



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

# BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL 2016

Fondo Nacional de Salud

# BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2016

MINISTERIO DE SALUD  
FONDO NACIONAL DE SALUD

24 de marzo de 2017  
Monjitas N°665, fono 225753348  
[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

# Índice

1. Carta Presentación de la Ministra de Salud .....	4
2. Resumen Ejecutivo.....	8
3. Resultados de la Gestión año 2016.....	11
3.1 Resultados asociados al Programa de Gobierno, las 56 medidas, mensajes presidenciales del 21 de mayo y otros aspectos relevantes .....	11
3.2 Resultados de los Productos Estratégicos y Aspectos Relevantes para la Ciudadanía .....	14
4. Desafíos para el año 2017 .....	37
Anexos .....	39
Anexo 1: Identificación de la Institución .....	40
<b>a) Definiciones Estratégicas</b> .....	40
<b>b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio</b> .....	42
<b>c) Principales Autoridades</b> .....	42
Anexo 2: Recursos Humanos.....	43
Anexo 3: Recursos Financieros .....	50
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2016 .....	57
Anexo 5: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas .....	58
Anexo 6: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2016.....	62
Anexo 7: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2016 .....	64
Anexo 8: Resultados en la Implementación de medidas de Género y descentralización / desconcentración en 2016. ....	65
Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional y Leyes Promulgadas durante 2016.....	67
Anexo 10: Premios o Reconocimientos Institucionales.....	67

# 1. Carta Presentación de la Ministra de Salud



El presente Balance de Gestión Integral del sector Salud, nos permite mostrar los principales resultados y logros relacionados con los compromisos presidenciales en diferentes ámbitos de acción del Ministerio de Salud.

En materia de inversiones, el año 2016, se encontraban 2 hospitales terminados, 24 establecimientos hospitalarios en construcción y 12 en etapa de licitación. Adicionalmente, se invirtió en 7 proyectos hospitalarios adicionales, terminándose la construcción del Hospital Regional de Talca, la normalización del Hospital de Los Ángeles en la Región del Biobío y el Hospital de Copiapó, que se encontraban en proceso de recepción de obras; mientras que los proyectos Hospital Regional de Rancagua, Laja, Lautaro y Puerto Montt, entraron en operación, y se encuentran en pleno funcionamiento. En Atención Primaria, se construyeron 30 Centros de Salud Familiar (CESFAM)<sup>1</sup>, 62 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)<sup>2</sup> y se terminaron de construir 31 dispositivos de urgencias (SAR)<sup>3</sup>. En cuanto al modelo de concesión, se avanzó en la construcción de los Hospitales de Antofagasta y Félix Bulnes de Santiago, los que junto al complejo Hospitalario Salvador-Geriátrico, han significado una inversión en infraestructura estimada de 457 mil millones de pesos.

Continuando con nuestra tarea de fortalecer la salud pública, se aumentó el parque vehicular, adquiriéndose 794 ambulancias nuevas entre el 2014 y el 2016 y 62 carros odontológicos.

Lo anterior, se complementa con un aumento de médicos, odontólogos y especialistas que se incorporan a la Red Asistencial Pública. Durante el año 2016, se integraron 616 médicos y odontólogos del Programa Asistencial Obligatorio (PAO) a los establecimientos del sector público, por

---

<sup>1</sup> agregándose los de las siguientes comunas: Chañaral (Chañaral) (FNDR); Illapel (Villa San Rafael de Rozas y Urbano Illapel); Copiapó (Pedro León Gallo) (FNDR); La Higuera (La Higuera) (FNDR); Vicuña (San Isidro – Calingasta) (FNDR); Canela (Canela) (FNDR); Punitaqui (FNDR); Valparaíso (Rodelillo); Cabrero (Monteágula) de (FNDR); Los Ángeles (Entre Ríos); Concepción Santa Sabina); Padre Las Casas (Conun Hueno); Temuco (El Carmen) (FNDR); Vilcún (Cajón) (FNDR); Teodoro Schmit (Teodoro Schmit) (FNDR); y Quemchi (Quemchi) (FNDR).

<sup>2</sup> Arica (René García); Alto Hospicio (La Tortuga); Calama (Nueva Alemania); Coquimbo (Punta Mira); Ovalle (Los Leices); Cartagena (San Sebastian); Nogales (El Polígono); La Calera (El Trigal); Ruta Norte (Quillota); Putaendo (Las Coimas); Santa Cruz (Paniahue); Machalí (Santa Teresa); Maule (Villa Francia); Parral (Buenos Aires); San Clemente (San Máximo); Talca (Carlos Trupp); Constitución (Chacarillas); Linares (Yerbas Buenas); Longavi (Longavi); Chillan (Isabel Riquelme); San Carlos (Cachapoal); Concepción (Chaimavida); San Pedro de la Paz (Boca Sur Villa Venus); Talcahuano (Centinela); Hualpén (Parque Central); Penco (Ríos de Chile); Tomé (Punta Parra); Laja (Laja); Cabrero (Cabrero); Santa Barbara (Santa Bárbara); Los Ángeles (El Peral); Cañete (Sector Antiquina); Collipulli (Santa Mónica); Victoria (Selva Oscura); Ercilla (Pailahueque); Cherquenco (Cherquenco); Freire (El Bosque); Villarrica (Ñancul); Lautaro (Pillanlelún); Nueva Imperial (El Alto); Purranque (Corte Alto); Valdivia (Guacamayo); Máfíl (Máfíl); La Unión (Dr. Daiber); Los Lagos (Follico); Calbuco (Texas); Quinchao (Isla Meulín); Punta Arenas (Dr. Juan Damianovic); Quilicura (Beato Padre Hurtado); Conchalí (Alberto Bachelet); Cerrillos (Buzeta); Maipú (Lumen); Ñuñoa (Las Amapolas); Providencia (Andacollo); Talagante (Villa Los Presidentes); Quinta Normal (Plaza México); Curacaví (María Salas); La Florida (Las Lomas); San Bernardo (Raúl Brañes); La Cisterna (Eduardo Frei); San Joaquín (Martín Henríquez); y San Miguel (Recreo).

<sup>3</sup> Iquique (Sur); Calama (Alemania); Valparaíso (Valparaíso); Rancagua (René Schneider); Curicó dos (Bombero Garrido y Aguas Negras); San Clemente (San Clemente); Talca (La Florida); Linares (San Juan de Dios); Chillan (Violeta Parra); Cabrero (Cabrero); Los Angeles (Norte); San Pedro de la Paz (Candelaria); Hualpen (Hualpencillo); Penco (Penco); Concepción dos (Víctor Fernández y Tucapel); Chiguayante (Chiguayante); Angol (Alemania); Temuco dos (Miraflores y Labranza); La Unión (Alfredo Gantz Mann); Puerto Varas (Puerto Varas); Cerrillos (Sofía Pincheira); Conchalí (Conchalí); Colina (Colina); Huechuraba (La Pincoya); Recoleta (Zapadores); Pudahuel (La Estrella); Pedro Aguirre Cerda (Amador Neghme); Puente Alto (Manuel Villaseca).

un periodo de seis años, en devolución de las becas de formación que han cursado. En tanto, el año 2016, se integraron 354 nuevos médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF), e ingresaron al Plan de Formación de especialistas 1.044 médicos y 97 odontólogos, cumpliendo con la meta del año.

Otra área priorizada en el Programa de Gobierno, es la salud oral con foco en las personas de situación de mayor vulnerabilidad, a través de los programas “Más Sonrisas para Chile” destinado a mujeres, el año 2016 se lograron 103.083 altas, lo que representa un 103% de avance de la meta propuesta para el año (100.000 altas); “Sembrando Sonrisas”, dirigido a niños y niñas de 2 a 5 años, aumentó su cobertura a 369.194 beneficiarios; “Atención odontológica integral a estudiantes de cuarto medio”, se continuó con el desafío de llegar a localidades y escuelas de difícil acceso, incorporando 62 unidades dentales móviles: 40 el año 2015 y 22 el año 2016, a su vez, este programa amplió a la atención de alumnos de terceros medios y cursos equivalentes, alcanzando 64.404 altas en 2016; y el programa de “Mejoramiento de acceso a la atención odontológica para la población adulta”, permitió otorgar 951.000 consultas odontológicas, a mujeres y hombres adultos que se atienden en la Red Asistencial Pública.

Por su parte, en materia de buen trato, en el año 2016, se continuaron las iniciativas de “Hospital Amigo”, que contempla medidas para disponer de espacios de información, respetar y considerar la opinión de pacientes y familiares, disminuir tiempos de espera, fomentar el trato amable; hospitalización acompañada y entrega de información médica a las familias sobre el estado de salud de sus cercanos hospitalizados; Unidades de Emergencia Hospitalaria con sistemas de información a los pacientes y acompañantes; Incorporación de la familia al egreso hospitalario del adulto mayor, entre otras. Todas estas medidas, tienen hoy un importante despliegue a nivel nacional, estando instaladas en 168 establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad en el país, es decir en el 90% de los hospitales públicos.

Respecto a avanzar hacia la universalidad del derecho de la salud, el “Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo”, más conocido como “Ley Ricarte Soto”, entregó el año 2016 cobertura garantizada a 11 patologías, 16 fármacos, 3 exámenes, beneficiando a 3.987 personas<sup>4</sup>, dentro de una Red de 78 prestadores aprobados, conformada por 52 hospitales públicos, 22 clínicas privadas y 4 hospitales de las FF.AA. En diciembre del mismo año, se dictó un segundo Decreto, añadiendo 3 nuevos problemas de salud: alimentación enteral en domicilio incluyendo alimento, dispositivo e insumos; bomba de insulina para la diabetes tipo I inestable y medicamento biológico para la enfermedad de Crohn. Se incorporó también a este Decreto la ampliación de la prevención del Virus Respiratorio Sincicial a recién nacidos, a menores de 31 semanas, y 2 nuevos medicamentos biológicos para la Artritis Reumatoide.

En el ámbito legislativo, se encuentra en Segundo Trámite Constitucional en el Senado de la República el Proyecto de Ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo, en tres causales: 1) Caso en que la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para la su vida; 2) Caso en que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal y 3) Caso en que el embarazo es producto de una violación. Por regla general, el embarazo se podrá interrumpir por esta causal hasta las 12 semanas de gestación. En el caso de las niñas menores de 14 años, la interrupción del embarazo podrá

---

<sup>4</sup> 82,8% están afiliados a FONASA, 16,2% a ISAPRES y 1% a FFAA (DIPRECA y CAPREDENA)

realizarse hasta las 14 semanas de gestación. Además, el Proyecto de Ley ha incluido un programa de acompañamiento sicosocial para todas las mujeres en las situaciones antes descritas.

Bajo la mirada de protección en salud, desde la entrada en vigencia de “Ley de Etiquetado de Alimentos”, se implementaron acciones de vigilancia y fiscalización, participación ciudadana (Diálogos Ciudadanos, Foros Regionales y Escuela de Gestores), y campaña comunicacional, enfocada en el reconocimiento del sello “ALTO EN”. Un estudio de la Universidad de Chile, a seis meses de la entrada en vigencia de la Ley, destacó dentro de los principales resultados que el 92,9% de los encuestados señala conocer los sellos, y que el 92,4% evalúa como “bien o muy bien” la obligación de etiquetar con sellos “ALTO EN”.

En el área de Salud y Seguridad en el Trabajo, el año 2016 se aprobó la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tiene por objeto asegurar la salud y la seguridad de los y las trabajadoras, para mejorar la fiscalización y prevención de accidentes y enfermedades profesionales y promover una cultura preventiva, incorporando la prevención y promoción de la seguridad y salud en el trabajo.

El año 2016, no estuvo ajeno a emergencias sanitarias, la proliferación de algas nocivas en las regiones de los Lagos y los Ríos, fenómeno conocido como “Marea Roja”, el brote de dengue en la Isla de Pascua, el incendio del relleno sanitario Santa Marta, y el varamiento de cientos de toneladas de especies marinas, entre otros. Para afrontar estas emergencias, el Ministerio de Salud, generó un despliegue de respuesta rápida, respondiendo de forma integral a las necesidades de la población. Además, el desarrollo de simulaciones y simulacros nacionales e internacionales en coordinación con organismos intersectoriales ha permitido afinar la coordinación interinstitucional, junto con la implementación de una plataforma de gestión de la información territorial y el robustecimiento de los sistemas de telecomunicaciones en emergencias han mejorado nuestras capacidades de transmisión y análisis de información.

Continuando con la labor del sector, se trabajó en alcanzar altos niveles de excelencia y reconocimiento de referencia con estándar internacional, es así que se obtiene el reconocimiento internacional como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional en Medicamentos, calificación que fue otorgada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que certifica la competencia y eficiencia en el desempeño de las funciones de regulación sanitaria del Instituto de Salud Pública de Chile, para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos.

En cuanto a la gestión de atención de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), para fortalecer la protección financiera y acceso en salud de los beneficiarios, durante el año 2016 tomó control en su totalidad del proceso de gestión de cotizaciones de sus afiliados, cometido que realizaba el Instituto de Previsión Social (IPS). Esto incluye la recaudación de cotizaciones, gestión de deudas de empleadores morosos, emisión de certificados, fiscalización electrónica de eventuales empleadores evasores, procesos de devolución de excesos (DPE) y cotizaciones mal enteradas, desde y hacia Isapres. Adicionalmente, en 2016 comenzó a funcionar un nuevo sistema de inscripción de afiliados FONASA en consultorios, que permite la acción en línea, con control centralizado, validaciones en tiempo real, y certificación periódica en una sola base de datos integrada a nivel nacional de inscripciones. A su vez, incorporó 2 nuevos canales de inscripción, adicionales a los

establecimientos de atención primaria: toda la red de sucursales FONASA, además de la virtual presente en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl).

Respecto del rol regulador de la Superintendencia de Salud, destacan las instrucciones impartidas sobre la prohibición de discriminar arbitrariamente en la oferta de Planes de Salud de Isapres; y se instruyó sobre el cálculo de la Cobertura Proporcional de Parto, con el objetivo de velar por el correcto otorgamiento de la cobertura de parto. En paralelo, se trabajó en el "Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género", que tiene como propósito contribuir al Diagnóstico de Género del Sector Salud, el cual se orienta a detectar brechas de comportamiento de hombres y mujeres y espacios de mejoramiento que permitan evitar prácticas discriminatorias en la entrega de los beneficios y programas de salud pública por parte de los seguros previsionales.

En relación al sistema de adquisición de insumos y medicamentos, la Central de Abastecimiento del S.N.S.S, puso a disposición de los municipios una canasta diseñada especialmente para cubrir las necesidades de fármacos e insumos correspondientes a 820 productos, a través de la plataforma especialmente creada para esos efectos. Se efectuaron compras a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), logrando una significativa rebaja en los precios de medicamentos de alto costo para VIH y Hepatitis C, entre otros.

Lo anterior demuestra los avances significativos que hemos logrado como Sector Salud en el año 2016, enmarcando nuestro actuar en el cumplimiento de nuestra misión orientada a fortalecer la Salud Pública y el Sistema Público de Salud con el objeto de avanzar en más y mejor salud para las personas, abordar los determinantes sociales y factores de riesgo de los problemas de salud más prevalentes, convocar al trabajo intersectorial en la perspectiva de "salud en todas las políticas públicas", desarrollar e integrar las redes asistenciales para proveer servicios oportunos, culturalmente pertinentes y de calidad, contemplando la promoción, prevención, curación y rehabilitación, procurando reducir las inequidades en tanto acceso y resultados sanitarios.

Es así que, nuestro desafío 2017, es seguir orientando todos nuestros esfuerzos en avanzar en más y mejor salud para todos y todas, con énfasis en cuatro ejes prioritarios; una salud pública que responda a las necesidades de la población, una población con mejor salud y calidad de vida, una situación de salud con menos inequidades en el acceso y sus resultados, y un Estado comprometido y garante de los derechos en salud.



Dra. Carmen Castillo Taucher  
Ministra de Salud

## 2. Resumen Ejecutivo



El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) en su rol de Seguro Público inició un proceso de mejoramiento de su gestión desde el año 2014, teniendo como objetivo la protección en salud de sus asegurados, lo que se traduce en productos estratégicos que tienen como objetivo garantizar el acceso a Salud de calidad y de forma oportuna, a través de protección financiera a toda su población asegurada con horizonte al 2018.

Este Balance de Gestión Integral (BGI), da cuenta de la gestión de Fonasa durante el año 2016 y de sus desafíos 2017.

Al año 2016 el número de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud alcanzó a los 13.598.639 de personas, lo que representa aproximadamente un 77% de la población total del país. De ellos, 7.239.486 corresponden a mujeres y 6.359.153 a hombres.

El Servicio actualmente posee una planta de 1.182 funcionarios, 375 hombres, y 807 mujeres.

A partir de su plan de mejoramiento de gestión 2014-2018 se definieron cuatro productos estratégicos: *Plan de Salud*, *Compra Sanitaria Eficiente*, *Optimización de la Gestión Financiera*, y *Mejora de Atención al Beneficiario*.

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

En este ámbito, durante el año 2016, se realizaron una serie de mejoras para la Modalidad de Libre Elección (MLE), como la desagregación de consultas de especialidades y cambios de glosa.

Así también Fonasa actualizó su procedimiento de validación de casos de Ley de Urgencia en función de agilizar la revisión de los casos para disminuir los tiempos de pago a prestadores por prestaciones otorgadas por este concepto.

Para el segundo producto estratégico de gestión, referido a la *Compra Sanitaria Eficiente*, que ha tenido como objetivo optimizar el buen uso de los recursos, tiene como uno de sus logros centrales la implementación de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) como mecanismos de pago. Este avance apunta directamente a perfeccionar el modelo actual de compra sanitaria en prestadores públicos y privados.

En este contexto, el año 2016 se utilizó como mecanismo de pago para valorizar y pagar la actividad de atención cerrada (hospitalización) de 25 establecimientos gestionados en red. Mientras en el ámbito privado, se consolidó como el medio de pago a prestadores privados de salud por resolución clínica de pacientes derivados centralizadamente.

Así también el año 2016 también se trabajó en mejorar el sistema de seguimiento y monitoreo de GES. Gracias a reportes de periodicidad mensual se pudo identificar áreas problemáticas, lo que

permitió implementar planes de trabajo conjunto con MINSAL y Servicios de Salud con mayor dificultad para cumplir con las garantías de oportunidad.

Por otra parte, pero siempre en el ámbito de la *Compra Sanitaria Eficiente*, Fonasa ejecutó un plan de auditoría y fiscalización a prestadores públicos y privados, con el objetivo de evaluar la pertinencia y calidad en la atención de sus beneficiarios para prestaciones asociadas a cirugía de Cataratas; y tratamiento de Diálisis. Así mismo, durante el año 2016, realizó una auditoría a los prestadores con mayores emisiones de Licencias Médicas.

