUGE en los que se cumplen las garantías corresponde al 97 %. No se llegó al 100% debido que durante el año los Sistemas de Información han estado en período de estabilización, así como también los procesos de gestión interna asociados al monitoreo y control del cumplimiento de las garantías, situación que ha ido mejorando finalizado el año, por lo que se espera que el Modelo actual de Gestión de Garantías se encuentre en un 100%, cuando entre en operación el nuevo régimen.

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

En la Modalidad de Atención Institucional, el número de prestaciones otorgadas fue de 91.589.122, aumentando en un 0.5% respecto del año 2003. El total de prestaciones comprometidas en el Programa del Adulto Mayor con los Servicios de Salud fue de 94.539 siendo otorgadas al 31 de Diciembre 93.770 prestaciones, lo que corresponde a un 99% de cumplimiento de la actividad y representando un 82% de la meta establecida en aumentar la cobertura en un 36%. En cuanto al Programa de Oportunidad en la Atención, el total de prestaciones comprometidas con los Servicios de Salud en el POA fue de 54.629, siendo otorgadas al 31 de Diciembre, 54.485 prestaciones, lo que corresponde a un 100% de cumplimiento de la actividad. El 100% de las prestaciones fue otorgado dentro de los plazos establecidos.

Finalmente en relación al Programa de Prestaciones Complejas No AUGE, el total de prestaciones comprometidas con los Servicios de Salud fue de 37.881 siendo otorgadas al 31 de Diciembre, 35.393 prestaciones, lo que corresponde a un 93% de cumplimiento de la actividad. El cumplimiento de la meta fue de un 100%, en relación a los montos de prestaciones estimadas a entregar para el año 2004, que fue de 27.785. La razón principal de la disminución en la cantidad de prestaciones entregadas a través de estos 3 programas ha sido el traspaso continuo de prestaciones al Piloto AUGE.

En Cuanto a la Modalidad de Libre Elección, durante el año 2004 se entregaron un total de 29.717.1721 prestaciones, aumentando un 9% respecto del año 2003. Esto significó un aumento en el gasto MLE proyectado para el año 2004, pasando de 9.59% en el año 2003 a un 10% en el año 2004, lo que significó cumplir solo en un 57% la meta esperada para el año. Las razones por el no cumplimiento está asociado a que el gasto en medicina curativa en la Modalidad Libre Elección está determinado por factores no gestionables por FONASA, como la Demanda de Prestaciones; Tasas de uso; Incorporación de nuevas prestaciones; Inflator de reajuste del Arancel; Oferta de Prestadores; Variación del ingreso de las personas. En este contexto, el Fondo Nacional de Salud ha trabajado en hacer más eficiente el uso de los recursos mejorando las modalidades de pago (mecanismo PAD, Pago Asociado a Diagnóstico).

En relación al Pago PAD, ha tenido un aumento sostenido en el tiempo, significando un 16,1% del monto total del pago de la Modalidad de Libre Elección, que implica un 55 % más que el año 2003. Este aumento se explica por el alza en el consumo del PAD Parto, que para el período 2003 – 2004 tuvo una variación del 72,5%, aumento en el consumo del PAD cataratas en un 4.9% respecto del año anterior y PAD coleditiasis con un incremento de un 34.4% respecto del año 2003. Estos resultados se explican por la disminución del copago en el caso del PAD parto y migración de beneficiarios Isapre a Fonasa que en su mayoría continúan haciendo uso de esta modalidad, así como también incremento de los beneficiarios C y D.

El desafío, de largo plazo en torno a la MLE, es velar por el correcto uso de los beneficios del seguro, en un contexto de objetivos sanitarios y de cambios a la estructura de bonificaciones.

En Relación a los Préstamos Médicos, se ha mantenido el aumento de recuperación observado en los últimos 3 años alcanzando para este año un 48.3%, esto es 13.5 puntos más que el año 2003. Las razones principales de este resultado se debe a la gestión de cobranza realizada, una fuerte disminución en el otorgamiento de préstamos médicos por concepto de hemodiálisis debido a la puesta en marcha del piloto AUGÉ, que incluye este problema de salud, además del aumento en las bonificaciones de prestaciones PAD cataratas, parto y diálisis lo que significa una disminución de los copagos y por ende los préstamos asociados. La situación se repite en los Préstamos Médicos que no corresponden a Hemodiálisis que presentó un aumento en un 7.4% respecto del año 2003 con una recuperación de un 87%, en donde se implementaron mejoras a través de dos medidas: Envío de carta de cobranza a empleadores y parientes de afiliados fallecidos y la restricción de otorgamiento de préstamos médicos a afiliados que presentan morosidad en préstamos vigentes. Finalmente, las acciones realizadas en esta materia permitieron aumentar la recuperación de préstamos médicos en un 18% respecto del marco presupuestario final.

En cuanto al Déficit SIL pagados por las Cajas de Compensación y Asignación Familiar CCAF, tuvo una leva baja de un 1,4% respecto del año 2003, superando la meta propuesta para el año 2004. Cabe señalar que tanto el déficit como el gasto total en SIL pagados por las CCAF aumentaron, sin embargo, el ingreso del 0,6% aumentó proporcionalmente más que el gasto, lo que se debe al aumento del salario de los trabajadores afiliados a las CCAF y al aumento de trabajadores afiliados a las CCAF.

En consecuencia, los logros obtenidos a través de las acciones realizadas para mejora el Producto Estratégico Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales durante el año 2004, se reflejan en los resultados de la encuesta de opinión dirigida a usuarios del Sistema en donde el 73% de los encuestados se sienten protegidos por su Sistema de Salud.

En cuanto a otros logros, en materia de nuevos programas, se dio inicio a partir del 2do. Semestre del 2004 al Piloto de Intervención en Estilos de Vida Saludable en Adultos Obesos o con Sobrepeso pre diabéticos, con la participación de cuatro Servicios de Salud del área metropolitana y cuatro centros de salud de referencia (uno público, dos universidades, y un privado).

Hasta esa fecha, FONASA no contaba con un programa de atención integral para el paciente obeso que le permitiera acceder a un tratamiento multidisciplinario, por lo cual, éste debía pagar en forma independiente cada atención, e incluso en forma particular las atenciones por nutricionista, recurso profesional indispensable en este tipo de tratamientos.

La población objetivo del Programa Piloto son los pacientes adultos entre 18 y 45 años, sin patología crónica, en riesgo de desarrollar diabetes: sujetos con sobrepeso y obesos, IMC sobre 25; con intolerancia a la glucosa, glicemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dL; antecedentes familiares de diabetes. Lo anterior, detectado a través del Examen de Salud Preventivo del Adulto (tomado en consultorios). Los beneficiarios deberán ser derivados desde los S.S. Metropolitanos Norte, sur, Sur Oriente y Central.

Los centros prestadores participantes son: Facultad Medicina Universidad Católica (privado), Facultad Medicina Universidad de Chile, Sociedad Chilena de Obesidad, Centro Novadilap (centros de investigación) y un centro público, CESFAM "Orlando Letelier" del S.S. Metropolitano Sur.

El Costo Total de este Piloto es de M\$29.960, con un valor por atención integral de \$107.000 por persona. En los cuatro primeros meses del Piloto en grado de avance en el cumplimiento de la actividad comprometida es de un 75%.

Por otra parte, se amplió el convenio con el Hogar de Cristo, realizándose atenciones de salud para personas de escasos recursos que no tenía acceso a la MLE, habitualmente ancianos terminales, con un costo de M\$ 160.000.- que contempla 6.000 días cama atención integral de adultos mayores, 2.000 días cama para atender aprox. 53 pacientes terminales, 3.000 días cama para atender a 118 pacientes crónicos y postrados y 1.000 días cama para financiar la estadía de adultos mayores que no tienen donde vivir.

Para dar respuesta al AUGÉ, se realizaron una serie de convenios con prestadores privados para la prestación de servicios de hemodiálisis para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRTC). A Diciembre del 2004, se han suscrito un total de 130 convenios, lo que significa un total de 147 centros a nivel nacional. El aumento de la bonificación entregada por Fonasa para el tratamiento en diálisis del 50% al 80% del arancel, hizo que los copagos por este copago disminuyan en \$ 9.864 millones.

Además, se amplió el Convenio con la Fundación Teletón a M\$1.500.000 atendiendo a 11.784 niños y jóvenes beneficiarios FONASA con discapacidad física y mental de los cuales el 72% pertenece a los tramos de menor recursos (A y B). Por su parte, el Convenio Conace – Fonasa ha continuado con las acciones específicas a través de los 240 centros acreditados de los cuales 160 son públicos y 80 privados, atendiendo a 13.517 beneficiarios de Fonasa.

Adicionalmente se generaron nuevos convenios para mejorar el acceso y cobertura de las atenciones de salud entre los que se encuentran: a) Convenios de Radioterapia con IRAM e Instituto Oncológico de Viña del Mar para la compra de prestaciones de para beneficiarios con cáncer por un monto de M\$120.000.; b) Convenio en la especialidad de gastroenterología con la Clínica Alemana de Santiago por M\$125.000; c) Convenio Cardiovascular con la Clínica Antofagasta por M\$350.000.- lo que permite atender a 285 pacientes al año más 6 pacientes que reciben atención por shock cardiogénico; d) Convenio con la Clínica La Familia para Cuidados Paliativos para pacientes con VIH por M\$ 50.000.- que permite dar 2000 prestación día cama integral, y e) El aumento del marco presupuestario del Convenio de Fertilización Asistida por M\$ 160.436, lo que permitió atender a 135 parejas con problemas de fertilidad, entre otros.

A su vez se crearon dos nuevos programas para mejorar el acceso y cobertura del Servicio. Uno es el Programa de mejoramiento de acceso y cobertura para las minorías étnicas, en donde se ha generado: a) convenios para la resolución dental y oftalmológica de comunidades aymará de San Pedro de Atacama, que permite mejorar la calidad de vida de cerca de 100 personas con un costo de M\$6.831.-; b) Convenio con Cruz Roja y GTZ para la resolución dental y oftalmológica de sectores mapuches de Araucanía Sur, con un costo de M\$53.000.- y c) Convenios para la resolución dental, otorrinolaringológica y oftalmológica de comunidades ADI, Tami Mapu Arauco y Alto Bio Bio y Tirua Sur, en la VIII Región. En total se entregaron 1.672 atenciones de salud dental, oftalmológicas y otorrinolaringológicas. 112 lentes y 1.248 exámenes imagenología por un costo de M\$74.300.-

El segundo programa es el destinado a acercar la atención de salud a nuestros beneficiarios de zonas extremas, en donde se han desarrollado: a) Convenio con el Centro de Rehabilitación Cruz del Sur perteneciente al Club de Leones de Punta Arenas (M\$ 9.000.-) y Puerto Natales (M\$8.000.-), para la entrega de atención psico-bio-social a los niños menores de 18 años, por un costo total de M\$ 17.000.- y b) Convenio entre el Servicio de Salud Llanchipal, Fonasa y el Hospital de Esquel para la entrega de atenciones de salud por un costo de M\$14.000.-.

