

Informe Final Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Preparado para la Dirección de Presupuestos,
Ministerio de Hacienda

Diciembre de 2013

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. DISEÑO INSTITUCIONAL.....	5
II.1 JUSTIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ESTADO EN EL SECTOR SALUD: CÓMO EL FONASA ABORDA LAS FALLAS DE MERCADO	5
II.2 EL FONASA EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO	8
II.3 RELACIÓN ENTRE EL FONASA Y EL SECTOR PRIVADO DE SALUD.....	15
II.4 DEFINICIONES ESTRATÉGICAS (ANÁLISIS Y PROPUESTA).....	19
II.4.1 <i>Visión, Misión y Productos Estratégicos</i>	21
II.4.2 <i>Consistencia en las Definiciones Estratégicas</i>	22
II.5 IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN DE PRODUCTOS AUSENTES Y PROPUESTAS DE NUEVOS PRODUCTOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL FONASA	26
III. DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: PROCESOS DE PRODUCCIÓN.....	34
III.1 ANÁLISIS ORGANIZACIONAL	34
III.2 ANÁLISIS DE RECURSOS DISPONIBLES	38
III.3 PROCESOS Y PRODUCTIVIDAD POR PRODUCTO ESTRATÉGICO	46
III.3.1 <i>Indicadores de Procesos</i>	50
III.3.2 <i>Productividad media de los factores de producción</i>	51
III.3.3 <i>Costo promedio de proveer los bienes y servicios más importantes</i>	58
III.3.4 <i>Propuestas de mejoras en los procesos</i>	63
IV. DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	64
IV.1 INDICADORES DE GESTIÓN Y FINANCIEROS.....	64
IV.2 INDICADORES DE IMPACTO (ANÁLISIS Y PROPUESTA)	69
IV.3 DESEMPEÑO INDICADORES DE IMPACTO	76
IV.4 RESUMEN RESULTADO DE INDICADORES POR PRODUCTO ESTRATÉGICO	95
IV.5 RESUMEN RESULTADO DE INDICADORES SEGÚN METODOLOGÍA BANCO MUNDIAL.....	98
V. CONCLUSIONES.....	99
VI. RECOMENDACIONES	104
ANEXO N° 1: ROL DEL ESTADO EN EL SECTOR SALUD.....	107
ANEXO N° 2: MARCO JURÍDICO QUE RIGE EL FUNCIONAMIENTO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD	114
ANEXO N° 3: FONASA EN EL MERCADO DE LOS SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD EN CHILE	126
ANEXO N° 4: FUNCIONES DEL FONASA CONTENIDAS EN DFL N°1 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD	142
ANEXO N° 5: INDICADORES DE RESULTADOS	144
ANEXO N° 6: EQUIDAD	164
ANEXO N° 7: PRODUCTOS ESTRATÉGICOS.....	179
ESTUDIO DE CAMPO SUCURSALES DEL FONASA	204
DETALLE INFORMACIÓN SITIO WEB FONASA	214
ANEXO N° 8: DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE DEPARTAMENTOS DEL FONASA.....	217
ANEXO N° 9: DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PROCESOS	232
ANEXO N° 10: INDICADORES DE PROCESOS Y PRODUCTO 2008-2012	255

ANEXO N° 11: ANÁLISIS ORGANIZACIONAL DEL FONASA.....	265
ANEXO N° 12: MINUTAS DE REUNIONES DE PROCESOS EN TERRENO REALIZADAS.....	296
ANEXO N° 13: ESTIMACIÓN DE TIEMPOS PARA EL CÁLCULO DE PRODUCTIVIDAD.....	343
ANEXO N° 14: TABLAS DE PRODUCTIVIDAD	348
ANEXO N° 15: ANÁLISIS DE ESCENARIOS POSIBLES ANTE CAMBIOS EN DOTACIONES Y NIVELES DE PRODUCCIÓN.....	359
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	363

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al Informe Final del estudio Evaluación Comprehensiva del Gasto del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que tiene como objetivo “evaluar el rol de asegurador público que cumple FONASA en el sistema de salud chileno”, a través del análisis de “la productividad, eficiencia y eficacia de la Institución en la provisión de bienes y servicios, en concordancia con sus objetivos estratégicos y buscando espacios de optimización del desempeño institucional”¹.

En este contexto, se analiza el cumplimiento del rol del FONASA en su relación con dos actores principales: los asegurados, en cuanto a la recaudación de cotizaciones y la atención otorgada, tanto en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) como en la Modalidad Libre Elección (MLE); y los prestadores, públicos y privados, que otorgan las prestaciones de salud a los asegurados.

El estudio fue adjudicado, en llamado de licitación pública efectuado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda, a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en particular al IAS, Instituto de Administración de Salud. Con el objeto de constituir para su ejecución un equipo multidisciplinario, el IAS se asoció con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Para responder a la pregunta de investigación que está en la base del estudio, ¿Cómo cumple el FONASA el rol de asegurador público?, se utilizó un conjunto de herramientas metodológicas, a saber: selección de marco conceptual, revisión bibliográfica, revisión de documentos, análisis de información disponible, generación de nueva información, visitas a terreno, entrevistas en profundidad, estudio de campo de sucursales, asegurado incógnito. El eje principal de la metodología consistió en la definición de tres pilares que determinaron el abordaje del estudio: el marco teórico, el período de observación y los componentes de evaluación.

Respecto a la definición del marco teórico se recurrió a una revisión de bibliografía pertinente, seleccionando dos documentos recientes que constituyen el marco conceptual de este estudio. Ellos son el “*Informe sobre la Salud en el Mundo: La Financiación de los Sistemas de Salud: El Camino Hacia la Cobertura Universal*” de la Organización Mundial de la Salud (2010) y el “*Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar*”, del Banco Mundial (2012). Los fundamentos para adoptar estas referencias se basan en que ellas representan la opinión autorizada en esta materia en la mayoría de los países de la Organización de Naciones

¹ Resolución Exenta N° 311 (2012): Aprueba bases administrativas y técnicas de licitación pública para realizar la evaluación comprehensiva del gasto o evaluación del gasto institucional del Fondo Nacional de Salud. Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda.

Unidas. Adicionalmente, sus investigaciones desarrollan los últimos avances teóricos-prácticos en el tema de los sistemas de aseguramiento, constituyéndose, probablemente, en los de mayor desarrollo conceptual y empírico en el mundo. De dicha documentación, se relevan las dimensiones metodológicas que tienen que ver con el análisis de los resultados de los seguros de salud, las que están insertas dentro de un análisis global de funciones críticas de los mismos, así como de sus sistemas de monitoreo y evaluación.

En cuanto al período de observación, se estableció, según lo requerido en las bases de licitación, que el estudio comprendería el análisis de los años 2008-2011; no obstante lo anterior, en el componente de diseño institucional se incorporó información actualizada para este año (2013) y para el período 2012-2013.

En la definición de los componentes a evaluar, y para lograr consistencia con el objetivo del estudio, el énfasis se puso en el desempeño de la organización orientando el análisis hacia tres componentes evaluativos: diseño institucional, procesos y productividad de los factores de producción y los resultados de la institución.

El análisis de los componentes evaluativos y sus conclusiones se han estructurado en cinco capítulos, siendo esta Introducción el primero de ellos. El capítulo II trata sobre el Diseño Institucional del FONASA. Para ello se analizan varios ámbitos, entre los que destacan: el abordaje que la institución realiza para solucionar las fallas de mercado, la revisión del rol y funciones del FONASA otorgado por el marco jurídico vigente y su relación con los distintos actores del sistema de salud y del mercado de seguros previsionales de salud chileno. Los elementos evaluados en detalle son: la misión, los objetivos estratégicos, el cumplimiento de la organización respecto al desarrollo de las funciones críticas establecidas para un seguro de salud, los productos estratégicos, la cartera de asegurados y los indicadores de desempeño. La evaluación del Diseño Institucional concluye con la propuesta de productos y subproductos para caracterizar la oferta de la institución, y con el diseño de los indicadores de desempeño propuestos para la evaluación del FONASA, bajo las definiciones operativas de la evaluación de los seguros de salud que entrega el marco conceptual de Banco Mundial (2012).

A continuación, en el Capítulo III, se presenta la evaluación del Desempeño Institucional en relación a la estructura de la organización y sus procesos de producción. La primera parte se aboca al análisis organizacional, donde se evalúan los cambios de la estructura orgánica de la Institución y su relación respecto a los objetivos estratégicos vigentes. En cuanto a la capacidad instalada, se realiza un análisis de la dotación de recursos humanos, infraestructura e informática. En la segunda parte, orientada a procesos y productividad, se analizan y evalúan los procesos llevados a cabo por la Institución, a través de validaciones y revisiones del levantamiento de los procesos que el FONASA ha efectuado, enfocándose en

aquellos relacionados con la provisión de productos estratégicos. Avanza el estudio con la identificación de los procesos críticos dentro de los procesos y subprocesos definidos por el FONASA para cada producto estratégico, y de otros que pudiesen afectar la viabilidad de la organización o el cumplimiento de sus tareas. Para los procesos y subprocesos seleccionados, se definen indicadores por unidades de producción, se estiman productividades medias y niveles de producción, terminando el análisis con los costos estimados por productos y subproductos y un conjunto de recomendaciones para la mejora de los procesos productivos.

El Capítulo IV presenta la evaluación de Desempeño Institucional, orientada al análisis de los resultados. Se presentan algunos indicadores de gestión y financieros, constituyendo el desarrollo principal la selección final de una cartera de indicadores que contiene algunos utilizados actualmente por el FONASA y otros necesarios de construir para realizar una adecuada evaluación de la Institución. Los indicadores propuestos fueron evaluados para el período de estudio y analizados en base a: la existencia de una meta asociada al indicador y de su cumplimiento, su tendencia creciente o decreciente en el tiempo y su comparación con algún valor referencial.

Finalmente, en el Capítulo V, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones, tendientes a responder el objetivo del estudio y emitir un juicio respecto al cumplimiento del desempeño actual del FONASA en su rol de asegurador.

II. DISEÑO INSTITUCIONAL²

II.1 Justificación de la Participación del Estado en el sector salud: cómo el FONASA aborda las fallas de mercado

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, en donde los sectores público y privado participan tanto en el financiamiento (seguros) como en la prestación de servicios de salud. Esta sección entrega los argumentos teóricos para justificar por qué se hace relevante que el Estado juegue un rol importante en la industria de servicios de salud³, y el rol que ha tenido el FONASA desde esa perspectiva.

El punto de partida es el reconocimiento extendido en la literatura que el mercado de la atención de salud no cumple con las condiciones clásicas de otros mercados en la economía. Los motivos de esto tienen relación tanto con la naturaleza del servicio que se está transando como con las fallas de los sistemas de seguros creados precisamente para responder a dicha naturaleza.

² En el Anexo N° 3 se describe y analiza con más detalle el mercado de los seguros previsionales de salud chileno, el rol que cumple el Fondo Nacional de Salud y su relevancia en el mercado en análisis.

³ Para obtener una información más completa al respecto, revisar Anexo N°1.

La demanda por atención de salud, a diferencia de los mercados tradicionales, es irregular e impredecible y se revela sólo ante la presencia de enfermedad o alguna presunción de ésta. El bien que se está transando tiene, generalmente, una alta valoración por parte de los individuos (sobretudo mientras más lejos se esté de una buena salud) y, en algunas oportunidades, tiene características de bien público y su consumo genera, en muchos casos, altas externalidades. Adicionalmente, los mercados están expuestos a fallas anexas producto de la existencia de asimetrías de información entre oferentes y demandantes. Dichas asimetrías se ven agravadas, por una parte, al tener el médico un rol vital en la demanda de servicios de salud y, por otro lado, al generar selección adversa, de riesgos y riesgo moral, en los mercados de seguros de salud.

Estos elementos podrían justificar, al menos desde una perspectiva teórica, la intervención del Estado en el sector salud. Ella puede tomar diversas formas, según el grado de intervención que represente, desde informar, regular y establecer mandatos, hasta financiar o proveer⁴.

Rol del FONASA en la solución de las fallas de mercado en el sector salud

El FONASA nace en el año 1979 a través del Decreto Ley N° 2.763, que estructura el sistema de salud chileno, con la creación, entre otros, de un nuevo régimen de prestaciones a través del Fondo Nacional de Salud. La Institución se crea con el objeto de realizar las funciones financieras y de distribución presupuestaria del sector público de salud. Estas funciones fueron ratificadas mediante la ley N° 18.469 de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional de protección de la salud, fijando la posibilidad de acceder al Seguro Público de Salud o a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), y a través de dichos seguros acceder y financiar las prestaciones de prevención, curación y recuperación del estado de salud de sus beneficiarios otorgada en el sistema público y/o privado (conocido como el sistema mixto de prestaciones de salud⁵), así como una reorganización de las modalidades de atención a los asegurados del FONASA (atención institucional y libre elección).

El FONASA está obligado a afiliar a todas las personas que deseen pertenecer a él, sin restricción de edad, sexo ni condición de salud. En cambio, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) no tienen obligación de afiliar, pudiendo impedir el acceso a personas por las variables anteriormente señaladas. En este marco, el mercado de los servicios de salud sufre de algunas fallas, las cuales generan la imposibilidad de una asignación totalmente eficiente de los recursos, lo que causa, a su vez, pérdidas de bienestar en los agentes económicos.

⁴ Musgrove (1996).

⁵ Mediante las leyes N° 18.418 y 18.469.

En el caso de los seguros previsionales de salud, el FONASA y las ISAPRES, se generan diferentes “paquetes de riesgo” o carteras de riesgo, los cuales permiten convertir el riesgo particular de los individuos en un riesgo poblacional⁶, pudiendo generar una mejor planificación de estos recursos y una distribución de riesgo menos volátil a lo largo del tiempo⁷. Sin embargo, al no haber una perfecta simetría de información entre las partes, no se puede, necesariamente, asignar de manera eficiente el riesgo entre los individuos, resultando en que los oferentes buscarían demandantes más “baratos” o menos riesgosos, lo que generaría, finalmente, la falla de mercado a través de la *selección de riesgos*. Para intentar corregirla, el FONASA juega un rol fundamental dado que cobra una prima fija, obligatoria e independiente de riesgos, equivalente al 7% de los ingresos, no permitiendo la discriminación entre las personas que quieran ser parte de su “cartera de riesgo”, lo que, sumado al aprovechamiento del “riesgo poblacional” para enfrentar los riesgos individuales, genera una mejor distribución de los recursos y el riesgo a lo largo del tiempo.

Sin embargo, existe un *trade off* entre una distribución equitativa del riesgo (como lo hace el FONASA) y una distribución más eficiente de éste. El problema surge debido a que el FONASA, al tener la obligación de afiliar a todas las personas que requieran aseguramiento de un plan de beneficios que exige un costo fijo (en términos relativos) a cada agente, elimina la posibilidad de cobrar a cada individuo la cantidad de riesgo marginal que él, en particular, le agrega al paquete al momento de entrar al sistema, lo cual puede generar problemas de selección adversa por parte de las personas.

Una forma que tiene el FONASA de evitar las pérdidas de bienestar social, producto de la selección de riesgos en el sistema, es no cobrar el copago a los ancianos, los cuales son más riesgosos y, por lo mismo, serían excluidos con mayor facilidad del sistema de las ISAPRES que sí discrimina y selecciona. En ese sentido, y tal como señala Bitrán (2012), se genera un sistema público que recibe a todas las personas y concentra a los agentes más riesgosos y/o con menor capacidad de pago, lo que podría provocar, en el tiempo, que los recursos financieros, en términos unitarios, sean cada vez menores mientras que el sistema privado genera mayores rentas cobrando precios bastante más altos, sin que eso necesariamente se condiga con el aseguramiento de paquetes más riesgosos que los que posee el FONASA.

Con lo anterior, el FONASA juega un rol relevante en participar de la solución de la selección de riesgos, pero no se puede hacer cargo de todas las fallas de mercado existentes en los servicios de atención de salud. Existen otras instituciones, como el Ministerio de Salud (bienes públicos, externalidades o bienes meritorios) y la

⁶ Los paquetes de riesgo se refieren al riesgo de salud que se logra al conformar una cartera de asegurados de gran tamaño y que mezcla distintos grupos poblacionales de forma similar a la distribución de la población del país.

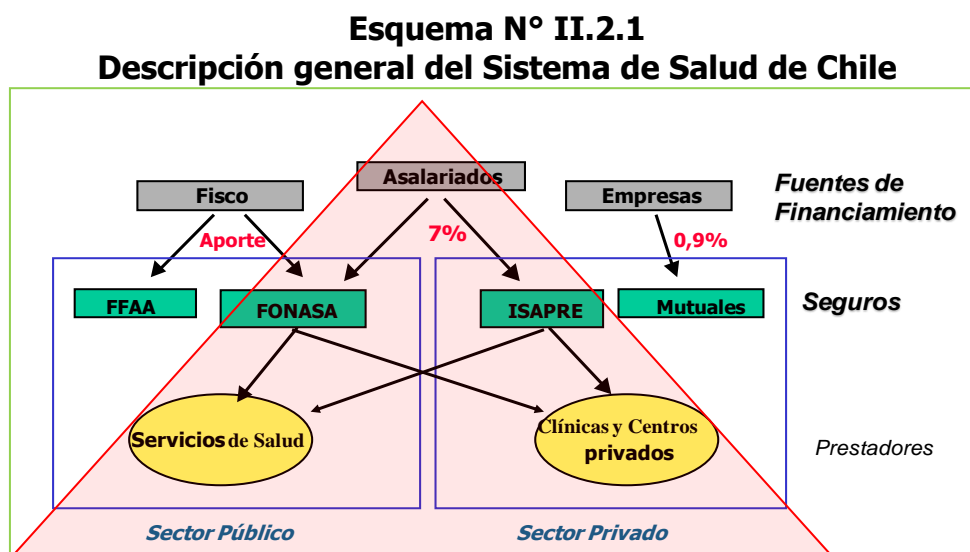
⁷ Siempre comparando con el riesgo individual.

Superintendencia de Salud (asimetrías de información), que también velan por el buen actuar de este mercado y su mejor funcionamiento.

II.2 El FONASA en el contexto del Sistema de Salud Chileno⁸

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, donde los sectores público y privado participan tanto en el financiamiento (seguros) como en la prestación de servicios de salud. Esta configuración, originada en reformas realizadas por el Régimen Militar en la década de los 80, contiene un elemento esencial y característico del sistema de salud chileno: la posibilidad que tienen los trabajadores de destinar su cotización obligatoria de salud (7% de la renta imponible) al FONASA o a las ISAPRES. Este aspecto, la posibilidad de competir y compartir a nivel agregado una de las principales fuentes de financiamiento, es lo que finalmente destaca al sistema y le otorga el carácter de mixto, limitado por la facultad de las ISAPRES de impedir el acceso a todas las personas que deseen pertenecer por restricciones de edad, sexo y condición de salud.

Además, el sistema de salud para la mayoría de los chilenos, con excepción del personal de las Fuerzas Armadas, se caracteriza por contar con una separación de funciones en lo referente al rol rector, financiero, asegurador y productor descrito en el Esquema N° II.2.1. El triángulo del esquema señala a los principales actores abordados en la Reforma de Salud del año 2005.



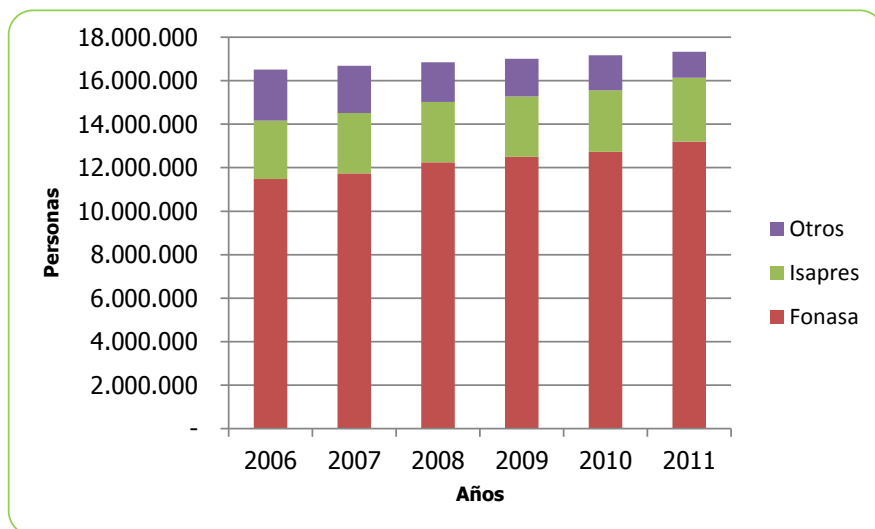
Fuente del esquema: Elaboración Propia.