Para el producto estratégico denominado *Optimización de la Gestión Financiera*, que tiene como objetivo el desarrollar mecanismos eficientes para la asignación de recursos, se trabajó en el proceso de recaudación de cotizaciones administrado por Fonasa y que contempló un convenio de recaudación con PREVIRED, con el objeto de contar con información de calidad y oportuna de las cotizaciones de nuestros asegurados. Por este proceso de recaudación Fonasa logró percibir 1,89 billones de pesos, lo que equivale a un 96%, de un total de recaudación de cotizaciones que ascendió a 1,96 billones de pesos. Este proceso contribuye al correcto uso de los recursos entregados a Fonasa por esta vía, y que representan aproximadamente el 31% del presupuesto total del Seguro.

Fonasa además realizó devoluciones masivas periódicas por concepto de Cotizaciones Pagadas en Exceso. Estas devoluciones se disponen para consulta en la página web de la institución, en la cual un usuario puede aceptar o rechazar la propuesta de devolución. Durante el año 2016 se llevaron a cabo dos procesos de devolución en los meses de abril y septiembre. El monto total dispuesto para estas devoluciones durante 2016 fue de MM\$2.914 pesos para un total de 94.477 usuarios.

Finalmente, para el producto estratégico *Mejora de Atención a Beneficiarios*, Fonasa dispuso de distintos canales de contacto diversificando sus plataformas de atención. El Seguro actualmente posee una red de entidades y sucursales que suman 459 puntos de atención emplazados a lo largo de todo el país, y plataformas de atención como un centro de llamados, servicios en línea ubicados en su página web, y un calendario de actividades en terreno.

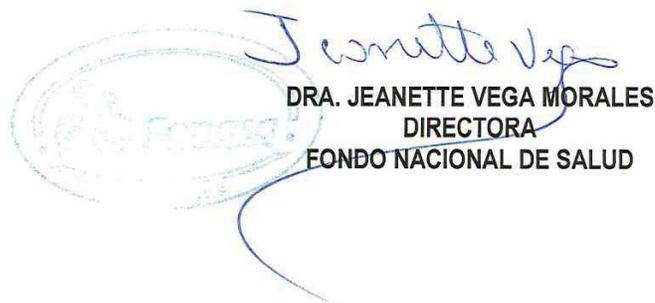
En este sentido, y como ejemplo concreto de gestión se propuso:

- (1) Disminuir la venta de bonos en sucursales con el fin de privilegiar el asesoramiento en salud y entrega oportuna de información a los beneficiarios del Seguro Público de Salud. Para ello se perfeccionó el sistema de compra de Bono a través de la web, aumentando la incorporación de prestadores para la emisión de bonos por este canal.
- (2) Se suscribió un convenio con Correos de Chile para instalar Kioscos de Auto-Consulta en las comunas de Antofagasta, Concepción, Santiago Centro y Providencia;
- (3) Se focalizó en la instalación de Entidades Delegadas Cerradas, acercándonos a los beneficiarios que se atienden en Hospitales de la Red Pública.
- (4) Pero sin duda, uno de los avances más importantes del período fue la decisión de construir un sistema propio de inscripción de usuarios en establecimientos de atención primaria que se puso en marcha en mayo de 2016. Este nuevo modelo de inscripción, además de ser más rápido y cómodo para el usuario, es más seguro y transparente a la hora de determinar el traspaso de recursos desde el Estado, vía financiamiento Per Cápita, ya que optimizó la oportunidad y calidad de la información, eliminando la duplicidad en la inscripción y en los registros. Este modelo cuenta con tecnología biométrica para validar identidad, una base de datos única, con retroalimentación en línea, generación

de estadísticas y reportes de gestión, y permite a cualquier usuario registrarse no sólo en su consultorio, sino también en sucursales y en la página web de Fonasa.

Finalmente, un punto esencial para este ámbito, ocurrió en el mes de octubre de 2016, al poner en producción la primera etapa del nuevo sistema informático del Servicio denominado “Sistema Informático Integrado del Seguro” (SIIS), el cual fue diseñado con reglas de negocio que automatizan los procesos de acreditación, y asegurarán una mayor consistencia de los datos de los beneficiarios, prestadores, prestaciones y cotizaciones.

En cuanto a los desafíos para el año 2017, queremos destacar nuestro deseo de instalar un proceso de actualización permanente del Catálogo de Prestaciones de Salud; consolidar el mecanismo de pago por GRD en establecimientos públicos y privados; trabajar en la disminución de las listas de espera GES y avanzar en el uso de Servicios en Línea que Fonasa ha puesto a disposición de sus beneficiarios.



**DRA. JEANETTE VEGA MORALES**  
**DIRECTORA**  
**FONDO NACIONAL DE SALUD**

### 3. Resultados de la Gestión año 2016

#### 3.1 Resultados asociados al Programa de Gobierno, las 56 medidas, mensajes presidenciales del 21 de mayo y otros aspectos relevantes

##### 3.1.1 Programa de Gobierno

Para este periodo de gobierno 2014-2018 Fonasa tiene siete compromisos presidenciales. De los cuales cinco se cumplieron en un 100% y dos se encuentran en proceso.

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

- a) Acreditación de todos los cotizantes independientes con la presentación de una cotización pagada
- b) Mejorar el acceso a los Servicios de Fonasa con la instalación de **22** puntos nuevos de atención; disposición de **6** nuevos servicios web; ubicar la agenda de Fonasa Móvil en la página web, con cerca de **1.000** solicitudes.
- c) Eliminación del cobro por diálisis a los pacientes que empezaron con su tratamiento antes del GES.
- d) Restitución de los beneficios de salud a Dirigentes/as Vecinales.
- e) Condonación del **100%** de deudas de salud a Dirigentes/as Sociales gestionadas durante el período enero a diciembre 2015.

Respecto a los dos compromisos en proceso; éstos se señalan a continuación:

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

Sin embargo, a pesar de haber realizado todas las acciones necesarias y de responsabilidad de Fonasa, éstas no fueron posibles de incorporar en el Arancel de la Institución para el año 2016, dado que no se autorizó presupuesto para la implementación de mejoras de cobertura de estas prestaciones. Se espera contar con la aprobación del presupuesto para la ejecución el año 2018.

### **3.1.2 Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuesto 2016**

La Ley de Presupuesto del año 2016 consideró recursos por MM\$ 5.574.479, lo que representa un incremento de MM\$ 400.311, es decir un 7.7% respecto de la Ley de Presupuesto del año 2015.

#### **Modalidad de Atención Institucional (MAI)**

La Modalidad de Atención Institucional (MAI), compuesta por los Programas de Atención Primaria de Salud (APS), Prestaciones Valoradas (PPV) y Prestaciones Institucionales (PPI), creció en MM\$ 300.391.

#### **a) Programa Atención Primaria de Salud (APS)**

El Presupuesto de Transferencias del Programa Atención Primaria para el año 2016 fue de MM\$1.370.577; esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2015, muestra un aumento de un 7,6%, lo que equivale a MM\$ 96.595.

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

- La incorporación de recursos por MM\$ 70.982, por aumento del aporte estatal a salud municipal: por efecto aumento de población MM\$ 12.369 (considera una población estimada de 12.241.569 personas) y por efecto aumento per cápita basal MM\$ 58.613 (el Per Cápita Basal sube de \$ 4.539 a \$ 4.884).
- El incremento de MM\$ 9.850 para Fondo de Farmacia Pacientes Crónicos.
- La incorporación de recursos adicionales para Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), por MM\$ 3.658, lo que permitió incrementar la capacidad de respuesta oportuna de la Atención Primaria, desde una perspectiva de red más cercana a la gente, y favoreciendo la participación social.
- La incorporación de recursos para reforzar el Programa Salud Oral por MM\$ 7.102, para la atención odontológica en adultos, otorgada en los Centros de Salud de Atención Primaria, lo que permitió realizar más de 90 mil atenciones.
- La incorporación de recursos adicionales en el Programa de Resolutividad, para la creación de 5 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica de Salud (UAPOS) y un diferencial para medicamentos para glaucoma, por MM\$ 3.124.

#### **b) Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)**

El Presupuesto de Transferencias del Programa de Prestaciones Valoradas para el año 2016, fue de MM\$ 1.516.222; esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2015, muestra un aumento de un 0,3%, lo que equivale a MM\$ 4.514.-

El principal crecimiento del Programa Prestaciones Valoradas estuvo dado por:

- La incorporación de recursos por MM\$ 25.606 para Auge: efecto Inercial AUGE MM\$ 6.365; por efecto de crecimiento de la población, MM\$ 13.115; para Medicamentos de SIDA, Hepatitis B y C, Hemofilia, Artritis Idiopática Juvenil y Esclerosis Múltiple y tratamientos de Diálisis por MM\$ 6.126.
- El incremento de MM\$ 8.289 para programas No Ges, efecto Inercial por MM\$ 5.925 y para Medicamentos (Hormona crecimiento, Distonía, Guillian Barre) por MM\$ 2.364.

- El incremento de recursos para la Ley de Urgencia por MM\$ 4.832. Esta Ley protege a los beneficiarios de Fonasa que se encuentran en situación de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave, que requieren de atención médica inmediata e impostergable en un servicio de urgencia.
- El incremento para el complemento de la *Ley Ricarte Soto* por MM\$ 133. Fonasa proporcionará a sus beneficiarios/as que accedan a esta Ley, prestaciones complementarias al Tratamiento de Alto Costo para otorgar tratamiento integral, tales como la instalación de catéter para administrar el medicamento, cuando es vía endovenoso, administración del fármaco vía endovenosa, por el periodo que dure el tratamiento, controles médicos, nutricionales, exámenes de diagnóstico y monitoreo, consejería, educación, entrenamiento y rehabilitación pre y post protésica.
- La rebaja en MM\$ 20.760 por traspaso desde PPV Medicamentos a Ley N°20.850, Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto).
- La disminución en MM\$ 13.239, por traspaso desde PPV a PPI (Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y RNM) y a Subsecretaría de Salud Pública.

### **c) Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)**

El Presupuesto de Transferencias del Programas de Prestaciones Institucionales para el año 2016, fue de MM\$ 1.642.849; esto comparado con la Ley de Presupuesto del año 2015 mostró un incremento de un 13,8%, lo que equivales a MM\$ 199.282.

Estos mayores recursos se encuentran dirigidos principalmente a:

- Recursos para Servicio de la Deuda por MM\$ 51.000, con el fin de financiar los gastos devengados y no pagados durante el año 2015 de los Servicios de Salud del país.
- Incorporación de recursos para Programas de Gobierno por MM\$ 60.910, como por ejemplo Programa de Formación de Especialistas, contratación de 33.000 horas médicas semanales de los Servicios de Salud, contratación y retención de médicos que inician su periodo Asistencial Obligatorio.
- Cargos contratados en el año 2015; continuidad para el año 2016 por un monto de MM\$ 29.583.
- Efecto Leyes por un monto de MM\$ 9.773, especialmente leyes relacionadas con el pago de remuneraciones de los funcionarios que trabajan en los Servicios de Salud del país.
- Cierre de Brechas Hospitales normalizados por MM\$ 15.022. Estos recursos se consideraron especialmente para financiar cargos provistos mediante mecanismos de selección, para el adecuado funcionamiento de los establecimientos que han entrado en operaciones conforme a un nuevo modelo de gestión, cartera de prestaciones y niveles de producción y para cubrir los gastos operacionales de los establecimientos normalizados.
- Puesta en Marcha Hospitales normalizados por MM\$ 16.210 proporcionados a proyecto que comienzan a operar durante el año 2016, para lo cual se debe contar con personal idóneo y adecuado, con recursos financieros correspondientes a gastos operacionales, para la entrega de prestación de salud en cantidad y de calidad.

### **d) Otros Gastos**

En lo referido a los gastos de Fonasa, estos se incrementaron en un 18,8%, respecto al presupuesto del año 2015, lo que estuvo dado principalmente por:

- Prestaciones de Seguridad Social; para el año 2016 se contemplaron recursos para Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL) pagados por las CCAF por un monto de MM\$ 25.103. Considera una tasa de incapacidad laboral (TIL) de 8,53 días pagados por cotizante.
- Prestaciones Pecuniarias, se incrementó el marco presupuestario de otorgamiento de Préstamos Médicos por MM\$ 5.463.
- Ley Ricarte Soto por MM\$ 48.000. Esto consideró un aporte fiscal por \$ 40.000 millones más una reasignación desde PPV por \$ 20.000 millones, para constituir el fondo de \$60.000 millones. A este monto se le aplicó el 80% indicado en la Ley 20.850. Estos recursos permitirán financiar diagnósticos y tratamientos a todas las personas, independiente del Sistema de Salud al que pertenezcan y que cumplan con los requisitos de la Ley.
- Gestión Interna Fonasa: se contemplaron recursos adicionales por MM\$ 527. Lo anterior, consideró efecto año de 21 cargos del año 2015, más 2 cargos adicionales para el año 2016, para GRD; y recursos para asignación profesional, gastos de administración Ley Ricarte Soto (incluye 3 cargos).

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

### **3.2.1 Producto Estratégico “Plan de Salud”**

#### **3.2.1.1 Catálogo de Prestaciones de Salud**

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

La Primera Versión del Catálogo permitió que se realizaran modificaciones en los aranceles en un contexto de neutralidad presupuestaria. En este ámbito, se efectuaron cambios de glosas de 216 prestaciones de salud, los que entraron en vigencia el 08 de febrero de 2016 con la publicación de los aranceles 2016 en el Diario Oficial.

El año 2016 se elaboró la Segunda Versión del Catálogo, considerando que la primera versión ameritaba mejoras. De esta manera, se obtuvo como resultado la existencia de un universo de 4.333 prestaciones de salud, de las cuales 1.464 no presentan cobertura en el Plan de Salud que FONASA ofrece a sus beneficiarios. La Segunda Versión se encuentra a disposición de nuestros beneficiarios en la página Web Institucional.

En el ámbito de los Estudios de Costos y Análisis de Precios de Mercado de Prestaciones, en el mes de marzo de 2016 se inició el Estudio de Costos de Prestaciones N°2, considerando el avance del Catálogo. Dentro del cual se dio prioridad para costear dos grandes grupos en su completitud, como son el grupo de Imagenología y Laboratorio, con un total de 608 prestaciones costeadas. Junto a esta

definición se elaboró en forma paralela el Estudio de Precios de Mercado N°2 para los mismos grupos, obteniendo precios en 955 prestaciones.

En septiembre del año 2016 se inició el Estudio de Costos de Prestaciones N°3, estimando costear 766 prestaciones (medicina nuclear y radioterapia, anatomía patológica, medicina transfusional, quimioterapia, diálisis, neurología, neurocirugía y cardiología); y para el Estudio de Precios Mercado N°3 se obtuvieron precios para 620 prestaciones (atención abierta, cirugía, dental, imagenología, laboratorio y procedimientos).

La segunda Versión del Catálogo en el año 2016 permitió consolidar los siguientes avances:

- Permitted determinar y dimensionar la brecha de prestaciones de salud, donde en su Segunda Versión comprendió un total de 4.333 prestaciones, de las cuales 1.464 no cuentan con cobertura en el Plan de Salud que Fonasa actualmente ofrece a sus beneficiarios.
- Permitted establecer el conjunto de prestaciones de salud que da cuenta de la realidad del mercado de prestaciones que se ofrecen en un país, independiente si tienen o no cobertura financiera.
- Sirvió como insumo para trazar los Estudio de Costos y Estudio de Precios de Mercado del año 2016, cuyo resultado contribuyó al ingreso de 33 prestaciones al Plan de Salud (10 de Imagenología y 23 de Laboratorio), la eliminación de prestaciones obsoletas, cambios de glosas y reemplazo de prestaciones obsoletas por nuevas, a través de los Aranceles de la Modalidad de Libre Elección y Modalidad de Atención Institucional del año 2017.

### 3.2.1.2 Modalidad Libre Elección (MLE)

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

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

#### Hitos en Modalidad Libre Elección Año 2016

- Se reajustaron los precios del arancel en un 3,8% en forma pareja, en el contexto de compensar el alza del costo de producción de las prestaciones de salud.

- Se definieron y desagregaron arancelariamente las consultas 01-01-002 (Especialidades en Falencia) y 01-01-003 (Resto de la especialidades), según la especialidades de tipo primario o derivadas de éstas, de acuerdo a cómo fueron definidas en el Decreto N° 8 (Decreto dictado por el Ministerio de Salud y que define 52 especialidades médicas en Chile). Cabe señalar que este proyecto es la continuación de lo presentado y materializado en la versión arancelaria 2014, donde fueron desagregadas 17 consultas. Para el 2016, se abrieron 22 consultas, según su especialidad, conservando precios 2015, incrementados en un 3.8%.
- Se materializaron cambios de glosa a 216 prestaciones de salud, las que fueron levantadas en mesas de trabajo con las distintas sociedades del país, cambios que fueron revisados por el Departamento de Control, Departamento de Comercialización y, el Subdepartamento Plan de Beneficios de la Institución. Las principales modificaciones de glosa fueron modificaciones simples, que mejoran redacción, correcciones ortográficas, modificaciones que explicitan indefiniciones, y que no generaron impacto presupuestario.
- De acuerdo al trabajo realizado con la Sociedad de Urología, por más de tres años -explícita en la versión arancelaria 2016, la consulta de urología, código 0103011 como falente- situación que implicó definir un idéntico arancel que el de la consulta de especialidades en falencia, código 01-01-002. Adicionalmente, se priorizó la mejora de precio y glosa a cuatro prestaciones del grupo 19 (I.Q. de urología), dándole un énfasis y relevancia a la parte sanitaria en el desarrollo y otorgamiento de estas prestaciones.
- Se nivelaron los precios de cuatro prestaciones de diálisis, ajustándolas al valor del arancel MAI 2016. Lo anterior respondió al conflicto que generaba mantener precios distintos en ambas modalidades, en el entendido que estas cuatro prestaciones correspondía al tratamiento de la diálisis, y que los convenios con prestadores, que en la mayoría son privados, mantienen precios MAI.

### **3.2.1.3 Modalidad Atención Institucional (MAI)**

#### **Inscripción de beneficiarios/as en Atención Primaria de Salud**

Para aumentar la transparencia y mejorar la gestión en el proceso de inscripción, Fonasa instaló, durante el año 2016, un sistema informático centralizado de inscripción, que conecta a todos los establecimientos del país.

El modelo anterior de inscripción en consultorios consideraba la utilización de sistemas computacionales a cargo de cada uno de los municipios del país, los que se encontraban incomunicados entre sí, generando una serie de problemas de gestión. En este contexto, Fonasa no eliminaba ni agregaba usuarios al sistema per cápita, sino que validaba la información que era entregada por cada una de las municipalidades, con riesgo de generar una duplicidad en los registros e inscripciones.

A su vez, esto generaba problemas de desactualización de datos para la gestión dado que no existía estandarización de procedimientos de inscripción en todo el país y no existían validaciones en tiempo real. Esta situación provocó a lo largo de los años una serie de problemas con las bases de datos y, por ende, con la entrega de recursos.

Por esta y otras razones, Fonasa decidió construir un sistema propio de inscripción de usuarios para la Atención Primaria de Salud.