2.- Fiscalización del Plan de Salud:

Los resultados asociados a este producto, tuvieron un comportamiento similar al del año 2003, con la diferencia que durante el año 2004 esta área trabajó principalmente en la definición y especificación del Modelo de Gestión de Garantías, especialmente en lo que se refiere al monitoreo y control de las mismas. Dado la cantidad de actores que participan de este proceso, su definición no ha sido tarea fácil, sin embargo, se sentaron las bases de lo que se espera contar a partir del 01 de Julio del 2005 cuando entre en operación el Nuevo Régimen.

Cabe destacar, que la exigencia cada día es mayor, sobre todo, por la incorporación de las patologías AUGE, las que requieren dedicación y competencia técnica para llevar a cabo un correcto monitoreo y fiscalización.

En materia del Control y Monitoreo MAI y AUGE, el promedio de fiscalizaciones por fiscalizador fue de 4.4, cumpliendo con la meta propuesta para el año. El logro se basa en dos factores preponderantes, uno asociado a la existencia de un Plan de Fiscalización Anual más focalizado y el segundo a una mayor expertiz que han adquirido los profesionales que llevan a cabo esta labor desde el año 2001.

Por su parte, la Fiscalización de la MLE, tuvo un promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de 299 cumpliendo con la meta propuesta y superando en un 7.4% al resultado del año 2003. Esto implicó que se fiscalizara al 39% de los Prestadores de la MLE 3 puntos más que el año 2003 superando la meta propuesta. De los Prestadores clasificados en áreas críticas, que representan el 60% del gasto en la MLE se fiscalizó al 24%.

Los resultados de las actividades de fiscalización, arrojaron que al 35% de los Prestadores fiscalizados se le formularan cargos, siendo el resultado un 66,6% superior al resultado del año anterior, debido principalmente a una mayor focalización del plan en aquellas áreas de mayor riesgo.

Por otra parte, en cuanto a la Fiscalización de las cotizaciones, se realizaron 215 fiscalizaciones por fiscalizador, cumpliendo la meta propuesta y superando lo realizado en el año 2003 en un 13% debido a una mayor expertiz adquirida por parte de los profesionales que realizan estas labores como por la mayor focalización del plan de acción que se orientan a sectores que históricamente han sido mas vulnerables al incumplimiento previsional laboral.

El resultado final de esta actividad se refleja en el aumento de la recuperación de la evasión de cotizaciones que alcanzó el 4,3%, resultado que supera en un 30.3% la meta propuesta para el año y el resultado obtenido el año anterior. El incremento en el resultado obtenido para este indicador respecto a la meta proyectada, se explica tanto por el incremento en la Detección de la Evasión como por la disminución en la Estimación de Evasión de Cotizaciones de Salud. Esto último es resultado del aumento en el número de cotizantes AFP-Dependientes registrados en las Bases de Datos del FONASA: Este incremento se basa en el mejoramiento de calidad de información que se recibe de la entidad recaudadora de este segmento, que es el INP.

Los resultados obtenidos en este Producto, se deben a la calidad de nuestras bases de datos, las que fueron mejoradas gracias a los convenios suscritos con el Servicio de Impuestos Internos y con el Registro Civil e Identificación, al permitir hacer diversos cruces de información.

3.- Servicios de atención al beneficiario/a:

Los principales logros asociados a este producto están relacionados con el Servicio de Información y orientación entregado a través del Call Center Sistema Infolinea, que mantuvo por 3er año consecutivo la tasa de abandono de las llamadas telefónicas en un 4%. A su vez, el 91% de las llamadas recibidas fueron contestadas en un tiempo inferior a 15 segundos, 5% inferior al año 2003 debido principalmente al aumento de las llamadas telefónicas atendidas en el año.

Además, se realizaron importantes mejoras en el Servicio entregado, orientado principalmente a Integrar los distintos canales de contacto actualmente disponibles: sucursal, call center y web, en un Modelo de Atención Integral a Usuarios, con el fin de entregar la misma información desde cualquier punto del país en forma clara y oportuna a los beneficiarios del Seguro. Esto se logró con la formación de un equipo de trabajo exclusivamente dedicado a este servicio junto con la estandarización y formalización de los procedimientos asociados.

En consecuencia, con las mejoras introducidas el 85% de los usuarios de este Servicio encuestados, evaluaron positivamente la pertinencia de este servicio, presentado un leve aumento en relación al resultado 2004 que fue de un 84% y superando la meta propuesta de un 82%.

En cuanto a los tiempos de espera en las sucursales para la compra de bonos, este año se redujo a 18 minutos, un 28% menos que el año 2003, cumpliendo la meta comprometida, lo que se logró por la reorientación hacia la venta de bono electrónico, la creación de nuevas sucursales y una mejor difusión de la localización de las mismas.

En relación a los tiempos asociados a la resolución de reclamos se cumplió con la meta de 25 días, aún cuando hubo un aumento en la cantidad de reclamos respecto de lo ocurrido en el año 2003, lo que se logró principalmente por la mejora del sistema informático de la red de reclamos de Fonasa, manejada centralizadamente a través del Call Center, lo que permitió una mejor clasificación de reclamos, estandarización de respuestas, mayor cantidad de ejecutivos de atención en horarios peak y capacitación continua de quienes intervienen en el sistema.

Para el Servicio entregado a través de la Web, los tiempos de respuesta a las consultas realizadas por esta vía se mantuvieron por 3er. Año consecutivo en 1 día. El nivel de satisfacción asociado a este servicio fue de un 68%, sobrecumpliendo la meta en un 4.5% así como el resultado obtenido el año 2003.

En conclusión, y en relación a la información entregada por los distintos canales de contactos que actualmente mantienen disponible la Institución: sucursales, call center y página web, el nivel de satisfacción alcanzó un 70%, sobrecumpliendo la meta en un 2,9% y mejorando los resultados obtenidos el año 2003.

El nivel de satisfacción usuaria con el servicio entregado por Fonasa, alcanzó un 73%, logrando un 96% de cumplimiento en relación a la meta y obteniendo un resultado un 3,9% inferior al del año anterior, pero que se mantiene en los estándares deseables por la Institución.

En relación a otros logros, se puede relevar el éxito que ha tenido la implementación del Proyecto de Titularidad de Derechos, que ha significado un nuevo mecanismo de calificación de los beneficiarios carentes de recursos así como también, los criterios para clasificar a los beneficiarios cotizantes y que se ha materializado con la modificación de la tarjeta de identificación de FONASA. Por tanto, para el año 2004 se logró acreditar al 100% de los beneficiarios de tramos B, C y D a través de la aplicación de los nuevos criterios en el Sistema Informático. Los Beneficiarios del tramo A, fueron acreditados el 32% bajo la misma modalidad.

● Cumplimiento de Compromisos Institucionales

- Informe de Programación Gubernamental

Las 4 acciones más relevantes de la programación gubernamental efectuada por la SEGPRES y presentada por el servicio son las siguientes:

Programa Adulto Mayor: el programa intenta responder a los requerimientos en salud derivados del envejecimiento de la población entregando prestaciones y elementos que contribuyan a fortalecer la capacidad funcional de los adultos mayores y a resolver quirúrgicamente alguna de las patologías que los afectan mas frecuentemente. Para estos efectos se puso a disposición de los servicios, recursos adicionales a los ya establecidos en los presupuestos históricos, los cuales fueron utilizados en el financiamiento de las prestaciones incluidas en el programa.

Como Meta fijada para el año 2004, se propuso el aumento de al menos el 36% de cobertura de las prestaciones del Programa Adulto Mayor, obteniendo al 31 de Diciembre de 2004 el 99% de avance, con 93.770 prestaciones realizadas y validadas sobre 94.539 comprometidas.

Programa de Oportunidad en la Atención. Se garantiza la resolución de patologías en un plazo que no exceda los tres meses desde el momento de la indicación de intervención quirúrgica. En el caso de los cánceres, la resolución debería ser inmediata o no exceder el plazo de un mes desde el momento de la indicación del tratamiento quirúrgico.

Respecto del cumplimiento del Programa Oportunidad en la Atención, que refiere a la entrega del 100% de las prestaciones del Programa de Oportunidad en la atención dentro de 90 días, se debe mencionar que durante el 2004 se realizaron 54.485 prestaciones y se validaron sobre 54.629 comprometidas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%.

Programa de prestaciones complejas. Intenta dar respuesta efectiva a los beneficiarios del FONASA en la resolución de patologías crónicas graves de alto costo y complejidad, aumentando la cobertura de atención y disminuyendo los tiempos de espera, a través de un mecanismo que permita realizar una correcta asignación de recursos para un tipo de prestaciones, que por su especificidad, necesariamente requiere de un trato diferente a la asignación comúnmente utilizada.

Durante el 2004 se comprometió el aumento de cobertura de al menos el 10% en el Programa de Prestaciones Complejas, las que se traducen en 35.393 prestaciones realizadas y validadas sobre 27.785 prestaciones comprometidas, alcanzando un 100% de cumplimiento.

Implementar la Reforma de la salud y el Plan Auge. Durante el año 2004 se alcanzo un 97% de cumplimiento en la garantía de oportunidad para los casos AUGE, respecto de las 63.829 prestaciones entregadas durante este periodo.

- Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones²⁷ Evaluadas²⁸

Programa de Prestaciones Complejas.

En el ámbito de la acreditación de los centros que constituyen las redes de cardioquirúrgica, neuroquirúrgica, trasplante renal y cáncer (quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos), a la fecha no se han acreditado nuevos centros, la promulgación de las Leyes 19.937 "Autoridad Sanitaria" y 19.966 "Régimen General de Garantías", cuyo reglamento aún está en elaboración deberá establecer los criterios y la forma en que se enfrentarán las acreditaciones de prestadores públicos y privados. Los encargados de acreditar a los centros de salud, corresponde a la Secretaría Técnica de Salud Pública, organismo dependiente del Ministerio de Salud o a la Superintendencia de Salud, quienes deberán realizar esta acreditación para lo cual podrá contratar servicios.