Al analizar la distribución de la población nacional entre los distintos seguros previsionales de salud, se obtiene que, en el año 2011, un 76,2% se encuentra en

⁸ En el Anexo N° 3 se describe y analiza con más detalle el mercado de los seguros previsionales de salud chileno, el rol que cumple el Fondo Nacional de Salud y su relevancia en el mercado en análisis.

el FONASA, un 16,9% en las ISAPRES y el 6,9% restante son particulares, Fuerzas Armadas y personas no aseguradas⁹.

Gráfico N° II.2.1
Distribución de la población en los Seguros Previsionales de Salud,
Diciembre de 2011



Fuente del gráfico: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.FONASA.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

En el caso del FONASA, los asegurados se pueden dividir entre cotizantes (y sus familias) y los no cotizantes, Grupo A. Los primeros pueden ser clasificados en los grupos B, C y D, lo que es función de la renta imponible de las personas y del número de personas que formen parte del grupo familiar¹⁰. El grupo de ingreso en el cual son clasificados determina el porcentaje de copago en la llamada Modalidad de Atención Institucional (MAI).

La MAI es la modalidad de atención conformada principalmente por la red asistencial pública, donde la puerta de entrada a los servicios de salud es la atención primaria (consultorios, la mayoría de ellos dependientes de las municipalidades). Si el problema de salud que enfrenta el asegurado del FONASA no es resuelto en dicho nivel de atención, es derivado a los niveles secundarios o terciarios, dependiendo de la complejidad del problema de salud. La excepción la constituyen las urgencias, en las cuales las personas son atendidas directamente en el nivel en el cual solicitan la prestación de salud.

⁹ Fuente de los datos: elaboración propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

¹⁰ La clasificación de ingresos es la siguiente: Grupo A: indigentes o carentes de recursos, pensiones asistenciales, asignaciones familiares; Grupo B: bajo ingreso mínimo o hasta 1.46 veces ingreso mínimo con 3 o más cargas; Grupo C: entre ingreso mínimo hasta 1.46 veces ingreso mínimo con 3 cargas como máximo, o superior a 1.46 veces ingreso mínimo con 3 cargas o más; Grupo D: Superior a 1.46 veces el ingreso mínimo y con 2 cargas como máximo

Tal como se señala anteriormente, la MAI está constituida, en su mayoría, por las prestaciones de salud otorgadas en la red pública de salud. Sin embargo, el artículo 50 del DFL N° 1 de 2005¹¹ le permite al FONASA destinar, como máximo, un 10% del presupuesto de la modalidad en análisis a la compra de prestaciones en salud en prestadores que no pertenecen a la red pública.

Con relación a los copagos de los grupos A, B, C y D son de un 0%, 0%, 10% y 20%, respectivamente. Las atenciones de salud realizadas en la atención primaria de salud (APS) no generan copagos, independiente del grupo de ingreso en el cual se encuentre clasificado el asegurado. La excepción en el copago también acontece para las personas desde los 60 años en adelante pero para todos los niveles de atención.

Los cotizantes del FONASA y sus cargas también pueden acceder a la Modalidad de Libre Elección (MLE). En esta modalidad de atención los prestadores de salud, públicos y privados, establecen un convenio con el seguro público y se clasifican en uno de los tres niveles establecidos para la potencial entrega de cualquiera de las prestaciones contenidas en el arancel de la MLE: el Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3. En dicha modalidad, el copago no depende del grupo de ingresos al cual pertenecen los beneficiarios y está establecido en el arancel de la modalidad en comento, correspondiendo, en general, a un 50% del nivel 1, con algunas excepciones como la atención del parto. Si el prestador está inscrito en un nivel superior, niveles 2 y 3, la diferencia es de cargo del asegurado.

Respecto a la participación relativa en la compra de prestaciones de cada una de las modalidades de atención, en promedio, para los años 2008 al 2011, un 85% del gasto se realizó a través de la MAI. En el 2011, este gasto es equivalente, en moneda de 2012, a \$ 2.781.935 millones¹²⁻¹³.

En la Tabla II.2.1 se presenta el número de personas que pertenecen a los grupos A, B, C y D. Como se observa, los grupos de mayor participación son el A y el B. El primero disminuye fuertemente su participación en el año 2011, lo que, como hipótesis de trabajo, se explicaría por el cambio de grupos de ingreso realizada por el FONASA a las personas llamadas "falsos indigentes", los que, de acuerdo al Servicio de Impuestos Internos (SII), tienen ingresos para ser catalogados como cotizantes. Este proceso también podría influir, junto con el crecimiento del PIB, en el aumento de la participación del Grupo D desde el año 2010. Respecto al Grupo B, como contrapartida a las variaciones experimentadas por los otros grupos, disminuye su participación relativa en el período en análisis.

¹¹ Ver Anexo N° 4.

¹² La fuente del dato es la ejecución presupuestaria de los programas de Atención Primaria, Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales, ver <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-15460-20971.html>, y FONASA, www.fonasa.cl.

¹³ Es importante señalar que las cifras de gasto contenidas en este capítulo, salvo que expresamente se señale algo distinto, corresponde al efectuado tanto por el seguro (FONASA), como por el asegurado (copago o gasto de bolsillo).

Tabla N° II.2.1
Distribución de personas por grupos de ingreso del FONASA,
2008 al 2011

Años	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D		Total
	Miles	%	Miles	%	Miles	%	Miles	%	
2011	3.896	29,5%	4.101	31,1%	2.234	16,9%	2.971	22,5%	13.203
2010	4.543	35,7%	3.975	31,2%	2.045	16,1%	2.168	17,0%	12.732
2009	4.295	34,4%	4.074	32,6%	2.063	16,5%	2.072	16,6%	12.504
2008	3.861	31,5%	4.118	33,6%	2.186	17,8%	2.083	17,0%	12.248

Fuente de la tabla: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

Al evaluar la población cotizante del FONASA y de las ISAPRES en su distribución por tramos de renta¹⁴, a diciembre de 2011, se tiene que el total de cotizantes es casi 6,99 millones de personas, de las cuales un 78,2% pertenece al FONASA. El único tramo de ingresos en el cual los cotizantes de las ISAPRES superan a los del FONASA es el tramo de ingresos mayor a \$900 mil.

Desde la perspectiva de la distribución por edad y sexo de las poblaciones cotizantes (población a competir entre los seguros previsionales), se tiene que la participación de los cotizantes adultos mayores del FONASA es de un 90%, la de los cotizantes hombres del FONASA es de un 66%, y la de las mujeres es de un 82%, en sus respectivos grupos de referencia. En otras palabras, el seguro público concentra en una mayor proporción a los adultos mayores y a las mujeres.

El FONASA y sus atribuciones en el control de las Licencias Médicas y el Seguro de Incapacidad Laboral

La Tabla N° II.2.2 resume el proceso de gestión de las Licencias Médicas (LM) y del Subsidio de Incapacidad Laboral para los asegurados del FONASA y las ISAPRES. Como se observa, las normas del Decreto Supremo N°3 de 1984 del Ministerio de Salud son aplicadas a todas las LM, las cuales a su vez deben ser autorizadas por las ISAPRES y la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), en representación de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI). En ese sentido, las LM de cualquier trabajador, no afiliado a alguna de las ISAPRES, debe ser autorizada y tramitada por la COMPIN de su domicilio laboral o particular. En el caso de los afiliados a una de las ISAPRES, la tramitación y autorización de las licencias corresponde, en primera instancia, a dicha Institución.

Respecto al financiamiento, en el caso de los cotizantes de las ISAPRES, proviene de la cotización obligatoria. Por su parte, para los afiliados al FONASA, que a su vez formen parte de empresas que pertenezcan a alguna de las Caja de Compensación y Asignación Familiar (CCAF), una parte del financiamiento proviene

¹⁴ El término cotizante se refiere a la persona (trabajador) a quien se le descuenta, al menos, la cotización obligatoria en salud de su renta imponible. En cambio, el concepto beneficiario incorpora tanto a los cotizantes como a sus cargas.

de un 0,6% de la renta imponible (que forma parte del 7% de cotización en salud), y en el caso que las CCAF tengan déficit por el pago de las LM, el FONASA lo cubrirá con recursos propios.

Las ISAPRES o las COMPIN tienen la jurisdicción de aprobar o rechazar las licencias médicas, reducir o ampliar el período solicitado o cambiar de reposo total a parcial (o viceversa), para los afiliados a las ISAPRES o al FONASA, respectivamente¹⁵.

El Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) será pagado, en el caso de los cotizantes de las ISAPRES, por ellas mismas¹⁶. El pago del subsidio deberá efectuarse a lo menos en la misma periodicidad que se pagan las remuneraciones del trabajador, siendo las entidades pagadoras el FONASA o las CCAF para los afiliados del FONASA, y las mismas ISAPRES para sus cotizantes.

En caso de que la ISAPRE o la COMPIN rechace la licencia, el trabajador puede recurrir a la misma COMPIN, mandatado por las leyes N° 18.933 y N° 18.469, como primera instancia de apelación para los asegurados del FONASA y como segunda instancia de los afiliados de las ISAPRES. Igual derecho tiene el empleador si estima que la licencia otorgada no corresponde o dura un período mayor al que cree correspondiente. Luego del dictamen de la COMPIN, los cotizantes o empleadores tienen una última instancia de apelación: la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

En resumen, el FONASA, en términos generales, tiene un papel limitado en el proceso de tramitación de las LM.

Tabla N° II.2.2
Resumen del subsistema de administración de Licencias Médicas

Sistema Previsional	Fuente de Financiamiento	Institución Recaudadora	Institución Pagadora	Contraloría	Apelación Primera Instancia	Apelación Segunda Instancia
FONASA	Parte de la cotización de 7%	FONASA	FONASA vía Servicios de Salud	COMPIN (SEREMI)	COMPIN (SEREMI)	SUSESO
FONASA y CCAF	Cotización del 0,6% (incorporado en el 7%) queda en las CCAF para LM y el déficit lo cubre el FONASA	CCAF	FONASA vía Caja CCAF	COMPIN (SEREMI)	COMPIN (SEREMI)	SUSESO
ISAPRES	Parte de la cotización del 7%	ISAPRES	ISAPRES	ISAPRES	ISAPRES	COMPIN (SEREMI)

Fuente de la tabla: Elaboración Propia en base a Vergara (2011).

¹⁵ Autorizada la LM, ésta constituye un documento oficial que justifica la ausencia del trabajador a sus labores o la reducción de su jornada de trabajo, teniendo, eventualmente, el derecho a recibir el Subsidio de Incapacidad Laboral.

¹⁶ En el caso de que el empleador se haga cargo del pago del SIL, el seguro previsional deberá proceder a reembolsar al empleador el monto del subsidio que le corresponde percibir al trabajador.

La Tabla II.2.3 presenta la información del gasto promedio anual en SIL tanto del FONASA como de las ISAPRES por cotizante¹⁷. Como se observa, el gasto del FONASA y el de las ISAPRES aumenta en el año 2009, especialmente el del primero de los mencionados, para luego disminuir en los años posteriores. Una hipótesis de trabajo para explicar dicho incremento, es el mayor desempleo originado por la crisis subprime, acompañado del impacto de la pandemia de la AH1N1¹⁸. Por el contrario, la disminución podría explicarse por los aumentos en las tasas de empleo desde el año 2010 en adelante y su efecto inverso en el uso de las LM.

Tabla N° II.2.3
Gasto promedio anual en SIL del FONASA por cotizante, cifras en pesos de 2012

Clasificación	2008	2009	2010	2011
Gasto en SIL del FONASA	226.084.202.601	316.644.868.554	296.960.648.171	295.561.644.319
Cotizantes no pensionados asegurados por el FONASA	3.440.616	3.673.554	3.805.930	4.134.846
Gasto promedio anual en SIL del FONASA por Cotizante no pensionado	65.710	86.196	78.026	71.481
Gasto promedio anual en SIL de las ISAPRES por Cotizante no pensionado	146.600	160.311	160.206	156.833

Fuente de la tabla: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl, y Superintendencia de Salud, www.superdesalud.gob.cl.

Análisis de la Clasificación Grupal de Asegurados del FONASA

Una aproximación directa al tema de clasificación de los asegurados del FONASA, se encuentra en el gasto per cápita de cada uno de los grupos de ingreso del Fondo Nacional de Salud.

En la Tabla II.2.4 se puede observar una comparación entre los gastos ajustados y no ajustados por riesgo de edad y sexo para los tramos de ingreso del FONASA¹⁹. Como se observa, en ambos casos el gasto per cápita en la MAI es inversamente proporcional al nivel de ingresos de los grupos de beneficiarios, es decir, los grupos de menores ingresos tienen un mayor gasto en prestaciones de dicha modalidad de atención. En particular, los resultados no ajustados por riesgo

¹⁷ Se le llama gasto en SIL del FONASA ya que corresponde a los recursos destinados tanto a cubrir los déficits de las CCAF como el pago efectuado por los Servicios de Salud.

¹⁸ Una prueba del impacto de la influenza AH1N1 se encuentra en el estudio de la Superintendencia de Salud (2009), http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-5544_recurso_1.pdf, que analiza el impacto de la pandemia en el consumo de prestaciones y en el gasto en el SIL para los asegurados de ISAPRES. Entre los antecedentes que presenta se encuentra que "el total de LM por Gripe entre enero y julio de 2008 fue de 16.997 y para el mismo período del año 2009, fue de 35.887, lo que arrojó una cantidad superior de 18.910 LM, que corresponden a las LM por Gripe A (H1N1) para este período del año 2009."

¹⁹ En el Anexo N° 3 se describe en detalle la forma de determinar el gasto per cápita ajustado y no ajustado por riesgo. Los resultados están contenidos en la Tabla N° A.3.3 y en la Tabla N° A.3.4.

indican que las diferencias entre los grupos A y B son menores, al igual que las existentes entre los tramos C y D. El gasto mostrado en la tabla, para la MAI, se refiere al gasto público para cubrir prestaciones de los distintos grupos de beneficiarios, sin incluir los copagos realizados.

En el caso de la MLE, la tabla en comento muestra que al ajustar el gasto por riesgo de edad y sexo, este aumenta con el nivel de ingresos de los cotizantes, lo que no ocurre al no considerar dicho ajuste. El resultado es esperable, ya que las cifras presentadas corresponden a parte de los copagos realizados por los cotizantes de FONASA (bono electrónico). Lamentablemente, dada la parcialidad de la información no es posible interpretar estos resultados, ya que no incluyen el gasto público en MLE ni representan el total del gasto privado.

De igual forma, considerando que las distintas filas muestran información disímil, no es posible acercarse a un cálculo del gasto total en salud por grupo de ingreso. Sin embargo, los resultados obtenidos al ajustar la población por factores de edad y sexo muestran que el gasto público de la MAI es mayor mientras menor sea el ingreso al cual pertenece el beneficiario del FONASA, indicando progresividad en el gasto público en salud (para la MAI). A partir de este análisis, no se obtienen antecedentes concluyentes para reclasificar a los cotizantes del FONASA en nuevos grupos de ingreso.

Tabla N° II.2.4
Gasto per cápita con y sin ajuste de riesgo por edad y sexo de los asegurados del FONASA según grupo de ingreso, pesos de 2012²⁰

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Promedio	Desviación Estándar	Desviación Estándar / Promedio
Gasto MAI per cápita NO ajustado por riesgo (\$)	262.165	227.671	161.043	157.163	210.709	51.532	24,50%
Gasto MLE per cápita NO ajustado por riesgo (\$)	0	36.737	33.095	46.520	38.986	6.943	17,80%
Gasto total per cápita NO ajustado por riesgo (\$)	262.165	264.408	194.138	203.683	238.189	37.382	15,70%
Gasto MAI per cápita ajustado por riesgo (\$)	259.054	135.634	109.136	96.479	146.697	74.461	50,80%
Gasto MLE per cápita ajustado por riesgo (\$)	0	21.886	22.428	28.557	24.154	3.705	15,30%
Gasto total per cápita ajustado por riesgo (\$)	259.054	157.519	131.564	125.036	165.829	62.112	37,50%
Diferencias Gasto Total (%) ajustado por riesgo vs No ajustado	-1,20%	-40,40%	-32,20%	-38,60%	-30,38%	66,15%	

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA (2012): "Metodología de Caracterización del Gasto". Subdepartamento de Estudios, Abril de 2012 y Mayo de 2013.

²⁰ En el caso de la MAI, los datos para realizar las estimaciones no consideran los copagos realizados por los distintos asegurados. Por el lado de la MLE, no consideran los copagos efectuados por las compras de prestaciones efectuadas a través de bonos electrónicos. No obstante estas restricciones, consideramos que las estimaciones no deberían verse modificadas de manera relevante si se dispusiera de los datos en cuestión.

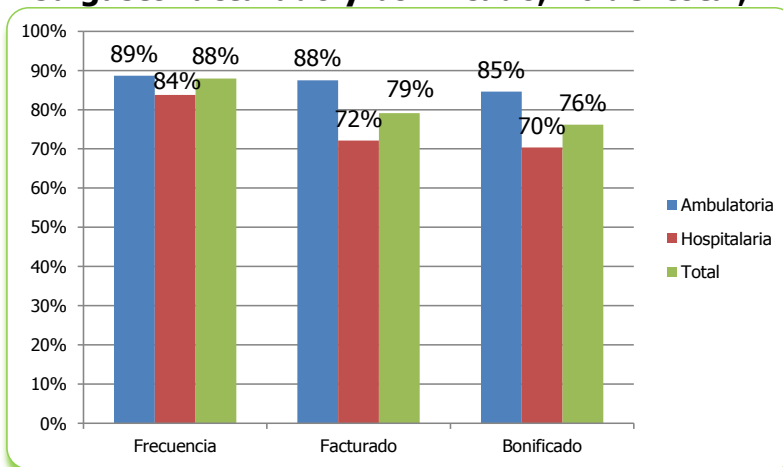
II.3 Relación entre el FONASA y el Sector Privado de Salud

Un tópico a considerar en la relación entre el FONASA y el mercado de los seguros previsionales de salud privados, está definido por el arancel de la MLE y su impacto en los planes de salud de las ISAPRES. Específicamente, el artículo 189 del DFL 1 de 2005, el cual establece que los contratos de salud deberán comprender, como mínimo, las Garantías Explícitas en Salud (GES) y un plan complementario. Éste deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para el arancel de la MLE. En otras palabras, cada vez que se modifique el arancel en cuestión, ya sea en precios, bonificación y prestaciones al alza o a la baja, los planes de salud de todos los beneficiarios de las ISAPRES deben contemplar dichas variaciones.

Otro aspecto a considerar respecto a los aranceles de la MLE, además de su impacto sobre la cobertura financiera de los planes de salud y los precios de los mismos, es su relación con la oferta de prestaciones del sector privado y la importancia relativa en el gasto de dichas prestaciones. Esto se debería reflejar tanto en la demanda de prestaciones como en el gasto total de prestaciones de salud, ambulatoria y hospitalaria.