Hoy, las inscripciones en establecimientos de atención primaria se validan automáticamente gracias a la verificación por huella digital, pudiendo además no sólo registrarse en el consultorio, sino también en sucursales y por la página web de Fonasa.

Este nuevo modelo de inscripción, además ser más rápido y cómodo para el usuario, es más seguro y transparente a la hora de determinar el traspaso de recursos desde el Estado, vía financiamiento Per Cápita. Por otra parte, mejora la oportunidad y calidad de la información, ya eliminó duplicidad en la inscripción y registro, y la desactualización de la información. Hoy, el sistema cuenta con uso de biometría para validar identidad, utiliza una base de datos única, con retroalimentación en línea, generando estadísticas y reportes de gestión.

#### **3.2.1.4 Ampliación de cobertura de Fonasa a grupos excluidos y vulnerables sin protección financiera para Salud**

Durante la administración 2014-2018 Fonasa ha tenido como objetivo ampliar la cobertura de salud a diferentes y diversos grupos de población, con el objeto de facilitar el acceso a la protección financiera de salud. En años anteriores se integró a migrantes y aquellas personas que habían formalizado su unión civil.

#### **Trabajadores independientes**

El año 2016 Fonasa realizó un nuevo avance en el acceso a la salud y cobertura, en este caso para las personas que trabajan como independientes, tras detectar que existían diferencias al momento de la afiliación. Por ejemplo, los imponentes voluntarios debían cotizar obligatoriamente tanto en Fonasa como para su pensión de vejez, lo que impedía que muchas personas pudieran acceder a la cobertura de salud. En marzo de 2016 Fonasa eliminó esa traba legal<sup>5</sup>, e incorporó más personas al régimen de protección de salud.

#### **Pensionados de Gracia**

En agosto del año 2016, Fonasa y el Ministerio del Interior, resolvieron un problema que enfrentaban muchas personas a quienes se les había otorgado una Pensión de Gracia, quienes habían sido eliminadas del tramo A, y por lo tanto, perdido la calidad de "carentes de recursos". Actualmente este problema ya no existe, ya que se estableció que las personas a quienes se les concede el beneficio de Pensión de Gracia, no perderán su calidad de carentes de recursos. Esta modificación, incluye, además, a las pensiones asistenciales.

#### **3.2.1.5 Avances en Ley de Urgencia Pago Asociado a Emergencia (PAE)**

Fonasa para lograr el cumplimiento de la Ley de Urgencia, Ley N° 19.650, que asegura la atención del beneficiario en riesgo vital hasta su estabilización, realizó, durante el año 2016, una serie de actividades, las que detallamos a continuación:

##### **a) Mejor cobertura con detalle de denominación**

Durante el año 2015 se mejoraron las prestaciones y la cobertura para el Pago de Asociado a

---

<sup>5</sup> El 17 de marzo de 2016 se emitió el Dictamen 4A/ Nro. 05

Emergencia (PAE). Actualmente hay definidos 11 PAE, que se suman a cinco que existían en los aranceles anteriores. Esto quiere decir que, actualmente se especificaron las prestaciones de PAE, que hace algún tiempo sólo se definían de forma general. La denominación de cada PAE, permite mejorar en su conjunto el proceso de atención de urgencia desde la perspectiva del beneficiario y de los recursos aplicados por Fonasa.

**b) Resultados de la Gestión de Casos Financiados por Ley de Urgencia**

A partir de Mayo del 2016, Fonasa actualiza su procedimiento de validación de casos de Ley de Urgencia en función de agilizar la revisión de los casos para disminuir los tiempos de pago a prestadores por prestaciones otorgadas a nuestros beneficiarios bajo el amparo de dicha Ley.

Estas modificaciones se trabajaron en conjunto con la Unidad de Gestión de Camas (UGCC) del MINSAL y consisten en lo siguiente:

1. Documentación que era presentada en papel a Fonasa para su revisión actualmente es anexada por los prestadores en plataforma de UGCC. De esta manera, ahora, sólo se debe enviar a Fonasa los resúmenes de las cuentas de estabilización y post estabilización, y la epicrisis del paciente.
2. Procedimientos de alto costo ya no son autorizados por MINSAL sino que directamente por Fonasa y sólo deben ser registrados en plataforma UGCC una vez realizados.
3. Se mejoró la gestión de rescate de pacientes que optan por la Modalidad Institucional, priorizado el rescate de pacientes GES riesgo vital a los prestadores de la red pública. Durante el año 2016 el rescate de pacientes a la red pública alcanzó el 15,2%.
4. Se está desarrollando una plataforma de gestión de pago de Ley de Urgencia para pagar en forma rápida y expedita aquellos casos bien certificados y con documentación sin observaciones. De manera se espera fomentar en los prestadores una buena certificación de casos con riesgo vital.

Los casos Ley de Urgencia durante el año 2016 alcanzaron a 9.433.

Los montos financiados a nivel nacional, tanto para el periodo de estabilización, como para el de post estabilización fueron los siguientes:

Ley de Urgencia	Monto Estabilización PAE-MLE	Monto Post estabilización / Rebase	Monto Total Pagado
Total	\$ 24.020.242.050	\$ 35.505.870.974	\$ 59.526.113.024

**3.2.1.6 Fiscalización y auditoría a prestadores Públicos y Privados**

Durante el año 2016, Fonasa ejecutó un plan de auditoría y fiscalización a prestadores públicos y privados, con el objetivo de evaluar distintos ámbitos relacionados con la pertinencia y calidad en la atención de sus beneficiarios.

**a) Auditoría a prestadores públicos de diálisis**

En Chile, la población con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en etapa 5 (Insuficiencia Renal Crónica Terminal) ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos treinta años, alcanzando actualmente una prevalencia de 1.005 pacientes por millón de habitantes.

La evolución de la enfermedad renal crónica, habitualmente larga y silenciosa, predispone a la persona a un mayor riesgo de morbilidad cardiovascular (10 veces más que el riesgo promedio de la población general) y falla renal terminal, por lo que, el Seguro definió dentro de sus prioridades, la calidad para el otorgamiento de prestaciones de Hemodiálisis.

Transcurridos once años desde introducción de esta garantía en el régimen GES, el 100% de los pacientes que requieren diálisis en Chile acceden gratuitamente a la prestación ya que se encuentra financiada por Ley.

Los pacientes con daño renal severo son evaluados y diagnosticados en los hospitales de la red pública y son derivados desde allí a los centros de diálisis públicos y, cuando su capacidad se ve sobrepasada, son derivados a los centros privados que pone a disposición Fonasa mediante licitación. En Chile existen 32 establecimientos públicos que ofrecen tratamiento de diálisis y 200 centros de diálisis privados.

El año 2016 Fonasa en conjunto con la Superintendencia de Salud realizaron una auditoría a 36 establecimientos hospitalarios pertenecientes a 26 Servicios de Salud a fin de evaluar el cumplimiento de los criterios médicos y los procedimientos administrativos vinculados al proceso de indicación de hemodiálisis. Para evaluar los criterios médicos, se logró acceder a los registros de 1.455 pacientes que correspondieron al 95,1% de la muestra seleccionada, y al 8,2% del universo. Para evaluar los procedimientos administrativos, se accedió a la totalidad de la muestra.

### **Conclusiones y Síntesis:**

Suponemos que existe un eventual desorden administrativo que nos impidió encontrar las evidencias que respaldaran la indicación de HD. Lo único que se puede señalar con cierta certeza es que el 31.3% de los pacientes cumplía con los criterios de VFG definidos en la normativa.

### **Impacto:**

Los hallazgos encontrados en esta auditoría alertaron sobre aspectos a mejorar en el sector salud tomando las siguientes medidas:

- Actualización de la Guía Clínica GES de Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
- Modificación de la Normativa Técnico Administrativa GES
- Modificación del Decreto GES
- Publicación del Reglamento de Centros de Diálisis
- Modificación del Modelo de Derivación y Seguimiento de Pacientes en Diálisis
- Notificación de Resultados a Directores de Servicios de Salud y de Hospitales
- Notificación de resultados a sociedad de especialistas en diálisis
- Modificación de los Términos de Referencia para Licitación de Tratamientos de Diálisis

### **b) Auditoría a Prestadores Públicos de Cataratas**

Las cataratas como problema de salud fueron incluidas el año 2005 en el decreto GES garantizando el diagnóstico y tratamiento quirúrgico a todo paciente de cualquier edad. El criterio de inclusión para la indicación del tratamiento quirúrgico considera una agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica.

Las cataratas, son la principal causa de ceguera a nivel mundial y Chile no está ajeno a esta realidad. Este problema de salud evoluciona sin dolor, provocando en forma lenta y progresiva

pérdida de visión. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, el tratamiento quirúrgico es altamente efectivo y permite recuperar la visión.

En Chile existen 1.532.679 adultos mayores de 60 años con cataratas, con una incidencia de 27.867 casos nuevos cada año; considerando que de ellos, el 90% son beneficiarios de Fonasa, podemos estimar para el seguro público una prevalencia de 1.379.411 e incidencia de 25.080 beneficiarios con cataratas, respectivamente

La intervención quirúrgica de catarata corresponde a la segunda compra de Fonasa a privados de acuerdo a su volumen financiero. Pese a lo anterior, este problema de salud aun representa una de las dos primeras causales de retraso de las Garantías de Oportunidad.

Esos antecedentes determinaron la realización de una auditoría para evaluar el grado de cumplimiento de la Normativa Ministerial vigente en la indicación de tratamiento quirúrgico de catarata.

Fonasa en conjunto con la Superintendencia de Salud, realizaron una auditoría a 50 establecimientos Hospitalarios pertenecientes a 26 Servicios de Salud a fin de evaluar el cumplimiento de los criterios médicos y los procedimientos administrativos vinculados al proceso de indicación de tratamiento quirúrgico de catarata.

En el 84,3% (1.890) de las prestaciones (cirugías de Cataratas), se cumplió con el criterio definido para esta auditoría, donde 1.851 cirugías tenían agudeza visual menor o igual a 0.3 y 39 prestaciones fueron calificadas como ceguera parcial.

#### **c) Auditoría Prestadores con mayor emisión de Licencias Médicas**

Fonasa en su rol garante del correcto uso de los recursos financieros, debe velar que las prestaciones médicas y pecuniarias sean entregadas a los trabajadores afiliados al Seguro Público y que éstas cumplan con los requisitos establecidos por la normativa vigente. Es decir, verificar que habiendo una licencia médica, ésta esté asociada a una atención médica cuyo registro la justifique.

En este sentido, Fonasa efectuó una fiscalización a profesionales médicos que extendieron licencias médicas, a beneficiarios del Seguro Público, como parte del tratamiento de alguna enfermedad, la cual debe encontrarse debidamente respaldada en la ficha clínica como parte de una consulta médica.

Para que el Registro clínico de la consulta médica estuviese debidamente respaldado en la ficha clínica, debía contener la siguiente información mínima (criterio):

- Fecha de atención.
- Evolución del cuadro clínico en control.
- Indicación terapéutica que incluya reposo con fines terapéuticos.

En caso que no se cumpliera uno de los 3 criterios definidos, se considerará que el registro clínico no justifica la emisión de la licencia médica.

La selección de los prestadores a fiscalizar fue determinada mediante la información entregada por la Unidad de Licencias Médicas y SIL de Fonasa, y estuvo constituida por 52 profesionales médicos, cuyos criterios de selección fueron:

Médicos en los primeros lugares en el ranking nacional y regional de número de licencias desde el año 2012 al 2015, es decir, que forman parte de aquellos prestadores que emitieron el 20% del total de Licencias Médicas Curativo Común (LMCC) entre los años 2012 al 2015.

Médicos en convenio MLE y médicos funcionarios de los Servicios de Salud que emitieron licencias médicas a beneficiarios Fonasa.

#### **Algunos resultados:**

De las 2.051 fichas auditadas, 1.839 (89,7%) cumple con los criterios definidos, en tanto 212 (10,3%) no cumplieron con alguno de los criterios definidos, por lo que, se definirán acciones a seguir en esos

casos y/o la aplicación de eventuales sanciones.

### **3.2.1.7 Monitoreo de Casos y Garantías Explícitas en Salud**

Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES): Para facilitar el seguimiento del GES en los establecimiento del sector público, el año 2005 se formuló una herramienta tecnológica con el objetivo de monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad por los Decretos GES, que sirviera de apoyo a la gestión local de los procesos del ciclo de la atención curativa de las personas y de generación secundaria de información, para la gestión sanitaria en los subregional, regional y central, tanto de prestadores , el seguro público (Fonasa).

Sistema de Seguimiento de Garantías: Contribuye al empoderamiento de nuestros asegurados. Cada beneficiario puede ingresar a la web de Fonasa y con su rut y su clave personal puede revisar el estado de las garantías explícitas de su problema de salud GES. Esto permite que el beneficiario sepa qué establecimiento debe otorgarle las prestaciones y con qué plazos y si esto no se cumple, puede reclamarnos y Fonasa gestionará el cumplimiento de sus garantías.

Durante 2016, se realizaron informes de seguimiento y monitoreo de GES con periodicidad mensual, con el objeto de identificar las áreas de problemas, lo que permitió implementar planes de trabajo conjunto con el Minsal y los Servicios de Salud con mayor dificultad para cumplir con las garantías de oportunidad tendientes a resolver los retrasos.

Casos GES creados en SIGGES por Servicios de Salud de 1 de julio de 2005 a 31 de diciembre de 2016

	Total Casos GES			Total
	Femenino	Masculino	No Definido	
<b>TOTAL</b>	18.456.079	9.820.424	10.039	28.286.542

Fuente: Departamento Control y Calidad de Prestaciones, FONASA, 2017

Total de Casos GES creados entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2016	
Año	2016
Total	3.371.897

Por otra parte, al año 2016, la información sobre total de garantías retrasadas se muestra en la siguiente tabla:

Servicio de Salud	Total Garantías Retrasadas 2013 a 2016	%
Total	10.278	100,0%
Metropolitano Norte	2.493	24,3%
Vina del Mar Quillota	1.606	15,6%
Metropolitano Sur Oriente	800	7,8%
Valparaíso San Antonio	695	6,8%
Coquimbo	641	6,2%
Concepcion	624	6,1%
Metropolitano Sur	567	5,5%
Metropolitano Occidente	436	4,2%
Metropolitano Central	359	3,5%
Del Reloncaví	355	3,5%
Iquique	331	3,2%
del Maule	276	2,7%
Araucania Sur	213	2,1%
Metropolitano Oriente	199	1,9%
del Libertador B.O'Higgins	104	1,0%
Valdivia	94	0,9%
Chiloe	91	0,9%
Atacama	90	0,9%
Antofagasta	58	0,6%
Nuble	49	0,5%
Arauco	36	0,4%
BioBio	34	0,3%
Talcahuano	32	0,3%
Magallanes	28	0,3%
Aysen	25	0,2%
Osorno	13	0,1%
Araucania Norte	12	0,1%
Aconcagua	9	0,09%
Arica	8	0,08%

Fuente: Datamart GES FONASA

### **Plan de reducción de garantías retrasadas**

Considerando el alto número de garantías retrasadas que existían a nivel nacional, en conjunto con el MINSAL se efectuó un plan de reducción de garantías retrasadas el que consistió principalmente en:

1. Gestión con Servicios de Salud para identificar los casos en que no disponen de capacidad resolutive.
2. Derivación a 2° prestador de los casos que los Servicios de Salud declaran no tener capacidad resolutive.
3. Reuniones periódicas con los Servicios de Salud y establecimientos que presentaban la mayor cantidad de garantías retrasadas, con la finalidad de que den cumplimiento oportuno a los casos que si pueden resolver.

#### **3.2.1.8 Protección Financiera en Tratamientos de Alto Costo**

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

Para el año 2016, el gasto total ejecutado fue de M\$ 33.529.480., correspondiente a pagos a CENABAST por concepto de adquisición de medicamentos y a la Universidad de Chile (INTA) por exámenes de diagnóstico.

El número de beneficiarios totales de la Ley Ricarte Soto al 31/12/2016 es de 3.987 personas, casos que se distribuyen según patología y tratamiento en la siguiente forma:

Enfermedad Patología	Medicamento	Casos 2016
Mucopolisacaridosis Tipo I	Laronidasa	13

Mucopolisacaridosis Tipo II	Idursulfasa	17
Mucopolisacaridosis Tipo VI	Galsulfasa	7
Tirosinemia Tipo I	Nitisinona	14
Artritis Reumatoide en Adultos refractaria a tratamiento habitual	Abatacept o Rituximab	806
Esclerosis Múltiple Refractaria a Tratamiento Habitual	Fingolimod o Natalizumab	194
Enfermedad de Gaucher	Taliglucerasa o Imiglucerasa	29
Enfermedad de Fabry	Agalsidasa	71
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Iloprost inhalatorio, Ambrisentan o Bosentan	118
Prematuros extremos con Displasia Broncopulmonar	Palivizumab	1.050
Cáncer de Mamas que sobre exprese el GEN HER2+	Trastuzumab	1.668
<b>Total</b>		<b>3.987</b>

### 3.2.2 Producto Estratégico “Compra Sanitaria Eficiente”

Se destacan los esfuerzos en lograr una compra eficiente de prestaciones de salud, presentes en la oferta sanitaria, a lo largo del país.

Lo anterior conlleva el pago a los prestadores por la producción de servicios en cantidad y calidad definidas, en donde se utilizan los contratos de prestación de servicios como instrumento de relación entre las partes; tanto para prestadores públicos como privados; todo ello con el objetivo de disponer oferta de calidad para la atención de nuestros asegurados.

#### 3.2.2.1 Convenios

En el área de la compra a proveedores públicos, en general éstas se realizan a través de los Convenios Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de todos los Servicios de Salud y establecimientos experimentales del país (32). Estos convenios significan el financiamiento de alrededor del 42% de los recursos de operación transferidos a los establecimientos públicos.

El PPV Programable traduce la programación de actividades clínicas, que los establecimientos comprometen y cuyo cumplimiento condiciona la transferencia de los recursos asociados a ellas.

La ejecución año 2016 respecto a las actividades clínicas programadas, corresponde a un total de M\$1.323.734.372. En el Programa se realizaron 10.210.568 prestaciones, de ellas el 45,5% corresponde al programa GES y el 54,6% corresponde al programa NO GES. A nivel regional, la Región Metropolitana concentra el mayor número de prestaciones alcanzando un total de 4.426.968 prestaciones, un 43,4% de todas las actividades.

Adicionalmente, los programas NO GES y GES consideran el financiamiento de actividad que por sus características no son programadas por los Servicios de Salud.

A través del PPV No Programable, Fonasa financia la compra de Medicamentos de Alto Costo, que incluye la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de aquellas enfermedades GES y NO GES que han sido incorporados dentro de los programas ministeriales para este efecto.