Es necesario explicitar que el compromiso de acreditación de centros de atención públicos y privados, que conformarían la red de establecimientos para las patologías definidas, es el único compromiso vigente para este programa. Por tanto, se propone eliminar o traspasar esta meta a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud o en su defecto a la Superintendencia de Salud, pues FONASA no participa del Proceso de Acreditación.

Este Programa está asociado al Producto Estratégico "Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales "

Programa de Préstamos Médicos.

En cuanto al desarrollo de los compromisos adquiridos para el Programa de Préstamos Médicos, durante el año 2004 se desarrollaron diferentes acciones a objeto de cumplir con cada uno de los compromisos adquiridos. Así, para el compromiso "Potenciar la coordinación y fortalecer la gestión descentralizada del programa" se entrega informe diagnóstico que da cuenta de las tasas de recuperación a nivel de Direcciones Regionales, en base a este informe se desarrollaron indicadores que dieran cuenta de la gestión de cada Dirección Regional, para lo cual se utilizó un Cuadro de Mando Integral para el Programa de Préstamos Médicos. Para el compromiso "Evaluar la satisfacción de usuarios del programa" se aplicó encuesta a los usuarios que midiera su grado de satisfacción en cuanto a la calidad de atención, forma de pago y protección financiera. Finalmente y como un compromiso más de entre los adquiridos, se encuentra el implementar una política de recuperación de préstamos, para lo cual se definió la incorporación de criterios de incobrabilidad, de manera de reflejar una cartera factible de gestionar.

27 Instituciones que han sido objeto de una Evaluación Comprehensiva del Gasto.

28 Los programas a los que se hace mención en este punto corresponden a aquellos evaluados en el marco de la Evaluación de Programas que dirige la Dirección de Presupuestos.

Con respecto a la evaluación periódicamente la gestión de recuperación, Fonasa acogió los indicadores contenidos en la matriz de marco lógico definida por el panel evaluador, cuyos resultados se encuentran en el informe de evaluación. Cabe destacar que se realizó una medición a la totalidad de los indicadores incluidos en la matriz de marco lógico.

Adicionalmente, se estableció una serie de Indicadores que permiten medir la operación de Préstamos Médicos en las Direcciones Regionales, los que fueron medidos internamente durante el periodo 2004 y que serán incorporados en el SIG 2005, con el fin de potenciar la gestión descentralizadora del programa.

Este Programa está asociado al Producto Estratégico "Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales"

- **Avances en Materias de Gestión**

- **Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión**

Área de Mejoramiento Recursos Humanos

El Subdepto. de Recursos tiene bajo su responsabilidad el cumplimiento de tres Metas PMG: Capacitación, Evaluación de Desempeño y de Higiene y Seguridad. El trabajo desarrollado en este contexto a través del avance en las distintas etapas de cada meta, ha significado un gran aporte a la gestión de recursos Humanos, que nos invitan a seguir trabajando para ir perfeccionando cada día estos procesos. A continuación, una breve reseña de lo efectuado el año 2004:

1. Capacitación (Etapa 4):

Esta Meta PMG cumplió todos los requisitos técnicos establecidos el año 2004 para las cuatro etapas del Sistema de Capacitación, presentando los verificadores correspondientes a cada una de ellas.

En lo que respecta al funcionamiento general del Sistema de Capacitación, se lograron avances significativos en el registro de las actividades de capacitación, en la coordinación con las Direcciones Regionales y en un sistema estandarizado de las evaluaciones de satisfacción de usuarios.

Avanzando en el tema competencias, este año en forma participativa (441 funcionarios) se identificaron cinco competencias derivadas de los valores institucionales: Responsabilidad, Calidad de trabajo; Integridad, Compromiso con la organización y Orientación al cliente. Además se identificaron y definieron las competencias genéricas transversales del 2°, 3° y 4° nivel jerárquico y las competencias específicas del 2° nivel jerárquico.

Se continuaron con los Fondos Concursables de Capacitación, estableciéndose uno con la Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos Universitarios, como el año 2003 y ampliándose este año el acuerdo con la Asociación Nacional de Funcionarios de Fonasa, se mantuvo el Convenio con la Cepal, realizando un Diplomado en Gerencia de Servicio para 80 jefes de sucursales y Centros de Atención, y un Taller en Control de Gestión.

También se realizaron dos pasantías al Instituto de Estudios de la Salud en Barcelona, cuyos programas de formación estuvieron orientados principalmente hacia el conocimiento en la práctica del nivel de Gestión en Seguridad Social y Salud, alcanzados por este país.

2. Higiene y Seguridad (Etapa 4)

Durante el año 2004, los seis comités paritarios de la Institución siguieron desarrollando la labor definida por la Ley 16.744 sobre Accidentes y Enfermedades Profesionales, logrando importantes resultados en este sentido. Uno de los logros más importantes se refiere a la disminución en un 25%, del número de accidentes laborales ocurridos en las oficinas y sucursales del FONASA (incluye Enfermedades profesionales), esto significó que el número de días perdidos por accidentes en el trabajo disminuyera de 214 en el 2003 a 156 en el 2004. Es necesario señalar que esta disminución ha sido sostenida en los últimos años (datos aportados por la ACHS). Además se cumplió en un 100% con la implementación de las medidas recomendadas por la ACHS, a través de sus informes técnicos de Control de Riesgo, los que anualmente realizan.

En el año 2004 se realizaron un total de 76 reuniones de los distintos comités paritarios, distribuyéndose con 12 reuniones en el Nivel Central, Región Metropolitana, Sur y Centro Sur, y 13 reuniones en la D.R. Norte y Centro Norte.

Se cumplió en un 91 % con las acciones y medidas definidas por cada comité paritario en sus Planes de Trabajo Anuales, de 57 actividades comprometidas en los planes de trabajo se cumplieron un total de 52.

En base a Encuesta aplicada al 30% de funcionarios/as, un 95% de ellos/as se mostró satisfecho con las acciones tomadas por los Comités Paritarios en materias de Higiene y Seguridad, y cerca del 90% manifestó sentirse informado respecto de las actividades que realizó o ejecutó el Comité Paritario en el transcurso del período.

3. Evaluación de Desempeño (Etapa 4). Esta Meta PMG cumplió tanto con los desafíos asumidos para el año 2004, como con las exigencias de las misma, correspondiente al período 1º de septiembre de 2004 y 31 de agosto de 2005.- En lo fundamental, se formó una comisión, con amplia participación y cobertura, que elaboró un documento que contiene un conjunto de cambios al Reglamento de Calificaciones, tanto en procedimientos, aspectos conceptuales, cambios en los puntajes, modificación del período, así como el establecimiento de mecanismos que permitan comprometer con mayor fuerza a los precalificadores en este proceso, elaborando un instrumento auxiliar denominado "Firma de un Compromiso de Gestión" cuyo objetivo es involucrar tanto al funcionario como al precalificador en el correcto uso del sistema de Evaluación, transformándose así en una efectiva herramienta para mejorar la gestión institucional.

Área de Mejoramiento Calidad de Atención a Usuarios

OIRS (Etapa 6): Implementación del Modelo Integral de Atención a Usuario, lo que permitió desarrollar un modelo de calidad para la atención usuaria, común para todos los canales de contacto (apoyado con la implementación del proyecto Titularidad de Derecho y de los protocolos de atención), operación del Sistema Unico de Registro (SCR) de los contactos realizados por los ciudadanos en cualquiera de las OIRS de Fonasa (Sucursales, web y call center), constituido por el software Remedy radicado en el Call Center. Estos contactos están referidos a: consultas, reclamos, sugerencias, denuncias, solicitudes y felicitaciones. Este SCR permite implementar nuevos reportes estadísticos que conceden optimizar la gestión de atención de usuarios. Y también permitió el desarrollo de un plan de difusión de los productos estratégicos, que incorporó los principios de tolerancia, participación y no discriminación.

Lo anterior, significó la homogenización de procesos y procedimientos de afiliación y de otros productos y canales de contacto, disminución de brechas relacionadas con la atención usuaria, actualización de los manuales de procedimientos y actualización de las respuestas específicas para las consultas tipificadas (scrip) en el Call Center de Fonasa, dirigido a dar respuestas y orientación a los beneficiarios frente a sus consultas, reclamos, sugerencias, denuncias y solicitudes.

Por último, los resultados arrojados en la encuesta de opinión realizados a través de una empresa externa, evidencian una mejor percepción de la ciudadanía en relación al servicio entregado por Fonasa a través de sus canales de contacto.

4. Gobierno Electrónico (Etapa 2): Durante el años 2004 se realizó el levantamiento de los procesos asociados a los Productos Estratégicos y de Soporte Institucional, con el fin de detectar los principales problemas susceptibles de mejorar con la incorporación de Tecnología de Información y Comunicación, proponiendo 4 Proyectos de Mejora: Optimización Proyecto Titularidad de Derechos, Sistema de Seguimiento y Control de Atenciones de Emergencias, Sistema Informático de Planificación y Control de Gestión, Posicionamiento de la página web.

Área de Mejoramiento Planificación / Control / Gestión Territorial Integrada.

5. Planificación Estratégica y Control de Gestión (Etapa 6): Se estableció un Sistema de Control de Gestión Trimestral, que diera cuenta de los resultados parciales asociados a los Indicadores de Desempeño Institucionales comprometidos con DIPRES, junto al resto de las metas incluidos los Sistemas PMG, con el fin de entregar retroalimentación efectiva y oportuna a los Directivos y así apoyar el proceso de toma de decisión..

Lo anterior, permitió a la Institución tener un porcentaje de cumplimiento de un 98 %, con lo cual la Institución está en condiciones de avanzar hacia la certificación de la Norma ISO 9000:2000.

6. Auditoría Interna (Etapa 4): Durante el año 2004, se presentó el Diagnóstico de Riesgo del Servicio basado en la metodología COSO, con el consiguiente informe del Plan Trienal (2005-2006-2007), así como también el plan de auditoría 2005, así como también informa respecto del Plan de trabajo 2004, que concentró 28 actividades de auditorías siendo cumplido en un 100%. De las recomendaciones generadas de las auditorías y actividades de auditorías realizadas durante el año 2004, la Institución tuvo un 76% de cumplimiento.