En el año 2010 (ver Gráfico N° II.3.1) la participación de las prestaciones ambulatorias aranceladas de la MLE fue de un 89% en frecuencia, y un 88% en gasto en el total de prestaciones compradas (facturadas) por los asegurados en comento. En cambio, las prestaciones hospitalarias fueron un 84% en frecuencia y un 72% del total facturado. Esto probablemente se explica porque las prestaciones de arancel MLE son las más comunes y frecuentes en el consumo de atenciones de salud, lo que se refleja mejor en las atenciones ambulatorias. En otras palabras, las prestaciones contempladas en el arancel de la MLE son relevantes en la oferta de servicios de salud de los prestadores, y en el gasto que realizan tanto los beneficiarios como las ISAPRES.

Gráfico N° II.3.1
Participación de las prestaciones incorporadas en el arancel de la MLE en el total de prestaciones compradas por asegurados de las ISAPRES así como en su gasto facturado y bonificado, % del total, Año 2010



Fuente del gráfico: Elaboración Propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

En este contexto, los precios, absolutos y relativos establecidos por el FONASA, son importantes para la oferta de prestaciones privadas, al afectar tanto la cantidad demandada como los precios a los cuales pueden venderlas y, consiguientemente, sus ingresos y utilidades.

Otro tema son los impactos y las correlaciones existentes entre las variaciones de precios que experimentan las prestaciones contenidas en el arancel de la MLE y las modificaciones que experimentan las prestaciones compradas en el mercado por los asegurados de las ISAPRES. Una aproximación al tema la proporciona Clínicas de Chile A.G. (2012). En dicho documento se señala que la variación del precio medio por prestación, experimentada por los beneficiarios de la MLE entre los años 2008 y 2010, es de un 2,1% real. En cambio, la variación del precio medio experimentada por los beneficiarios de las ISAPRES es de un 6,0% real. Es decir, esta última es superior en casi tres veces la de la MLE del FONASA.

Una contramuestra a lo anteriormente planteado se presenta en la Tabla II.3.1. En ella se observan las variaciones de precios de las prestaciones aranceladas en la MLE según el Decreto del FONASA, y de acuerdo a lo experimentado por los asegurados de las ISAPRES en el mercado de prestadores que ellos acceden, en un índice de precios desarrollado por la Superintendencia de Salud. Como se observa, en el primer período en análisis la variación del Decreto es menor, pero en el segundo es mayor. Una hipótesis de trabajo para explicar dichos resultados consiste en asumir que los prestadores podrían tener varias tarifas: una para el FONASA, otra para particulares y otras con las ISAPRES. Para estas últimas, en el

extremo, podrían negociar incluso por líneas de planes e incluso por plan, con lo que se podrían encontrar varias tarifas para una misma Institución²¹⁻²².

En resumen, la información disponible no permite señalar el signo y la cuantía de los impactos y las correlaciones existentes entre las variaciones de precios que experimentan las prestaciones contenidas en el arancel de la MLE y las modificaciones que experimentan las prestaciones compradas en el mercado por los asegurados de ISAPRES.

Tabla N° II.3.1
Variación de precios de prestaciones aranceladas MLE del FONASA

		Variación real promedio de precios de prestaciones MLE del FONASA
Octubre 2010 a Septiembre 2011	Según Decreto del FONASA (*)	-0,1%
	Según Mercado ISAPRES	0,0%
Octubre 2011 a Septiembre 2012	Según Decreto del FONASA (*)	0,3%
	Según Mercado ISAPRES	0,2%

(*): Precio FONASA Nivel 1

Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

La otra relación entre el FONASA y el sector privado de salud está asociada al gasto en prestaciones que se realiza a través de la MAI. El artículo 50 del DFL N° 1 de 2005 establece en su letra b) que "... La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional, a la cual que se refiere el Libro II de esta Ley²³. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional..."

La Tabla N° II.3.2 muestra los montos destinados a la compra de prestaciones de la MAI en el sector privado, su participación en los recursos totales destinados a la MAI –considera los recursos destinados a la atención primaria (Programa de Atención Primaria, Per Cápita APS), secundaria y terciaria- y su evolución desde el año 2006. Como se observa, si bien los recursos destinados a la compra de prestaciones privadas han aumentado en el tiempo, ello no se refleja necesariamente en su participación en el gasto de la MAI. Por lo que su sentido, a

²¹ Algunos indicios de lo señalado se encuentran en el documento "Análisis de los Precios Establecidos en los Convenios de ISAPRES con los Principales Prestadores", del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5904_recurso_1.pdf

²² Además, una misma Isapre tiene precios diferentes de las prestaciones según convenios para coberturas específicas: prestador preferencial, GES, CAEC, entre otros.

²³ El Libro II regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

diferencia del efectuado en las prestaciones de la MLE, no sería impactar de forma importante en el comportamiento del sector privado.

Tabla N° II.3.2
Recursos ejecutados en la compra de prestaciones de la MAI en el sector privado, su evolución y su participación en la compra total de prestaciones de la MAI, cifras en miles de pesos de 2012

	Ejecución acumulada al Cuarto Trimestre de 2006	Ejecución acumulada al Cuarto Trimestre de 2007	Ejecución acumulada al Cuarto Trimestre de 2008	Ejecución acumulada al Cuarto Trimestre de 2009	Ejecución acumulada al Cuarto Trimestre de 2010	Ejecución acumulada al Cuarto Trimestre de 2011
Transferencias corrientes Programa de Prestaciones Valoradas al sector privado (en miles de pesos de 2012)	61.772.105	73.027.320	79.073.983	99.726.621	101.915.987	111.036.171
Evolución montos (2006=100)	100	118	128	161	165	180
Participación en la MAI (programas de Atención Primaria, Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales)	3,78%	4,34%	3,94%	3,94%	3,80%	3,99%
Evolución participación (2006=100)	100	115	104	104	101	106

Fuente: Informes de ejecución presupuestaria trimestral de la DIPRES en <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-14626-20971.html>.

Es importante señalar que el gasto en prestaciones de la MLE es efectuado por la "acción" de los cotizantes del FONASA, en cambio, el gasto de la MAI en el sector privado es modelado y ejecutado por el propio FONASA. Esta facultad, en el año 2011, es destinada a la compra de diálisis (80%), días camas integrales (10%), prestaciones bono auge (6%) y camas básicas para crónicos y pacientes terminales, así como exámenes y procedimientos (4%)²⁴. Estas compras forman parte del Programa de Compras a Privados de la Institución.

La Tabla N° II.3.3 presenta una síntesis del gasto de los asegurados del FONASA, tanto en el sector público como en el privado, así como el de los asegurados de las ISAPRES en el sector privado de prestaciones²⁵. Como se observa, el gasto agregado promedio ejecutado en prestaciones de la MAI y la MLE en el período en análisis es de \$2.937.799 millones²⁶, es decir, alrededor de US\$5.876 millones²⁷. De esta cifra, los recursos destinados a comprar prestaciones en el sector privado es un 18,3%, los que a su vez representan alrededor de un 28,6% de los \$1.866.506 millones gastados por los asegurados del FONASA y las ISAPRES en prestaciones de salud en el sector privado. Antecedentes que reflejan su

²⁴ La fuente de los datos es elaboración propia en base a la información de Pepper, S., Sepúlveda, K. y J. Campos (2013): "Programa Compra a Privados del Programa de Prestaciones Valoradas FONASA", Informe Final.

²⁵ Se refiere al gasto en prestaciones efectuados por los asegurados en análisis, y es financiado tanto por los seguros como por los copagos.

²⁶ La fuente del dato es la ejecución presupuestaria de la DIPRES, op. cit., y el gasto en MLE del FONASA, op. cit.

²⁷ Se supone un tipo de cambio de \$500 por dólar.

importancia como poder comprador y los impactos que genera en el mercado prestador. No obstante lo anteriormente señalado, la información contenida en la Tabla en cuestión da cuenta del mayor rol que tienen las ISAPRES como comprador de prestaciones del sector privado.

Tabla N° II.3.3
Gastos ejecutados en la compra de prestaciones por parte de los asegurados del FONASA y las ISAPRES en prestaciones del sector público y privado, cifras en millones de pesos de 2012

Ítem	2008	2009	2010	2011	Promedio	Participación promedio (%)
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI	2.004.877	2.531.933	2.683.076	2.781.935	2.500.455	85,1%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE	398.961	438.288	439.767	472.358	437.343	14,9%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones	2.403.838	2.970.221	3.122.842	3.254.293	2.937.799	100,0%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI en el Sector Privado	79.061	99.676	101.963	111.036	97.934	18,3%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE en el sector privado	398.961	438.288	439.767	472.358	437.343	81,7%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones del Sector Privado	478.022	537.964	541.730	583.394	535.277	100,0%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones del Sector Público	1.925.817	2.432.257	2.581.113	2.670.899	2.402.521	81,8%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones del Sector Privado	478.022	537.964	541.730	583.394	535.277	18,2%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones	2.403.838	2.970.221	3.122.842	3.254.293	2.937.799	100,0%
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones del Sector Público	46.316	44.117	37.761	45.715	43.477	3,2%
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones del Sector Privado	1.128.516	1.306.773	1.377.195	1.512.430	1.331.228	96,8%
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones	1.174.832	1.350.891	1.414.956	1.558.144	1.374.706	100,0%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI en el Sector Privado	79.061	99.676	101.963	111.036	97.934	5,2%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE en el sector privado	398.961	438.288	439.767	472.358	437.343	23,4%
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones del Sector Privado	1.128.516	1.306.773	1.377.195	1.512.430	1.331.228	71,3%
Gasto asegurados FONASA e ISAPRES en prestaciones del Sector Privado	1.606.537	1.844.738	1.918.924	2.095.824	1.866.506	100,0%

Fuente: informes de ejecución presupuestaria trimestral de la DIPRES en <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-14626-20971.html>; portal web del Fondo Nacional de Salud, www.fonasa.cl; y portal web de la Superintendencia de Salud, estadísticas de prestaciones, <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3749.html>.

II.4 Definiciones estratégicas (análisis y propuesta)

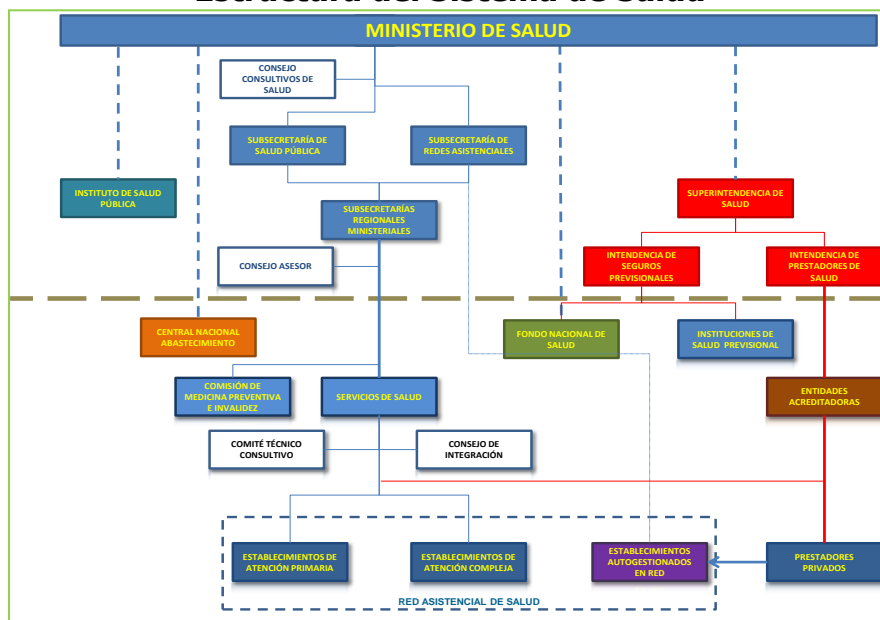
El Esquema N° II.4.1 presenta la estructura del sector salud en Chile, reconociendo las funciones que cumplen los distintos actores del sistema. Como se

observa, el MINSAL es el ente al cual, según el artículo 4º del DFL N° 1 de 2005, le compete formular, fijar y controlar las políticas de salud. En este contexto, los otros actores del sistema están supeditados a su accionar, entre ellos el FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SUBRA).

A la SUBRA le compete el rol de "Gerente" de la red pública de prestadores, principal proveedor de las prestaciones otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional del FONASA (incorpora las prestaciones consideradas en las GES), por lo que la relación entre dichas instituciones está asociada a la importancia que tiene el gasto de sus beneficiarios en la compra de prestaciones de la MAI en los prestadores públicos.

El FONASA, por su parte, cumple las funciones de aseguramiento. El marco jurídico relevante del FONASA y de las otras instituciones se encuentran en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del MINSAL. En particular, sus funciones y obligaciones²⁸, actuando como seguro, consisten en recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud; financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios; identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos; conocer y resolver reclamos; fiscalizar las cotizaciones de salud y los recursos destinados a prestaciones²⁹.

Esquema N° II.4.1 Estructura del Sistema de Salud



Fuente: Elaboración Propia en base a información de la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

²⁸ El Anexo N° 4 contiene una descripción más detallada de las funciones legales del FONASA.

²⁹ Resolución Exenta N° 311 (2012): Aprueba bases administrativas y técnicas de licitación pública para realizar la evaluación comprehensiva del gasto o evaluación del gasto institucional del Fondo Nacional de Salud. Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda.

II.4.1 Visión, Misión y Productos Estratégicos³⁰

La Visión del FONASA, según lo informado por el Departamento de Planificación Institucional, para los años 2012 al 2014, es "*Ser reconocidos por nuestros asegurados como un seguro de salud de excelencia*".

La misión, contenida en Formulario A-1 para los años 2012-2014, es: "*Ser un seguro orientado a satisfacer las necesidades de salud de sus asegurados(as) a nivel país, que entrega cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguarda un eficiente manejo financiero del sector público de salud.*"

Por su parte, de acuerdo a la Ficha de Definiciones Estratégicas años 2012-2014, los objetivos estratégicos son:

- a. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
- b. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Se considera que la misión actualmente vigente, se alinea con el marco jurídico del FONASA, después de los cambios realizados en la Reforma de Salud del 2005. La reforma en cuestión, aumenta la relevancia de la Institución como seguro previsional de salud y disminuye la relacionada con actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud. Esta última, sin ser eliminada, ciertamente posee otro énfasis al menos en su marco jurídico³¹, ya que pasa de ser el organismo encargado de la gestión financiera a colaborar en dicha función.

De esta forma, su misión se alinea con lo señalado en el párrafo anterior: priorizar sus funciones como seguro sin dejar de desarrollar actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud.

Adicionalmente, los énfasis de la visión y los objetivos estratégicos están también puestos en el rol asegurador del FONASA, y en una gestión financiera óptima de los recursos del sector público de salud, por lo que es posible afirmar que se observa consistencia entre la visión, misión y los objetivos estratégicos.

Respecto de sus Productos Estratégicos, el FONASA define los siguientes:

³⁰ El Anexo N° 2 contiene el marco jurídico que regula el funcionamiento del FONASA.

³¹ Ver la letra c) del artículo N° 50 del DFL1 de 2005 del Ministerio de Salud; "Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud".

1. Plan de Salud: describe la relación que existe entre el asegurado y el seguro de salud, tanto en lo que se refiere a sus derechos como a sus obligaciones. Estableciendo los beneficios y prestaciones médicas y pecuniarias a que tienen derecho. Comprende, entre otros, el Arancel de Prestaciones, la cobertura financiera de las prestaciones del arancel y las garantías explícitas de salud (GES) en términos de acceso, oportunidad y protección financiera aplicable a toda la población asegurada.
2. Gestión Financiera: describe la relación que existe entre el seguro y los actores externos involucrados. Por una parte, la relación con la red de prestadores, definiendo los mecanismos de pagos a utilizar en la MAI y en la MLE. Considera, además, los mecanismos de control presupuestario a ejercer sobre los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Por otra parte, comprende el control y fiscalización sobre terceros, esto es prestadores públicos y privados, empleadores y ente recaudador. Se sustenta en el rol de gestión de fondo de la institución.
3. Atención al Asegurado: describe la forma y canales que utiliza el seguro para comunicarse con los asegurados, prestadores, empleadores y, en general, con todos aquellos que se relacionan con la Institución. Comprende la entrega de información y orientación al asegurado para que acceda al Régimen General de Garantías en Salud, promoviendo el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones³².

Se observa que en principio, los tres responden adecuadamente al quehacer central de la institución y también son consistentes con su misión. No se registra carencia de productos estratégicos sino complementariedad entre ellos para lograr la atención del asegurado.

II.4.2 Consistencia en las Definiciones Estratégicas

Marco Conceptual

Entre los tópicos planteados por el Banco Mundial (2012) cabe destacar la existencia de funciones críticas que los seguros de salud deben desempeñar, en forma independiente de su tamaño o tipo, es decir, seguros comunitarios, privados o públicos (ver Tabla N° II.4.1). Cabe destacar que estas funciones no necesariamente deben ser realizadas exclusivamente por el administrador del seguro, en particular, las funciones regulatorias que habitualmente están a cargo de otras instituciones (por ejemplo, Ministerios, Superintendencias, Parlamento, entre otras). Estas funciones permiten fundamentar el análisis, que se realiza más

³² Entendemos que el eje de la gestión es el asegurado y, en ese contexto, la relación con prestadores, empleadores y el resto de los actores que se relacionan con el FONASA, es relevante en la medida que sirve al vínculo con su cliente principal.

adelante, de los productos estratégicos del FONASA separados en tres áreas: Plan de Salud, Gestión Financiera y Atención al Asegurado.

Tabla N° II.4.1
Funciones críticas para un seguro de salud

	Funciones Críticas
Regulatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del seguro, incluidos los métodos de financiación, criterios de elegibilidad, paquete de beneficios. • Identificar la institución que administra el seguro (por ejemplo, Ministerio, fondo de seguro semiautónomo, organización comunitaria). • Establecimiento de normas de calidad de proveedores • Establecimiento de normas para las comunicaciones con los beneficiarios. • Establecer reglamentos financieros para garantizar la solvencia y protección de los consumidores (por ejemplo, requisitos de reserva, normas relativas a los procedimientos de entrada y salida).
Gestión de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de proveedores. • Promoción de la calidad a través de mecanismos de pago, acreditación de proveedores, auditorías de calidad y otros métodos. • Negociación con proveedores y otras entidades, incluyendo negociación del sistema de pagos. • Gestionar el cumplimiento con los parámetros establecidos en el contrato y presupuesto. • Procesamiento de reclamaciones médicas, incluido el control para el cumplimiento de horarios de tarifas y reglamentaciones de beneficio, asegurando que los pacientes tienen derecho a los beneficios reclamados y prevenir el fraude y controlar los costos a través de otras medidas. • Pago de proveedores a tiempo y según la base de pago acordado.
Gestión financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión financiera (además de pago del proveedor) para asegurar la solvencia, incluyendo la gestión de efectivo. • Realizar análisis actuarial para anticipar y evitar posibles déficit mediante la adopción de medidas preventivas, como aumentar las primas, reducción de las prestaciones, controlar los costos o revisar la cobertura de reaseguro. • Asegurar la información financiera precisa y transparente a todos los interesados; incluyendo una auditoría anual por una firma independiente de contabilidad. • Aplicar, si es necesario, ajuste al riesgo.
Gestión de beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> • Educar al público sobre el plan de seguros. • Generación de demanda para incorporarse al seguro (en sistemas voluntarios); llegar a poblaciones especiales. • Educar a los miembros sobre sus derechos. • Inscripción de beneficiarios elegibles. • Recolección de impuestos y/o primas. • Revisar y corregir quejas. • Asegurar que los empleadores incorporan a sus empleados y que la deducción de las contribuciones se realiza correctamente.
Monitoreo y sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño (o compra) de sistemas de información y la utilización de la información para todas las funciones enumeradas anteriormente: gestión de clientes, proveedores y financiera. • Captura de datos de proveedores en cuanto al uso de los servicios, diagnósticos, pautas en la práctica, los resultados clínicos. • Apoyar el análisis de estos datos para tomar decisiones de gestión mejorar la calidad, equidad y eficiencia. • Desarrollo de sistemas de apoyo al control de costos y aseguramiento de calidad (como la revisión previa de autorización y utilización), y de seguimiento del cumplimiento de los proveedores y beneficiarios de las normas de referencias, copagos, períodos de espera y manejo de casos.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

Marco Legal del FONASA

El marco legal que rige al Fondo Nacional de Salud, se encuentra fundamentalmente contenido en el Libro I, del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

De acuerdo a dicho cuerpo legal, el FONASA es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Esto significa que, en el desempeño de las funciones que le competen, no actúa bajo la personalidad del Fisco, como los Ministerios.