El Programa de Medicamentos de Alto Costo para Problemas de Salud GES incluye el financiamiento para la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la Hemofilia, Esclerosis Múltiple, Hepatitis B, Hepatitis C, Artritis Ideopática Juvenil y VIH. El gasto del año 2016 asciende a M\$83.549.649.- El número de pacientes por problema de salud es el siguiente:

Problemas de Salud GES	N°
------------------------	----

HEMOFILIA	1.474
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	851
HEPATITIS B	148
HEPATITIS C	128
ARTRITIS IDEOPÁTICA JUVENIL	212
VIH	22.167
<b>TOTAL</b>	<b>24.980</b>

Asimismo, a la fecha la línea de Medicamentos de Alto Costo NO GES incluye financiamiento para el tratamiento medicamentoso para los problemas de salud Distonía, Guillian Barré, Déficit de Hormona del Crecimiento y Artritis reumatoide adultos (No Ricarte), con un gasto el 2016 de M\$7.097.456.- El número de pacientes por problema de salud es el siguiente:

Medicamento de Alto Costo	N°
Déficit Hormona del crecimiento	140
Distonía	1.050
Guillian Barre	140
Artritis reumatoide adultos (No Ricarte)	182
<b>TOTAL</b>	<b>1.512</b>

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

En el ítem DFL 36 Centralizado se inscriben los convenios con TELETON, COANIQUEM, CONIN y Fundación Las Rosas. La Ejecución 2016 del Programa se detalla en el siguiente cuadro:

Convenio	Gasto (M\$)
TELETON	4.781.243
COANIQUEM (GES)	19.259
CONIN	2.063.500
LAS ROSAS	1.826.760
<b>TOTAL</b>	<b>8.690.762</b>

Por su parte, los DFL 36 Descentralizados consideran más de 70 convenios en las áreas con casas de acogida, complementación público-privada, cuidado del adulto mayor, oncológicos, pueblos originarios y rehabilitación. El gasto total 2016 por concepto de DFL 36, sean estos centralizados o descentralizados alcanzó a M\$24.928.966.-

### 3.2.2.2 Compra Directa

Para garantizar el acceso a los servicios sanitarios contenidos en el plan de salud, Fonasa

complementa la oferta pública a través de la compra de servicios sanitarios a prestadores privados a través de contratos, en concordancia con las facultades que le confiere la Ley.

La compra de servicios de diálisis constituye la principal compra sanitaria a prestadores privados del seguro público. En la actualidad esto se administra a través de un Convenio Marco de Servicios de Diálisis celebrado por la Dirección de Contratación y Compras Públicas, con cerca de 205 centros de diálisis del país y 17.461 pacientes. Al 31 de diciembre 2016 se pagó un total de M\$ 139.452.121.

Por otro lado, a través del Programa Bono Auge, Fonasa busca evitar el agravamiento de la condición de salud de las personas debido al incumplimiento de los plazos establecidos para el otorgamiento de prestaciones de patologías cubiertas por las Garantías Explícitas de Salud (GES). Para ello, en caso de incumplimiento, Fonasa designa un segundo prestador, que le permite al asegurado acceder a la prestación requerida en otro establecimiento asistencial (público o privado), luego de presentado el reclamo en los plazos que la ley establece. Al 31 de diciembre, Fonasa pagó por concepto Bono AUGE M\$ 3.262.702.-

### **3.2.2.3 Compra Sanitaria por Resultados**

A través del mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), Fonasa asegura la resolución integral de la condición clínica del paciente desde que se generó la derivación y hasta su egreso y reconoce las diferencias de complejidad en la casuística egresada de los distintos establecimientos.

A través de la codificación de los egresos hospitalarios por GRD, se produce un ordenamiento de los egresos hospitalarios de acuerdo al peso relativo de ellos, en base a los recursos que se utilizan en su resolución. De esta forma, el valor del GRD se transforma en un factor de corrección de un costo promedio de los egresos que actúa como estándar.

### **GRD como mecanismo de pago en los hospitales públicos**

El año 2016 se utiliza este mecanismo de pago para valorizar y pagar la actividad de atención cerrada (hospitalización) de 25 establecimientos gestionados en red.

La metodología de valorización, al igual que en el año 2015, tuvo como objetivo la comparación del financiamiento vía presupuestos de ingreso vigentes (Programa Prestaciones Institucionales, Programa Prestaciones Valoradas, Ingresos Operacionales subtítulo 07 y Otros Ingresos Corrientes subtítulo 08), contra la valorización de egresos por GRD. La diferencia entre ambos valores constituye el déficit o superávit del financiamiento actual de los egresos hospitalarios (atención cerrada) ajustados por su complejidad (peso medio GRD).

En general, si el resultado de lo calculado por el Sistema GRD es mayor que el definido por el Sistema de Presupuesto Vigente, se realiza una liquidación mediante una transferencia adicional. En el caso de resultar menor, se mantiene la transferencia indicada en el Acuerdo de Gestión que rige los Programas de Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales celebrados por el Fonasa y los Servicios de Salud.

En este sentido y como principal hito 2016, se logró que este modelo de pago por GRD fuera el primer criterio de cierre de brechas en Hospitales Pilotos. Al 31 de diciembre del 2016, se transfirió por este concepto un total de M\$ 31.137.522.-

Paralelamente y como plan de trabajo propuesto para lograr el cambio del modelo de pago en los Hospitales Públicos del país, se trabajó para mejorar la estimación del precio base y pesos relativos GRD para el sector. Lo anterior, a través del desarrollo de un estudio de costos realizado conjuntamente entre el Fondo Nacional de Salud y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Los 25 Hospitales incorporados fueron los siguientes:

Nº	Etapa	Establecimiento EAR
1	Etapa 1/2015	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)
2	Etapa 1/2015	Hospital San Pablo (Coquimbo)
3	Etapa 1/2015	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)
4	Etapa 1/2015	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)
5	Etapa 1/2015	Hospital Del Salvador (Santiago)
6	Etapa 1/2015	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago)
7	Etapa 1/2015	Instituto Nacional de E. Respiratorias y Cirugía Torácica (Santiago)
8	Etapa 1/2015	Instituto de Neurocirugía
9	Etapa 1/2015	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago)
10	Etapa 1/2015	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)
11	Etapa 1/2015	Hospital Clínico Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)
12	Etapa 1/2015	Hospital Las Higueras (Talcahuano)
13	Etapa 1/2015	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)
14	Etapa 1/2015	Hospital de Castro
15	Etapa 2/2016	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)
16	Etapa 2/2016	Hospital de San Juan de Dios de los Andes
17	Etapa 2/2016	Hospital San Juan de Dios (Santiago)
18	Etapa 2/2016	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)
19	Etapa 2/2016	Hospital San José ( Coronel )
20	Etapa 2/2016	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)
21	Etapa 2/2016	Hospital Clínico Regional (Valdivia)
22	Etapa 2/2016	Hospital Base de Osorno
23	Etapa 2/2016	Hospital de Puerto Montt
24	Etapa 2/2016	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)
25	Etapa 2/2016	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)

### **Pago GRD a establecimientos privados en convenio**

En el ámbito privado y con el objetivo de usar el poder comprador de Fonasa para negociar reglas de compra que permitan compartir el riesgo y garantizar eficiencia financiera, durante el año 2016 también se consolidó la compra a prestadores privados de salud por medio del mecanismo de pago por GRD. Al pagar por la resolución integral de la condición clínica del paciente, desde el momento en que ocurre su derivación hasta su egreso, Fonasa evita la generación de cobros adicionales a los hospitales y/o Servicios de Salud, no incluidos en la facturación del día cama, permitiendo así el uso eficiente de los recursos.

Desde el inicio del convenio, Agosto de 2105, al 31 de Diciembre de 2016 se derivaron un total de 4.818 beneficiarios a los distintos prestadores privados en convenio (33 Prestadores Privados en todo el país), de los cuáles, el 91% tuvo resolución integral de sus problemas de salud. Durante el año 2016, se pagó por egresos GRD un total de M\$ 38.812.199.-

### **Auditorías de casos Outlier Superior para compras realizadas por Mecanismo GRD**

Fonasa en su rol financiero de optimizar al máximo el buen uso de los recursos, ha definido entre sus objetivos estratégicos la necesidad de realizar una compra sanitaria eficiente, con calidad y oportunidad.

Bajo este objetivo estratégico se ha implementado el Mecanismo de Pago Asociado a Grupos Relacionados por el Diagnóstico GRD, el cual apunta directamente a perfeccionar el modelo actual de compra sanitaria a prestadores públicos y privados.

En este contexto, durante el 2016 se definió la realización de auditorías, definidas como una revisión analítica de casos pagados mediante GRD con el propósito de validar la codificación realizada por los Prestadores en convenio.

**Número de Casos Outlier Superiores Auditados, Chile, 2016**

<b>N° Casos Outlier Superiores</b>	<b>N° casos</b>
N° Total casos derivados para auditoría	121
N° Total de auditorías realizadas	71

### **3.2.3 Producto estratégico “Gestión Financiera del Seguro”**

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

Una base importante para el desarrollo de dichos mecanismos, es la regularización de las actuales condiciones financieras del sector, con miras a optimizar, en el mediano plazo, la focalización, eficiencia y eficacia de los recursos de Salud, para lo cual Fonasa, durante el año 2016, ha trabajado fuertemente en la implementación del convenio de Recaudación con PREVIRED, con el objeto de contar con información de calidad y oportuna.

#### **3.2.3.1 Recaudación**

Fonasa, es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio. En este contexto, de acuerdo a lo establecido en el artículo N°50 del DFL N°1 una de las funciones del Fondo es recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 55 del DFL N°1 y fiscalizar la recaudación de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del Régimen.

Considerando lo anteriormente planteado y teniendo presente que en el artículo 53 del DFL N°1, señala que el Fondo puede suscribir convenios con entidades públicas o privadas, para el cumplimiento de sus fines, y considerando las normas establecidas en la Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestaciones de Servicios, y su Reglamento, contenido en el D.S. N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

De esta forma, durante el año 2015, se realizó una licitación pública del “Servicio de Recaudación de Cotizaciones y Deudas Previsionales de Salud”, dado que la función de recaudación de las cotizaciones previsionales que realiza Fonasa, es una herramienta fundamental para el cumplimiento de su cometido como Seguro Público de Salud, considerando lo establecido en la normativa vigente, en particular en el DFL N°1/2005 y la Ley N° 20.255.

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

Con esta nueva modalidad de recaudación, la cual se ha implementado con éxito durante el año 2016, ha permitido mejoras en la oportunidad, calidad e integridad de la información, lo que impacta directamente en los procesos de acreditación, disminución de cotizaciones erróneamente enteradas y estadísticas, lo cual permitirá a los beneficiarios hacer un uso más eficiente del Seguro Público de Salud.

Los ingresos percibidos por concepto de Imposiciones Previsionales para el año 2016, registrados en el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), alcanzaron un monto total de MM\$ 1.938.698, correspondiente a los segmentos dependientes, independientes y pensionados.

De esta forma, dentro del monto total de Imposiciones Previsionales, se encuentra incluido el monto de MM\$ 1.535.578, correspondiente a la recaudación del segmento dependiente para el año 2016, del cual por concepto de Recaudación Electrónica se alcanzó un monto de MM\$ 1.452.334 y por Recaudación No Electrónica alcanzó un monto de MM\$ 83.244, lo cual significó que el 95% de la Recaudación del Segmento Dependientes, se realizó bajo la modalidad electrónica, lo cual implica que la información obtenida por esta vía es de una mejor oportunidad y calidad de la información que va en directo beneficio para nuestros asegurados/as.

### 3.2.3.2 Fiscalización de Cotizaciones

Durante el año 2016, se realizaron y ejecutaron fiscalizaciones a nivel nacional, desarrollándose y ejecutándose un programa de Fiscalización tipificado “Solicitud Ciudadana”, solicitado por clientes externos e internos para inspeccionar el comportamiento previsional de aquellas empresas que presentaron algún tipo observación.

Estas se originan por denuncias de trabajadores por casos de evasión o sub-declaración o, siendo informadas desde la Dirección de Trabajo.

Para este programa, fueron fiscalizadas 149 empresas, las cuales fueron contactadas mediante cartas certificadas, enviadas a través de Correos de Chile y además por email. Estas empresas fueron citadas en las dependencias de FONASA, solicitando documentación previsional y laboral. A continuación se presenta la estadística de las Fiscalizaciones realizadas durante el 2016.

### **Estadística y Resultado de la Fiscalización 2016**

Resultado 2016	Número de Empresas	Número de Trabajadores	Monto Cotizaciones	Monto de Cotizaciones
----------------	--------------------	------------------------	--------------------	-----------------------

	Fiscalizadas		no Declaradas (\$)	Subdeclaradas (\$)
Empresa no ubicada (cerrada, quebrada, otro)	1	-	-	-
Empresa evasora no declara ni paga	10	13	2.052.471	-
Empresa evasora y subdeclara	2	3	73.500	55.650
Empresa no fiscalizada (indep. O casa particular)	1	3	-	-
Empresa subdeclara	128	2.440	-	13.621.184
Empresa declara y paga sin observaciones	5	381	-	-
Empresa declara y paga con observaciones	2	84	-	-
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>2.924</b>	<b>2.125.971</b>	<b>13.676.834</b>

Fuente: Sistema de Fiscalización FONASA

### 3.2.3.3 SIL Subsidio de Incapacidad Laboral

La Ley no entrega facultades a Fonasa en la tramitación, resolución, ni en el pago de las licencias médicas de sus cotizantes; a esta entidad sólo le corresponde el financiamiento de los Subsidios asociado a las licencias médicas curativo común de sus cotizantes. No obstante, Fonasa tiene un sistema de información en las COMPIN para la tramitación y pago de las licencias señaladas. Asimismo, Fonasa fortalece la labor de las COMPIN con otras medidas tendientes a mejorar la atención a nuestros usuarios en este ámbito.

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

Durante el año 2016 Fonasa continuó fortaleciendo los modelos de tramitación de licencias médicas electrónica y digitalizada:

- Modelos que han permitido disminuir los Tiempos de Resolución y Pago de Licencias Médicas: actualmente cerca del 30% de las licencias médicas se tramita en estas modalidades, logrando ser resueltas y pagadas en alrededor de 2 semanas.
- Modelos que permiten trazabilidad de la licencia médica y a los que se les incorporó herramientas automatizadas para focalizar la fiscalización, a través de Reglas de Negocio Administrativas y de Contraloría Médica.

Por otra parte, en el Sistema Informático dispuesto en las COMPIN se incorporó una funcionalidad de Control de Talonario frente a su Robo (Inventario de los Talonarios, Control de Inventario de Formularios, Bloqueo de LM por Números de formulario y Bloqueo para ingreso de LM que no tengan registro de talonario entregado). Además, se implementó el bloqueo de emisión de LME para

prestadores sancionados por la Ley N°20.585, y que por lo tanto, entre otros, no pueden emitir licencias médicas en el periodo de sanción.

Además, en el año 2016 se implementó el “Procedimiento de Recuperación de recursos financieros por Subsidio por Incapacidad Laboral de Cotizantes con Dictámenes de Invalidez Ejecutoriados por la Superintendencia de Pensiones”, analizándose 5.127 dictámenes de Invalidez de trabajadores que cursaban Licencias Médicas, de los cuales a 3.882 se les había dictaminado Invalidez Definitiva o Transitoria (Subsidios incompatibles entre sí), por lo que en los casos que correspondía se instruyó bloqueo de pagos de dicho subsidio.

#### 3.2.3.4 Devolución de Pagos en Excesos

Fonasa durante el año 2016, consolidó los procesos de devoluciones de cotizaciones pagadas en exceso masivas cada seis meses. Estas devoluciones se llevaron a cabo en 2016 en los meses de marzo y septiembre, las cuales se disponibilizaron en la página web de Fonasa las propuestas de devolución mencionadas y aceptaran o rechazaran dichas devoluciones.

En este contexto, durante el año 2016 se disponibilizaron en la página web de Fonasa MM\$2.914, de los cuales mediante propuesta vía web, nuestros usuarios aceptaron un monto total de MM\$ 293, beneficiando directamente 6.152 usuarios.

Proceso Masivo DPE 2016	Total año 2016	
	Número de devoluciones	Monto (MM\$)
Total de devoluciones publicadas (disponibilizadas)	94.477	2.914
Total de devoluciones Aceptadas (pagadas)	6.152	293
Total de devoluciones no aceptadas y/o no consultadas	88.325	2.621

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

Por otra parte, si comparamos las devoluciones Masivas de Cotizaciones Pagadas en Excesos realizadas durante el año 2016 respecto del año 2015, se tiene que el Número de devoluciones disponibilizadas en la web se incrementó en un 15% en dicho período.

	Total año 2015		Total año 2016		Diferencia % 2016/2015	
	Número	Monto (MM \$)	Número	Monto (MM \$)	Número	Monto (MM \$)
Total de devoluciones Disponibilizadas	82.480	\$ 3.095	94.477	\$ 2.914	15%	-6%
Total de devoluciones Aceptadas (pagadas)	14.252	\$ 943	6.152	\$ 293	-57%	-69%
Total de devoluciones No Aceptadas y/o No Consultadas	68.228	\$ 2.151	88.325	\$ 2.621	29%	22%

## **3.2.4 Producto Estratégico “Atención al Asegurado”**

### **3.2.4.1 Gestión del Proceso de Acreditación de Beneficiarios**

Durante el año 2016 (primer semestre) se trabajó en preparar la Base de Beneficiarios pensando en la implementación del nuevo Sistema de Acreditación OIPA-SIIS.

Con la finalidad de corregir, limpiar y actualizar la información de nuestros beneficiarios/as, se realizaron acreditaciones masivas mensuales, lo que permitió una mejor migración de los datos de la Base de Beneficiarios, evitando así un impacto negativo para nuestros usuarios/as.

En octubre de 2016, se implementó el nuevo Sistema llamado SIIS (Sistema Integrado de información de Salud) el cual incluye reglas de negocio. Esto otorga mayor automatización de los procesos de acreditación, asegurando mayor consistencia de los datos que se ingresan.

### **3.2.4.2 Gestión de Canales de Atención de Clientes en Sucursales**

#### **Mejora Bono Web**

Para el año 2016, Fonasa se propuso disminuir la venta en Sucursales, con el fin entregar una mejor asesoría en el uso del Seguro Público de Salud a los asegurados/as. Para ello se realizaron iniciativas de mejoras al sistema Bono WEB a un año de su implementación, aumentando la incorporación de Prestadores para la emisión por este canal de **601 a 1.102**, y mostrando un incremento en la venta de **22%**. Además de las mejoras antes mencionadas, se realizaron actividades de capacitación y refuerzo a los Prestadores para realizar el proceso de Liquidación, pasando de bono papel a un sistema en línea.

Las mejoras en el Bono Web fueron las siguientes:

- Activación de bonos: Se mantiene el método actual (sms) y además se incorpora activación del bono, solo con el folio.
- Búsqueda de prestadores: mejora en el aplicativo de búsqueda de prestadores.
- Multiclave: Se crea la opción de una clave única para centros médicos, que requieran un solo acceso compartido para los profesionales que atienden en dicho establecimiento.
- Información para el prestador: nueva reportería diaria de bonos emitidos.
- Visualización en dispositivos móviles para usuarios y prestadores.
- Inscripción Web de Prestadores: La inscripción se realizará directamente desde la página web.