7. Gestión Territorial Integrada (Etapa 1): Las principales actividades asociadas a este Sistema se centraron en la realización en conjunto con nuestras Direcciones Regionales, de un Diagnóstico de los productos estratégicos entregados a los beneficiarios desde una perspectiva territorial, lo que concluyó que de los 4 productos estratégicos que tiene identificado FONASA, (1: Plan de Salud, 2: Fiscalización del Plan, 3: Servicio de Atención al Beneficiario, 4: Producto de Gestión Interna), tanto el 1 y 3 aplican Perspectiva Territorial (PT) en todos sus subproductos y se relacionan en mayor grado con otros Servicios Públicos a nivel regional. Los productos 2 y 4 y sus respectivos subproductos, no aplican en su totalidad la PT, e impactan indirectamente a los beneficiarios por tratarse de productos de gestión interna a Fonasa.

Área de Mejoramiento Calidad de Atención a Usuarios

8. Administración Financiero Contable (Etapa 6): Durante el 2004, se logró dar cumplimiento a la entrega oportuna de los informes presupuestarios exigidos por el ministerio de Hacienda, a su vez que se implementa en forma exitosa el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE).

9. Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público (Etapa 6): En el año 2004 este sistema centró su atención en la implementación de los 4 proyectos de Compra, propuestos en la etapa anterior,

Adecuación de la Normativa y Procedimientos de Compra; definición de Organización de Compra y RRHH asociados; Definición del Plan de Compra y Política y Gestión de Inventario; Elaboración y Desarrollo del Plan de Capacitación. A su vez, la Institución realizó cambios importantes en sus procesos internos con el fin de elaborar y comprometer el Plan de Compras para el año 2005 durante el mes de Enero del 2005, ajustado tanto al Presupuesto asignado para el año y la Planificación Institucional.

Área de Mejoramiento Calidad de Atención a Usuarios

10. Enfoque de Género (Etapa 3): Los principales avances están dados por la implementación de los Proyectos de Mejora presentados durante el año 2003 que se presentan a continuación:

- Acceso a las Prestaciones Modalidad Libre Elección, en el Marco de la Titularidad de Derechos, que tiene por objetivo disminuir las desigualdades entre cotizantes y cargas legales, en el acceso a las prestaciones otorgadas en la Modalidad Libre Elección, mediante la definición de un nuevo sistema de acreditación homogeneizando los derechos de todos los beneficiarios/as, mejorando el sistema de Venta de Bonos de atención en salud a través de la cédula de identidad exclusivamente y la modificación de la normativa y procedimientos asociados. De esta forma, ya no es requisito presentar la tarjeta de identificación para acceder a un Bono de Atención en Salud, lo que mejora la situación de autonomía, igualdad, equidad y empoderamiento de las mujeres cargas médicas.
- Propuesta Proyecto de Ley para modificar la exigencia legal de ser casada para poder ser carga médica. Lo anterior se basa en los resultados arrojados por el CENSO realizado en el año 2002, donde se evidenció un aumento en el número de parejas convivientes, quienes por su condición se encuentran imposibilitadas de ser cargas médicas. Este ambicioso proyecto fue despachado al Ministerio de Salud con el objeto de que ese organismo ministerial tramite su incorporación en la agenda parlamentaria.
- Modificación del Sistema de Información de Fonasa, que ha implicado adecuar el actual sistema Informático del Seguro para generar productos con perspectiva de género e información estadística y de gestión respecto de hombres y mujeres, a través de la implantación de un Data warehouse Institucional.

- **Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo:**

“Fonasa no formula Convenios de Desempeño Colectivo”

Cuadro 9 Cumplimiento Convenio Colectivo año 2004			
Equipos de Trabajo	Dotación Efectiva del Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Incremento por Desempeño Colectivo
Porcentaje de Cumplimiento Global Convenio Colectivo		XX %	

- **Cumplimiento de otros Incentivos Remuneracionales:**

“Fonasa no incorpora otro tipo de Incentivos Remuneracionales”

- **Avances en otras Materias de Gestión**

• **Área de Recursos Humanos**

Durante el 2004, el subdepartamento comenzó a trabajar de manera integral y multidisciplinaria, en varios proyectos orientados hacia el mejoramiento de la calidad de vida laboral de nuestros funcionarios. Entre ellos: el Proyecto Plan de Desvinculación, cuyo desarrollo está siendo abordado por un comité multidisciplinario, el Proyecto Resolución de Conflictos Laborales, cuyo desarrollo de la propuesta se encuentra planificado para este año, el Proyecto de Prevención y Tratamiento de Alcohol y Drogas, cuyas políticas y talleres de formación a monitores fueron realizadas en el periodo 2003 y 2004 a nivel nacional y cuya próxima etapa es el desarrollo de los procedimientos y validación de la propuesta final. Junto a lo anterior se está trabajando en una propuesta para abordar los altos niveles de endeudamiento que afecta a parte de los funcionarios/as de la Institución.

En lo que respecta a los avances en materia de Gestión Interna, cuyo objetivo central es mejorar la atención hacia nuestros usuarios, el Subdpto. de RRHH inició el 2004 el desarrollo de dos grandes proyectos, por un lado, la implementación del Sistema Integrado de Recursos Humanos (SIRH), orientado a mejorar el registro y procesamiento de la información de nuestros funcionarios/as, y que está en su última etapa de elaboración de los módulos restantes y cuya marcha blanca se espera para el primer semestre de este año, y por otro, la carta de servicios del subdpto., que será la declaración de los derechos de nuestros usuarios respecto de los servicios ofrecidos por cada equipo de RRHH de nuestra institución, mediante al fijación de estándares de calidad, definidos el 2004, y cuyo lanzamiento se espera para este año.

Entre aquellas acciones orientadas al mejoramiento del clima laboral, nuestra institución desarrolló en el Nivel Central y en cada una de las Direcciones Regionales, múltiples actividades extraprogramáticas orientadas al funcionario y su familia, organizándose de manera exitosa y con altos grados de participación y de satisfacción de los funcionarios/as, eventos en torno a las celebraciones del día de la mujer, día del niño, 25° aniversario del Fonasa y celebración de navidad. Durante este año se remodeló el Centro Quebrada Verde, y que junto al Recinto de las Cruces, pasaron a ser espacios de recreación y de esparcimiento para los funcionarios/as y sus familias.

• **Tecnologías de Información**

Durante el año 2004, el área de tecnologías de información fue altamente demanda a fin de dar cumplimiento a importantes desafíos tanto en el plano Institucional como al interior del sector salud, entre los logros mas destacados podemos mencionar, el inicio de la licitación del Sistema Informático que sustenta el seguro Público y la puesta en servicio del Sistema de Información de Salud 2004, que soporta el registro de información para problemas de salud con garantías explícitas, AUGE.

El sistema de información SIS-2004, se encuentra operando desde el mes de Abril del año 2004, en una etapa de piloto, durante el primer semestre de dicho año, se capturaron y documentaron una serie de observaciones y sugerencias al funcionamiento del sistema. Siendo implementadas estas últimas durante el segundo semestre del año antes citado.

A la fecha el sistema opera normalmente con 17 problemas de salud del piloto, con un tasa de registro cercana a los 300.000 documentos mes, sus indicadores muestran niveles de robustez y estabilidad que aseguran un desempeño exitoso a las necesidades de nuestros usuarios.

Por otro lado, durante el mes de noviembre se inicia el levantamiento de requerimientos para una segunda versión del sistema que incorpore 25 problemas de salud del régimen de garantías, el cual iniciará su operación durante el mes de marzo del año 2005.

Respecto a la licitación del Sistema Informático del Seguro público, durante el mes de junio se da inicio al levantamiento de requerimientos del proyecto para las construcción de los sistemas operacionales del seguro público, instalación del equipamiento mayor (servidores) e instalación de la red de telecomunicaciones.

Proyectos de Ley

FONASA no tuvo proyectos de ley en el Congreso durante el año 2004. Sin embargo, se participó activamente en los Proyectos vinculados a la Reforma de Salud, fundamentalmente en la construcción de las Leyes 19.966 y 19.937, referidas al "Régimen de Garantías" y "Autoridad Sanitaria" respectivamente, participando activamente en equipos jurídicos constituidos por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Isapres, y otras Instituciones.

La aprobación de estas Leyes influye importantemente en el modelo del sistema de salud chileno, por lo cuál la Institución se encuentra realizando las acciones pertinentes para dar respuesta eficiente a las nuevas exigencias en Salud.

4. Desafíos 2005

Durante los últimos 3 años, el sector salud se ha visto enfrentado al enorme desafío que ha significado implementar la Reforma de Salud, implicando una serie de transformaciones al interior de los organismos autónomos y dependientes del Ministerio de Salud, para responder adecuadamente a las demandas que se derivarán de la entrada en Régimen del nuevo Sistema a partir del 01 de Julio del 2005.

El Fonasa, ha sido un actor relevante en este proceso, debido a que en su calidad de Seguro Público de Salud, deberá asegurar las garantías explícitas definidas para el Régimen y así responder al objetivo principal que implica mejorar las condiciones de entrega, esto es acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de las atenciones de salud, basado en los principios de equidad y solidaridad.

Lo anterior implica garantizar en forma explícita el acceso universal al Sistema, mejorar la gestión sanitaria y de entrega de las atenciones de salud, orientando la gestión hacia la satisfacción usuaria, debiendo necesariamente contar con un proceso de cambio de los paradigmas del modelo de atención, que tiene como objetivo final la mejora continua de los estándares de vida de la población y generando mayores oportunidades en el desarrollo a los ciudadanos.

En este escenario, el Fonasa ha debido modificar el enfoque con el que había estado trabajando en los últimos 5 años, orientando gran parte de sus recursos tanto humanos como financieros al diseño, desarrollo e implementación de un modelo de gestión de garantías. A partir del año 2002, se puso en marcha el Piloto AUGE partiendo con 3 problemas de salud, los que paulatinamente fueron aumentando llegando a 17 en el año 2004.

Según lo descrito y con el fin de responder efectivamente a las demandas de los Beneficiarios del Fonasa, y los desafíos en materia de transparencia y modernización de la gestión Pública, el Fondo Nacional de Salud, a partir de sus Objetivos Estratégicos se ha planteado para el año 2005 diversos desafíos para dar cumplimiento a su misión y de esta forma mejorar el Sistema de Seguridad Social en materia de Salud.