El FONASA integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud y está sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud. Asimismo, es el continuador legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Médico Nacional de Empleados y del Servicio Nacional de Salud, para los efectos del cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero.

Ámbito de competencia del FONASA

Desde la creación del FONASA y hasta el año 1999, a esta institución le correspondía, principalmente, un rol financiador del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Decreto Ley N° 2.763, de 1979, entre otras cosas, dispuso que al FONASA le correspondería recaudar, administrar y distribuir los recursos proveniente de los aportes que se consultan en la ley anual de presupuesto y los destinados al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados; financiar, en todo o en parte, a través de aportes, pagos directos por prestaciones u otros mecanismos, las acciones de salud y financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requiera el Sistema; financiar, en todo o en parte, las prestaciones que se otorguen a través del Sistema o por organismos, entidades y personas que no pertenezcan a éste, mediante mecanismos que permitan ejercer la libertad de elegir por parte del usuario, en la forma y condiciones que establezca el reglamento; colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud³³.

En el año 1999 se dicta la Ley N° 19.650 que, entre otras cosas, dotó al FONASA de nuevas atribuciones en materia de financiamiento de las prestaciones de salud, de fiscalización del referido financiamiento y de atribuciones de compra que, en pocas palabras, vino a otorgarle la calidad de "seguro público de salud"³⁴.

³³ Artículo 27 original, del Decreto Ley N° 2.763, de 1979.

³⁴ La Ley N° 19.650 también se ocupó de otras materias, a saber: prohibió la exigencia de garantías previo a la atención de situaciones de urgencia o emergencia, derogó el denominado subsidio del 2% para las ISAPRES y facultó al Presidente de la República para que dictara tres Decretos con Fuerza de Ley que creasen los llamados establecimientos de salud

Por ello, es posible afirmar, desde un punto de vista jurídico, que al FONASA le compete un doble ámbito de acción: ser un seguro de salud para sus beneficiarios y, al mismo tiempo, ejercer o desempeñar funciones de administración financiera del sector público de salud.

Consistencia entre la Misión del FONASA, de la SUBRA y del MINSAL

Respecto a la consistencia entre las misiones del FONASA, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y del MINSAL (ver Tabla N° II.4.2), si bien son establecidas en función de la naturaleza de cada una de las instituciones involucradas y complementarias al recoger cada una de ellas los roles que habitualmente existen en un sistema de salud, la misión del Ministerio incorpora adecuadamente la misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales pero no recoge claramente el rol asegurador del Fondo Nacional de Salud. Esto es especialmente llamativo, ya que se entiende que debe considerar de alguna manera, y con distintos énfasis, las variadas funciones del sector, especialmente aquéllas que son importantes, tanto desde el punto de vista funcional como jurídico.

Tabla N° II.4.2
Consistencia entre la misión del FONASA, de la SUBRA y del MINSAL

Misión FONASA	Misión SUBRA	Misión MINSAL	Resultado
Ser un seguro orientado a satisfacer necesidades de salud de sus asegurados (as), a nivel país, que entrega cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguardar un eficiente manejo financiero del sector público de salud.	Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.	Contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.	No son consistentes

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

En base a los elementos enunciados anteriormente, las misiones en comento no son consistentes en su totalidad. No obstante, existe consistencia entre el FONASA y la SUBRA al ser misiones complementarias tanto funcional como jurídicamente. De igual forma, existe consistencia entre la misión del MINSAL y la SUBRA al incorporar la primera a la segunda. Sin embargo, tal como señalamos en el punto anterior, la misión del Ministerio no incorpora adecuadamente a la del Fondo. En otras palabras, las misiones no reflejan la debida consistencia que debería existir en esta materia entre las organizaciones en análisis.

experimentales (actuales Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente y Centro de Referencia de Salud de Maipú).

Consistencia entre Productos Estratégicos, Subproductos y Objetivos Estratégicos

Los productos estratégicos definidos por la Institución recogen y reflejan adecuadamente algunas de las funciones críticas señaladas en Banco Mundial (2012), según el diseño actual del seguro en Chile, a saber,

- ✓ Plan de salud, está contenido en la función regulatoria.
- ✓ Gestión financiera, que comprende tanto la gestión de proveedores y la gestión financiera.
- ✓ Atención al asegurado, que es la gestión de beneficiarios.

FONASA también define subproductos estratégicos (Ver Tabla II.5.6 más adelante). Al analizar la consistencia de los Productos Estratégicos, subproductos y los Objetivos Estratégicos del Fondo Nacional de Salud, se encuentra que se encuentran alineados entre sí.

II.5 Identificación, evaluación de productos ausentes y propuestas de nuevos productos en la cartera de servicios del FONASA

Para dar inicio a esta sección, se analizarán las funciones críticas de un seguro de salud y su relación con el rol que actualmente desempeña el FONASA y otras instituciones del sector.

Tabla N° II.5.1

Funciones Regulatorias y de Política y su relación con el rol del FONASA

FUNCIONES CRÍTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SEGURO DE SALUD "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", Banco Mundial 2012.		
Funciones	Responsable o Normativa que la define	Rol del FONASA
Diseño del seguro, incluidos los métodos de financiación, criterios de elegibilidad, paquete de beneficios.	El diseño general del seguro está dado por el marco normativo que rige al Sistema Nacional de Salud y las instituciones que lo componen, incluyendo la Ley de Presupuestos del Sector Público.	Proponer Arancel de Prestaciones a MINSAL y MIN. HACIENDA (Propuesta de Plan de Salud). Identificar a los asegurados, determinar su ingreso mensual y clasificarlos en el Grupo de Salud que corresponda. Proponer normas para calificar como indigente. Financiar las prestaciones de salud a los asegurados, de acuerdo a políticas y prioridades definidas por el MINSAL y lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud

Identificar la institución que administra el seguro (por ejemplo, Ministerio, fondo de seguro semiautónomo, organización comunitaria).	Identificado por ley. Ley N°19.650 entrega atribuciones a FONASA de financiamiento de prestaciones de salud, fiscalización de dicho financiamiento y atribuciones de compra, es decir, de "seguro público de salud".	Administrar el Seguro.
Establecimiento de normas de calidad de proveedores	MINSAL, FONASA	Velar por el cumplimiento de normas e instrucciones dictadas por el MINSAL sobre acceso, calidad y oportunidad (distintas a GES). Definir normas de calidad en convenio realizados en la MLE y la MAI (Autorización sanitaria y otros requisitos)
Establecimiento de normas para las comunicaciones con los beneficiarios.	MINSAL, FONASA, Superintendencia de Salud	Aplicar normativa de MINSAL en GES. Ajustarse a la normativa de la Superintendencia de Salud.
Establecer reglamentos financieros para garantizar la solvencia y protección de los consumidores (por ejemplo, requisitos de reserva, normas de entrada y salida, procedimientos de reclamo de asegurados y proveedores).	Ley de Presupuestos, MINSAL, FONASA	Ajustarse a Ley de Presupuestos. Definir reglamentos para préstamos médicos.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

Las funciones en el ámbito regulatorio y de políticas, en términos generales, están abordadas por el FONASA. Cabe notar que el FONASA no controla directamente la definición de los ámbitos financieros y de calidad de las prestaciones entregadas. Además, hay funciones que son desempeñadas por otras instituciones, donde no hay suficiente claridad respecto al rol que le compete al FONASA (por ej. prestadores en la MAI, licencias médicas), según se demuestra en Tabla II.5.1.

Como se observa en Tabla N° II.5.2, en general, el FONASA cumple con las funciones de gestión de proveedores (selección; promoción de calidad mediante el pago y acreditación; cumplimiento de contratos; gestión de prestaciones y pago según lo acordado), en lo que dice relación con la MLE y en la MAI con las PPV y GES. Sin embargo, no gestiona proveedores en lo que refiere al resto de las prestaciones de la MAI.

Tabla N° II.5.2

Funciones de Gestión de Proveedores y su relación con el rol del FONASA

FUNCIONES CRÍTICAS DE UN SEGURO DE SALUD "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", Banco Mundial 2012.		
Funciones	Responsable o Normativa que la define	Rol del FONASA
Selección de proveedores.	Ley de Presupuestos, MINSAL, FONASA.	Seleccionar proveedores en la MAI y la MLE (lo hace en la MLE y parte de la MAI (GES y PPV)).
Promoción de la calidad a través de mecanismos de pago, acreditación de proveedores, auditorías de calidad y otros métodos.	FONASA	Promoción de calidad en la MAI y la MLE (lo hace en la MLE y parte de la MAI (GES y PPV)).

FUNCIONES CRÍTICAS DE UN SEGURO DE SALUD "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", Banco Mundial 2012.		
Funciones	Responsable o Normativa que la define	Rol del FONASA
Negociación con proveedores y otras entidades, incluyendo negociación del sistema de pagos.	FONASA	Negociar con proveedores en la MAI y la MLE (lo hace en la MLE y parte de la MAI (GES y PPV)). En el proceso de compra a privados (PPV en la MAI).
Gestionar el cumplimiento con los parámetros establecidos en el contrato y presupuesto.	FONASA	A través de los compromisos de gestión (define compromisos pero no los fiscaliza). Convenios MAI y MLE.
Procesamiento de prestaciones médicas, incluido el control para el cumplimiento de horarios, de tarifas y reglamentaciones del beneficio. Asegurando que los pacientes tienen derecho a los beneficios solicitados, previniendo el fraude y controlando los costos a través de otras medidas.	FONASA	En la MAI y la MLE directa o indirectamente, por ejemplo, delegando la función y recolectando la información (no existe sistema integrado de información).
Pago de proveedores a tiempo y según la base de pago acordado.	FONASA	En la MLE y en la MAI.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

A diferencia de las funciones revisadas anteriormente, las relacionadas con Gestión Financiera, ver Tabla N° II.5.3 están sólo parcialmente cubiertas. El FONASA se concentra en las tareas de traspaso de recursos en la MAI y en la MLE, no se involucra en acciones de análisis actuarial para anticipar déficits y tomar medidas preventivas relacionadas con control de costos o reducción de prestaciones, y tampoco realiza acciones tendientes a dar seguridad en la información y realizar auditorías externas e independientes (función que actualmente no está cubierta en el sistema de salud chileno). Por otra parte, en lo que tiene que ver con la recaudación de las cotizaciones de salud, función que es realizada por otras instituciones en convenio (como el IPS), el FONASA no realiza mayores acciones, observándose algunas debilidades en dichos convenios (faltas de consistencia en la información y retrasos).

Tabla N° II.5.3
Funciones de Gestión Financiera y su relación con el rol de FONASA

FUNCIONES CRÍTICAS DE UN SEGURO DE SALUD "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", Banco Mundial 2012.		
Funciones	Responsable o Normativa que la define	Rol del FONASA
Gestión Financiera (además de pago del proveedor) para asegurar la solvencia, incluyendo la gestión de efectivo para asegurar pago a tiempo a proveedores.	FONASA	Recaudar, administrar y distribuir los recursos de su responsabilidad. Ejecutar el presupuesto según Ley en la MAI y en la MLE.

Realizar análisis actuarial para anticipar y evitar posibles déficits presupuestarios mediante la adopción de medidas preventivas, como aumentar las primas, reducción de las prestaciones, controlar los costos o revisar la cobertura de reaseguro.	MINSAL, FONASA	Requiere contar con esta información para ejecutar las funciones que la ley le exige.
Asegurar la información financiera precisa y transparente a todos los interesados; incluyendo una auditoría anual por una firma independiente de contabilidad.	FONASA	Requiere contar con esta información para ejecutar las funciones que la ley le exige.
Aplicar, si es necesario, ajuste al riesgo.	FONASA	No aplica por el diseño del plan. Sin embargo, sí se requiere información al respecto para clasificar a las personas en los distintos Grupos de Salud.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

Con relación a la gestión de beneficiarios (ver Tabla N° II.5.4), el FONASA cumple gran parte de las funciones establecidas por el Banco Mundial (2012) en este tópico. No obstante, existe un aspecto que requiere ser mejorado: la inscripción de beneficiarios elegibles. En este elemento, la Institución ha avanzado respecto a los cotizantes pero necesita profundizar los logros para todas aquellas personas que potencialmente son beneficiarias del Grupo A. Esto significa no sólo determinar el potencial tamaño del grupo, sino que también su identificación uno a uno, óptimamente con su RUN.

Tabla N° II.5.4
Funciones de Gestión de Beneficiarios y su relación con el rol del FONASA

FUNCIONES CRÍTICAS DE UN SEGURO DE SALUD "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", Banco Mundial 2012.		
Funciones	Responsable o Normativa que la define	Rol del FONASA
Educar al público sobre el plan de seguros	FONASA	Informar adecuadamente de sus derechos a los asegurados (lo hace a través de la página web, información en sucursales, el centro de atención y las instancias de participación ciudadana).
Generación de demanda para incorporarse al seguro (en sistemas voluntarios); llegar a poblaciones especiales.	FONASA	En lo que refiere a poblaciones especiales, por ej. temporeros (realiza campañas de promoción destinadas a estos grupos).
Educar a los miembros sobre sus derechos.	FONASA	Informar adecuadamente de sus derechos a los asegurados (lo hace a través de la página web, información en sucursales, el centro de atención y las instancias de participación ciudadana).
Inscripción de beneficiarios elegibles.	FONASA	Identificar a los asegurados, determinar su ingreso mensual y clasificarlos en el Grupo de Salud que corresponda. Inscripción de poblaciones especiales (dependiendo del número potencial de afiliados, realiza visitas a lugares de trabajo).

Recolección de impuestos y/o primas.	FONASA	Recaudar, administrar y distribuir recursos de su responsabilidad Cobrar las cotizaciones de salud (lo hace a través de instituciones en convenio como IPS y PREVIRED).
Revisar y redireccionar quejas.	FONASA	Conocer y resolver reclamos de sus beneficiarios (regulación general del sector público en la materia y normativa de la Super. de Salud).
Asegurar que los empleadores incorporan a sus empleados y que la deducción de las contribuciones se realiza correctamente.	FONASA	Puede capacitar y fiscalizar a empleadores (realiza planes de capacitación y fiscalización).

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

En lo referido a sistemas de información, se observa en general un desarrollo precario de estas funciones (ver Tabla N° II.5.5). El FONASA cuenta con escaso desarrollo en el área financiera (especialmente en la MAI), y un poco mejor en gestión de clientes y proveedores de la MLE. La mayoría de las acciones de recolección de información están radicadas en otros entes sectoriales como el MINSAL y los Servicios de Salud (en especial, la información relacionada con la MAI). El FONASA debiese, al menos, disponer, gestionar y analizar datos que le permitan dar cuenta de lo que le mandata la ley³⁵

Tabla N° II.5.5

Funciones de Monitoreo y Sistemas de Información y su relación con el rol del FONASA

FUNCIONES CRÍTICAS DE UN SEGURO DE SALUD "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", Banco Mundial 2012.		
Funciones	Responsable o Normativa que la define	Rol del FONASA
Diseño (o compra) e implementación de sistemas de información, y la utilización de la información para todas las funciones enumeradas anteriormente: gestión de clientes, proveedores y financiera.	MINSAL, FONASA	Contar con un sistema de información que recolecte, sistematice y permita el análisis de la información relacionada con las funciones críticas del seguro de salud y, en particular, aquéllas exigidas por ley a FONASA.
Captura de datos de proveedores en cuanto al uso de los servicios, diagnósticos, pautas en la práctica, los resultados clínicos.	MINSAL, FONASA	Capturar datos en la MAI y la MLE (lo realiza sólo en la MLE, los datos de la MAI los recolecta MINSAL).
Apoyar el análisis de estos datos para tomar decisiones de gestión mejorar la calidad, equidad y eficiencia.	MINSAL, FONASA	Analizar y apoyar el análisis de estos datos para cumplir con las funciones que la ley le exige (función realizada por el MINSAL en algunos ámbitos).
Desarrollo de sistemas de apoyo al control de costos y aseguramiento de calidad (como la revisión previa de autorización y utilización), y de seguimiento del cumplimiento de los proveedores y beneficiarios de las normas de referencias, copagos, períodos de espera y manejo de casos.	MINSAL, FONASA	Desarrollar sistemas de apoyo al control de costos y aseguramiento de calidad, para dar cuenta de las funciones que la ley le exige (funciones realizadas por otras instituciones tales como el MINSAL y los Servicios de Salud).

³⁵ Cabe considerar que los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, están obligados a proporcionar al FONASA la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones, y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna (DFL N°1 2005).

Considerando las fortalezas y debilidades que se desprenden del análisis del cumplimiento de las funciones críticas del FONASA, se revisan los productos estratégicos y subproductos definidos para el año 2012, y se proponen modificaciones a la cartera actual de productos según se observa en la Tabla N° II.5.6.

Confirmando lo señalado en la sección II.4.1, en este estudio se validan los tres productos estratégicos definidos por el FONASA. Las mejoras que se proponen se observan a nivel de subproductos, los que se reclasifican, redefinen y agregan con la incorporación, además, de productos específicos, ausentes en las definiciones actuales del FONASA. Los cambios apuntan a superar las debilidades observadas en la revisión de las funciones críticas establecidas por el Banco Mundial (2012). En este sentido, la propuesta tiene tres ejes principales: fortalecer el rol de seguro, diferenciar los productos de la MAI y la MLE reconociendo su comportamiento diferencial y mejorar los sistemas de monitoreo y evaluación que aplican de manera transversal a los sub-productos y productos específicos. En algunos casos se incorporó el diseño de planes para integrar las funciones de monitoreo y evaluación bajo metas e indicadores.

A continuación se explicitan las principales definiciones:

Plan de Salud

- Se propone mantener la denominación actual, en el entendido que el diseño del Plan es una de las funciones regulatorias principales de un seguro de salud.
- Se concibe al Plan de Salud como el elemento vinculante entre el seguro de salud y el asegurado, el que establece las condiciones de acceso y elegibilidad a las prestaciones de salud, coberturas y modalidades de atención.
- Se redefine como un producto que comprende tanto el diseño de los planes de salud como su implementación. La definición del Plan debería considerar cobertura, prestaciones, elegibilidad de asegurados y métodos de financiación.
- El Plan de la MAI está integrado por el plan de salud GES y el plan de salud No GES. En el caso particular del Plan GES se agregan las características específicas de implementación dadas por las garantías explícitas en salud.
- Le compete al FONASA la definición de los Aranceles de la MAI y la MLE, excluyendo la definición de las garantías AUGE, radicadas por Ley en el Ministerio de Salud al ser aplicables tanto al seguro público como a las ISAPRES.
- La fase de diseño, incorpora la definición de prestaciones y coberturas del plan de salud. Se re-definen como subproductos los Planes MAI y MLE. A juicio del equipo consultor, la fase de diseño de estos planes debería contener el análisis de proyección epidemiológica de la demanda de prestaciones de los asegurados

y cómo ésta será afectada por los cambios en los modelos de atención producto de las innovaciones de las tecnologías sanitarias y los precios de las prestaciones. Estos aspectos impactan en las definiciones de acceso, clasificación de grupos de riesgo y coberturas, lo que finalmente se debería reflejar en el listado de prestaciones propuesto en los productos específicos para cada modalidad de atención.