Todas estas mejoras ayudaron a alcanzar un **7,07%** de las acreditaciones en línea.

#### **Mejoras en infraestructura de sucursales**

Respecto a infraestructura, en el año 2016, se abrieron 3 nuevas Sucursales, dos de ellas en Hospitales de la Red Pública, Hospital de Rancagua y Hospital de Punta Arenas, además de la Sucursal de Ñuñoa. No obstante, el foco estuvo dado en el mejoramiento de las ya existentes, como por ejemplo la Sucursal Monjitas, antiguamente Sucursal del Adulto Mayor, Sucursal Concepción, Sucursal de Osorno y Victoria. Con el mismo objetivo, se trasladó la Sucursal de San Antonio en la V Región, Sucursal San Fernando y Rengo de la VI Región, Sucursal Curicó VII Región, Sucursal Ancud en la X Región y en la Región Metropolitana la Sucursal La Florida, con ello mejorando la experiencia usuaria de nuestros beneficiarios/as y el confort de nuestros Ejecutivos/as de Sucursal.

Adicionalmente, y en la misma perspectiva, se trabajó en los siguientes proyectos para cumplir el objetivo de transformar nuestra relación con los ciudadanos y ciudadanas.

- Convenio con Correos de Chile para instalar Kioscos de Auto-Consulta en las comunas de Antofagasta, Concepción, Santiago Centro y Providencia.
- Entidades Delegadas Cerradas: Acercándonos primeramente a los Hospitales de nuestra Red Pública.

### **3.2.4.3 Agenda Fonasa en Terreno**

En 2016 se agendan vía web Fonasa 1.342 actividades: Fonasa móvil; Feria de Salud; Orientación e Información – Charlas; Gobierno en Terreno; Plaza Ciudadana y Convenios de Colaboración, alcanzado una cobertura de 27.522 personas en las 15 regiones del País.

Uno de los aspectos relevantes que se está desarrollando en materia de participación ciudadana, es el recorrido que realiza el Fonasa Móvil por zonas de difícil acceso geográfico, es por eso que Fonasa cuenta con 8 Móviles disponibles a lo largo del País, que recorren regiones extremas, en especial, se está llegando por primera vez a localidades donde no hay presencia institucional y donde nunca antes había llegado Fonasa. En la Zona Norte Ayquina en la Región de Antofagasta; Chapiquiña, Belén, Caquena, Saxamar y Socoroma en la comuna de Putre, Región de Arica-Parinacota. En la Región Metropolitana Localidades apartadas como; Chorombo, San Gabriel, Mallarauco, Chocalan, Cholqui, Codigua, Culiprán, Huechún. En las Regiones VII y VIII, localidades tales como Tirua, Yungay, Ranquil Sta. Barbara entre otras. En la zona Sur Palena, Futalefu, Chaiten, Curarrehue entre otras.

### **3.2.4.4 Ampliación de cobertura Fonasa a otros Grupos**

- Afiliación por Acuerdo Unión Civil: durante el 2016 se acreditaron 1.408 personas bajo este parentesco (cifra a noviembre 2016).
- Afiliación de Inmigrantes: durante el año 2016 se agregó un nuevo procedimiento para acreditar a los extranjeros indocumentados según lo establecido en el Decreto 67, el cual fija circunstancias y mecanismos para acreditar a extranjeros indocumentados como carentes de recursos, cuyo procedimiento fue establecido en la Circular N° 4, destacando que de marzo a diciembre de 2016, se incorporaron 6.411 personas como Carentes de Recursos.
- Extranjeros con Visa en Trámite: durante el 2016 desde enero a diciembre se acreditaron 2.532 personas bajo esta condición.

### **3.2.4.5 Entidades Delegadas Nacionales**

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

Para el año 2016, Fonasa se propuso aumentar la cobertura firmando convenios con distintas entidades delegadas. Un nuevo modelo de atención se formó en el año 2015, que corresponde a Sucursales Mixtas, donde la venta de bonos la hace personal externo y Fonasa agrega un funcionario para entregar todos los servicios que no son delegables como acreditación, prestamos médicos, reclamos, información GES y orientación general en el uso del seguro público, lo que da como resultado una sucursal con todos los productos. Este modelo se materializó durante el año 2016 en Rengo, en donde nuestra Sucursal externalizó la venta a la Clínica San Francisco.

Durante el año 2016, se crearon 17 Entidades Delegadas a nivel Nacional según cuadro adjunto, de las cuales cuatro son Sucursales Mixtas.

Dirección Zonal	Región	Comuna	Modelo de Entidad	Tipo de Entidad	Año Apertura	Nombre de Entidad	Código
DZN	I	Iquique	Única	Centro Medico	2016	Clínica Tarapacá	170038
DZCN	IV	Monte Patria	Única	Chile Atiende (IPS)	2016	IPS Monte Patria	463596
DZCN	V	Quilpue	Única	Centro Medico	2016	CLINICA LOS CARRERA	570028
DZCN	V	La Calera	Única	Centro Medico	2016	CLINICA LOS LEONES	570036
DZCN	V	San Antonio	Única	Centro Medico	2016	Clínica San Antonio	570044
DZCN	V	Valparaíso	Única	Centro Medico	2016	Clínica Valparaíso	570052
DZCN	V	Viña del Mar	Única	Centro Medico	2016	INTEGRAMEDICA VIÑA DEL MAR	057001K
DZCS	VII	Talca	Única	Centro Medico	2016	Integramédica Talca	771007
DZCS	VIII	Concepción	Única	Centro Medico	2016	Integramédica Concepción.	871001
DZS	XIV	Panguipulli	Única	Chile Atiende (IPS)	2016	IPS Coñaripe	1063839
DZS	X	Osorno	Única	Centro Medico	2016	Clínica Alemana Osorno	1070045
RM	XIII	Quilicura	Mixta	Municipalidad	2016	Municipalidad de Quilicura	1330217
RM	XIII	Recoleta	Única	Centro Medico	2016	Clínica Dávila	1372157
RM	XIII	Quinta Normal	Mixta	CECOFS	2016	Cecofs Quinta Normal-Catamarca	1390015
RM	XIII	Quinta Normal	Mixta	CESFAM	2016	CESFAM Andes	1390023
RO	VI	San Fernando	Mixta	Centro Medico	2016	Clínica San Francisco S.A.	067110K
RO	VI	Rancagua	única	Centro Medico	2016	Integramedica Rancagua	671096

### 3.2.4.6 Participación Ciudadana

Durante el año 2016, el Seguro Público de Salud, ha establecido una serie de estrategias

transformadoras con planes de acción, orientadas a dar cumplimiento a los objetivos. En materia de Participación Ciudadana, durante el año 2016 Fonasa ha cumplido 100% con el instructivo Presidencial N°7/2014 y la Ley N°20.500, manteniendo canales de información y mecanismos de participación ciudadana activa; estos son: las Cuentas Públicas Participativas, los Consejos de la Sociedad Civil, las Consultas Ciudadanas y Acceso a Información.

#### a) Cuenta Pública Participativa

Durante el mes de mayo del año 2016, y en forma inédita se realizó la Cuenta Pública de FONASA, comunicando los logros de la gestión 2015, a través de un formato virtual, un video (<http://participacionciudadana.Fonasa.cl/>), puesto a disposición de los Consejos de la Sociedad Civil ubicados en distintos puntos del país.

#### b) Consejos de la Sociedad Civil

En materia de Consejos de la Sociedad Civil, Fonasa posee 37 Consejos de la Sociedad Civil que se distribuyen a lo largo de todo el país y que representan a 451 organizaciones de la sociedad civil. El año 2016, se crearon tres nuevos consejos en Valdivia, Angol y Puerto Varas.

#### c) Consulta Ciudadana

Atendiendo a la dinámica que permita rediseñar el vínculo con la ciudadanía y considerar una participación activa para la definición de Políticas Públicas y proyectos Institucionales consecuentes con el cumplimiento de la Ley N°20.500 e Instructivo Presidencial (N°7/2014), se implementó durante el mes de septiembre del año 2016, la consulta ciudadana de carácter consultivo, para conocer la opinión de las personas respecto al aumento de canales de atención que la institución desea disponer para sus beneficiarios/as con el fin de acercar los productos del Fonasa a la ciudadanía. El proyecto que solicitó la opinión a la ciudadanía en forma presencial y virtual corresponde a la temática de poder pagar bonos de consulta médica en cualquier caja vecina Banco Estado donde participaron 1.655 personas a nivel Nacional. Sobre el 90% de los consultados son favorables al proyecto.

#### d) Acceso a Información

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

**d.1)** Bajo esta línea se trabaja la información en visitas en terreno a través del programa denominado "Fonasa Presente".

	Dirección Zonal	Enero – Diciembre 2016	
		N° Actividades	N° Personas
FONASA PRESENTE	NORTE	365	7.053
	CENTRO NORTE	141	2.106
	METROP. Y VI	298	8.755
	CENTRO SUR	334	7.185
	SUR	179	2.422
	<b>TOTAL</b>	<b>1.317</b>	<b>27.521</b>

**d.2)** Durante el 2016 se realizaron 12 actividades para entregar información relevante sobre GES participaron como asistentes un total de **202** personas, de las cuales el **77%** corresponde a mujeres y un **23%** a hombres.

**d.3)** El Subdepartamento Gestión Atención Usuarios y Canales virtuales, para el mes de agosto 2016 realizó una actividad innovadora de difusión masiva a través de Mailing, con el envío efectivo a **2.392** correos electrónicos a personas entre 20-40 años, con información y orientación sobre derechos Garantías Explicitas de Salud (GES). Dicha iniciativa fue dirigida a este grupo etéreo dado que tiene mayor acercamiento a herramientas virtuales.

**d.4)** Se desarrollaron 35 Charlas Informativas de la Ley N°20.830, Acuerdo Unión Civil (AUC), a beneficiarios/as entre 20 – 50 años alcanzado una cobertura de 689 asistentes, de los cuales asistieron 151 hombres y 538 mujeres.

**d.5)** El Seguro Público de Salud, reconoce los cambios de una ciudadanía más exigente en la satisfacción de estándares de calidad y oportunidad en las respuestas a los requerimientos y necesidades de información de las diferentes solicitudes que diariamente la ciudadanía requiere, a través de los distintos canales disponibles para ello. En este contexto, fueron ingresadas para la gestión del Seguro Público, un total de **21.095** Solicitudes Ciudadanas.

**Total de Ingresos de Solicitudes Ciudadanas por Año. 2014 - 2016**

año	Solicitudes Ciudadanas Escalables
2014	14.187
2015	16.829
2016	21.095

Fuente: Sub departamento de Gestión de Atención de Usuarios, Departamento de Gestión Territorial 2016.

Ante esto, se trabajó en rediseñar la estructura y los procesos de gestión para las solicitudes ciudadanas, implementación de un nuevo procedimiento que rige a partir del mes de octubre del 2016, y fortaleciendo la coordinación interdepartamental, con Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud y Presidencia de la República.

**d.6)** En Transparencia Pasiva, durante el año 2016, se gestionaron **442** solicitudes de transparencia, se resolvieron durante el año **421** solicitudes. Para la gestión de las solicitudes de transparencia, se utilizó sólo el Sistema Portal de Transparencia. **202** solicitudes fueron resueltas en un plazo igual o inferior a 15 días hábiles.

**d.7)** En cuanto a Transparencia Activa, se realizó el proceso de publicación mensual de información, alcanzando la suma de **14.888** documentos en 2016 con un promedio de **1.240** documentos mensuales a nivel nacional, este proceso de carga se lleva en conjunto con el Área de Informática, de acuerdo al formato y plazo establecido por la Ley. Finalmente señalar, que Fonasa alcanzó un cumplimiento de un **100%** en el 2016.

### **3.2.4.7 Nuevo Portal Web Fonasa**

En el mes de agosto del año 2016, Fonasa estrenó una nueva web. Este nuevo portal permite la realización de trámites en línea, que antes solo podían llevarse a cabo de forma presencial en una sucursal.

Realizamos este cambio debido a que nuestra anterior web contenía mucha información, pero sin un orden lógico de navegabilidad ni eficiencia de uso. Hoy, contamos con un sitio que contempla no sólo su acceso por dispositivos móviles (celulares, tablets), sino que posee un diseño y usabilidad amable, sencilla de utilizar y con accesos múltiples a contenidos importantes, permitiendo que los usuarios encuentren la información que necesitan de forma rápida y clara. Además, se trabajó en contenidos con un lenguaje ciudadano, evitando tecnicismos y explicando de mejor forma temas complejos.

Este nuevo sitio cuenta con un lector de voz, para permitir la inclusión y accesibilidad a personas con problemas de visión, o que no pueden leer en una pantalla.

Cuenta, además, con un apartado especial de Servicios en Línea, donde se concentran una veintena de servicios para usuarios y prestadores de salud. Tiene una segmentación de información de acuerdo a los Ciclos de Vida, que hemos definido de acuerdo a nuestro diverso universo de beneficiarios, más de 13 millones de personas.

Esto hace de la web de Fonasa, una plataforma versátil y pensada desde las necesidades de distintas personas.

## 4. Desafíos para el año 2017

### a) Construiremos una nueva oferta de valor

Se continuará con los Estudios de Costo de Prestaciones y elaborará el arancel de referencia para el Catálogo de Prestaciones.

Se modernizarán e incorporarán nuevas prestaciones en el Arancel de Modalidad de Libre Elección 2018 de Fonasa, aumentando la Oferta de PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), incorporando exámenes de genética y biología molecular, y prestaciones asociadas a Terapeutas Ocupacionales. Lo anterior enmarcado en el trabajo del catálogo de prestaciones de Fonasa con las sociedades científicas, gremios de profesionales de la salud y Ministerio de Salud.

Se instaurará el proceso de actualización permanente del Catálogo de Prestaciones.

### b) Optimizaremos la compra sanitaria

Se consolidará el mecanismo de pago por GRD:

- El año 2017 se espera implementar en los 60 hospitales de más alta complejidad;
- En relación con los prestadores privados, Fonasa ha implementado este mecanismo de pago en el marco una licitación pública para dar respuesta al déficit de camas del sector público.

Se trabajará en la disminución de las Garantías de Oportunidad Retrasadas y listas de espera GES, con acciones de control de la compra a cargo de FONASA e intervención de Servicios de Salud críticos.

### c) Fortaleceremos regulación y monitoreo del sector:

Avanzaremos en el diseño de un modelo de presupuestación sectorial a partir de los GRD.

Fonasa implementará un sistema informático que permitirá contar con la trazabilidad completa de un paciente dializado. El proyecto contempla desde que se indica el tratamiento de diálisis, incluyendo los parámetros clínicos que permiten su ingreso a la terapia, luego el procedimiento de asignación del prestador público o privado, las prestaciones que se le efectúan durante su atención, los resultados de los exámenes de laboratorio que se le practiquen, con los cuales el seguro calcula los Indicadores de Calidad de Diálisis, etc. Permite a su vez, el cálculo de la cuenta médica completa, por tanto, conocer el costo real que tiene un paciente en diálisis para el seguro.

### d) Rediseñaremos la relación con la ciudadanía

Se avanzará en el nuevo modelo de Servicios en Línea a la ciudadanía, con la promoción e implementación de la venta de bonos y programas médicos a través de nuevos canales y puntos de atención: Contact Center, Portal Web, Auto Atención, Contacto Presencial.

Se implementará, Fonasa en dispositivos móviles con el Proyecto “Fonasa a la Mano”. Una aplicación móvil con los servicios en línea más requeridos por la población, para facilitar sus trámites y acceso a los beneficios del Seguro Público de Salud.

Fonasa avanzará en la implementación de su nueva Plataforma Informática, Sistema Integrado del Seguro (SIIS), en producción. La que concentra las transacciones propias del Seguro: pago, copago,

reembolsos, pago a prestadores entre otros. Esta plataforma contendrá la base de datos de prestadores, beneficiarios, cotizaciones y de prestaciones de salud, entre otras.

Lo anterior permitirá diseñar la trazabilidad del beneficiario Fonasa a través de las redes de salud públicas y privadas, entre otras funcionalidades. Este sistema generará beneficios cualitativos para la ciudadanía, otorgando servicios más oportunos, más rápidos y más cercanos a través de múltiples canales de atención.

## Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución.
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros.
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2016.
- Anexo 5: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.
- Anexo 6: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2016
- Anexo 7: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2016
- Anexo 8. Resultados en materia de Implementación de medidas de Género y de descentralización / desconcentración
- Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional y Leyes Promulgadas durante 2016
- Anexo 10: Premios y Reconocimientos Institucionales.

## Anexo 1: Identificación de la Institución

### a) Definiciones Estratégicas

- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

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

### - Misión Institucional

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

- Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2016

### Objetivos Relevantes del Ministerio

Número	Descripción
1	Fortalecer la función de Rectoría del Ministerio de Salud.
2	Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010- 2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos.
3	Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas.
4	Avanzar en estrategias comunitarias en el ámbito de las enfermedades crónicas y del adulto mayor.
5	Fortalecer la Gestión y Financiamiento de la Red Asistencial Pública.
6	Abordar integralmente la Salud Mental y la Discapacidad, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a los grupos vulnerables.
7	Avanzar hacia una Política Nacional de Medicamentos, ampliando la cobertura a los problemas de salud que más afectan a la población.
8	Desarrollar un Plan Nacional de Salud Oral centrado en grupos vulnerables.

### - Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Construir un nuevo Plan de Salud, preventivo, integral y flexible que responda a las necesidades de los ciudadanos, asegurando acceso a cobertura efectiva de salud con protección financiera.

2	Gestionar compra sanitaria eficiente, con calidad y oportunidad, a prestadores del ámbito público y privado.
3	Fortalecer la regulación y monitoreo financiero del sector salud, asegurando un balance en las fuentes de financiamiento y una gestión financiera sectorial eficiente.
4	Mejorar la calidad de atención de FONASA, mediante una comunicación transparente y oportuna, participación ciudadana activa y más y mejores puntos de contacto.
5	Desarrollar nuevas capacidades institucionales a través de comunicación efectiva, mejoría en la gestión de procesos, actualización de estructura y normativa, fortalecimiento de la gestión de personas e incorporación de tecnologías de información e infraestructura.