1. Asegurar el Acceso y disponibilidad en la entrega de las acciones, prestaciones y servicios, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por nuestros beneficiarios, a través de la implementación del Plan de Salud.

A partir del 01 de Julio del año 2005, entrará en vigencia el Régimen de Garantías Explícitas en Salud RGES, para 25 patologías de salud. Hasta el año 2004 estaba operando el Piloto AUGE con 17 patologías, a las que se le suman 8 nuevas que configuran el Nuevo Régimen. Fonasa deberá asegurar el cumplimiento del 100% de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección Financiera. Las 25 Patologías son las siguientes:

1. Insuficiencia renal crónica terminal
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer cervicouterino

-
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
 5. Infarto agudo del miocardio
 6. Diabetes mellitus tipo 1
 7. Diabetes mellitus tipo 2
 8. Cáncer de mama en personas de 15 años y mas
 9. Disrrafias espinales
 10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años
 11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
 12. Endoprotesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
 13. Fisura labiopalatina
 14. Cáncer en menores de 15 años
 15. Esquizofrenia
 16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
 17. Linfomas en personas de 15 años y más
 18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida vih/sida
 19. Infección respiratoria aguda (ira) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
 20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
 21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
 22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
 23. Salud oral integral para niños de 6 años
 24. Prematurez
Prevencción del parto prematuro
Retinopatía del prematuro
Displasia broncopulmonar del prematuro
Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
 25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.

Con la puesta en marcha de este nuevo Régimen, se espera atender a un total de 1.600.000.- beneficiarios, con atenciones entregadas tanto en la Atención Primaria como en la Atención Secundaria y Terciaria.

Como apoyo a la gestión del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, se implementará una nueva versión del Sistema de Información en Salud (SIS), con el que ha operado el Piloto AUGE y que ha permitido registrar las prestaciones a los beneficiarios, con el fin de monitorear y controlar la garantía de oportunidad.

Además, el Fonasa firmará convenios tanto con la Red Privada como Pública con el fin de asegurar la disponibilidad de la Oferta de Prestaciones para mejorar la oportunidad de atención a sus beneficiarios.

En cuanto al acceso al Sistema de Salud, el Fonasa espera para el año 2005, tener al 100% de sus Beneficiarios enrolados bajo los nuevos criterios de Titularidad de Derechos, lo que facilitará la identificación y posterior entrega de la prestación en salud a sus beneficiarios.

Por otra parte, y con el fin de hacer más eficiente el uso de los Recursos, se espera incentivar el uso de los PAD en la Modalidad de Libre Elección, llegando a un 15% del pago en relación al total de atenciones de la MLE.

Se espera a su vez, optimizar el proceso de Licencias Médicas, mediante el apoyo en la fiscalización de Contraloría Médica y la disminución del tiempo asociado al pago de la Licencia.

En cuanto a los Servicios directos entregados a los beneficiarios, se espera aumentar el número de personas que utilizan el Sistema de Bono Electrónico para acceder a las prestaciones de salud en la Modalidad de Libre Elección. En la Modalidad de Atención Institucional, se espera aumentar la cobertura en las prestaciones otorgadas en los Programas de Prestaciones Valoradas, que incluye el Programa del Adulto Mayor, El Programa de Oportunidad en la Atención, Programa de Prestaciones Complejas, Programa VIH –SIDA, Programa de Emergencia, entre otras.

Por último, con las acciones definidas para el año 2005, se espera aumentar el nivel de beneficiarios encuestados que se sienten protegidos por su Sistema de Salud.

2. Lograr un aseguramiento de la Protección Social en Salud eficaz, eficiente y competitivo a través de la plena integración de las funciones institucionales.

La plena integración de las funciones para un aseguramiento eficaz, eficiente y competitivo de la Protección Social en Salud, requiere contar con sistemas de información efectivos que apoyen la gestión del Fonasa. En este punto el principal desafío para este año, es que los Sistemas de Información disponibles en Fonasa y en coordinación con otras Instituciones, respondan adecuadamente a la demanda de información y gestión Institucional.

Además, las acciones de fiscalización y control del Plan de Salud es una de las principales actividades que permiten al Fonasa, asegurar que se haga un correcto uso de los recursos. En esta materia, se espera Monitorear el Régimen de Garantías en Salud, con el fin de entregar las alertas tempranas para gestionar la compra y posterior derivación de las prestaciones con el fin de cumplir con la garantía de oportunidad.

En cuanto a la Modalidad de Libre Elección se continuará con el Programa de Trabajo Anual definido, lo que significa realizar aproximadamente 9.660 fiscalizaciones por año, cubriendo el 28% de los Prestadores MLE que representan el 60% del gasto.

Por otra parte, en también se espera aumentar las actividades asociadas a la fiscalización del correcto y oportuno pago de cotizaciones. Ello implica focalizar los esfuerzos de fiscalización a aquellas Empresas que concentren mayor cantidad de Beneficiarios Fonasa y a su vez, aumentar el porcentaje de recuperación de cotizaciones.

3. Mantener a la población informada de sus beneficios, derechos y obligaciones, en el ámbito de la protección social en salud, con el fin de que haga un correcto uso del Seguro Público.

Para este año, el Fondo espera tener implementado el modelo integral de atención a usuario en todos sus canales de contacto: web, Sucursales, Call Center, fonasa móvil, con el fin de entregar un servicio integral a sus beneficiarios.

Lo anterior, permitirá mejora la percepción usuaria respecto de la información entregada por los distintos canales a un 68%, lo que se mide anualmente a través de encuestas externas.

En el marco de la Reforma, también se espera poner en marcha un plan de comunicación e información a través de los distintos canales en relación al Régimen de Garantías en Salud, con el fin de mantener a la población beneficiaria informada respecto de sus derechos y deberes en el nuevo Sistema, con especial énfasis en la exigibilidad de las garantías por parte de ellos.

Conforme al punto anterior, el principal desafío será poner en marcha un Sistema de Reclamos integrado en el Sector Salud, con el fin de facilitar a la población beneficiaria la posibilidad de interponer un reclamo y resolverlo oportunamente en el Fonasa.

4. Fortalecer la Institución promoviendo una gestión innovadora, con excelencia, con liderazgo estratégico regional y nacional, entre los servicios públicos, e internacional en el ámbito de la seguridad social

El desafío principal es mantener los resultados de las encuestas de opinión en donde Fonasa aparece como una Institución innovadora, que da confianza y en donde los beneficiarios tienen un nivel de satisfacción de un 76% respecto del Servicio entregado, lo que es medido a través de encuestas externas.

Cumplir el 100% de las metas comprometidas en el Programa de Mejoramiento de la Gestión. A partir del año 2005, Fonasa comenzará a trabajar en la certificación ISO 9000:2000, de sus Sistemas.

Además, se espera contar con una página web mejorada, en donde se pueda entregar nuevos servicios a la población beneficiaria.

En cuanto a la gestión interna, durante el año 2005 en materia de Recursos Humanos se espera avanzar hacia la gestión por competencia. En materia de Finanzas, se espera tener completamente implementado el SIGFE, Sistema de Información y Gestión Financiera del Estado, proyecto que se ha manejado bajo la dirección del Ministerio de Hacienda.

5. Anexos

- Anexo 1: Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2004
- Anexo 2: Otros Indicadores de Desempeño
- Anexo 3: Programación Gubernamental
- Anexo 4: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Anexo 5: Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión 2004
- Anexo 6: Transferencias Corrientes
- Anexo 7: Iniciativas de Inversión
- Anexo 8: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

- **Anexo 1: Indicadores de Desempeño Presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2004**

Cuadro 10 Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2004										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2004	Cumple SI/NO ²⁹	% Cumplimiento ³⁰	Notas
				2002	2003	2004				
Control y Fiscalización del Plan de Salud 1	Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones de la Modalidad Institucional Enfoque de Género: No	N° total fiscalizaciones en la Modalidad Institucional/N° fiscalizadores	N°	0.7	4.9	4.4	3.0	Si	147.00	1
Servicios de atención al Beneficiario/a 2	Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA Enfoque de Género: No	(Encuestados que califica como satisfactorio el servicio entregado por FONASA/Total de encuestados)*100	%	74	76	73	76	Si	96.00	
Servicios de atención al Beneficiario/a 3	Porcentaje de encuestados que califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web) Enfoque de Género: No	(Encuestados que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)/Total de encuestados)*100	%	67	67	70	68	Si	103.00	
Servicios de atención al Beneficiario/a 4	Tasa de abandono de las llamadas telefónicas Enfoque de Género: No	(N° de llamadas telefónicas abandonadas por el sistema telefónico/N° total de llamadas recibidas por el sistema telefónico)*100	%	9	4	4	4	Si	100.00	

29 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2004 es igual o superior a un 95% de la meta.

30 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2004 en relación a la meta 2004.