- La fase de implementación, considera la gestión con proveedores mediante la definición de los mecanismos de asignación de recursos y la celebración de convenios para la correcta implementación del plan según las condiciones de atención y otras materias propias que se definan en vías de fortalecer todos aquellos aspectos de vinculación entre el FONASA y los prestadores en su rol de seguro de la Institución. El objetivo es que esta fase permita resguardar la elegibilidad, disponibilidad de prestaciones, gestión de cobro y garantías en salud en el caso de las prestaciones GES. Comprende solamente los aspectos de diseño, el cómo hacerlo operativo se proponen como subproductos y productos específicos de Gestión Financiera.

Gestión Financiera

- Se mantiene la definición del producto estratégico considerando que los aspectos de gerencia financiera están definidos para el FONASA en el DFL 1/2005; que están declarados en la misión y OE de la institución y, además, siguen la línea conceptual del Banco Mundial (2012) sobre la pertinencia de esta función estratégica de un seguro de salud.
- Los subproductos propuestos corresponden a los aspectos relacionados con el presupuesto institucional, recaudación, planes de fiscalización y control y pagos, todos aspectos observados con espacios de mejora.
- Presupuesto Institucional: se incluye como un nuevo sub-producto teniendo en cuenta que es el eje de la administración de recursos en cuanto a asignación de recursos (compra de prestaciones) y evaluación del gasto. Se propone incorporar aspectos de monitoreo de costo de prestaciones, regulaciones de compra de prestaciones ante problemas de liquidez y auditoría anual por un ente externo.
- Recaudación: los productos específicos definidos se diferencian en cotizaciones y co-pagos y se desagregan según modalidad de atención. Esta nueva clasificación tiende a poner foco en los aspectos a superar relacionados con la recaudación de cotizaciones IPS, recaudación de co-pagos por parte de los Servicios de Salud y co-pagos GES en la red de sucursales.
- Fiscalización: se plantea realizar esta función en tres ámbitos: cotizaciones, prestadores y licencias médicas, todas con características distintas que requieren un trato diferencial. Se incorpora el control y fiscalización de los prestadores de la MAI, actualmente ausente, y se propone fortalecer el control de uso y presupuestario de las licencias médicas, en el marco de las funciones actuales asignadas al FONASA.

- Pagos por prestaciones: actualmente el FONASA considera las transferencias y los mecanismos de pago asociados a este producto. La propuesta en este estudio es dejar los aspectos de implementación de pagos en la Gestión Financiera, considerando que los aspectos de diseño de mecanismos de pago se trasladaron a Plan de Salud. En consecuencia, esta modificación fortalece las gestiones operativas de pago a prestadores, la que debería asegurar la elegibilidad de asegurados, aspectos que no ocurre hoy en las prestaciones GES y que el FONASA ha delegado a los propios prestadores. En las prestaciones PPI de la MAI, hay visaciones ex-post del FONASA de prestaciones realizadas por los Servicios de Salud que no están consideradas en el arancel.

Atención al Asegurado

- Se mantiene la denominación del tercer producto estratégico en línea con el marco conceptual contenido en el documento del Banco Mundial (2012).
- Su fundamento, es que los seguros de salud una vez que tienen definidos tanto el plan de beneficios como su gestión financiera, requieren contar con un sistema de gestión de reclamos y atención de sus asegurados
- Este sistema les permite, por una parte, canalizar sus demandas e inquietudes y, por otra, a partir de ellas, tomar las acciones correctivas en su diseño e implementación para que, en el ideal, no vuelvan a ocurrir.
- De igual forma, otorga la posibilidad al seguro de comunicar adecuadamente los distintos componentes asociados al plan, optimizar la utilización de la red asistencial y mejorar la fiscalización y el control de los convenios y la recaudación de las cotizaciones.
- El foco es la función crítica de educar sobre el plan de seguros
- Se redefinen conceptualmente los subproductos actuales explicitando su carácter de planes de información y servicios para fortalecer el diseño de objetivos comunicacionales evaluables.
- Se definen productos específicos desagregados por los canales de información de la Institución: puntos de atención, sitio web y *call center*, entre otros.

**Tabla N° II.5.6
Comparativo de cartera de productos del FONASA y cartera propuesta**

Productos Estratégicos	PRODUCTOS FONASA 2012	CARTERA DE PRODUCTOS PROPUESTA	
	Subproductos	Subproductos	Productos Específicos
Plan de Salud	Arancel de Prestaciones	Plan MAI	Prestaciones MAI (incluye GES)
		Plan MLE	Prestaciones MLE
	Garantías Explícitas en Salud		
		Mecanismos de Pago	Número de Prestadores Públicos en Convenio
	Convenio con Prestadores	Número de Prestadores Privados en Convenio	
Gestión Financiera	Presupuesto Institucional		Elaboración de Presupuesto FONASA
			Elaboración de Presupuesto Servicios de Salud

	Gestión de convenios con prestadores en salud (público/privado)		
	Recaudación y Fiscalización de cotizaciones	Recaudación	Cotizaciones dependientes
			Co-pagos MAI
			Co-pagos MLE
			Cotizaciones adeudadas
	Fiscalización de prestaciones/licencias médicas	Plan de fiscalización/control	Cotizaciones
Prestadores MAI			
Prestadores MLE			
Mecanismo de pago a prestadores	Pago por prestaciones	Pago MAI (incluye GES)	
Pago/transferencia a prestadores de salud		Pago MLE	
Atención a asegurado	Información a asegurado	Plan de información	Plan de información a asegurado por canales de atención
	Servicios a asegurado	Plan de servicios	Plan de servicios de los canales de atención

Fuente: Elaboración Propia

III. DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: PROCESOS DE PRODUCCIÓN

III.1 Análisis Organizacional

El marco teórico del Informe Banco Mundial (2012) establece que no existe una estructura organizacional³⁶ única y óptima para el funcionamiento de un seguro de salud, sino una amplia gama de diseños que dependen de las características propias del país. Sin embargo, existen dos principios a los que la organización debe responder:

- **Contribuir a la rendición de cuentas.** Contar con instancias responsables para la correcta ejecución de las funciones del seguro, a través de los mecanismos de control y supervisión, definición clara de los aspectos administrativos de sus funciones y celebración de contratos claros y vinculantes. La responsabilidad también requiere capacidad institucional en materia de personal capacitado y de sistemas de información.
- **Construir sobre las organizaciones existentes en lugar de crear otras totalmente nuevas para la administración de los seguros.** Buscar optimización en la capacidad instalada existente y las competencias.

Se observa que el FONASA acoge ambos principios parcialmente.

³⁶ Definida como: el marco en el que una organización dispone de sus líneas de autoridad, responsabilidad, relaciones y comunicaciones entre los afiliados sus derechos y deberes. La estructura organizacional determina la forma y el grado en que los roles, el poder y las responsabilidades se delegan, controlan y los flujos de coordinación de la información. Banco Mundial (2012).

Respecto a contribuir a la rendición de cuentas, posee una estructura orgánica diferenciada por funciones, existen mecanismos de control y supervisión definidos y operativos para funciones y procesos³⁷, y la institución celebra convenios con algunos prestadores en la MAI (compromisos de gestión) y para la MLE a través de estructuras orgánicas especializadas. No obstante ello, hay espacios de mejora en todos estos aspectos según lo señalado en la sección II.4.1 Definiciones estratégicas. En otra línea, existe un Plan Anual de Capacitación³⁸ muy restringido que sólo responde a los elementos de debilidad pesquisados en el ámbito de fiscalización, relativos a la MLE, sin incluir la fiscalización de la MAI. Está en pleno proceso de implementación un Sistema de Información Integrado, persisten procesos manuales de información y deficiencias globales de información de la Institución (ej. actividad de la MAI). El FONASA acoge los principios de participación ciudadana y rinde anualmente Cuenta Pública de su gestión a nivel nacional, central y por Direcciones Zonales, documentos disponibles en sitio web de la institución³⁹. Sin embargo, carece de una auditoría externa anual realizada por un ente externo, como ocurre con todas las instituciones de públicas del país, que fortalecería los ámbitos de transparencia ante la ciudadanía.

En relación al segundo principio, construir sobre la organización existente, la estructura organizacional del FONASA se ha ido modificando periódicamente para asumir los nuevos desafíos de la institución. Se han producido, en el período observado 2008-2012, cambios orgánicos y de redistribución de funcionarios, siendo las modificaciones más amplias las ocurridas en los años 2011 y 2012, sincrónico con cambios en la administración de la Institución.

Resultado de aquello, el organigrama actual⁴⁰ (ver Esquema N° III.1.1), en relación al del 2008⁴¹, es un organigrama de mayor complejidad, dado principalmente por aumento de dos departamentos de línea y creación de nuevos subdepartamentos. Los Departamentos de Planificación Institucional y Tecnologías de Información y Procesos, migraron desde la posición de asesores de la Dirección a la segunda línea de mando, lo que implica, en lo principal, reconocimiento de estos ámbitos de actividad como parte integral de la gestión de la institución. Dentro de las modificaciones realizadas se cuentan cambios de canales, sistemas de comunicación y unidad de mando para estos departamentos.

Esquema N° III.1.1

³⁷ Respaldados por diagramas de flujo disponibles en la Institución.

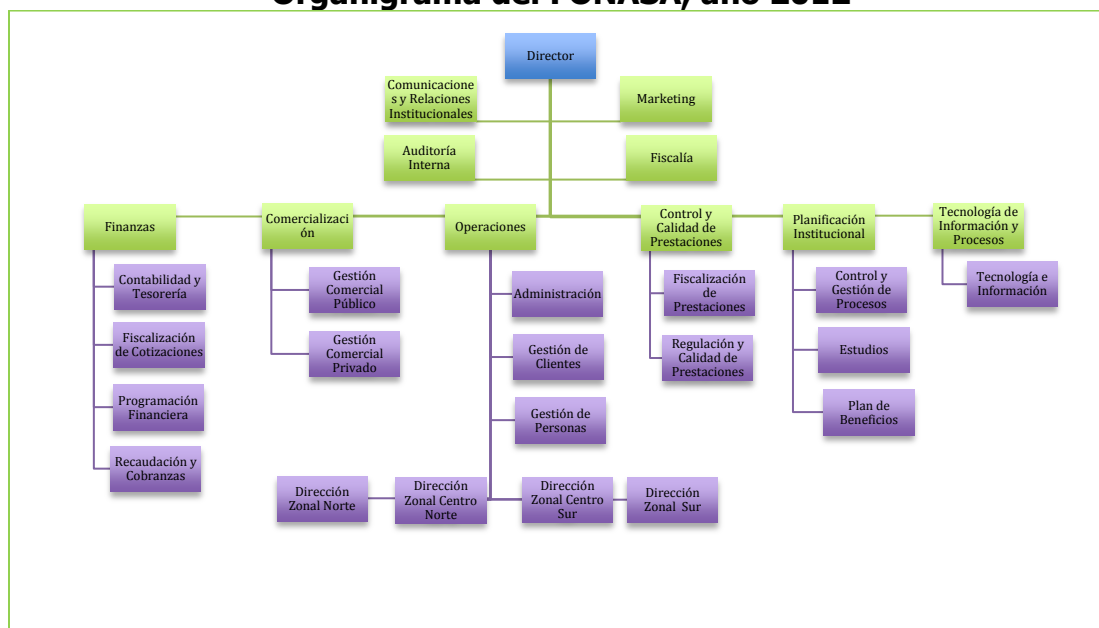
³⁸ Se tuvo acceso al Plan de Capacitación 2012, donde se observa un restringido número de capacitaciones, algunas orientadas a fortalecer liderazgo, otras a aplicar normativas de personal de la administración pública. En el análisis por Producto Estratégico, se vinculan capacitaciones a Gestión Financiera y Atención al asegurado. Ver análisis de Plan Ampliado de Capacitación 2012 en Anexo N° 11.

³⁹ <http://sgs.fonasa.cl/cuentapublica/>. Entrada 20 de noviembre 2012. Esta información entrega datos globales agregados de la gestión de la institución con foco en los logros del período y desafíos futuros. Sin embargo, sería deseable además incorporar información de los volúmenes de atención otorgados a sus asegurados.

⁴⁰ Fuente: Cuenta Pública FONASA 2011-2012.

⁴¹ Disponible en Anexo N° 11.

Organigrama del FONASA, año 2012



Fuente: Cuenta Pública FONASA 2011-2012.

La creación de subdepartamentos, que representan la especialización de funciones, se observa en gestión comercial pública y gestión comercial privada que reemplazan la intermediación. Esta modificación al organigrama, se evalúa positivamente al reconocer diferencias en la gestión de convenios de prestadores públicos y privados, y ser armónica con la cartera de subproductos propuesta en el estudio para el producto estratégico Gestión Financiera. Gestión de Clientes es otro subdepartamento nuevo; se justifica su creación al estar en sintonía a la política actual del FONASA de situar al asegurado en el centro del quehacer de la Institución. Además de ello, este departamento tiene a cargo la coordinación de la red de sucursales del FONASA, lo que contribuye a alinear las políticas comunicacionales y de atención al asegurado a nivel país a través de las Direcciones Zonales.

En esta misma dirección, de especialización de funciones, se observa un fortalecimiento importante en el Departamento de Finanzas, que duplica su estructura orgánica, agrega los subdepartamentos de Contabilidad y Tesorería, y Fiscalización de Cotizaciones. Respecto a Contabilidad y Tesorería, su objetivo principal es la adecuación de los procesos contables con las normas emanadas por la Contraloría General de la República, lo que apunta al principio de rendición de cuentas que, se postula, deben adoptar los seguros de salud. En cuanto a la fiscalización de cotizaciones, este tema se enmarca en la política de fortalecimiento que ha impulsado la administración actual del FONASA y que, a la vez, corresponde a una función crítica de un seguro. En el mismo ámbito de fiscalización, pero esta vez de prestaciones, se agrega al organigrama el

Subdepartamento de Fiscalización de Prestaciones bajo la dependencia del Departamento de Control y Calidad de las prestaciones⁴².

En relación a modificaciones o ampliación de actividades de subdepartamentos existentes, se observan cambios en el Subdepartamento de Recaudación y Fiscalización, que pasa a denominarse Recaudación y Cobranzas. Se especializa en recaudación y cobro de las cotizaciones, migrando al Subdepartamento de Fiscalización la actividad ad-hoc. Otro cambio registrado ocurre en el Subdepartamento de Prestaciones que agrega explícitamente su función respecto a la regulación y calidad de las prestaciones, cambios que fortalecen el rol del seguro en los ámbitos regulatorios y de gestión de beneficiarios, los últimos tendientes a garantizar la seguridad y calidad en la atención de los asegurados.

Una nueva intervención estructural es la reubicación de subdepartamentos. Este es el caso de Plan de Beneficios, que migra desde Comercialización a Planificación Estratégica. Este cambio se valida positivamente considerando que las funciones de Plan de Beneficios, diseño y evaluación del Plan de Salud, son del ámbito estratégico y relacionado con funciones regulatorias.

Por último, se observa la eliminación de estructuras: Subdepartamento de Gestión Regional y la Dirección Zonal Metropolitana. La eliminación de la Dirección Zonal Metropolitana se entiende por la alta probabilidad de duplicidad de funciones al estar la casa matriz del FONASA ubicada en la misma región.

Si bien es cierto que estas modificaciones tienen la dirección adecuada, se observan espacios de mejoras organizacionales, los cuales se propusieron en la redefinición de la cartera de productos en la sección II.5.

En síntesis, se considera que las modificaciones estructurales descritas para el organigrama actual, están alineadas con los cambios de política de la Institución y concurren a fortalecer los objetivos estratégicos definidos; en consecuencia, se consideran pertinentes.

Se completa el análisis organizacional con la revisión de la política colaborativa inter-institucional del FONASA con entidades extrasectoriales (ver detalle en Anexo 11⁴³), observándose el fortalecimiento, principalmente, de la provisión de los productos estratégicos, gestión financiera y atención al asegurado a través de intercambio de bases de datos, que permiten la correcta aplicación de los beneficios en el primer caso, y aumento de puntos de atención bajo convenio con el IPS, en el segundo. Sin embargo, también se registran problemas de

⁴² Función realizada principalmente en los convenios con prestadores de la MLE.

⁴³ La política colaborativa inter-instituciones ha permitido principalmente el intercambio de bases de datos disponibles, para fortalecer el conocimiento de la cartera de asegurados del FONASA, evitar subsidios cruzados a población no asegurada y la correcta entrega de los beneficios, elementos que permiten fortalecer el correcto otorgamiento de beneficios del Plan de salud.

coordinación, comunicación, control y fiscalización, además de la realización parcial de funciones de algunas instituciones. Dentro de los más relevantes cabe mencionar problemas de recaudación de cotizaciones por parte de IPS, de cobro de copagos de los Servicios de Salud, disponibilidad de información de la MAI por parte del Ministerio de Salud.

III.2 Análisis de recursos disponibles

Recursos Humanos

En esta sección se analiza la evolución de la dotación efectiva⁴⁴ del FONASA y su comportamiento según la provisión de los productos estratégicos de la Institución. En el período 2008-2011 se observa un aumento sostenido de los funcionarios totales (Gráfico N° III.2.1.), con un crecimiento del orden de 62% en los años presentados. El mayor cambio obedece a incrementos en el grupo a contrata ocurrido entre los años 2008 y 2009. Consultada la Institución⁴⁵ sobre los cambios del año 2009, se nos informa que fueron resultado de una modificación de la política de contratación; hasta el año 2008 existía compra de servicios de funciones administrativas a la empresa Serviland⁴⁶, pero a partir del año 2009, se autorizó al FONASA la contratación de estos funcionarios, los que pasaron a integrar la dotación efectiva. En consecuencia, no hubo cambios orgánicos que respaldaran el aumento de dotación sino normalización de contratos de funciones pre-existentes. Se completa este análisis en el Anexo N° 11 con dotaciones por población asegurada, las que siguen una tendencia estable desde 2009 a 2011 con tasas del orden de 8 funcionarios por 100.000 asegurados. El FONASA, además, contaba con 39 funcionarios adicionales a la dotación efectiva el año 2011⁴⁷.

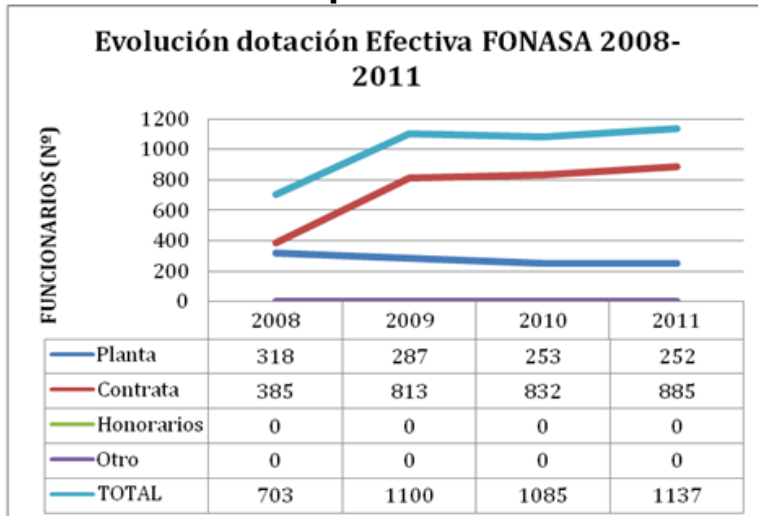
⁴⁴ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes N° 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al Código del Trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la Institución.

⁴⁵ Información aportada en reunión con Sr. Gustavo Tapia, Coordinador Sección de Desarrollo de las Personas, sostenida el día 5 de Junio 2013.

⁴⁶ Subtítulo 22 del Clasificador Presupuestario.

⁴⁷ Personas que desempeñan funciones transitorias en la institución, tales como cargos adscritos, honorarios a suma alzada o con cargo a algún proyecto o programa, vigilantes privado, becarios de los servicios de salud, personal suplente y de reemplazo, entre otros, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2011. BGI FONASA 2011.

Gráfico N° III.2.1
Evolución de dotación de personal del FONASA 2008-2011



Fuente: Elaboración propia, BGI 2008 al 2009.