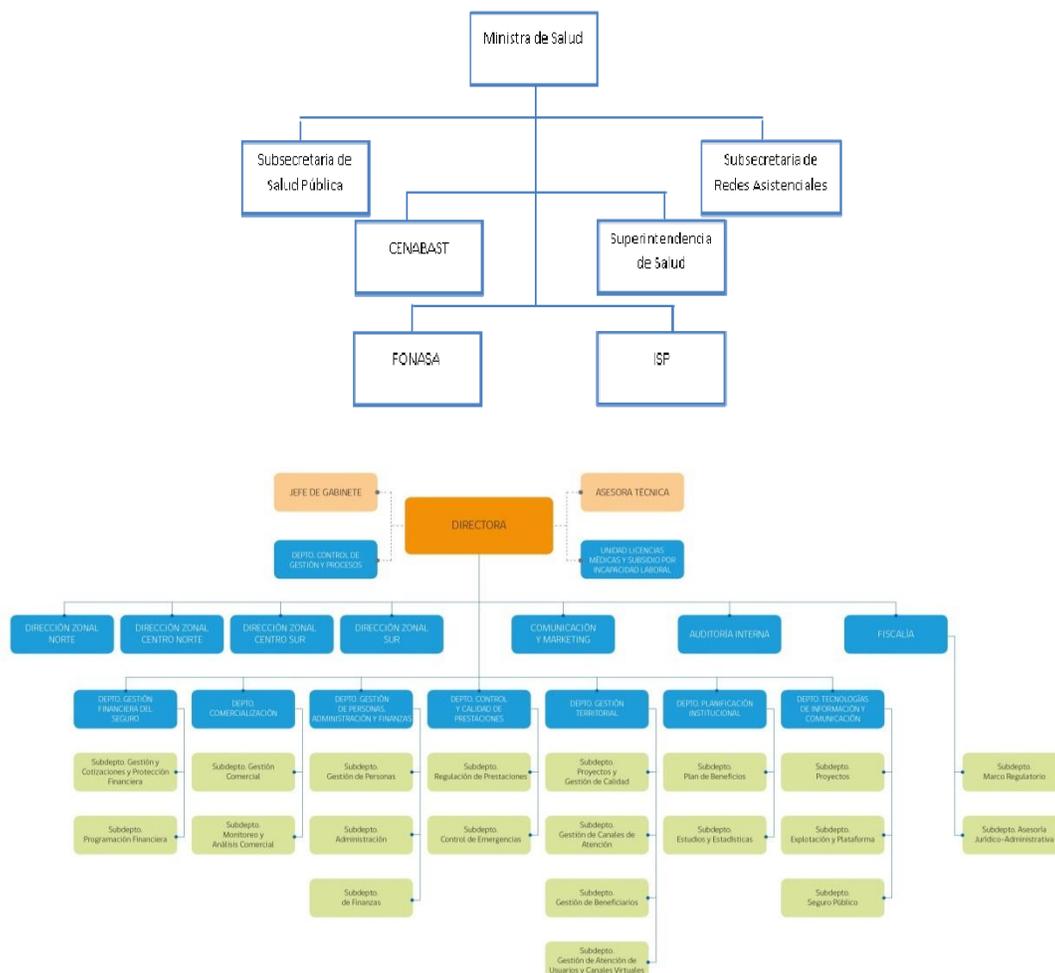
## - Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Número	Descripción	
1	<b>Plan de Salud</b>	1,2
	Describe la relación que existe entre los ciudadanos y el seguro de salud, en lo que se refiere a los derechos del asegurado. Este producto estratégico establece la cartera total de servicios que ofrece el seguro público de salud, definiendo la cobertura del plan de beneficios y protección financiera a la que acceden los asegurados de FONASA.	
2	<b>Compra Sanitaria con mecanismo de pago asociado a resultado</b>	1,2
	Describe el desarrollo y uso de mecanismos de compra, que relacionan un conjunto de actividades clínicas y su valor de transacción, para la resolución de un problema de salud.	
3	<b>Gestión Financiera del seguro</b>	1,2
	Por una parte, comprende la gestión de recaudación con las entidades asociadas al financiamiento del Seguro Público. Por otra parte, considera la gestión del procedimiento de pago a prestadores (públicos y privados) y mecanismos de control financiero presupuestario a ejercer sobre el Sistema Nacional de Servicios de Salud.	
4	<b>Atención al asegurado</b>	1,2
	Describe la forma de mejorar la calidad de atención de FONASA; mediante una comunicación transparente, oportuna y con participación ciudadana activa, fortaleciendo la calidad y cantidad de puntos de contacto. Comprende, además, la entrega de información a nuestros beneficiarios para que estos puedan tomar la mejor decisión en salud en relación al cumplimiento de sus derechos.	

## - Clientes / Beneficiarios / Usuarios

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

## b) Organigrama y ubicación en la Estructura del Ministerio



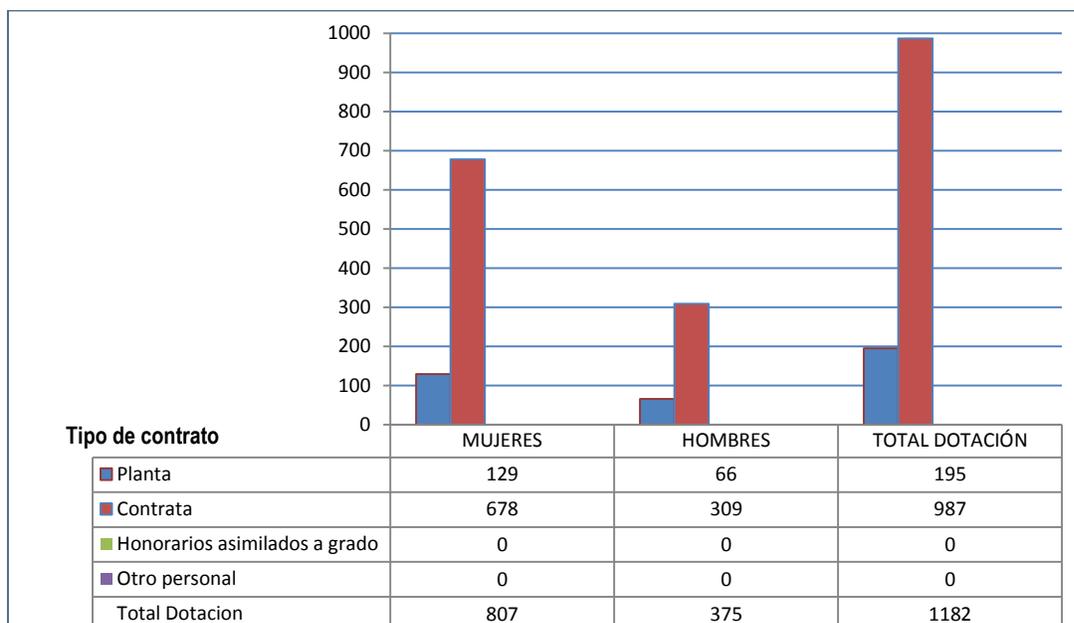
## c) Principales Autoridades

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

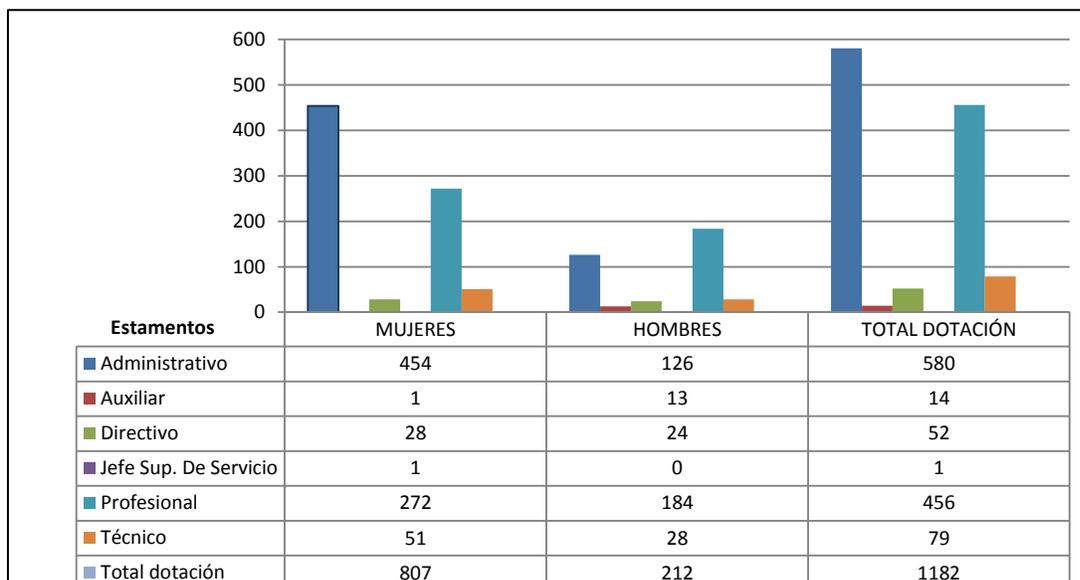
## Anexo 2: Recursos Humanos

### a) Dotación de Personal

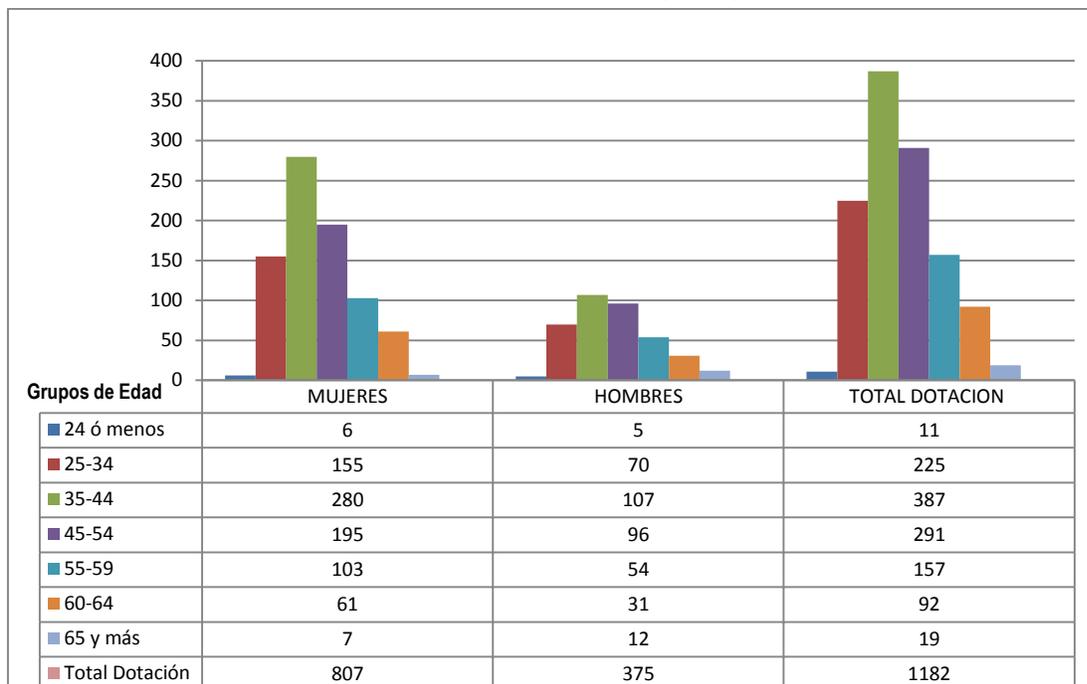
#### Dotación Efectiva año 2016 por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



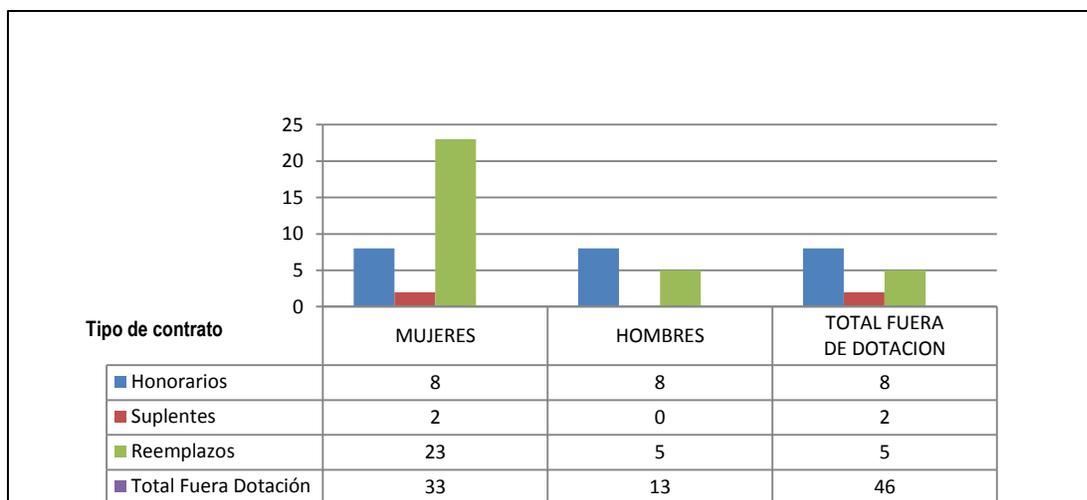
#### Dotación Efectiva año 2016 por Estamento (mujeres y hombres)



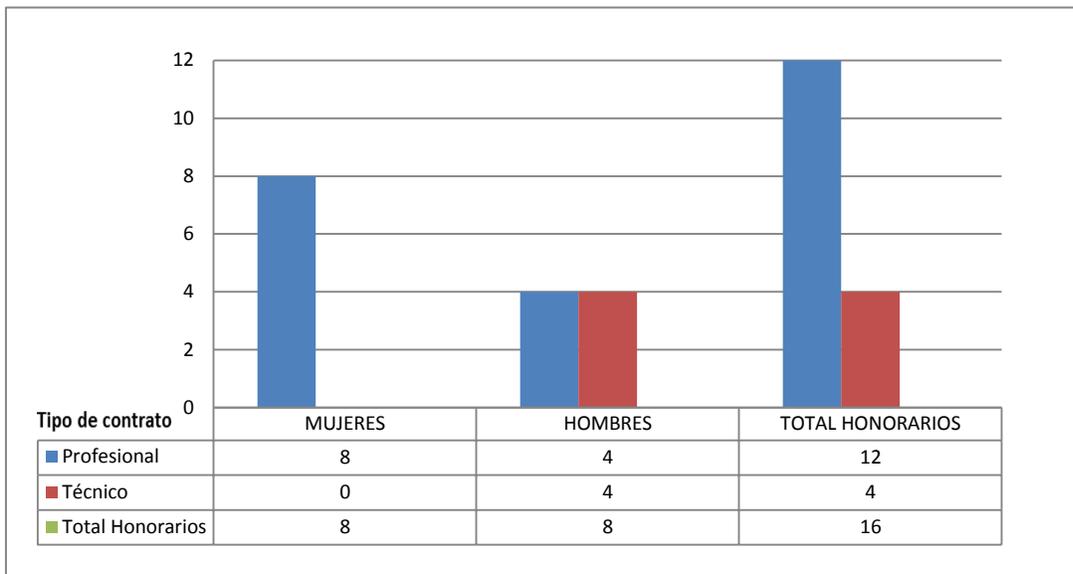
### Dotación Efectiva año 2016 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



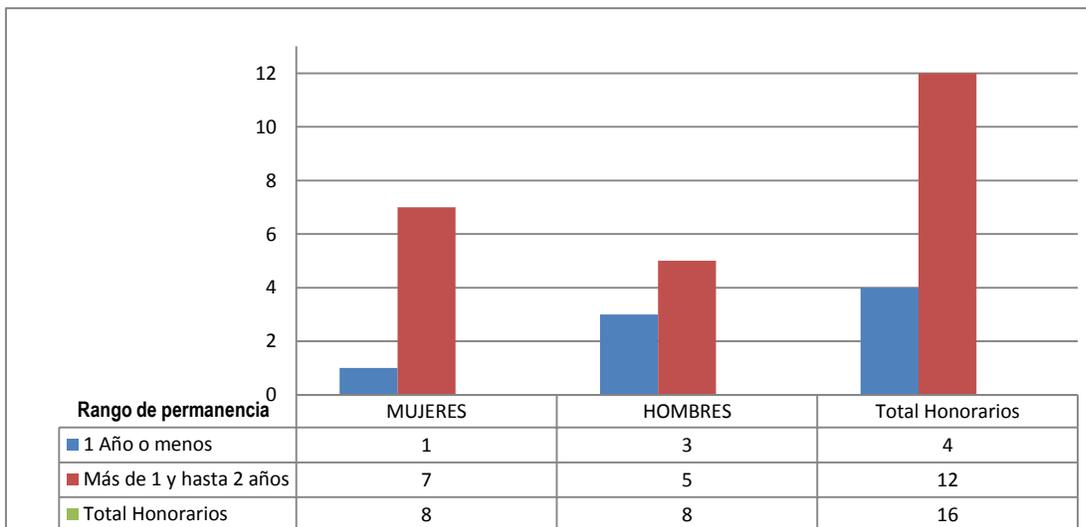
### b) Personal fuera de dotación año 2016, por tipo de contrato (mujeres y hombres)



### c) Personal a honorarios año 2016 según función desempeñada (mujeres y hombres)



**d) Personal a honorarios año 2016 según permanencia en el Servicio (mujeres y hombres)**



## e) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>6</sup>		Avance <sup>7</sup>	Notas
		2015	2016		
<b>1. Reclutamiento y Selección</b>					
1.1 Porcentaje de ingresos a la contrata <sup>8</sup> cubiertos por procesos de reclutamiento y selección <sup>9</sup>	$(N^{\circ} \text{ de ingresos a la contrata año } t \text{ vía proceso de reclutamiento y selección} / \text{Total de ingresos a la contrata año } t) * 100$	28.28	79.31	280	Ascendente
1.2 Efectividad de la selección	$(N^{\circ} \text{ ingresos a la contrata vía proceso de reclutamiento y selección en año } t, \text{ con renovación de contrato para año } t+1 / N^{\circ} \text{ de ingresos a la contrata año } t \text{ vía proceso de reclutamiento y selección}) * 100$	100	100	100	Ascendente
<b>2. Rotación de Personal</b>					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	5.14	5.5	93.5	Descendente
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
- Funcionarios jubilados	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios Jubilados año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.0	0.0	---	Ascendente
• Funcionarios fallecidos	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios fallecidos año } t / \text{Dotación Efectiva año } t) * 100$	0.0	0.17	---	Neutro
- Retiros voluntarios					
o con incentivo al retiro	$(N^{\circ} \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	1.49	1.95	130.6	Ascendente
o otros retiros voluntarios	$(N^{\circ} \text{ de retiros otros retiros voluntarios año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	1.65	1.18	139.3	Descendente
• Otros	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios retirados por otras causales año } t / \text{Dotación efectiva año } t) * 100$	1.98	2.20	90.0	Descendente
2.3 Índice de recuperación de funcionarios	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios ingresados año } t / N^{\circ} \text{ de funcionarios en egreso año } t) * 100$	1.59	50.77	3.13	Descendente

6 La información corresponde al período Enero 2016 - Diciembre 2016 y Enero 2014 - Diciembre 2014, según corresponda.

7 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.

8 Ingreso a la contrata: No considera el personal a contrata por reemplazo, contratado conforme al artículo 11 de la ley de presupuestos 2016.