Cuadro 10
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2004

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2004	Cumple SI/NO ²⁹	% Cumplimiento ³⁰	Notas
				2002	2003	2004				
Servicios de atención al Beneficiario/a	Tiempo promedio de respuesta a las consultas por página web	Tiempo total de respuesta a las consultas por página web/Total de consultas por página web	días	2	1	1	1	Si	100.00	
5	Enfoque de Género: No									
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales	Porcentaje de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Sistema de Salud	(N° de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Sistema de Salud/Total de usuarios FONASA encuestados)*100	%	NC	72	73	70	Si	104.00	
6	Enfoque de Género: No									
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente las respuestas via Página web de Fonasa	(N° de encuestados que califica satisfactoriamente la respuesta via página web de Fonasa/N° total de encuestados usuarios web)*100	%	NC	63	68	65	Si	105.00	
7	Enfoque de Género: No									
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de usuarios que evalúa satisfactoriamente la pertinencia del servicio de atención telefónico Infolinea	(N° de usuarios que evalúa satisfactoriamente la pertinencia del servicio de atención telefónico Infolinea/N° total de encuestados usuarios de Infolinea)*100	%	79	84	85	82	Si	104.00	
8	Enfoque de Género: No									
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales	Porcentaje de casos AUGE en los que se cumplen las garantías AUGE	(N° de casos en los que se cumplen las garantías AUGE/N° total de casos AUGE atendidos)*100	%	100	100	97	100	Si	97.00	
9	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2004

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2004	Cumple SI/NO ²⁹	% Cumplimiento ³⁰	Notas
				2002	2003	2004				
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de las llamadas telefónicas recibidas contestadas antes de 15 segundos	(N° de llamadas telefónicas recibidas contestadas antes de 15 segundos/N° de llamadas telefónicas recibidas y contestadas)*100	%	91	95.8	91	91	Si	100.00	
10	Enfoque de Género: No									
Intermediación de Compra de Prestaciones	Porcentaje de los servicios de salud que cumplen con la garantía de tiempos máximo de acceso a la atención de las patologías comprometidas en el Programa de Oportunidad en la Atención	(N° servicios de salud que cumplen con garantía de tiempos máximo de acceso a la atención de las patologías comprometidas en el Convenio Programa de Oportunidad de la Atención/N° total de servicios en Convenio Programa de Oportunidad de la Atención)*100	%	86	100	100	100	Si	100.00	
11	Enfoque de Género: No									
Intermediación de Compra de Prestaciones	Porcentaje de registros erróneos en la inscripción de beneficiarios per cápita Atención Primaria	(1-(N° personas certificadas y validadas/N° registros recibidos))*100	%	13	15	12	12	Si	100.00	
12	Enfoque de Género: No									
Control y Fiscalización del Plan de Salud	Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones de la Modalidad Libre Elección	N° total fiscalizaciones en la Modalidad Libre Elección/N° fiscalizadores	N°	218	270	299	228	Si	131.00	2
13	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2004

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2004	Cumple SI/NO ²⁹	% Cumplimiento ³⁰	Notas
				2002	2003	2004				
Servicios de atención al Beneficiario/a	Tiempo promedio de espera en las sucursales para la compra de Bonos	Total tiempo de espera/N° personas que compran Bonos	minutos	25	25	18	20	Si	111.00	
14	Enfoque de Género: No									
Intermediación de Compra de Prestaciones	Porcentaje del pago PAD Cuenta conocida realizado en la Modalidad Libre Elección respecto del total del pago en la Modalidad Libre Elección	(Monto total del pago PAD Cuenta Conocida realizado en la Modalidad Libre Elección/Monto total pago en la Modalidad Libre Elección)*100	%	9.2	11.3	16.1	11.0	Si	147.00	3
15	Enfoque de Género: No									
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales	Porcentaje de Prestaciones que cumplen con la garantía de tiempos máximo de acceso de 90 días desde la indicación médica en prestaciones incluidas en el Programa de Oportunidad de la Atención No AUGE	(N° Prestaciones que cumplen garantía tiempos máximo de acceso de 90 días desde la indicación médica en prestaciones incluidas en el Programa de Oportunidad de la Atención No AUGE/N° de Prestaciones del Programa de Oportunidad de la Atención No AUGE efectuadas)*100	%	99	99	100	100	Si	100.00	
16	Enfoque de Género: No									
Control y Fiscalización del Plan de Salud	Porcentaje de prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados	(N° prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados/N° total de prestadores vigentes de la Modalidad Libre Elección)*100	%	32	36	39	32	Si	122.00	4
17	Enfoque de Género: No									
Servicios de atención al Beneficiario/a	Tiempo promedio de resolución de reclamos	N° total de días de resolución de reclamos/N° de reclamos	días	28	28	25	25	Si	100.00	
18	Enfoque de Género: No									

Cuadro 10
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2004

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2004	Cumple SI/NO ²⁹	% Cumplimiento ³⁰	Notas
				2002	2003	2004				
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales 19	Tasa de variación del gasto en medicina curativa Modalidad Libre Elección Enfoque de Género: No	$\left(\frac{\text{Gasto en medicina curativa de Modalidad Libre Elección año } t}{\text{Gasto en medicina curativa de Modalidad Libre Elección año } t-1} - 1 \right) * 100$	%	9.90	9.59	10.00	5.68	No	57.00	5
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales 20	Porcentaje de la recuperación de Préstamos Médicos sobre el gasto en Préstamos Médicos Enfoque de Género: No	$\left(\frac{\text{Ingresos por recuperación de Préstamos en el año } t}{\text{Monto Préstamos Médicos otorgados en el año } t} \right) * 100$	%	19.2	34.8	48.3	33.0	Si	146.00	6
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales 21	Porcentaje de la recuperación de Préstamos Médicos que no corresponden a Hemodiálisis sobre el gasto en Préstamos Médicos Enfoque de Género: No	$\left(\frac{\text{Ingresos por recuperación de Préstamos que no corresponden a Hemodiálisis en el año } t}{\text{Monto Préstamos Médicos otorgados en el año } t \text{ que no corresponden a Hemodiálisis}} \right) * 100$	%	55	81	87	61	Si	143.00	7
Control y Fiscalización del Plan de Salud 22	Porcentaje de prestadores con formulación de cargos respecto del total de prestadores con irregularidades detectadas Enfoque de Género: No	$\left(\frac{\text{Número total de prestadores con formulación de cargos}}{\text{Número total de prestadores con irregularidades detectadas}} \right) * 100$	%	65.5	62.3	67.4	61.8	Si	109.00	
Control y Fiscalización del Plan de Salud 23	Porcentaje de prestadores fiscalizados en la Modalidad Libre Elección en áreas críticas Enfoque de Género: No	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados en áreas críticas}}{\text{N}^\circ \text{ total de prestadores vigentes según área crítica, de la modalidad libre elección}} \right) * 100$	%	27	25	24	24	Si	100.00	

Cuadro 10
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2004

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2004	Cumple SI/NO ²⁹	% Cumplimiento ³⁰	Notas
				2002	2003	2004				
Control y Fiscalización del Plan de Salud 24	Porcentaje de prestadores con formulación de cargos respecto del total de prestadores fiscalizados Enfoque de Género: No	(N° total de prestadores con formulación de cargos/N° total de prestadores fiscalizados)*100	%	33	24	36	23	Si	157.00	8
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales 25	Porcentaje del Déficit en Subsidios de Incapacidad Laboral pagados por las Cajas de Compensación y Asignación Familiar CCAF con relación al gasto total SIL-CCAF Enfoque de Género: No	(Fondo entregado a CCAF por FONASA para cubrir el déficit/Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral pagados por las CCAF)*100	%	63.6	61.1	60.0	61.4	Si	102.00	
Control y Fiscalización del Plan de Salud 26	Promedio de empresas fiscalizadas (cotizaciones) por fiscalizador de cotizaciones Enfoque de Género: No	(Número total de empresas fiscalizadas/Número total de fiscalizadores de cotizaciones)	N°	198	190	215	198	Si	109.00	
Control y Fiscalización del Plan de Salud 27	Porcentaje de recuperación de evasión de cotizaciones Enfoque de Género: No	(Monto de cotizaciones recuperadas/Monto total de cotizaciones evadidas)*100	%	2.7	3.3	4.3	3.3	Si	130.00	9

Porcentaje global de cumplimiento: 98%

Notas:

1.- A contar del 2003, se genera un aumento sustancial de la actividad en fiscalización MAI, atendida la circunstancia de una investigación nacional específica relativa a uso del seguro, por Falsos Indigentes. Por otra parte, durante el 2004, si bien se esperaba la disminución de actividad, se desarrollaron los cuerpos legislativos que dan forma a legal al régimen de garantías, obligándose el Dpto de Control, a iniciar pilotos de prueba en Auge y PPV (monitoreo y fiscalización), para el año 2005, estando en Régimen, pudiera trabajarse con mayor certidumbre. De esa forma se mantuvo el nivel de actividad.

-
- 2.- Para el último trimestre 2004, se planificó un Programa de Fiscalización adicional atendido el crecimiento de consultas de especialidad. Ello sobrecargó a los Controles Regionales, lográndose resultados que implicaron crecimiento de actividad, cuyas cifras serán difíciles de mantener para el 2005, cuando se trabaje fuertemente en Garantías AUGE con el mismo RRHH disponible.
 - 3.- El uso del PAD, ha tenido un aumento sostenido en el tiempo, significando un 16,15% del monto total del pago de la Modalidad de Libre Elección, que implica un 55% más que el año 2003. Este aumento se explica mayoritariamente por el aumento en el consumo del PAD Parto por parte de los Beneficiarios del Seguro.
 - 4.- Los resultados del control y fiscalización del Plan de Salud son consecuentes con aclaración registrada en indicador "Promedio Fiscalizaciones por Fiscalizador en MLE"
 - 5.- El valor esperado para el año 2004 es de 5,68% y al 31 de octubre el valor obtenido llega al 10,4%, esto, debido a que el gasto en medicina curativa en la Modalidad Libre Elección está determinado por factores no gestionables por FONASA, como la Demanda de Prestaciones; Tasas de uso; Incorporación de nuevas prestaciones; Inflator de reajuste del Arancel; Oferta de Prestadores; Variación del ingreso de las personas. En este contexto, el Fondo Nacional de Salud ha trabajado en hacer más eficiente el uso de los recursos mejorando las modalidades de pago (mecanismo PAD, Pago Asociado a Diagnóstico). El desafío, de largo plazo en torno a la MLE, es velar por el correcto uso de los beneficios del seguro, en un contexto de objetivos sanitarios y de cambios a la estructura de bonificaciones. En específico se envían los antecedentes en relación al gasto de la MLE que está determinado por factores que tienen un comportamiento independiente a FONASA. Se mencionan: 1.- Demanda de prestaciones, dada por el número d
 - 6.- Este indicador mejoró el año 2004 con respecto al año 2003 debido principalmente a dos razones: 1) Fuerte disminución en otorgamiento de préstamos médicos por concepto de hemodiálisis (MM\$ 3.465) debido a la puesta en marcha del piloto AUGE, el que incluye este problema de salud. 2) Aumento de las bonificaciones de prestaciones PAD parto (75%) y diálisis (80%) lo que significa una disminución en el otorgamiento de préstamos médicos. 3) El aumento de la recuperación de Préstamos Médicos generado por las medidas de gestión de cobranzas afecta directamente al indicador en estudio.
 - 7.- El año 2004 se implementaron mejoras en la gestión de cobranza básicamente a través de dos herramientas: 1. Implementación de la cobranza a codeudores solidarios. 2. Restricción de otorgamiento de préstamos médicos a afiliados que presentan morosidad en préstamos vigentes. Adicionalmente, en función de los datos históricos la meta para el año 2004, fue subestimada en un 25% aproximadamente
 - 8.- La detección de incumplimientos a las NTA de la MLE, calificaron en condición de Infracciones tipificadas en la legislación vigente, por tanto se generan los cargos a Prestador que correspondía.
 - 9.- El aumento del año 2004 con respecto al año 2003 se debe por un lado, al aumento del promedio de empresas fiscalizadas por fiscalizador y por otro, a una mejor focalización de las fiscalizaciones, esta se orientan a sectores que históricamente han sido mas vulnerables al incumplimiento previsional laboral.