Con el objetivo de establecer una relación entre los funcionarios del FONASA y los productos estratégicos, se utilizó el esquema presentado en el Anexo N° 11⁴⁸, que relaciona estructuras orgánicas de la administración central del FONASA con los productos estratégicos. En consecuencia, la nómina de funcionarios establecida en los departamentos y sub-departamentos fue asignada a los PE señalados, según la relación mostrada en esa tabla. Como la dotación también considera estructuras regionales, la distribución de funcionarios de esas instancias se asignó según se señala a continuación:

En Plan de Salud se agregaron los funcionarios de Planificación Institucional y de Comercialización Central y de las Direcciones Zonales. En Gestión Financiera se sumaron los funcionarios que trabajan en las direcciones de las Direcciones Zonales y los de los Centros Regionales de Gestión. Se excluyeron las personas relacionadas con las funciones de comunicaciones, entidades delegadas, participación ciudadana y gestión de solicitudes ciudadanas, las que fueron asignadas a Atención al Asegurado, junto con la totalidad de los funcionarios que trabajan en las sucursales.

Como resultado de esta distribución de funcionarios se logró una asignación del 95% de los funcionarios⁴⁹. Los resultados obtenidos, se muestran en el Gráfico N° III.2.2: un 60% de los funcionarios se relacionan con el Producto Estratégico Atención al Asegurado, el 34% a Gestión Financiera y el 6% a Plan de Salud. Esta distribución parece coherente desde el punto de vista de las funciones, esto es, menos requerimientos de personal en el ámbito estratégico (Plan de Salud) y más

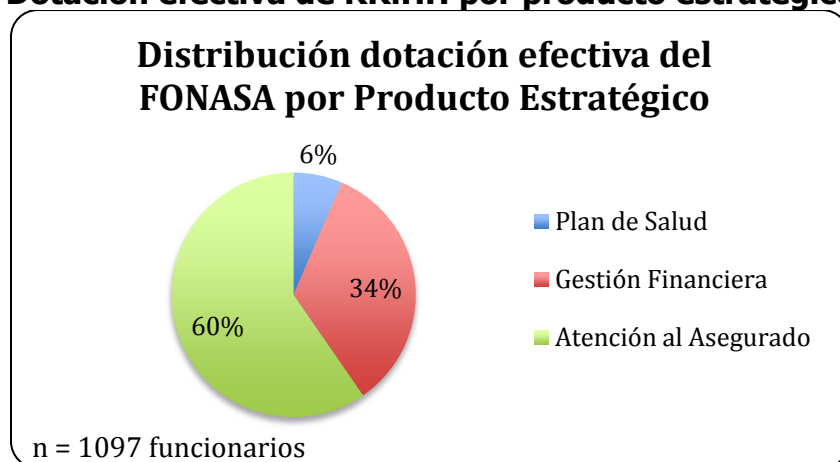
⁴⁸ Relación entre Productos Estratégicos y Organigrama del FONASA 2012.

⁴⁹ Se excluyeron Departamento de Auditoría, Fiscalía Central, Departamento de Tecnología de Información y Procesos, Sub departamentos de Operaciones de Recursos Humanos, entre otros por ser considerados transversales a la institución y responder a los tres productos estratégicos.

en la capa operativa (Atención al Asegurado). No se cuenta con un parámetro estándar o de comparación para ahondar en el análisis cuantitativo⁵⁰.

Respecto al PE Plan de Salud, el 6% de la dotación (71 funcionarios) desarrollan las actividades relacionadas con el diseño y evaluación del plan de beneficios y suscripción y monitoreo de convenios con prestadores. Teniendo en cuenta la complejidad y magnitud del diseño y evaluación del plan y los cambios menores de los aranceles, se plantea que dado los recursos humanos asignados, podría existir un abordaje parcial de estas funciones.

Gráfico N° III.2.2
Dotación efectiva de RR.HH por producto estratégico



Fuente: Elaboración Propia a partir de base de datos RR.HH FONASA 2012.

Con el objeto de recopilar más antecedentes, se realiza una revisión cualitativa de la dotación de personal del Departamento Plan de Beneficios del FONASA, encargado específicamente de diseñar y evaluar el Plan de Beneficios. El equipo está compuesto por nueve personas, de los cuales dos son administrativos y siete son profesionales. El *staff* profesional desarrolla tres cargos: analista de estudio (una persona), analistas de beneficios (cuatro profesionales) y especialistas clínicos (dos profesionales)⁵¹. El currículum revisado cumple con las competencias descritas en el perfil del cargo.

Sin embargo, considerando que el FONASA debe elaborar anualmente los aranceles de la MAI y la MLE, la apreciación del equipo consultor es que el número de profesionales que desempeñan los cargos de especialistas clínicos (dos), es reducido para estas funciones. Esto, ya que la cantidad de prestaciones clínicas

⁵⁰ En entrevista con ejecutivos del FONASA se consulta sobre las necesidades de aumento de dotación para el año 2012. La Institución no percibe necesidades de aumento de dotación, aunque sí mayor disponibilidad de asignaciones para hacer más competitivos algunos cargos.

⁵¹ Se tiene a la vista los perfiles de los cargos Analista de Beneficios y Especialista Clínico, la información aportada por el FONASA de funcionarios y cargos junto con los Curriculum Vitae de 4 profesionales, los dos Especialistas Clínicos (una enfermera universitaria y una tecnóloga médica) y dos Analistas de Beneficios.

contenidas en los aranceles, su variabilidad, complejidad y alta especialización, requiere de una revisión permanente producto de los cambios tecnológicos y de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias en el mercado, como lo señalan las funciones encomendadas al cargo en la descripción del perfil de competencias de Especialista Clínico de Plan de Beneficios⁵². Todo ello requiere la participación de distintas competencias clínicas, por lo que llama la atención que no existan, en el equipo, profesionales médicos. Si bien es cierto en este ámbito se recurre a asesorías externas, convocatorias de especialistas y compra de servicios, es necesario ejecutar las funciones de contraparte en esas instancias. Se sugiere revisar si hay necesidad de fortalecer el equipo de especialistas clínicos, más aún si en algún momento se radican en el FONASA la totalidad de las funciones de diseño del plan de beneficios, situación distinta a la actual con diseño del Plan AUGE-GES liderado por el Ministerio de Salud donde han radicado los principales cambios de cobertura de los últimos años.

Recursos Físicos

En esta sección se analiza la red de atención del FONASA en relación a la provisión del Producto Estratégico Atención al Asegurado.

La red de atención está representada a nivel nacional en todas las regiones del país y cuenta actualmente con 104 sucursales del FONASA. En las regiones de mayor población, se observa mayor número de sucursales: 25 en la Región Metropolitana, 20 en la VIII región y 13 en la V Región⁵³.

Dado que no existían puntos de atención del FONASA en todas las comunas del país, el año 2011 la Institución suscribe un convenio con el Instituto de Previsión Social (IPS), para aumentar su cobertura territorial. Como resultado de esto, se duplicaron los puntos de atención y se logró cobertura en 52 comunas donde no existían sucursales⁵⁴. Actualmente existen 144 Centros IPS que otorgan atención a los asegurados del FONASA, en los cuales se pueden comprar bonos, valorizar programas médicos y efectuar copagos del sistema GES.

A lo anterior, se agregan 89 Entidades Delegadas⁵⁵ que conforman otro canal de atención para los asegurados. Esta red física se amplía con la red virtual a través del *call center* y portal del FONASA, que también integran la red de servicios de información y orientación a sus asegurados. Estos antecedentes avalan el

⁵² Elaborar Aranceles de la MAI y la MLE, realizar estudios de análisis de evidencia clínica, análisis crítico de estudios afines y evaluación de impacto de programas de salud, desarrollar estudios de costos, análisis de precios de mercado, oferta y demanda de prestaciones u otros que se requieran. Participar con la Autoridad Sanitaria en la elaboración y propuesta del Decreto AUGE. Implementar instrumentos de evaluación para el Plan de Beneficios de acuerdo a los lineamientos definidos por la Institución. Gestionar las "solicitudes ciudadanas" relativas a las funciones del Sub departamento Plan de Beneficios de acuerdo a los procedimientos, plazos y normativa vigente.

⁵³ Cuenta Pública FONASA 2011-2012.

⁵⁴ Cuenta Pública FONASA 2010-2011.

⁵⁵ Considera: Bienestares, Municipios, Hospitales, Prestadores Privados y CCFA. Cuenta Pública FONASA 2011-2012.

dinamismo de la Institución y la búsqueda de nuevas alternativas para aumentar la cobertura de atención a los asegurados.

Para complementar este análisis con un trabajo de campo, se diseñó un levantamiento de información de una muestra de 30 sucursales a nivel país, que buscó conocer algunas características de la capacidad instalada y del proceso de atención a los asegurados. Las variables analizadas se clasificaron en cuatro ámbitos: a) condiciones de atención para los asegurados; b) funciones realizadas por sucursales; c) disponibilidad de material informativo y d) relación entre el tiempo de atención promedio de los asegurados con la dotación de personal y el volumen de atención⁵⁶.

La muestra reveló resultados heterogéneos entre las sucursales. Las condiciones de acceso fueron adecuadas en todas ellas, sin embargo, se observan oportunidades de mejora en los ámbitos de condiciones de atención⁵⁷, lo que permitiría lograr una atención similar en cualquier punto de atención. La oferta de servicios, por su parte, es bastante similar en todas las sucursales, e independiente de su nivel de complejidad⁵⁸. En todas ellas se desarrolla un modelo de atención integral al asegurado, que se considera óptimo para que el asegurado pueda realizar la totalidad de los trámites en una sola visita. Los servicios que tienen menor cobertura, dentro de la muestra, son los de pago de préstamos médicos y pago de atenciones GES. Una hipótesis a validar es si esto responde a la posibilidad de pagos que existe a través de la sucursal virtual de la página web, funcionalidad que se podría difundir en la cartera de asegurados para su conocimiento.

La disponibilidad de material informativo fue la variable de mayor dispersión. Se mencionaron 12 piezas informativas como material disponible, pero esto no fue efectivo para todas las sucursales. Ejemplo de ello es que sólo el 17% de las sucursales tenían el folleto Consentimiento PAD Parto, mientras que en el otro extremo, el Manual AUGE y un folleto para temporeros, fueron las piezas informativas con mayor disponibilidad, distribuidas en el 80% de la muestra. De hecho, ninguna pieza logró ser citada por la totalidad de las sucursales encuestadas. Esta variable se considera relevante de mejorar en el marco de la asimetría y complejidad de la información entre el seguro y los asegurados, más aún en un contexto cambiante ante la entrada en vigencia del AUGE 80.

⁵⁶ Para detalles, ver Anexo N° 7.

⁵⁷ Acceso para discapacitados, salas de espera adecuadas para la demanda, baño de discapacitados, señalética con nueva imagen corporativa, señalética visible. Se toma conocimiento que la Institución está desarrollando una política de mejoras de las sucursales.

⁵⁸ Variable dinámica, se comparan los resultados del trabajo de campo con un estudio de sucursales realizado por el FONASA en el año 2012 y en este corto período hay cambios, en sucursales

Tabla N° III.2.2
VARIABLES CON ESPACIO DE MEJORA PESQUISADAS EN ENCUESTA A SUCURSALES

VARIABLES DE OBSERVACION CON MAYOR DEFICIT	Presencia de la variable en el total de sucursales (%)
CONDICIONES DE ATENCION	
Baños asegurados	23
Sala de espera adecuada	83
Acceso a discapacitados	83
OFERTA DE SERVICIOS	
Pago de préstamos médicos	50
Actividades en terreno	90
Pago prestaciones GES	93
MATERIAL INFORMATIVO	
Consentimiento PAD parto	17
Folleto información AUGE	23

Fuente: Elaboración Propia a partir de estudio de campo sucursales.

En cuanto a la relación entre el tiempo de atención promedio de los asegurados, la dotación de personal y el volumen de atención, se observan variables de baja dispersión como el tiempo de atención (3 a 18 minutos por asegurado) y la dotación de personal (1-22 funcionarios), contrario a lo que ocurre con el volumen de atención⁵⁹ que tiene un rango entre 16 y 7500 atenciones diarias. Los resultados obtenidos demuestran también heterogeneidad en la eficiencia de las sucursales: sucursales de mayor eficiencia con baja dotación y volumen de atención, junto con otras de mayor eficiencia con altos volúmenes de atención y dotaciones medianas de personal. En el otro polo también se observa sucursales de menor eficiencia con altas dotaciones de personal, bajos volúmenes de atención y alto tiempo de atención. Las sucursales de la muestra con mayores espacios de mejoramiento son Miraflores-Santiago, Arlegui-Viña del Mar y Obispo Labbe-Iquique. Finalmente, en la Tabla N° III.2.2, se muestra una síntesis de las dimensiones consideradas en este estudio y la magnitud de las debilidades observadas.

Bases de Datos

En esta sección se realiza un análisis en base a la información proveniente de la documentación de los sistemas o componentes que el FONASA tiene operativos actualmente.

Los Sistemas de Información que posee el FONASA, para el apoyo de los diferentes procesos, fueron desarrollados entre el año 1999 hasta al año 2010 por diferentes empresas prestadoras de servicios informáticos, obedeciendo a

⁵⁹ Consultado como el número promedio de asegurados que ha atendido diariamente la sucursal en los últimos tres meses.

necesidades de información coyunturales que respondían a las contingencias, situación que se tradujo en un sistema sin foco integrador de todos los procesos de la organización.

Esta forma de construir los sistemas o componentes genera diferentes problemas en la medida que aumenta el volumen de transacciones y de información almacenada, como son los problemas con las bases de datos que provocan una mayor complejidad para la generación y validación de la información.

La nueva administración, en el año 2010, decidió rehacer las nuevas bases que se desarrollaron para el Sistema Corporativo de Información (SCI)⁶⁰, proceso que se desarrolló en más de 2 años trabajo, requiriendo la renovación de los contratos por los sistemas vigentes, para dar continuidad en la operación del FONASA, desde enero del 2011 a enero del 2013.

A marzo del año 2013, el FONASA mantiene 29 subsistemas o componentes⁶¹ que están bajo contrato para la operación de sus diferentes procesos. Existen actualmente dos contratos estratégicos que rigen entre el 6/01/2011 y 6/01/2013 que implican un costo mensual de UF 37.083,06 que consideran a 16 de los 29 sistemas vigentes.

De acuerdo a los contratos, se desprende que la propiedad de las bases de datos está resguardada por los respectivos contratos, que explicitan, a través de cláusulas específicas, las reglas de confidencialidad y la propiedad de todos los datos que genera y archiva el FONASA en ellos⁶².

En relación a la información proporcionada por el Subdepartamento de Estudios del FONASA⁶³ se observa que los Sistemas Operacionales, que están representados por cada una de las bases de datos existentes de Beneficiarios, Cotizaciones, Prestaciones, Venta, Pago MLE, SIGGES, Licencias Médicas, Prestaciones Médicas y Per Cápita, operan como sistemas independientes, accediendo a datos requeridos sin influir en las transacciones de los demás sistemas.

Se dispone del Diagrama Modelo de Integración de los Componentes⁶⁴ y el contenido de los catálogos de cada sistema no permite comprender la interacción entre las bases de datos actuales. Por lo tanto, no fue posible contar con información para realizar un análisis a nivel estratégico de las bases debido a que

⁶⁰ Los sistemas actuales son considerados en el FONASA como "los antiguos sistemas", los que están siendo reemplazados por un nuevo Sistema Corporativo de Información (SCI) que inició su Fase 1 de implementación en marzo 2013.

⁶¹ Ver sección Catastro de Sistemas Vigentes, en Anexo N° 11.

⁶² Ver sección Objetivos y Costos de los Contratos Vigentes y sección Productos Estratégicos y Sistemas, en Anexo N° 11.

⁶³ Ver sección Arquitectura de información del flujo BGI en Anexo N° 11. Este diagrama representa esquemáticamente la operación de las Bases de Datos y la Arquitectura de información del flujo BGI- Base de Gestión Institucional.

⁶⁴ Ver sección Modelo del Sistema e Integración de Componentes, en Anexo N° 11.

no existe esta documentación, según informó el Jefe del Subdepartamento de Tecnologías de Información (TI)⁶⁵.

De acuerdo a la información obtenida en reunión con el Jefe del Subdepartamento, se definieron los problemas que tienen las bases de datos de los sistemas vigentes o "antiguos". Estos sistema permitían obtener información con un mes de desfase pero con limitaciones; existen deficiencias en la calidad de los datos, excesiva fragmentación de las bases de datos, problemas de consistencia de los datos, segmentación de la información, redundancia y falta de optimización en su almacenamiento. Los problemas anteriores, finalmente, se traducían en la falta de oportunidad y calidad de la información para apoyar los procesos de toma de decisiones.

Los sistemas y base de datos que se utilizan actualmente en el FONASA constituyen la alternativa que permitió mantener su funcionamiento operativo, donde se destaca la existencia de procesos de depuración y mejora de sus algoritmos de validación previos al Data Warehouse, que tienen la finalidad de mejorar los procesos buscando disminuir posibles inconsistencias. Cada sistema organiza sus datos de forma diferente, de modo que la comunicación y gestión de los datos empieza a presentar resultados deficientes, lo que se traduce en alteraciones en la información, debido a los problemas de consistencia, de fragmentación, segmentación, redundancia en las bases de datos y oportunidad en la obtención de la información que se requiere para apoyar los procesos de toma de decisiones. El nuevo sistema SCI debiera subsanar las deficiencias que existen con los sistemas y bases de datos vigentes.

En realización a los requerimientos humanos que planea este nuevo sistema, es necesario enfatizar que los profesionales de las áreas de TI debieran tener un perfil profesional y experiencia acordes con el desafío que implica supervisar la explotación por parte de empresas de informática externas, de modo tal que permita mantener los estándares de servicio a los usuarios de los sistemas del FONASA⁶⁶.

En la actualidad, la información respecto a los sistemas antiguos de información es limitada y, de acuerdo a la documentación existente, se observa que cada componente no cuenta con un estándar de documentación único exigido a las diferentes empresas, y tampoco es posible tener certeza de la vigencia de la misma. Es considerada una buena práctica documentar cada uno de los sistemas de información con una nomenclatura común y de uso masivo como por ejemplo BPMN⁶⁷. Por todo lo anterior, se sugiere que exista un protocolo en el área de TI que defina claramente la responsabilidad de asegurar la actualización y vigencia de

⁶⁵ Sr. Álvaro Flores.

⁶⁶ No fue posible contar con entrevistas con el equipo de trabajo o con los perfiles de cargos para realizar juicios evaluativos.

⁶⁷ BPMN, Business Process Model Notation, simbología estándar de fácil comprensión.

la documentación de los sistemas, para que cada nuevo requerimiento o cambio sea realizado con mayor eficiencia y eficacia.

III.3 Procesos y Productividad por Producto Estratégico

De acuerdo a las funciones críticas establecidas en el documento del Banco Mundial (2012), en sus aspectos regulatorios, gestión de proveedores, gestión de beneficiarios y de monitoreo y sistemas de información, se procedió a relacionar los procesos con los distintos departamentos y subdepartamentos asociados según la información proporcionada en la Tabla N° A11.2 (Anexo N° 11).