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

<b>Cuadro 1</b>					
<b>Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos</b>					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>6</sup>		Avance <sup>7</sup>	Notas
		2015	2016		
<b>3. Grado de Movilidad en el servicio</b>					
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos o Promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	30.6	0.51	1.7	Ascendente
3.2 Porcentaje de funcionarios recontratados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontratados en grado superior, año t}) / (\text{Total contratos efectivos año t}) * 100$	12.02	2.53	21.1	Ascendente
<b>4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal</b>					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	69.84	78.09	111.8	Ascendente
4.2 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$\frac{\sum (\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas en act. de capacitación año t} * \text{N}^\circ \text{ participantes en act. de capacitación año t})}{\text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t}}$	13.66	17.02	124.6	Ascendente
4.3 Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia <sup>10</sup>	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo año t} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de capacitación en año t}) * 100$	2.08	4.76	43.7	Descendente
4.4 Porcentaje de becas <sup>11</sup> otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	0.75	0.51	68.0	Ascendente
<b>5. Días No Trabajados</b>					
5.1 Promedio mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de licencias médicas, según tipo.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1).</li> </ul>	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas tipo 1, año t} / 12) / \text{Dotación Efectiva año t}$	1.49	1.40	106.4	Descendente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Licencias médicas de otro tipo<sup>12</sup></li> </ul>	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas de tipo diferente al 1, año t} / 12) / \text{Dotación Efectiva año t}$	0.5	0.5	100.0	Descendente

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

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

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

12 No considerar como licencia médica el permiso postnatal parental.

Cuadro 1						
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos						
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>6</sup>		Avance <sup>7</sup>	Notas	
		2015	2016			
5.2 Promedio Mensual de días no trabajados por funcionario, por concepto de permisos sin goce de remuneraciones.	$(N^{\circ} \text{ de días de permisos sin sueldo año } t/12)/\text{Dotación Efectiva año } t$	0.22	0.31	71.1	Descendente	
<b>6. Grado de Extensión de la Jornada</b>						
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año } t/12)/\text{Dotación efectiva año } t$	1.89	2.17	87.0	Descendente	
<b>7. Evaluación del Desempeño<sup>13</sup></b>						
7.1 Distribución del personal de acuerdo a los resultados de sus calificaciones.	$N^{\circ} \text{ de funcionarios en lista 1 año } t / \text{Total funcionarios evaluados en el proceso año } t$	98.15	99.17	101.0	Ascendente	
	$N^{\circ} \text{ de funcionarios en lista 2 año } t / \text{Total funcionarios evaluados en el proceso año } t$	1.57	0.74	47.1	Ascendente	
	$N^{\circ} \text{ de funcionarios en lista 3 año } t / \text{Total funcionarios evaluados en el proceso año } t$	0.28	0.09	311.1	Descendente	
	$N^{\circ} \text{ de funcionarios en lista 4 año } t / \text{Total funcionarios evaluados en el proceso año } t$	0	0	---	Descendente	
7.2 Sistema formal de retroalimentación del desempeño <sup>14</sup> implementado	SI: Se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño. NO: Aún no se ha implementado un sistema formal de retroalimentación del desempeño.	Incorporado en Reglamento Especial de Calificaciones, Decreto N° 106				
<b>8. Política de Gestión de Personas</b>						
Política de Gestión de Personas <sup>15</sup> formalizada vía Resolución Exenta	SI: Existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta. NO: Aún no existe una Política de Gestión de Personas formalizada vía Resolución Exenta.	Formalizada en Resolución Exenta 3D/N°4908 de 2009				
<b>9. Regularización de Honorarios</b>						

<sup>13</sup> Esta información se obtiene de los resultados de los procesos de evaluación de los años correspondientes.

<sup>14</sup> Sistema de Retroalimentación: Se considera como un espacio permanente de diálogo entre jefatura y colaborador/a para definir metas, monitorear el proceso, y revisar los resultados obtenidos en un período específico. Su propósito es generar aprendizajes que permitan la mejora del rendimiento individual y entreguen elementos relevantes para el rendimiento colectivo.

<sup>15</sup> Política de Gestión de Personas: Consiste en la declaración formal, documentada y difundida al interior de la organización, de los principios, criterios y principales herramientas y procedimientos que orientan y guían la gestión de personas en la institución.

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

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados <sup>6</sup>		Avance <sup>7</sup>	Notas
		2015	2016		
9.1 Representación en el ingreso a la contrata	$(\text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios traspasadas a la contrata año } t / \text{Total de ingresos a la contrata año } t) * 100$	11.11	6.9	161.1	Descendente
9.2 Efectividad proceso regularización	$(\text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios traspasadas a la contrata año } t / \text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios regularizables año } t-1) * 100$	---	---	---	---
9.3 Índice honorarios regularizables	$(\text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios regularizables año } t / \text{N}^\circ \text{ de personas a honorarios regularizables año } t-1) * 100$	---	---	---	---

## Anexo 3: Recursos Financieros

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

### a) Resultados de la Gestión Financiera

<b>Cuadro 2</b>			
<b>Ingresos y Gastos devengados año 2015 – 2016</b>			
Denominación	Monto Año 2015 M\$ <sup>16</sup>	Monto Año 2016 M\$	Notas
<b>INGRESOS PRESUPUESTARIOS</b>	<b>5.823.646.277</b>	<b>6.267.202.762</b>	
<b>IMPOSICIONES PREVISIONALES</b>	<b>1.886.580.914</b>	<b>1.958.354.292</b>	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	22.984.433	56.677.689	
<b>OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>191.173.537</b>	<b>198.948.744</b>	
APORTE FISCAL	3.717.413.735	4.048.445.427	
RECUPERACION DE PRESTAMOS	5.493.658	4.776.610	
<b>GASTOS PRESUPUESTARIOS</b>	<b>5.837.457.966</b>	<b>6.245.734.799</b>	
<b>GASTOS EN PERSONAL</b>	<b>21.382.086</b>	<b>23.308.071</b>	
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	27.139.653	28.163.572	
<b>PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>858.168.115</b>	<b>946.523.987</b>	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4.900.203.066	5.222.292.946	
<b>OTROS GASTOS CORRIENTES</b>	<b>13.659.216</b>	<b>5.178.964</b>	
ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	4.500.213	7.424.413	
<b>PRESTAMOS</b>	<b>7.883.693</b>	<b>9.000.858</b>	
SERVICIO DE LA DEUDA	4.521.924	3.841.988	

### b) Comportamiento Presupuestario año 2016

## **Cuadro 3**

### **Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2016**

<sup>16</sup> La cifras están expresadas en M\$ del año 2016. El factor de actualización de las cifras del año 2015 es 1,03782

Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial <sup>17</sup> (M\$)	Presupuesto Final <sup>18</sup> (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia <sup>19</sup> (M\$)	Notas <sup>20</sup>
			<b>INGRESOS</b>	<b>5.574.478.774</b>	<b>6.260.361.044</b>	<b>6.267.202.762</b>	<b>-6.841.718</b>	
04			IMPOSICIONES PREVISIONALES	1.933.609.891	1.938.702.382	1.958.354.292	-19.651.910	
	02		Aportes del Trabajador	1.933.609.891	1.938.702.382	1.958.354.292	-19.651.910	(1)
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	70.639.299	56.689.848	56.677.689	12.159	
	02		Del Gobierno Central	70.639.299	56.689.848	56.677.689	12.159	
	006		Caja de Previsión de la Defensa Nacional	840.156	1.360.156	1.347.997	12.159	
	009		Ley N° 20.595 y Sistema Chile Solidario	3.921.369	3.921.369	3.921.369	0	
	011		Fondo para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo Ley N°20.850	48.000.000	33.530.549	33.530.549	0	
	015		Sistema de Protección Integral a la Infancia	17.877.774	17.877.774	17.877.774	0	
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	198.689.409	200.649.881	198.948.744	1.701.137	
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	326.166	547.928	919.089	-344.161	
	02		Multas y Sanciones Pecuniarias			108.152	-108.152	
	04		Fondos de Terceros	192.776.209	194.487.919	195.983.143	-1.495.224	
	001		Curativa Cargo Usuario	192.776.209	194.487.919	195.983.143	-1.495.224	
	99		Otros	5.587.034	5.587.034	1.938.360	3.648.674	(2)
09			APORTE FISCAL	3.365.076.565	4.048.445.427	4.048.445.427	0	
	01		Libre	3.365.076.565	4.048.445.427	4.048.445.427	0	
12			RECUPERACIÓN DE PRESTAMOS	6.462.610	4.829.638	4.776.610	53028	
	05		Médicos	6.462.610	4.829.638	4.776.610	53028	
15			SALDO INICIAL DE CAJA	1.000	11.043.868		11.043.868	
			<b>GASTOS</b>	<b>5.574.478.774</b>	<b>6.260.361.044</b>	<b>6.245.734.803</b>	<b>14.626.241</b>	
21			GASTOS EN PERSONAL	18.466.768	23.345.490	23.308.071	37.419	
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	25.481.740	28.178.823	28.163.572	15.251	
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	832.193.355	950.450.165	946.523.988	3.926.177	
	01		Prestaciones Previsionales	832.193.355	950.417.480	946.491.303	3.926.177	
	009		Bonificaciones de Salud	544.640.481	547.291.652	544.209.760	3.081.892	(3)
	014		Subsidio Cajas de Compensación de Asignación Familiar	287.552.874	403.125.828	402.281.543	844.285	
	03		Prestaciones Sociales del Empleador	0	32.685	32.685	0	
	001		Indemnización de Cargo Fiscal	0	32.685	32.685	0	

17 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

18 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2015.

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

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

24		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4.687.164.825	5.232.899.120	5.222.292.949	10.606.171	
	02	Al Gobierno Central	4.639.164.825	5.199.195.811	5.188.616.373	10.579.438	
	034	Instituto de Salud Pública de Chile	612.881	612.881	612.881	0	
	035	Programa de Atención Primaria	1.370.577.002	1.403.048.157	1.395.413.798	7.634.359	(4)
	036	Programa de Prestaciones Valoradas	1.516.222.451	1.551.742.588	1.551.724.927	17.661	
	037	Programa de Prestaciones Institucionales	1.642.849.343	2.106.550.467	2.104.627.759	1.922.708	(5)
	043	Subsecretaría de Salud Pública	108.903.148	137.241.718	136.237.008	1.004.710	
	03	A Otras Entidades Públicas	48.000.000	33.530.549	33.529.480	1.069	
	410	Aplicación Ley N°20.850	48.000.000	33.530.549	33.529.480	1.069	
	06	A Gobiernos Extranjeros	0	172.760	147.096	25.664	
	001	Convenio Internacional Chile - España	0	172.760	147.096	25.664	
26		OTROS GASTOS CORRIENTES	5.101.928	5.178.964	5.174.964	-77.036	
29		ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	267.378	7.433.286	7.424.413	8.873	
	03	Vehículos	0	16.377	16.70	7	
	04	Mobiliario y Otros	70.479	84.479	81.740	2.739	
	05	Máquinas y Equipos	1.283	47.283	41.158	6.125	
	06	Equipos Informáticos	34.611	3.335.686	3.335.685	1	
	07	Programas Informáticos	161.005	3.949.461	3.949.460	1	
32		PRÉSTAMOS	10.902.708	9.062.096	9.000.858	61.238	
	05	Médicos	10.902.708	9.062.096	9.000.858	61.238	
34		SERVICIO DE LA DEUDA	1.000	3.889.136	3.841.988	47.148	
	07	Deuda Flotante	1.000	3.889.136	3.841.988	47.148	
35		SALDO FINAL DE CAJA	1.000	1.000		1.000	
		RESULTADO	0	0	21.467.959	21.467.959	

## INGRESOS DEVENGADOS

### Nota 1. Imposiciones Previsionales

Los mayores ingresos devengados respecto al presupuesto por M\$ 19.651.910 corresponden cotizaciones que fueron declaradas por los empleadores pero que no fueron pagadas durante el año 2016.

Cabe señalar, que estos mayores ingresos devengados y que no fueron percibidos quedaron registrados como ingresos por percibir de años anteriores para el año 2017.

### Nota 2. Otros Ingresos Corrientes

Los menores ingresos registrados en el ítem 08.99 Otros por M\$ 3.648.674 corresponden principalmente a ingresos no percibidos por concepto de intereses por mantención de saldos en cuenta corriente del Banco BBVA.

El convenio con Banco BBVA finalizó en octubre del 2015, el cual fue licitado nuevamente y fue adjudicado al mismo banco pero con condiciones distintas, lo que implicó no contar con ingresos por intereses en los mismos niveles que el contrato anterior.

## GASTOS DEVENGADOS

### Nota 3. Bonificaciones de Salud

Estos menores gastos registrados durante el año 2016 por M\$ 3.081.892, corresponde a menores gastos por concepto de venta de Bonos a nuestros afiliados que se atienden a través de la Modalidad Libre Elección.

### Nota 4. Programa de Atención Primaria

Los menores recursos transferidos a los Servicios de Salud por M\$ 7.634.359 corresponden a:

- ✓ Per Cápita M\$ 1.205.918
- ✓ Reforzamiento Municipal M\$ 5.629.786
- ✓ Reforzamiento Servicios M\$ 408.283
- ✓ Contingencias sin distribuir M\$ 390.372

### Nota 5. Programa Prestaciones Institucionales

Los menores recursos transferidos a los Servicios de Salud por M\$ 1.922.708 corresponden a recursos que quedaron sin distribuir en el Programa de Contingencia Operacionales por concepto de:

- ✓ Cumplimiento de acuerdo con hospitales experimentales M\$ 124.220
- ✓ Efecto Estatuto Ley 20.972 M\$ 1.786.384
- ✓ Puesta En Marcha Establecimientos Normalizados M\$ 12.104

## c) Indicadores Financieros

Cuadro 4 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo <sup>21</sup>			Avance <sup>22</sup> 2016/ 2015	Notas
			2014	2015	2016		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales <sup>23</sup> )		0.85	0.90	0.88	97.95%	
	[IP Ley inicial / IP devengados]		-	-	-	-	
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP percibidos / IP devengados]		-	-	-	-	
	[IP percibidos / Ley inicial]		-	-	-	-	
	[DF/ Saldo final de caja]		0.46	0.39	0.24	59.77%	
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)		0.98	1.09	0.15	14.03%	

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

## d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5 Análisis del Resultado Presupuestario 2016 <sup>24</sup>				
Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
	<b>FUENTES Y USOS</b>	<b>11.042.452</b>	<b>21.467.709</b>	<b>21.467.709</b>
	<b>Carteras Netas</b>	<b>0</b>	<b>16.018.984</b>	<b>16.018.984</b>
115	Deudores Presupuestarios	0	19.969.616	19.969.616

21 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2016. Los factores de actualización de las cifras de los años 2014 y 2015 son 1.08295 y 1.03782 respectivamente.

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

24 Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

215	Acreedores Presupuestarios	0	-3.950.632	-3.950.632
	<b>Disponibilidad Neta</b>	<b>59.924.925</b>	<b>27.314.275</b>	<b>87.239.200</b>
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	59.924.925	27.314.275	87.239.200
112	Disponibilidades en Moneda Extranjera	1.415	254	1.669
	<b>Extrapresupuestario neto</b>	<b>-48.882.473</b>	<b>-21.865.550</b>	<b>-70.748.023</b>
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	635.233	11.969	647.202
116	Ajustes a Disponibilidades	438.953	17.983	456.936
119	Trasposos Interdependencias	0	188.062.254	188.062.254
214	Depósitos a Terceros	-49.949.547	-21.893.158	-71.842.705
216	Ajustes a Disponibilidades	-7.112	-2.344	-9.456
219	Trasposos Interdependencias		-188.062.254	-188.062.254

Fuente: Balance de Comprobación y Saldo entregado por Sección Contabilidad – Subdepto de Finanzas

## e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2016				
Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones

NO APLICA EN FONASA

## f) Transferencias<sup>25</sup>

Cuadro 7					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2016 <sup>26</sup> (M\$)	Presupuesto Final 2016 <sup>27</sup> (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia <sup>28</sup>	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO	191.461.713	222.331.489	222.313.828	17.661	
Gasto en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
(Convenio de Provisión de Prestaciones Médicas)	188.198.897	219.068.673	219.051.125	17.548	
Otros Bono AUGE	3.262.816	3.262.816	3.262.703	113	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	48.000.000	33.530.549	33.529.480	1.069	
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros <sup>29</sup> Aplicación Ley N° 20.850	48.000.000	33.530.549	33.529.480	1.069	
<b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b>	<b>239.461.713</b>	<b>255.862.038</b>	<b>255.843.308</b>	<b>18.730</b>	

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

26 Corresponde al aprobado en el Congreso.

27 Corresponde al vigente al 31.12.2015

28 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

29 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

**g) Inversiones<sup>30</sup>**

<b>Cuadro 8</b>							
<b>Comportamiento Presupuestario de las Iniciativas de Inversión año 2015</b>							
<b>Iniciativas de Inversión</b>	<b>Costo Total Estimado<sup>31</sup></b>	<b>Ejecución Acumulada al año 2015<sup>32</sup></b>	<b>% Avance al Año 2015</b>	<b>Presupuesto Final Año 2015<sup>33</sup></b>	<b>Ejecución Año 2015<sup>34</sup></b>	<b>Saldo por Ejecutar</b>	<b>Notas</b>
	(1)	(2)	(3) = (2) / (1)	(4)	(5)	(7) = (4) - (5)	

**FONASA NO TIENE PPTO PARA INVERSION**

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

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

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

33 Corresponde al presupuesto máximo autorizado para el año 2015.

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

## Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2016

- Indicadores de Desempeño presentados en la Ley de Presupuestos año 2016

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Valores Efectivo			Meta 2016	Porcentaje de Logro <sup>35</sup> 2016
				2013	2014	2015		
Compra sanitaria con mecanismo de pago asociado a resultado.	Porcentaje de Hospitales de Mayor complejidad incorporados a mecanismo de pago GRD.	(Número de Hospitales de Mayor complejidad incorporados a mecanismo de pago GRD, en año t/ Total de Hospitales de Mayor complejidad ) *100	%	0%	0%	22%	0%	
Gestión Financiera del seguro. -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	Porcentaje de Recaudación electrónica de cotizaciones trabajadores dependientes, año t.	(Monto de recaudación electrónica segmento trabajadores dependientes, año t/Total de recaudación segmento trabajadores dependientes , año t ) *100	%	0%	0%	85%	84,0%	113%
Atención al asegurado	Porcentaje de reclamos por calidad de atención de personas en sucursales, respecto al total de reclamos , año t	(Total de reclamos por calidad de atención de personas en sucursales, año t/ Total de reclamos recibidos año t) *100	%	5,4%	5,47%	2,90%	99,0%	101%
Plan de Salud -Plan de Salud GES	Porcentaje de reclamos GES resueltos por FONASA en plazo legal respecto del total de reclamos recibidos en año t.	(Número total de reclamos GES resueltos por FONASA dentro del plazo legal, en año t/ Número total de reclamos GES recibidos) *100	%	95%	95,17%	94%	97,98%	101%

Resultado Global Año 2016:

<sup>35</sup> El porcentaje de logro mide cuánto cumple el indicador en relación a su meta; y es el resultado del valor efectivo dividido por la meta comprometida. Si el indicador es ascendente, se divide el valor efectivo con respecto a su meta. Si éste es descendente se divide la meta respecto al valor efectivo. El cociente obtenido se denomina "Porcentaje de logro efectivo". Este porcentaje toma valores en el rango entre 0% y 100%. El "Porcentaje de Logro por Servicio" corresponde al promedio simple del logro de cada uno de los indicadores comprometidos y evaluados por el Servicio, en el rango de 0% a 100%.