● Anexo 2: Otros Indicadores de Desempeño

Cuadro 11 Avance Otros Indicadores de Desempeño año 2004								
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Avance ³¹ 2004/ 2003	Notas
				2002	2003	2004		
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales – Régimen de Garantías Explícitas, AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas)	Porcentaje de casos AUGE en riesgo de incumplimiento de la Garantías de Oportunidad a la Atención resueltos	$((N^{\circ} \text{ de casos AUGE en riesgo de incumplimiento de garantías de oportunidad a la atención resueltos}/N^{\circ} \text{ total de casos AUGE en riesgo de incumplimiento de garantías de oportunidad a la atención}) * 100)$	%	100	100	100	100.00	
1	Aplica Enfoque de Género: NO							
Fiscalización del Plan de Salud – Fiscalización y Control de Prestaciones	Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud.	$(N^{\circ} \text{ fiscalizaciones de las prestaciones médicas del Plan de Salud}/N^{\circ} \text{ fiscalizadores})$	N°	219	275	304	205.00	
2	Aplica Enfoque de Género: NO							
Servicios de atención al Beneficiario/a – Solución de sugerencias y reclamos	Porcentaje de Reclamos por mala calidad de atención en sucursales respecto del total de reclamos recibidos	$((N^{\circ} \text{ de Reclamos por mala calidad del servicio año}/N^{\circ} \text{ total de Reclamos realizados año}) * 100)$	%	32	35	28	120.00	
3	Aplica Enfoque de Género: NO							
Servicios de atención al Beneficiario/a – Emisión de Ordenes de Atención en Salud	Porcentaje de Bonos Electrónicos emitidos respecto del total de Bonos emitidos en el año.	$((N^{\circ} \text{ de Bonos electrónicos emitidos}/N^{\circ} \text{ de Bonos emitidos}) * 100)$	%	8	14	28	200.00	
4	Aplica Enfoque de Género: NO							

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

Cuadro 11
Avance Otros Indicadores de Desempeño año 2004

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Avance ³¹ 2004/ 2003	Notas
				2002	2003	2004		
Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales – Modalidad de Atención Institucional (MAI)	Porcentaje de Registros rechazados en la Inscripción de beneficiarios per cápita atención primaria Aplica Enfoque de Género: NO	$((1 - (\text{N}^\circ \text{ registros certificados y validados en la atención primaria} / \text{N}^\circ \text{ de registros inscripción beneficiarios atención primaria recibidos})) * 100)$	%	3.40	3.99	3.68	108.00	
7								
Plan de Salud con Régimen de Garantías y beneficios adicionales	Porcentaje de prestaciones del Programa del Adulto Mayor (PAM) entregadas de acuerdo a compromiso con MINSAL y SEGPRES	$[\text{N}^\circ \text{ de prestaciones del Programa del Adulto Mayor entregadas a beneficiarios de 65 y más años, en el año } t / \text{N}^\circ \text{ total de prestaciones comprometidas y financiadas por FONASA (de acuerdo a compromiso con MINSAL y SEGPRES año } t)] * 100$	%	109	97,8	99	101.00	
8								
Plan de Salud con Régimen de Garantías y beneficios adicionales	Porcentaje de prestaciones entregadas en el Programa de Prestaciones Complejas según compromiso con MINSAL y SEGPRES	$[\text{N}^\circ \text{ de prestaciones complejas entregadas en el año } t / \text{N}^\circ \text{ total prestaciones comprometidas y financiadas por FONASA según Programa de Prestaciones Complejas (de acuerdo a compromiso con MINSAL y SEGPRES año } t)] * 100$	%	102	92,5	93	100.00	
9								
Plan de Salud con Régimen de Garantías y beneficios adicionales	Porcentaje de Prestaciones otorgadas a mujeres en la MLE del total de prestaciones otorgadas	$(\text{N}^\circ \text{ total de prestaciones MLE otorgadas a mujeres} / \text{N}^\circ \text{ Total prestaciones otorgadas en la MLE}) * 100$	%	66	67	66	99.00	
10								
Plan de Salud con Régimen de Garantías y beneficios adicionales	Porcentaje de beneficiarios en tramo A acreditados con nuevo sistema de acreditación	$(\text{Total beneficiarios en tramo A acreditados con nuevo sistema de acreditación} / \text{Total beneficiarios tramo A}) * 100$	%	n.c.	n.c.	32	-	
11								

● Anexo 3: Programación Gubernamental

Cuadro 12 Cumplimiento Programación Gubernamental año 2004			
Objetivo ³²	Producto ³³	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula	Evaluación ³⁴
Asegurar y garantizar el acceso, calidad, oportunidad en la entrega de las acciones, prestaciones y servicios, que sean compatibles con los Objetivos Sanitarios definidos por el Ministerio de Salud y con las necesidades y expectativas de nuestros beneficiarios, sin discriminación arbitraria	Cumplimiento de garantía de oportunidad para el 100% de los casos de los Problemas de Salud AUGE.		1º Trimestre: CUMPLIDO 
			2º Trimestre: CUMPLIDO 
			3º Trimestre: CUMPLIDO 
			4º Trimestre: ALTO 
Implementar un Plan de Salud - con un enfoque promocional, preventivo, curativo, rehabilitador, con cuidados paliativos en todo el ciclo vital - asegurando condiciones y garantías de entrega satisfactorias al beneficiario	Aumento de al menos 36% de cobertura de las prestaciones del Programa Adulto Mayor		1º Trimestre: ALTO 
			2º Trimestre: MEDIO 
			3º Trimestre: ALTO 
			4º Trimestre: ALTO 
	Cumplir en un 100% la garantía de acceso a la atención dentro de los 90 días en las patologías comprometidas en el Programa de Oportunidad en la Atención		1º Trimestre: CUMPLIDO 
			2º Trimestre: ALTO 
			3º Trimestre: ALTO 
			4º Trimestre: CUMPLIDO 

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

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

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

Cuadro 12
Cumplimiento Programación Gubernamental año 2004

Objetivo ³²	Producto ³³	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula	Evaluación ³⁴
	Aumento de cobertura de al menos el 10% en el Programa de Prestaciones Complejas No AUGE		1º Trimestre: CUMPLIDO  2º Trimestre: ALTO  3º Trimestre: ALTO  4º Trimestre: CUMPLIDO 

- **Anexo 4: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas³⁵**
(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2004)

Programa/Institución: Prestaciones Complejas / Fondo Nacional de salud
 Año Evaluación: 2000
 Fecha del Informe: 04/04/2005

Cuadro 13
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
Se actualizará la acreditación de los centros que constituyen las redes de cardioquirúrgica, neuroquirúrgica, trasplante renal y cáncer (quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos), tanto desde el punto de vista de la estructura, del proceso y de los resultados.	Paulatinamente se ha ido acreditando nuevos centros. No obstante, en el contexto de las atribuciones del Proyecto de Ley sobre Autoridad Sanitaria, los requisitos de acreditación para centros asistenciales serán exigibles tanto al sector público como privado de igual forma. Esto demanda la elaboración de nuevos requisitos y procesos. Por otra parte, hasta que no se elabore el reglamento de la recientemente aprobada Ley de Autoridad Sanitaria, no es conveniente normar sobre algunos de estos procesos. Por el motivo expuesto en el párrafo anterior, en general ya no se están realizando las acreditaciones solicitadas.
Se diseñará un plan de acción (compromiso y plazos) para aquellos centros que no cumplen con la acreditación.	Para el año 2004, se mantiene la situación informada anteriormente, por cuanto a pesar de estar aprobada la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937) y la Ley de Régimen general de Garantías (Ley 19.966), su Reglamento está en elaboración para tener vigencia durante este año 2005. Éste establecerá la acreditación de centros prestadores.
Se determinará una política de inversiones, a partir de los resultados de la acreditación, tendiente a resolver las dificultades de estructura de los centros acreditados.	Sin perjuicio de lo antes señalado las políticas de acreditación, pautas y reglamentos le corresponde definirlos sólo al Ministerio de Salud o en su defecto a la Superintendencia de Salud de acuerdo a las atribuciones que le asigna la Ley de Autoridad Sanitaria. En este contexto Fonasa no participa del Proceso de Acreditación.
	Por tanto, se propone eliminar o traspasar esta meta a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud o en su defecto a la Superintendencia de Salud, pues ellos, por separado y/o en conjunto, son los responsables de acreditar a los centros de salud especializados.

Programa/Institución: Prestamos Médicos en Salud / Fondo Nacional de Salud

³⁵ Se refiere a programas/instituciones evaluadas en el marco del Sistema de Evaluación que dirige la Dirección de Presupuestos.