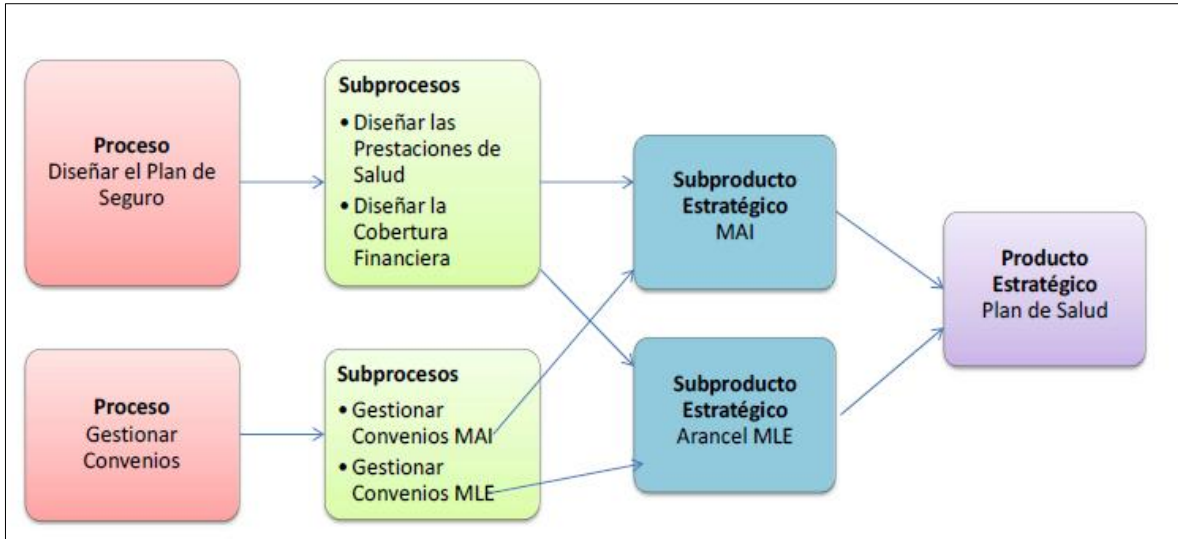
Por otra parte, se relacionaron los procesos con los productos estratégicos, abordándose, preferentemente, los que tenían relación con el Plan de Salud y Gestión Financiera. Se estudiaron los distintos procesos, de acuerdo a la responsabilidad que le compete a cada departamento o subdepartamento.

Así, el objetivo de este análisis es establecer las relaciones existentes entre los productos estratégicos y los procesos necesarios para su materialización. Es importante destacar que el FONASA tiene gran parte de sus procesos levantados, por lo que, en esta etapa, se analizó la malla de procesos existente, validándose el levantamiento de los procesos actuales que tuviesen relación con la entrega de productos estratégicos. Esto se realizó a través de entrevistas con los jefes o encargados de los distintos departamentos y sub departamentos que participan en estos procesos. También se procedió, específicamente, a analizar en detalle los procesos asociados al rol asegurador del FONASA, tales como los relacionados con el diseño del plan y la gestión de convenios, el financiamiento y administración del sector salud y licencias médicas, la fiscalización de las prestaciones, el plan de información y el plan de servicios.

De este análisis surgió una serie de recomendaciones para mejorar la operación de la Institución desde esta perspectiva. En el Anexo N° 8, se describen las funcionalidades de las unidades del FONASA.

En el esquema N° III.3.1 se observa la relación proceso-producto estratégico Plan de Salud, donde los procesos están vinculados al diseño del plan y la gestión de convenios; luego se definen los subprocesos que lo componen ya sea, el diseño de la prestaciones de salud y de la cobertura financiera, y la gestión de convenios MAI y MLE, respectivamente, para cada proceso. Luego se relacionan con el subproducto estratégico MAI y Arancel MLE, que dan origen al Plan de Salud.

Esquema N° III.3.1
Esquema Proceso – Producto Estratégico Plan de Salud.

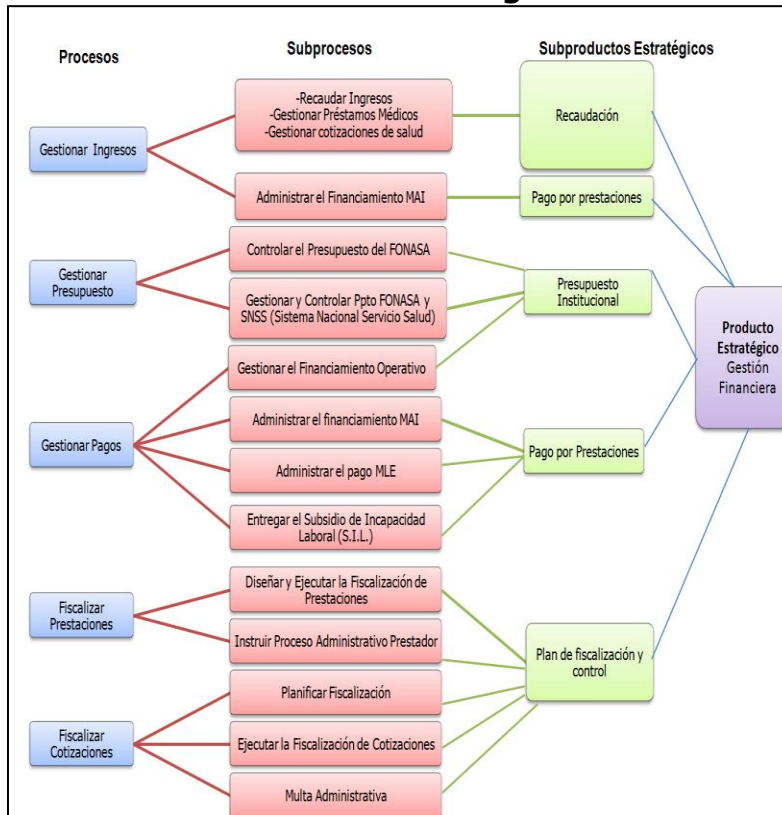


Fuente: Elaboración Propia en base a malla de procesos del FONASA vigente a noviembre 2012 y Anexo N°9.

En el esquema N° III.3.2 se observa la relación proceso-producto estratégico Gestión Financiera, donde los procesos se vinculan a la gestión de ingresos, al presupuesto y pagos, y a la fiscalización de las cotizaciones y prestaciones. Luego se relacionan los subprocesos que lo componen, dando origen a la generación de cada subproducto estratégico: Recaudación, Pago por Prestaciones, Presupuesto Institucional y Plan de Fiscalización y Control, definiendo así el fin del producto estratégico Gestión Financiera.

Esquema N° III.3.2

Esquema Proceso – Producto Estratégico Gestión Financiera.



Fuente: Elaboración Propia en base a malla de procesos del FONASA vigente a noviembre 2012 y Anexo N°9.

En el esquema N° III.3.3 se visualiza la relación proceso-producto estratégico Atención al Asegurado, donde los procesos se vinculan a diseñar servicios y canales, acreditar, entregar productos, gestionar solicitudes ciudadanas y a disponer del programa al asegurado. Luego se relacionan los subprocesos que lo componen dando origen a la generación de cada subproducto estratégico: Plan de Servicios y de Información respectivamente, definiendo así la constitución del producto estratégico Atención al Asegurado.

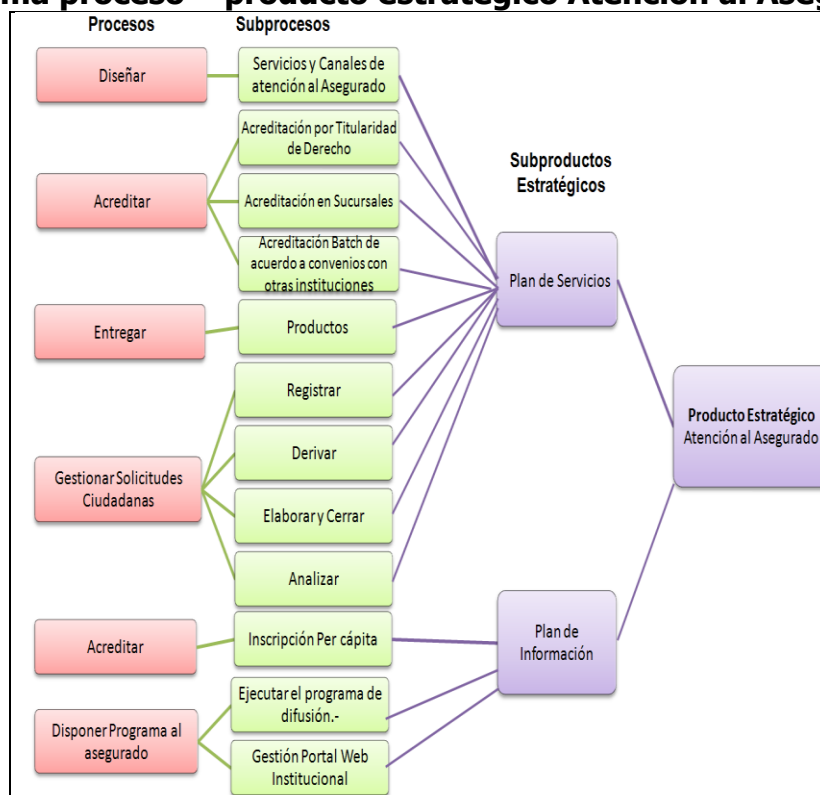
En la etapa de levantamiento de la información de los procesos, se realizaron entrevistas en terreno con los responsables de las distintas unidades involucradas en los procesos conducentes a productos estratégicos, ya sea a nivel de departamento o subdepartamento⁶⁸. Estas entrevistas⁶⁹ se ejecutaron entre noviembre de 2012 a junio de 2013 para capturar y validar información detallada de los procesos, subprocesos y etapas relevantes levantadas, así como también, para evidenciar las mejoras existentes en los procesos. En cada entrevista en

⁶⁸ Por lo tanto, para optimizar el tiempo en la validación de información, no se solicitaron reuniones con el Departamento de Comunicaciones y Relaciones Institucionales, puesto que se realizó con Marketing. Asimismo, por temas geográficos y de centralización de la información, no se validaron los procesos con las Direcciones Zonales.

⁶⁹ En el Anexo N° 12 está un resumen de las reuniones realizadas para la revisión general de los procesos del FONASA.

terreno se utilizó una minuta tipo, donde se realizaron preguntas generales de la unidad y específicas por diagramas de flujos disponibles y aportados por el FONASA. En el Anexo N° 12 se encuentran las minutas de las reuniones con los distintos departamentos y subdepartamentos efectuadas en el periodo establecido por el FONASA junto a la DIPRES.

Esquema N° III.3.3 Esquema proceso – producto estratégico Atención al Asegurado.



Fuente: Elaboración Propia en base a malla de procesos del FONASA vigente a noviembre 2012 y Anexo N°9.

Luego de estudiar los procesos relacionados de forma directa con los productos estratégicos, se procedió a analizar en detalle los procesos asociados al rol asegurador del FONASA. Así, se estudiaron en profundidad los procesos que guardan relación con el financiamiento y administración del sector salud, así como también, los procesos relacionados con el rol fiscalizador del FONASA hacia las prestaciones. Uno de los procesos analizados con mayor profundidad tiene relación con el diseño del plan de seguro y la gestión de convenios, pues son los procesos que configuran el Plan de Salud y que están asociados a la administración del sector salud. Asimismo, el diseño del presupuesto institucional y la gestión de ingresos, presupuestos y pagos, permiten conocer el funcionamiento y flujo de ingresos y egresos del sector. También, se estudió la administración y apoyo a las licencias médicas, labor que desde el año 2011⁷⁰ hasta la fecha realiza el

⁷⁰ Anteriormente, el responsable del proceso era Programación Financiera y, por prioridades estratégicas de la dirección, se cambió al Departamento de Estudios.

subdepartamento de Estudios del FONASA, y se analizaron los procesos que permiten el control y monitoreo de las prestaciones y cotizaciones, a través de su fiscalización, que actualmente realiza, respectivamente, la Unidad de Control y Calidad de Prestaciones y Fiscalización de Cotizaciones del FONASA. De la misma forma, se realizaron entrevistas a los departamentos centrales del FONASA vinculados a los procesos relacionados con el plan de información y plan de servicios para el producto estratégico Atención al Asegurado, sin embargo, se excluyeron las sucursales, por temas logísticos, ya que existen más de 400 puntos de atención a lo largo del país. En el Anexo N°9 se especifican los procesos relacionados con el financiamiento y administración del Sector Salud, y con el control y monitoreo de las prestaciones.

En seguida, siguiendo la metodología propuesta, se revisaron los indicadores de procesos, utilizados por la Institución, que tuviesen relación con los productos estratégicos, y se analizaron de acuerdo a su pertinencia, validez, evolución y nivel de cumplimiento. Como resultado, se proponen adicionar, al pool de indicadores existentes, indicadores de productividad y costo (gasto), ya que estos elementos permiten identificar oportunidades de mejoras y establecer recomendaciones en ámbitos de eficiencia y productividad. En la sección siguiente se detallan los resultados de las etapas mencionadas en este párrafo.

III.3.1 Indicadores de Procesos

Indicadores de Procesos existentes

Con el objetivo de analizar el desempeño de los procesos de la Institución, se analizaron los indicadores de procesos H, internos y MEG existentes, analizando el resultado del desempeño de ellos desde el año 2008 al 2012. En el Anexo N° 10, se muestra una tabla con los resultados de estos indicadores y se analiza la evolución de cada uno de ellos en el período de estudio.

En la Tabla N° III.3.1, se muestra un ejemplo del análisis que se realizó de los indicadores de procesos utilizados por la Institución desde el año 2008 al 2012. Se evaluó cada uno de ellos, de acuerdo a la pertinencia, evolución, validez y nivel de cumplimiento. En el anexo 10, Tabla N° A10.2 se presenta el ejercicio completo. La pertinencia se considera cuando el indicador es adecuado según la variable que se espera medir, colocando un sí o un no, cuando corresponda. Luego, la evolución se evalúa cuando el indicador refleja una tendencia del resultado por sí solo, y que no sólo mida cumplimiento, entre el valor estimado y el real, colocando un sí o un no, cuando corresponda. También, se evalúa la validez del indicador, cuando existe una serie de datos históricos que permiten explicar el comportamiento de la variable en el tiempo, colocando un sí o un no, cuando corresponda. Finalmente, se evalúa el nivel de cumplimiento del indicador, entre el valor obtenido y el resultado meta planificado, colocando un sí o un no, cuando corresponda.

Tabla N° III.3.1
Matriz resumen de análisis de indicadores existentes en el FONASA.

Nombre Indicador	Pertinencia	Evolución	Validez	Cumplimiento
Porcentaje de prestaciones analizadas por estudio de Grupos y/o Subgrupos del arancel en un contexto de reestructuración/modernización	Sí	No	No	Sí
Porcentaje de bonos Electrónicos emitidos en año t	Sí	Sí	No	Sí
Porcentaje de Cumplimiento de Plan de Trabajo requisito Norma de Seguridad de la información	Sí	No	No	Sí
Porcentaje de Cumplimiento de funcionalidades entregadas para certificar según plan	Sí	No	No	Sí
Días promedio de duración del ciclo de compras	Sí	Sí	No	Sí
Porcentaje de abordaje de brechas de competencias, derivadas de la evaluación de competencias del año anterior, con presupuesto asignado	Sí	Sí	No	Sí
Porcentaje de Informes de Transferencias remitidos mensualmente a los Servicios de Salud y CRS.	Sí	No	No	Sí
Porcentaje de cumplimiento de planificación de compras	Sí	Sí	No	Sí
Porcentaje de cumplimiento de planificación, mantenciones preventivas del FNS	Sí	Sí	No	Sí
Recuperación de subsidios por incapacidad laboral año t	Sí	Sí	No	Sí
Porcentaje de completitud de campos en SIRH respecto de la dotación efectiva año t	Sí	Sí	No	Sí
Porcentaje de solicitudes ciudadanas que corresponden al Subdpto. Plan de Beneficios, respondidas en 10 días	Sí	No	No	Sí
Porcentaje de publicaciones externas planificadas y realizadas	Sí	No	No	Sí

Fuente: Elaboración Propia.

En conclusión, se observa una gran cantidad de indicadores, pero no se tiene la secuencia completa de ellos debido a que han sido cambiados, dados de baja y creados en el transcurso del tiempo, dificultando el análisis de la serie de tiempo del indicador. La mayoría de los indicadores muestran una tendencia positiva, cuando existe información disponible. También, se observa que se incorporaron varios indicadores de procesos desde el 2011. Si bien es cierto que, en general, los indicadores muestran evidencia de ser pertinentes y poseer un alto nivel de cumplimiento, éstos no dan cuenta del nivel de actividad de los procesos ni la evolución propia del indicador, con el objetivo de permitir la comparación en el tiempo. Por lo tanto, no se complementa un análisis de la evolución del desempeño del proceso de manera explícita. Por ello, se proponen dos indicadores complementarios: productividad y costos (gasto).

III.3.2 Productividad media de los factores de producción

Para complementar el estudio de indicadores existentes, se procedió a evaluar las productividades medias según la dotación de personal⁷¹ involucrada en los procesos que tengan relación directa con los Productos Estratégicos. La metodología para calcular la productividad se realiza mediante una estimación de los tiempos de los procesos estudiados que están a cargo de las unidades, quienes, según su juicio como expertos, establecen una asignación de tiempo, lo

⁷¹ Se considera como dotación (dot.) de cada departamento al personal de planta y honorarios, siendo éstos últimos, pocos dentro del período analizado, especialmente los últimos años. Los departamentos involucrados en los procesos que aquí se muestran son: Programación Financiera (PF), Recaudación y Cobranza (RC) y Préstamos Médicos (PM).

cual está relacionado con las dotaciones y los niveles de actividad establecidos para los procesos. Es importante mencionar que los tiempos de los procesos se mantuvieron constantes para todo el período de estudio, puesto que el FONASA no tiene levantados los tiempos de sus procesos en cada uno de los años del período de análisis. En el Anexo N°13 se encuentra el detalle de tiempos estimados en base al año 2012. Las dotaciones y los niveles de actividad se definieron de acuerdo a la información proporcionada por el FONASA.

A continuación, se muestran las cifras de las productividades de los procesos relacionados con el producto estratégico Gestión Financiera. El análisis del indicador de productividad para Plan de Salud, se encuentra en el Anexo N°14. Estos dos productos representan, en mayor proporción, los procesos relacionados con el rol del FONASA como asegurador.

Producto Gestión Financiera

Proceso Gestionar ingresos

El indicador de productividad, en cuanto al proceso de gestionar ingresos, se analiza para cada subproceso que lo compone: administrar financiamiento de la MAI, recaudar ingresos, gestionar préstamos médicos, y gestionar cotizaciones de salud. En la Tablas N° III.3.2 y N° III.3.3 se muestra un cuadro resumen del proceso de gestionar ingresos, junto a su productividad, considerando en un caso el N° de prestaciones PPV, y en otro el N° de prestaciones de la MAI respectivamente.

Tabla N° III.3.2
Matriz de productividad media para el proceso gestionar ingresos

Año	Administrar Financiamiento MAI			Recaudar Ingresos			Gestionar Préstamos Médicos			Gestionar Cotizaciones de Salud		
	N° Prestaciones PPV	Dot. P.F.	Prod. Media	N° Problemas GES resueltos	Dot. R.C.	Prod.media	N° PM	Dot. R.C.	Prod. media	N° cotizaciones	Dot. R.C.	Prod. media
2008	12.764.685	13	1430,51	2.212.182	23	200,18	31.586	23	8,57	4.700.648	23	232,01
2009	12.741.602	19	977,00	2.175.314	26	174,13	25.100	26	6,03	4.994.892	26	218,09
2010	12.589.611	20	917,08	1.983.968	30	137,64	21.367	30	4,45	5.279.626	30	199,79
2011	5.218.390	21	362,03	2.682.914	36	155,11	19.422	36	3,37	5.461.510	36	172,22

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.2, A14.3, A14.4 y A14.5

Tabla N° III.3.3
Matriz de productividad media para el proceso gestionar ingresos

Año	Administrar Financiamiento MAI			Recaudar Ingresos			Gestionar Préstamos Médicos			Gestionar Cotizaciones de Salud		
	N° Prestaciones MAI	Dot. P.F.	Prod. Media	N° Problemas GES resueltos	Dot. R.C.	Prod. media	N° PM	Dot. R.C.	Prod. media	N° cotizaciones	Dot. R.C.	Prod. media
2008	60.454.077	13	6774,93	2.212.182	23	200,18	31.586	23	8,57	4.700.648	23	232,01
2009	122.427.276	19	9387,44	2.175.314	26	174,13	25.100	26	6,03	4.994.892	26	218,09
2010	117.317.323	20	8545,84	1.983.968	30	137,64	21.367	30	4,45	5.279.626	30	199,79
2011	133.268.049	21	9245,48	2.682.914	36	155,11	19.422	36	3,37	5.461.510	36	172,22

Fuente: elaboración propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.1, A14.3, A14.4 y A14.5

El indicador de productividad con respecto al subproceso de administrar el financiamiento de la MAI (ingresos), se analiza el total de prestaciones anuales de la MAI durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Programación Financiera y el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. En el Anexo N°14, Tabla N° A14.1, se detallan los datos para obtener la productividad media del proceso para administrar el financiamiento de la MAI para el período en estudio. La tabla muestra que, en el 2010, hubo una baja, puesto que el número de prestaciones disminuyó y la dotación aumentó, y luego, en el 2011, se produjo un aumento en la productividad, puesto que nuevamente aumentó la dotación, así como también el número de prestaciones de la MAI en el 2011.