## Anexo 5: Informe Preliminar<sup>36</sup> de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas<sup>37</sup> (01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016)

Programa / Institución: Compras a privados Programa Prestaciones Valoradas

Año Evaluación: 2013

Fecha del Informe: Miércoles, 15 de marzo de 2017 16:31:22

### Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>a. Monitorear oportunidad en la entrega de prestaciones, en los programas de Bono AUGE y Camas Integrales, a través de un indicador que permita verificar para cada caso el tiempo entre la solicitud de atención y la prestación efectiva a los beneficiarios de dichos programas. El reporte anual deberá contener la desagregación del monitoreo en forma mensual.</p>	<p>Durante el año 2015 se trabajó en la implementación del Sistema de Validación y Pago "Rigth Now", existiendo un proceso de marcha blanca (segundo semestre 2015), entrando en funcionamiento en el mes de enero 2016, para los procesos de Designación Segundo Prestador y Camas Integrales (GRD). El Sistema Rigth Now permite la interacción entre el prestador y el FONASA, monitoreando la oportunidad de entrega, la obtención del tiempo de demora entre la solicitud y la prestación efectiva, para los procesos implementados. Por lo anterior, para el año 2016 será posible medir el tiempo entre la solicitud de atención y la prestación efectiva a los beneficiarios de dichos programas. Al 30 de Junio, aún se está trabajando en la extracción de reportería del sistema Right now. Se espera contar con estos reportes durante el segundo semestre. Al 31 de Diciembre de 2016 se realiza el reporte de tiempos de espera de segundo prestador GES y día cama integral UGCC. Se adjuntan Reportes con cifras</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Planilla monitoreo pago GES Manual sistema validación y pago Right now. Reporte Tiempo de espera segundo prestador GES y Tiempo de espera día cama integral UGCC</p>

### Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
------------	--------------

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

37 Se refiere a programas/instituciones evaluadas en el marco del Programa de Evaluación que dirige DIPRES.

## Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>Revisar vigencia de indicadores de productividad desarrollados durante el año 2013 (disponible en plataforma web <a href="http://www.dpiFonasa.cl">www.dpiFonasa.cl</a>), el cual es utilizado por las Direcciones Zonales y las áreas de negocios para monitorear su nivel de actividad; considerando los indicadores de productividad recomendados durante la evaluación y la disponibilidad de información para su medición.</p>	<p>Durante el año 2014, se elaboró un CMI, donde se publicó el monitoreo de los Indicadores a Nivel de Dirección Zonal y áreas de negocio, dicha medición sólo corresponde al primer trimestre del año en mención. Para el año 2015 y acorde a los nuevos lineamientos estratégicos se decide publicar sólo en la intranet los indicadores asociados al formulario H por Dirección Zonal, estableciendo para el año 2016 la reincorporación de nuevos indicadores Zonales. Los nuevos indicadores 2016 irán orientados a los nuevos servicios que se están implementando en Fonasa.</p> <p>Al 30 de Junio, la Institución se encuentra en proceso de revisión y validación de los indicadores de productividad los que comenzarán a ser medidos durante el segundo semestre.</p> <p>Al 31 de diciembre de 2016, se midieron dos indicadores de productividad en áreas críticas y que permiten monitorear el nivel de actividad y eficiencia: Venta de Bonos Consulta Médica y Reclamos Garantías GES. Estos indicadores tienen desagregación por dirección zonal como se solicita en la observación. Se adjunta Informe de Indicadores de Productividad segundo semestre de 2016.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u>                      Tablero indicadores Zonales 2014                      Informe Mensual                      Cuadro Mando Integral 2014, primer corte                      Informe de Indicadores de Productividad segundo semestre 2016</p>
<p>Medir indicadores de productividad definidos para monitorear el nivel de actividad de las Direcciones Zonales y las áreas de negocios (primera medición).</p>	<p>Se establecieron indicadores zonales para el año 2014, sin embargo la medición se realizó hasta el mes de marzo 2014. debido al cambio de estrategia se decidió en el año 2015 monitorear sólo los indicadores asociados al PMG.</p> <p>A partir de Marzo del año 2015, se comenzó a elaborar el reporte de gestión, disponible en la intranet de Fonasa, que informa la distribución zonal de los indicadores de desempeño (Formulario H).</p> <p>Se adjunta informe de gestión mensual, en el cual se monitorean los indicadores y se muestran los avances por Direcciones zonales, de marzo a diciembre año 2015. Para el año 2016, se volverá a instaurar la medición de indicadores zonales, orientados a los nuevos servicios que esta entregando Fonasa de acuerdo a las prioridades Institucionales. Se considera la elaboración y medición de indicadores a partir del segundo semestre y publicados en la intranet en conjunto con el Informe de gestión mensual.</p> <p>Al 30 de Junio la Institución se encuentra en proceso de revisión y validación de los Indicadores de productividad que serán medidos en el segundo semestre.</p> <p>Al 31 de diciembre de 2016, se midieron dos indicadores de productividad en áreas críticas y que permiten monitorear el nivel de actividad y eficiencia: Venta de Bonos Consulta Médica y Reclamos Garantías GES. Estos indicadores tienen desagregación por dirección zonal como se solicita en la observación. Se adjunta Informe de Indicadores de Productividad segundo semestre de 2016.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u>                      Informe mensuales de Gestión                      Informe Gestión Diciembre 2015                      Informe Gestión Marzo-Noviembre 2015                      Informe de Indicadores de Productividad segundo semestre 2016</p>
<p>Medir indicadores de productividad definidos para monitorear el nivel de actividad de las Direcciones Zonales y las áreas de negocios (segunda medición).</p>	<p>A partir de Marzo del año 2015, se comenzó a elaborar el reporte de gestión, disponible en la intranet de Fonasa, que informa la distribución zonal de los indicadores de desempeño (Formulario H).</p> <p>Se adjunta informe de gestión mensual, en el cual se monitorean los indicadores y se muestran los avances por Direcciones zonales, de marzo a diciembre año</p>

## Cuadro 11

### Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>2015. Para el año 2016, de acuerdo a las prioridades Institucionales se considera la elaboración y medición de indicadores a nivel de Dirección Zonal para ser monitoreados a partir del segundo semestre y publicados en la intranet en conjunto con el Informe de gestión mensual. Dichos indicadores irán orientados de acuerdo al cambio estratégico a los nuevos servicios de Fonasa, mayoritariamente online.</p> <p>Al 30 de Junio la Institución se encuentra en proceso de revisión y validación de los Indicadores de productividad que serán medidos en el segundo semestre.</p> <p>Al 31 de diciembre de 2016, se midieron dos indicadores de productividad en áreas críticas y que permiten monitorear el nivel de actividad y eficiencia: Venta de Bonos Consulta Médica y Reclamos Garantías GES. Estos indicadores tienen desagregación por dirección zonal como se solicita en la observación. Se adjunta Informe de Indicadores de Productividad segundo semestre de 2016.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Informe Gestión Mensual diciembre 2015 Informe Gestión mensual Marzo-Noviembre 2015 Informe de Indicadores de Productividad segundo semestre 2016</p>
Elaborar un diagnóstico exhaustivo de las funciones contempladas en la ley, de modo que exista consecuencia entre lo declarado y lo realizado y que sea transparente para cada unidad la función que le compete. Identificar las cargas de trabajo de cada unidad y su consistencia con los procesos levantados.	<p>Durante el año 2015 se definió una programación para dar cumplimiento al compromiso establecido, que consideraba las siguientes actividades: 1) Redefinición indicadores estratégicos 2015, 2) Documento diagnóstico jurídico, 3) Proyecto nueva ley de planta etapa 1, 4) Ajustes estructura orgánica, 5) Rediseño procesos principales, de negocio y soporte, 6) Proyecto nueva ley de planta etapa 2. Dando cumplimiento a 5 de ellas acorde a lo planificado, la actividad restante se encuentra en proceso de ejecución y según el plazo establecido (dic.2016). Se adjuntan documentos de las actividades cumplidas y la programación. Para el año 2016 se considera la actualización del mapa de procesos según los nuevos lineamientos Estratégicos Institucionales.</p> <p>Al 30 de Junio este compromiso se encuentra en desarrollo.</p> <p>A diciembre de 2016, respecto al compromiso de estudios de carga laboral como diagnóstico, este a la fecha no es pertinente dado que se realizó en el año 2016 la definición de una nueva estructura de planta y los perfiles de cargos relativos a esta estructura. Asimismo se implementó el Sistema Informático Right Now, que permitió mejorar las cargas laborales del Depto. de Comercialización.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u> Programación Operativa Documento diagnóstico Jurídico Ley de planta etapa 1 Mapa Procesos 2015 Formulario H 2015 Resolución estructura Orgánica Fonasa Perfiles de Cargo Nueva estructura de FONASA parte 1 Perfiles de Cargo Nueva estructura de FONASA parte 2 Perfiles de Cargo Nueva estructura de FONASA parte 3 Perfiles de Cargo Nueva estructura de FONASA parte 4 Mapa de Procesos 2016 Minuta Right Now</p>
Presentación resultados finales de aplicación del plan de trabajo.	<p>Durante el año 2015 se trabajó en el plan comprometido, respecto a ello se adjunta minuta referente al Indicador de Actividad valorizada PPI. En el año 2016 se continuará con el trabajo y monitoreo del plan.</p> <p>Al 30 de Junio este compromiso se encuentra en desarrollo</p>

**Cuadro 11**  
**Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas**

**Compromiso**

**Cumplimiento**

A diciembre de 2016, se actualiza el Informe de Actividad MAI de acuerdo a lo comprometido, se adjunta Informe con detalle.

Medios de Verificación:

Indicador Actividad Valorizada PPI

Minuta Actividad MAI al 2016

## Anexo 6: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2016

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

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

### DETALLE EVALUACIÓN SISTEMA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL RESUMEN RESULTADOS POR OBJETIVO DE GESTIÓN

N°	Objetivos de Gestión	Compromiso		Resultado Evaluación		N° Indicadores Descuento por error	Dificultades de Implementación no previstas	Ponderación Resultado Fnal
		Ponderación	N° Indicadores Comprometidos	Ponderación	N° Indicadores Cumplidos			
1	Cumplir Meta de Indicadores de Productos Estratégicos	60%	3	60%	3	0		60%
2	Medir, informar correctamente y publicar los Indicadores Transversales	40%	9	40%	9	No aplica	No aplica	40%
3	Cumplir Meta de Indicadores Transversales	0%	0	0%	0	No aplica		0%
	Total	100%	12	100%	12	0		100%

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

N°	Indicador	Meta 2016	Efectivo 2016 (resultado evaluación final)	% Cumplimiento (resultado evaluación final)	Descuento por error	% Ponderación Comprometida	% Ponderación obtenida (resultado evaluación final)
1	Porcentaje de reclamos GES resueltos por FONASA en plazo legal respecto del total de reclamos resueltos en año t	97,98	99,01	101,0	No	15,0	15,0
2	Porcentaje de reclamos por Servicios FONASA resueltos respecto del total de reclamos recibidos en año t (a nov.)	99,00	99,80	100,8	No	15,0	15,0
3	Porcentaje de Recaudación electrónica de cotizaciones trabajadores dependientes, año t	84	95	113,1	No	30,0	30,0
Total:						60	60

PMG Cifras en M\$					
Institución	Monto Anual a pagar de Bonificación	N° Personas con Derecho a pago de Bonificación	Promedio de Bonificación por persona	Monto total Sub.21 (Gasto a Febrero 2017)	% Gasto Total Subt.21 por pago de Bonificación
FONASA	3.458.903.-	1.150.-	3.008.-	6.581.706.-	53%

## Anexo 7: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo 2016

Cuadro 12 Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2016				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo <sup>38</sup>	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas <sup>39</sup>	Incremento por Desempeño Colectivo <sup>40</sup>
Proceso Estratégicos	69	3	100%	6.55%
Proceso de Negocio	915	3	100%	6.55%
Proceso de Apoyo	212	3	100%	6.55%

Convenio Desempeño Colectivo Cifras en M\$					
Institución	Monto Anual a pagar de Bonificación (Las 04 cuotas)	N° Personas con Derecho a pago de Bonificación	Promedio de Bonificación por persona	Monto total Sub.21 (Gasto a Febrero 2017)	% Gasto Total Subt.21 por pago de Bonificación
FONASA	973.660.-	1.230.-	792.-	6.581.706.-	15%

<sup>38</sup> Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2016.

<sup>39</sup> Corresponde al porcentaje que define el grado de cumplimiento del Convenio de Desempeño Colectivo, por equipo de trabajo.

<sup>40</sup> Incluye porcentaje de incremento ganado más porcentaje de excedente, si corresponde.

## **Anexo 8: Resultados en la Implementación de medidas de Género y descentralización / desconcentración en 2016.**

### **- Género**

En el marco de la Nueva Agenda de Género basada en los derechos, igualdad y oportunidad de las mujeres, impulsada por el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, y dado que la Equidad de Género y la Igualdad de Oportunidad entre hombres y mujeres son temas relevantes en esta agenda de gobierno, se requiere contar con mecanismos institucionales que les permita a los organismos, la implementación de una instancia formal como la conformación de una Sección, Área o Comisión de Igualdad de Género. En este marco FONASA, mediante Resolución Exenta (2CN°3159/2014) constituyó una Comisión de Género de carácter técnico encargada de estudiar y adecuar las políticas, planes y programas institucionales para incorporar Género, tomando como insumos básicos, la Agenda de Gobierno, Compromisos Ministeriales (agenda de género), Definiciones Estratégicas e Indicadores de Género en el Sistema de Monitoreo.

Los hitos relevantes del 2016 fueron los siguientes:

1. Se fortaleció relación intersectorial con organizaciones sociales, como por ejemplo continuar trabajando con el convenio FONASA - PRODEMU, con el fin de realizar actividades de difusión en temas de Derechos en Salud, cobertura del Seguro Público de Salud con enfoque de Género.
2. Se capacitó a funcionarios y funcionarias de FONASA que realizan atención directa al asegurado para fortalecer sus competencias en materias de trato usuario (discriminación y equidad de género).
3. Se generó recomendaciones técnicas para la eliminación de “Condiciones Técnicas Administrativas” (CAT) de arancel de prestaciones para los asegurados Transgénero de FONASA. (En el 2016 se eliminan 258 prestaciones que desagregaban sexo).
4. Se realizaron charlas informativas en las siguientes materias:
  - Ley 20.830 (Ley de Unión Civil) a los(as) asegurados(as) de FONASA, usando como criterio el rango establecido entre 20 – 50 años de edad.
  - En la región metropolitana, se realizó el curso de Inducción en Políticas Públicas de Salud, enfocada en beneficiarios/as Transgénero.
  - Igualdad y enfoque de Género en las Políticas Públicas del Gobierno y Protocolo de atención a beneficiarios/as Transgénero por monitores internos a través de los medios tecnológicos disponibles, canal corporativo, video conferencia, visitas a direcciones zonales.
  - Diplomado en Género, Sociedad y Políticas Públicas.
  - Curso Incorporación del Enfoque de Género en las Políticas Públicas.
  - Inducción a Políticas Pública de Salud enfocada en beneficiarios y beneficiarias Transgénero.
5. Se habilitó un banner de Género en la página de Intranet Institucional.

6. Se grabó un video “Conceptos de Género y PMG” transmitido en viernes protegidos en Sucursales y Direcciones Zonales a través del canal corporativo.
7. Se incorporó en la encuesta de “Satisfacción Usuaría” dos preguntas, asociadas a Género y no Discriminación.
8. Se elaboró boletín informativo Ley Parental, el cual fue difundido a través de los canales de comunicación interna (página Intranet, correo Institucional de Comunicaciones y correo de Equidad de Género).
9. Se realizó una difusión masiva a través de Mailing, enviando 2.392 correos electrónicos a usuarios/as entre 20-40 años, con información y orientación sobre derechos Garantías Explicitas de Salud (GES).
10. Con el fin de fortalecer el vínculo con los usuarios y la ciudadanía en general, se desarrolló un piloto (región de O’Higgins) sobre el Sistema de Información Geográfica (SIG), donde se realiza un levantamiento de información de tipo socio sanitaria, con el fin de optimizar los procesos y acciones basados en el reconocimiento de la diversidad de sus usuarios y los territorios.
11. Se Incorporó la variable con enfoque de Género en el Sistema de Priorización del Catálogo de Prestaciones.

- **Descentralización / Desconcentración**

Para el año 2016, la Institución comprometió en materia de implementación de medidas de descentralización, las siguientes iniciativas:

1.- Implementar Plan de Difusión Anual desconcentrado y descentralizado por Dirección Zonal: Esta iniciativa consiste en delegar facultades a las Direcciones Zonales para el diseño y ejecución del Plan de Difusión Anual con una mirada territorial.

2.- Desconcentración Administrativo-Operativa del Gasto en las Direcciones Zonales: Esta iniciativa consiste en delegar facultades a las Direcciones Zonales para la administración y ejecución presupuestaria, en tres áreas específicas:

- Área de gestión de personas (capacitación, viáticos y horas extras)
- Área de Compras, ejecución de obras menores y administración de inventario.
- Área de administración y ejecución presupuestaria contable, en áreas transaccionales para los subtítulos 21,22 y 29.

3.- Elaboración de un plan bianual 2017-2018 de nuevas iniciativas a implementar de descentralización y/o desconcentración: Potenciar el proceso de Descentralización del país, fortaleciendo las competencias de articulación y coordinación del gasto de los Servicios Públicos Desconcentrados con los Gobiernos Regionales.

Durante el año 2016, FONASA implementó un 67% del Programa de Descentralización definido, lo que representa 17 puntos más en relación al año 2015, donde sólo se obtuvo 50%. No obstante a ello, la Institución en post de continuar con la tarea de Descentralización, está consciente que tiene pendiente la delegación de facultades a las Direcciones Zonales en cuanto a la administración y

ejecución presupuestaria del concepto "Horas Extras" del Área de Gestión de Personas, que fue parte de la iniciativa 2, no pudiendo dar cumplimiento a la medida completamente.

## **Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional y Leyes Promulgadas durante 2016**

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

Para cada proyecto de Ley señalar:

BOLETÍN:

Descripción:

Objetivo:

Fecha de ingreso:

Estado de tramitación:

Beneficiarios directos:

No Aplica

### **9b: Leyes Promulgadas durante 2016**

**Ley promulgada:** N° Ley 20.972,

**Fecha de promulgación:** 16 de noviembre de 2016

**Fecha de entrada en Vigencia:** 29 noviembre de 2016

**Materia:** "Perfecciona asignaciones para los funcionarios del sector salud que indica y delega facultades para la fijación de las plantas de personal de los servicios de salud y del fondo nacional de salud"

## **Anexo 10: Premios o Reconocimientos Institucionales**

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