Año Evaluación: 2003

Fecha del Informe: 04/04/2005

Cuadro 13 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas	
Compromiso	Cumplimiento
<p>Potenciar la coordinación y fortalecer la gestión descentralizada del programa.</p> <p>- Elaborar un informe de evaluación de resultados de las Direcciones Regionales en base a indicadores.</p>	<p>Se entregó documento que informa y evalúa los resultados obtenidos por las Direcciones Regionales a partir de los cambios implementados. Para ello, se exponen los antecedentes generales que originan y explican el proceso de reestructuración del Programa de Préstamos Médicos, continuando con un reporte de las tasas de recuperación global, para luego terminar en la evaluación de la gestión operativa de las Direcciones Regionales.</p>
<p>Potenciar la coordinación y fortalecer la gestión descentralizada del programa.</p> <p>- Incluir indicadores de las Direcciones Regionales en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) del PMG de FONASA.</p>	<p>Durante el año 2004 se efectuó un seguimiento de los indicadores de la gestión operativa y financiera del Programa de Préstamos Médicos, implementados durante el año 2003, siendo la base para fijar las metas con cada Dirección Regional.</p> <p>En conjunto con lo anterior, se desarrolló el Cuadro de Mando Integral para el Programa de Préstamos Médicos con el objeto de complementar el diseño de control de gestión del programa para el año 2005.</p> <p>Además de lo anterior, se creó una serie de Indicadores que permiten medir la operación de Préstamos Médicos en las Direcciones Regionales y que han sido medidos internamente durante el año 2004, los que serán incorporados en el SIG 2005 con el fin de potenciar la gestión descentralizadora del programa.</p>
<p>Evaluar la satisfacción de usuarios del programa.</p> <p>- Aplicación de instrumento de medición del grado de satisfacción de los usuarios con base en la metodología definida.</p>	<p>Se aplicó una encuesta en relación al Programa de Préstamos Médicos que midiera el grado de satisfacción usuaria de los afiliados al Seguro Público de Salud en los ámbitos de Calidad de Atención, Conocimiento de la forma de pago y Contribución a la Protección Financiera.</p>
<p>Continuar avanzando en la implementación de la política de recuperación de préstamos.</p> <p>- Evaluar técnicamente la cartera de préstamos, en términos de riesgo, y licitar, si corresponde, un seguro de desgravamen que permita asegurar la recuperación de los préstamos ante fallecimiento del beneficiario.</p>	<p>El mejoramiento de la gestión del Programa de Préstamos Médicos en conjunto con el aumento de bonificación de la prestación Hemodiálisis han dado como resultado un aumento en la recuperación de los préstamos médicos y en la composición de la cartera de préstamos. Sin embargo a la fecha se evalúa que la cartera de préstamos médicos sigue constituyendo una cartera riesgosa, por ello si bien se elaboraron las bases para el llamado a cotización para la implementación del seguro de desgravamen, ésta se efectuará durante el último trimestre del presente año, con el objeto de poder reflejar una mayor disminución en la participación de los préstamos médicos por Hemodiálisis, efecto esperado por lo indicado anteriormente y por la implementación del AUGE.</p> <p>De acuerdo a la evaluación técnica de la cartera de préstamos en términos de riesgo, se va a licitar un seguro de desgravamen durante el mes de noviembre 2004. Un informe detallado de la cartera actual se estudiará durante Septiembre 2004.</p> <p>Se llamó a licitación de un Seguro de Desgravamen para los afiliados a FONASA que solicitan el otorgamiento de Préstamos Médicos mediante la Resolución N°003175 de fecha 05/11/2004, pero ésta se declaró desierta ya que no hubo recepción de ofertas en el Portal Chile Compras.</p>
<p>Continuar avanzando en la implementación de la política de recuperación de préstamos.</p>	<p>Se establecieron fundamentos para la definición de criterios de incobrabilidad mediante la caracterización de la cartera de préstamos médicos a partir de la información existente en la base de datos denominada</p>

Cuadro 13 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
- Definir los criterios de incobrabilidad.	Préstamos Médicos del FONDO. De acuerdo a los principios de gestión institucional y las características de las deudas de préstamos médicos vigentes a octubre 2004, se establecieron los siguientes criterios: Préstamos Médicos de Afiliados Fallecidos, Préstamos Médicos Otorgados con anterioridad a Mayo 2000, y los Deudores Morosos que se hayan registrado como beneficiarios Tramo A de FONASA.
Continuar avanzando en la implementación de la política de recuperación de préstamos. - Definir con precisión las tasas de recuperación por tipo de préstamo.	Dado que a la fecha no se han sancionado los criterios de incobrabilidad, y con la licitación del Seguro de Desgravamen que se declaró desierto, y por otro lado, la implementación del Plan Auge cuyos efectos se comenzarán a ver durante el año 2005, se estima que la definición con precisión de las tasas de recuperación por tipo de préstamo se implementarían durante el segundo semestre del año 2005.
Evaluar la gestión de recuperación y cobranza en base a indicadores. - Cuantificar los indicadores de desempeño del programa, incluidos los indicadores de recuperación y cobranza incluidos en la Matriz de Marco Lógico	Fonasa acogió los indicadores contenidos en la matriz de marco lógico definida por el panel evaluador, y la gestión en la recuperación y cobranza de préstamos médicos se evaluó periódicamente
Evaluar la gestión de recuperación y cobranza en base a indicadores. - Identificar los aspectos del Sistema de Información para la Gestión (SIG) del PMG en operación necesarios de ajustar para incorporar los indicadores de desempeño relevantes del programa definidos en la Matriz de Marco Lógico.	La gestión de recuperación y cobranza de Préstamos Médicos se mantienen respecto del año 2004. Los indicadores establecidos en la PMG son relevantes, respecto de los otros, que miden procesos para la gestión interna.
Efectuar un seguimiento semestral de los gastos administrativos directos del programa.	Los gastos administrativos directos del Programa corresponden a los gastos por la operación del sistema informático de Préstamos Médicos. Cabe precisar que a contar del 1 de diciembre del año 2004 no se efectuó seguimiento sobre este gasto, por cuanto el nuevo contrato de los Sistema Informáticos del Seguro Público de Salud se pagará mediante un costo fijo anual, sin apertura por funcionalidades implementadas.

- **Anexo 5: Cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Gestión 2004**

Cuadro 14 Cumplimiento PMG 2004										
Áreas de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión						Prioridad	Ponderador	Cumple
		Etapas de Desarrollo o Estados de Avance								
		I	II	III	IV	V	VI			
Recursos Humanos	Capacitación				○			MEDIANA	6%	✓
	Higiene-Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo				○			MEDIANA	6%	✓
	Evaluación de Desempeño				○			ALTA	15%	✓
Calidad de Atención a Usuarios	Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, OIRS						○	ALTA	15%	✓
	Gobierno Electrónico		○					MEDIANA	6%	✓
Planificación / Control / Gestión Territorial Integrada	Planificación / Control de Gestión						○	ALTA	15%	✓
	Auditoría Interna				○			ALTA	15%	✓
	Gestión Territorial Integrada	○						MEDIANA	6%	✓
Administración Financiera	Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público						○	MEDIANA	6%	✓
	Administración Financiero-Contable						○	MENOR	5%	✓
Enfoque de Género	Enfoque de Género			○				MENOR	5%	✓

Porcentaje Total de Cumplimiento: 100,00%

Sistemas Eximidos / Modificados:

FONASA NO CUENTA CON SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICADOS

Sistemas	Justificación

Cuadro 15			
Cumplimiento PMG años 2001 - 2003	Cumplimiento PMG años 2001 - 2003		
	2001	2002	2003
Porcentaje Total de Cumplimiento PMG	75,00%	100,00%	100,00%

● Anexo 6: Transferencias Corrientes³⁶

Cuadro 16 Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2004 ³⁷ (M\$)	Presupuesto Final 2004 ³⁸ (M\$)	Gasto Devengado ³⁹ (M\$)	Diferencia ⁴⁰	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros (sala cuna y jardín Infantil)	88.670	83.835	77.683	6.152	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal	160.081	189.521	172.089	17.432	(1)
Bienes y Servicios de Consumo	2.832.484	3.353.406	3.044.960	308.446	
Inversión Real	378.082	447.237	406.444	40.793	
Otros ⁴¹					
TOTAL TRANSFERENCIAS	3.459.317	4.073.999	3.701.176	372.823	

(1) Corresponde a Programas de Fiscalización y Sistema Monitoreo AUGE. Estos proyectos comienzan a partir de 2004.

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

37 Corresponde al aprobado en el Congreso.

38 Corresponde al vigente al 31.12.2004.

39 Incluye los gastos no pagados el año 2004.

40 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

41 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

- **Anexo 7: Iniciativas de Inversión**⁴²

FONASA NO REALIZA INICIATIVAS DE INVERSION

1. Nombre:

Tipo de Iniciativa:

Objetivo:

Beneficiarios:

2. Nombre:

Tipo de Iniciativa:

Objetivo:

Beneficiarios:

⁴² Se refiere a proyectos, estudios y/o programas imputados en los subtítulos 30 y 31 del presupuesto.

• Anexo 8: Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 18 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁴⁷		Avance ⁴⁸	Notas
		2003	2004		
Días No Trabajados Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12)/ \text{Dotación Efectiva año } t$	0,81	1,06	98,94	
Rotación de Personal Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	3,5	3,23	108,4	
Rotación de Personal Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios Jubilados año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0,14	0,14	100	
• Funcionarios fallecidos	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios fallecidos año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0,14	0,42	33,3	
• Retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios año } t/ \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	2,10	1,83	114,8	
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de otros retiros año } t/ \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	1,12	0,84	133,3	
• Razón o Tasa de rotación	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios ingresados año } t/ \text{N}^\circ \text{ de funcionarios en egreso año } t) * 100$	112	156,52	139,8	
Grado de Movilidad en el servicio Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	1,55	1,58	101,94	

47 La información corresponde al período Junio 2002-Mayo 2003 y Junio 2003-Mayo 2004, exceptuando los indicadores relativos a capacitación y evaluación del desempeño en que el período considerado es Enero 2003-Diciembre 2003 y Enero 2004-Diciembre 2004.

48 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. Para calcular este avance es necesario, previamente, determinar el sentido de los indicadores en ascendente o descendente. El indicador es ascendente cuando mejora la gestión a medida que el valor del indicador aumenta y es descendente cuando mejora el desempeño a medida que el valor del indicador disminuye.

Cuadro 18 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ⁴⁷		Avance ⁴⁸	Notas
		2003	2004		
Grado de Movilidad en el servicio					
Porcentaje de funcionarios a contrata recontractados en grado superior respecto del N° de funcionarios a contrata Efectiva.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año t}) / (\text{Contrata Efectiva año t}) * 100$	10,40	5,11	49,1	
Capacitación y Perfeccionamiento del Personal					
Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	85,99	87,46	101,7	
Porcentaje de becas ⁴⁹ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$N^{\circ} \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	0,84	*		
Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / N^{\circ} \text{ de funcionarios capacitados año t})$	19,48	25,6	125,6	
Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t} / 12) / \text{Dotación efectiva año t}$	4,55	4,56	104,56	
Evaluación del Desempeño ⁵⁰	Lista 1 % de Funcionarios	97,97	99,54	98,4	
	Lista 2 % de Funcionarios	2,03	0,3	14,8	
	Lista 3 % de Funcionarios	0	0,16	-	
	Lista 4 % de Funcionarios	0	0	-	

(*)

- considerando a los fondos concursables 2004 como becas: total becas 36, indicador 2004: 5,07%, avance: 603,6
- sin considerar fondos concursables: total becas 6, indicador: 0,85%, avance: 101,2.

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

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