Otra aproximación para poder analizar la productividad del proceso, para administrar el financiamiento de la MAI, es a través de las prestaciones PPV. La productividad a través de PPV se detalla en el Anexo N°14, Tabla A14.2. A diferencia de la Tabla N° III.2.1, en la Tabla N° III.2.2 se muestra una diferencia en las tendencias de productividad, puesto que desde el 2009 al 2010 se mantuvo constante la productividad media de las horas-hombre (HH). Luego, el año 2011, sufre una fuerte baja porque en el año 2011 el programa de Urgencia fue traspasado en su totalidad al programa PPI, por lo que ya no se incluía esta actividad en el PPV.

En el subproceso de recaudar ingresos, el indicador de productividad analiza, específicamente, la recaudación de copago GES, puesto que las Instituciones de Salud son las recaudadoras oficiales del copago MAI. El análisis considera el total de garantías explícitas GES cumplidas durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Recaudación y Cobranza (R.C.), junto con el tiempo respectivo utilizado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. Se puede notar un alza de productividad del 2010 al 2011, que puede ser explicada, principalmente, por la mayor cantidad de problemas GES resueltos. Cabe decir que es lógico que la productividad no suba fuertemente año tras año,

debido a la naturaleza del nivel de actividad, problemas GES resueltos, que hace que no puede subir infinitamente, por ejemplo, por la capacidad de atención de salud existente. En el Anexo N° 14, Tabla N° A14.3, se muestra el detalle de los datos de la productividad de la recaudación del copago GES.

En el subproceso de gestionar préstamos médicos, la productividad se calcula mediante el total de préstamos médicos realizados durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Recaudación y Cobranza, junto con el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. Por lo cual, se puede decir que en el período la productividad ha ido disminuyendo debido a la baja tasa de uso que ha existido en el número de préstamos médicos, ya que como se han incorporado prestaciones GES, los asegurados ocupan menos la modalidad de préstamos médicos. En el anexo N°14, Tabla A14.4, se detallan los datos para obtener la productividad media del proceso respectivo para el período en estudio.

Por último, para calcular la productividad del subproceso de gestionar cotizaciones de salud, se analizó el total de cotizaciones de salud durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Recaudación y Cobranza, junto con el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas, para así visualizar si existe la dotación necesaria para poder gestionar la cantidad de cotizaciones realizadas. De esta manera, el resultado muestra que, dada la reestructuración sufrida en Recaudación y Cobranza, se produce una disminución en la productividad media por número de trabajadores desde el 2008 al 2011. Si bien este aumento en la dotación de personas podría ir ligado a una mayor productividad, esto no se traduce en el resultado, por el hecho de que la dotación está orientada a realizar todas las tareas del departamento. Asimismo, se debe considerar que la naturaleza del nivel de actividad propuesto (N° de cotizaciones dependientes) es un factor del contexto que no depende de la unidad, si no que es un dato dado. En el Anexo N° 14, Tabla N° A14.5, se detallan los datos para obtener la productividad media del proceso para el período en estudio.

Proceso Gestionar pagos

En el proceso de Gestionar pagos, la productividad se analiza por cada subproceso que lo compone: administrar financiamiento MAI, administrar pago MLE y entregar el S.I.L. En la Tablas N°III.3.4 y N°III.3.5 se muestra un resumen del proceso gestionar pagos, junto a su productividad, considerando como nivel de actividad tanto el N° de prestaciones PPV como el N° de prestaciones MAI.

Tabla N° III.2.4
Matriz de productividad media para el proceso gestionar pagos

Año	Administrar Financiamiento MAI			Administrar Pago MLE			Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral (S.I.L.)		
	Prestaciones PPV	Dot. P.F.	Prod. Media	N° de prestaciones MLE	Dot. P.F.	Prod. media	N° de licencias médicas tramitadas	Dot. Estudios	Prod. media
2008	12.764.685	13	2682,20	36.170.845	13	11055,20	-	-	-
2009	12.741.602	19	1831,87	36.725.693	19	7680,11	-	-	-
2010	12.589.611	20	1719,52	38.088.665	20	7566,88	-	-	-
2011	5.218.390	21	678,80	41.587.542	21	7868,56	3.314.937	12	482,95

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.7, A14.8 y A14.9

Tabla N° III.2.5
Matriz de productividad media para el proceso gestionar pagos

Año	Administrar Financiamiento MAI			Administrar Pago MLE			Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral (S.I.L.)		
	Prestaciones MAI	Dot. P.F.	Prod. Media	N° de prestaciones MLE	Dot. P.F.	Prod. media	N° de licencias médicas tramitadas	Dot. Estudios	Prod. media
2008	60.454.077	13	12703,00	36.170.845	13	11055,20	-	-	-
2009	122.427.276	19	17601,46	36.725.693	19	7680,11	-	-	-
2010	117.317.323	20	16023,45	38.088.665	20	7566,88	-	-	-
2011	133.268.049	21	17335,28	41.587.542	21	7868,56	3.314.937	12	482,95

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.6, A14.8 y A14.9.

En el subproceso de administrar el financiamiento MAI (pagos), la productividad se analiza mediante el total de prestaciones anuales MAI durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Programación Financiera y el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. De esta manera, al analizar la tabla, se visualiza que la productividad, medida mediante el N° de prestaciones MAI, presenta, desde el 2008 al 2011, un alza originada por el incremento de las prestaciones MAI y aumento en las dotaciones. En el Anexo N° 14, Tabla N° A14.6, se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para administrar el financiamiento MAI (pagos) para el período en estudio.

En el subproceso de administrar el financiamiento MAI, la productividad se mide a través de las prestaciones PPV, tal como se detalla en el Anexo N° 14, Tabla N° A14.7. En esta tabla, se muestra una diferencia con respecto a la Tabla N° A14.6, puesto que la productividad se mantiene bastante constante desde el año 2009 al 2010, para luego, en el 2011, sufrir una fuerte baja, dada porque en ese año el

programa de Urgencia fue traspasado en su totalidad al programa PPI, por lo que se dejó de incluir esta actividad en el PPV. Cabe decir, que el tiempo utilizado en la administración del financiamiento MAI (ingresos) es casi el doble del utilizado en la administración del financiamiento MAI (pagos).

En el subproceso de administrar el pago MLE, la productividad se analiza a través del total de prestaciones anuales MLE durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Programación Financiera y el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. Así, se observa que la productividad del subproceso es bastante constante en el período de estudio. En el Anexo N°14, Tabla N° A14.8, se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para administrar el pago MLE para el período en estudio.

Por último, para calcular la productividad del subproceso Entregar el S.I.L., se analizó el total de subsidios S.I.L. durante el 2011, en relación a la dotación de personal anual de Estudios y el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. De este modo, no se pudo analizar todo el período de estudio, ya que durante los años 2008, 2009 y 2010, el dueño del subproceso era Programación Financiera, y desde el 2011 es Estudios. En el Anexo N°14, Tabla N° A14.9, se ve en detalle los datos para calcular la productividad del subproceso.

Proceso Fiscalizar prestaciones

En el proceso de fiscalizar prestaciones, la productividad se analiza por cada subproceso que lo compone: fiscalizar prestaciones e instruir proceso administrativo prestador. En la Tabla N° III.3.6 se muestra un resumen del proceso de fiscalización de prestaciones, junto a su productividad.

Tabla N° III.3.6
Matriz de productividad media para el proceso fiscalizar prestaciones

Año	Fiscalizar prestaciones			Instruir Proceso Administrativo Prestador		
	Nº total de fiscalización a prestaciones	Dotación C.C.	Productividad Media	Nº total de fiscalización a prestaciones	Dotación C.C.	Productividad media
2008	12.568	16	0,57	12.568	16	3,43
2009	10.886	15	0,53	10.886	15	3,17
2010	33.984	17	1,46	33.984	17	8,74
2011	25.680	40	0,47	25.680	40	2,81

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.10 y A14.11.

Para poder calcular las productividades para el proceso, se recoge el total de fiscalizaciones realizadas a las prestaciones durante cada año del período de estudio, y se analiza la dotación de personal del Departamento de Control y Calidad de prestaciones, junto con el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. Se puede observar que el número de fiscalizaciones y la dotación del personal del departamento de Control y Calidad de Prestaciones tienen una tendencia al alza, sin embargo, esto no se traduce en un aumento en la productividad, haciéndose más notorio para el año 2011. En el Anexo N°14, en las Tablas N° A14.10 y N° A14.11, se puede ver un análisis detallado de la productividad del proceso.

Proceso Fiscalizar cotizaciones

En el proceso de fiscalizar cotizaciones la productividad se analiza por cada subproceso que lo compone: diseñar y ejecutar la fiscalización de cotizaciones (que incluye planificación y ejecución de la fiscalización) y, determinar y aplicar sanciones de fiscalización de cotizaciones. En la Tabla N° III.3.7, se muestra un resumen del proceso de fiscalización de cotizaciones, junto a su productividad.

Tabla N° III.3.7
Matriz de productividad media para el proceso fiscalizar cotizaciones

Año	Planificar la Fiscalización de Cotizaciones			Ejecutar la Fiscalización de Cotizaciones			Determinar y Aplicar Sanciones de Fiscalización de Cotizaciones		
	Total fiscalización	Dot. Fisc. Cot.	Prod. Media	Total fiscalización	Dot. Fisc. Cot.	Prod. media	Total fiscalización	Dot. Fisc. Cot.	Prod. media
2008	257.541	14	33,50	257.541	14	15,17	257.541	14	67,00
2009	235.890	16	26,85	235.890	16	12,16	235.890	16	53,70
2010	271.462	16	30,90	271.462	16	13,99	271.462	16	61,79
2011	165.969	32	9,45	165.969	32	4,28	165.969	32	18,89

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.12, A14.13 y A14.14.

En la Tabla N° III.3.7, se puede ver que la productividad es constante con cambios moderados hasta el año 2011, donde existe un descenso en el nivel de actividad bastante fuerte, que a su vez repercute en una disminución en la productividad. Este descenso en el nivel de actividad viene ligado a una pérdida de información y al hecho de que se fiscalizó un número mayor de PYMEs, lo cual aumenta el número de empleadores fiscalizados, pero no el número de trabajadores fiscalizados. En el Anexo N°14, Tablas N°A14.12, N°A.14.13, y N°A14.14, se puede ver un análisis detallado de la productividad del proceso.

En el Anexo N° 14 se muestra el detalle del cálculo de los resultados de las productividades. Asimismo, en el Anexo N° 15, se muestra en análisis de casos posibles antes cambios en dotaciones y niveles de producción.

III.3.3 Costo promedio de proveer los bienes y servicios más importantes

El segundo indicador propuesto, luego de la productividad, se relaciona con establecer el costo (gasto) de los productos estratégicos a través de la imputación de los presupuestos asignados de las unidades relacionadas con los procesos conducentes a dichos productos. La metodología utilizada para poder obtener el costo (gasto) promedio de los servicios entregados por el FONASA a nivel del Plan de Salud, de la Gestión Financiera, y de la Atención al Asegurado, consiste en la utilización de los tiempos de los procesos, y de los presupuestos de los distintos departamentos, para así obtener un costo por producto y en los casos que sea factible por subproducto. Un resumen de los costos (gastos) asignados a los productos estratégicos se puede ver en la Tabla N° III.3.11.

**Tabla N°III.3.11
Costos de Productos Estratégicos.**

		MILLONES DE PESOS 2012							
Producto estratégico	Ítem (\$MM 2012)	2008	% (ítem/gasto o total)	2009	% (ítem/gasto o total)	2010	% (ítem/gasto o total)	2011	% (ítem/gasto o total)
Plan de Salud	Costos atribuibles a procesos de FONASA	111	0,005%	141	0,005%	116	0,004%	336	0,010%
	Gasto asegurados FONASA en prestaciones del Sector Público	1.923.347	80,01%	2.429.529	81,796%	2.577.753	82,545%	2.666.966	81,952%
	Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI en el Sector Privado	78.960	3,285%	99.564	3,352%	101.830	3,261%	110.881	3,407%
	Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE en el sector privado	398.449	16,576%	437.796	14,740%	439.195	14,064%	471.688	14,494%
	Total costo Producto Plan de Salud	2.400.867	99,88%	2.967.031	99,89%	3.118.894	99,87%	3.249.870	99,86%
Gestión Financiera	Costos atribuibles a procesos de FONASA ⁷²	1.004	0,042%	1.258	0,042%	1.662	0,053%	1.646	0,051%
Atención al Asegurado	Costos atribuibles a procesos de FONASA	1.968	0,082%	1.933	0,065%	2.287	0,073%	2.777	0,085%

⁷² No incluye transferencias para licencias médicas, que no se tiene para todo el período y que en el año 2011 fue de \$295.562.000.000. Esto disminuye la participación del Plan de Salud a aproximadamente un 90%. Considerando la participación de las licencias médicas el año 2012 el Plan de Salud tuvo una participación del 90,1%, Gestión Financiera un 9% y Atención del Asegurado un 0,9%.

Producto estratégico	Ítem (\$MM 2012)	MILLONES DE PESOS 2012							
		2008	% (ítem/gasto total)	2009	% (ítem/gasto total)	2010	% (ítem/gasto total)	2011	% (ítem/gasto total)
	Costo total de los Productos Estratégicos	2.403.838	100%	2.970.221	100%	3.122.842	100%	3.254.293	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Cabe señalar que de los costos atribuibles al FONASA sólo están imputados a este total, aquellos comprendidos en las partidas subtítulos 21, 22 y 29 para cada unidad que tenga relación con los procesos directos en la entrega de cada producto estratégico. Dado esto, es que no se consideran unidades de apoyo.

1. Costo relacionado al Producto Estratégico Plan de Salud

Para el Plan de Salud se identifica el costo según las etapas relevantes que forman el diseño del plan de salud, tal como se puede analizar a continuación en la Tabla N° III.3.12.

Tabla N°III.3.12
Costos de Productos Estratégico Plan de Salud, millones de pesos 2012

Costo Etapa Relevante	2008	2009	2010	2011
Costo Diseñar Plan de Seguro Plan de Salud	\$ 22.320.144	\$ 16.509.576	\$ 5.625.700	\$ 68.258.802
Costo Diseñar Plan de Seguro Cobertura financiera	\$ 39.387.960	\$ 48.181.733	\$ 38.270.485	\$ 122.725.598
Gestionar los Convenios con Prestadores MAI*	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Gestionar los Convenios con Prestadores MLE	\$ 49.099.464	\$ 76.003.573	\$ 71.720.256	\$ 144.651.483
Costo Total	\$ 110.807.568	\$ 140.694.882	\$ 115.616.441	\$ 335.635.883

Fuente: Elaboración Propia en base a información extraída del SIGFE, subtítulos 21,22 y 29 en pesos del año 2012, FONASA y Anexo N°14.

* El presupuesto estimado para el Departamento Comercial Público es \$0, pues en ese tiempo todavía no se creaba. En 2011 se abre la Unidad, pero en Sistema SIGES aparece el presupuesto asociado desde el 2012.

La Tabla muestra el costo del Plan de Salud el cual entre 2009 y 2011 sufre un alza de más de un 300%, ligada principalmente al hecho que, por lineamientos estratégicos, se modifica la dependencia de la unidad de Plan de Beneficios desde Comercialización a Planificación Institucional. Cabe mencionar, que al hablar del costo del Plan de Salud, también se está hablando del costo de 2 subproductos que son MAI y Arancel MLE.

2. Costo relacionado al Producto Estratégico Gestión Financiera

El producto estratégico Gestión Financiera se costea mediante el análisis de los 5 subproductos que lo componen: presupuesto institucional, convenio con prestadores, recaudación, pago por prestaciones, y plan de fiscalización y control. Para cada uno de estos subproductos se analiza el costo total de los procesos para

entregar el subproducto, llegando así un costo total de cada subproducto, que desemboca en un costo total del producto estratégico. Cada subproducto, a su vez, tiene sus propios productos específicos, los cuales, si bien han sido identificados, no han sido costeados individualmente. En la Tabla N° III.3.13 se ve el desglose del esquema de costeo para la Gestión Financiera.

Tabla N° III.3.13
Costos Producto Estratégico Gestión Financiera, millones de pesos 2012

Subproducto estratégico	2008	2009	2010	2011
Pago por prestaciones	\$16.360.186	\$ 36.810.161	\$ 33.049.551	\$ 15.751.602
Recaudación	\$733.614.084	\$ 809.595.020	\$ 1.252.815.904	\$ 1.001.768.304
Presupuesto Institucional	\$95.210.770	\$ 161.097.948	\$ 137.570.626	\$ 127.467.847
Plan de fiscalización y control	\$158.534.963	\$ 250.596.855	\$ 238.358.474	\$ 500.720.478
Total	\$1.003.720.003	\$1.258.099.984	\$1.661.794.555	\$1.645.708.231

Fuente: Elaboración Propia en base a información extraída del SIGFE, subtítulos 21,22 y 29 en pesos del año 2012, FONASA y Anexo N°14

Al analizar la Tabla se puede notar que los costos de la Gestión Financiera han aumentado durante el período de estudio, siendo su principal subproducto estratégico Recaudación, el cual ha aumentado su costo debido principalmente a una mayor actividad y preocupación del FONASA en recuperar los copagos GES y las cotizaciones adeudadas que provenían de años anteriores. Esto se empezó a materializar principalmente desde el año 2010.

3. Costo relacionado al Producto Estratégico Atención al Asegurado

Para costear el producto estratégico Atención al Asegurado se identifican sus dos subproductos: Plan de Información y Plan de Servicios. Dada esta definición se procede a costearlos individualmente, para luego lograr el costo total del producto estratégico. En la Tabla N° III.3.14 se ve el desglose del esquema de costeo para la Atención al Asegurado.

Tabla N° III.3.14
Costos Producto Estratégico Atención al Asegurado, millones de pesos 2012

Subproducto estratégico	2008	2009	2010	2011
Plan de Servicios	\$1.395.846.000	\$1.360.480.230	\$1.696.900.570	\$1.728.434.186
Plan de Información	\$572.037.504	\$584.995.455	\$590.015.748	\$1.048.912.904
Total	\$1.967.883.504	\$1.945.475.685	\$ 2.286.916.317	\$ 2.777.347.090

Fuente: Elaboración Propia en base a información extraída del SIGFE, subtítulos 21,22 y 29 en pesos del año 2012, FONASA y Anexo N°14

En la Tabla se muestra que el costo se mantiene constante, para luego, el 2011, subir en más de un 50%, lo que se explica principalmente por los mayores recursos asignados a Marketing y, Tecnologías de Información y Procesos. Cabe mencionar, que al costear Plan de Servicios y Plan de Información, también se costea indirectamente la información al asegurado por canales de atención y los servicios de los canales de atención, aunque no de forma individual.

La evolución creciente de estos costos evidencia la creciente preocupación por estar más cerca de los asegurados y entregarles información cada más veraz y oportuna.

De manera general, se puede decir que el costo asociado a cada producto estratégico presenta una tendencia al alza durante el período de estudio. Este aumento de los costos está explicado, principalmente, por un mayor nivel de actividad que se asocia a un mayor gasto en busca de un aumento en la calidad del servicio.

La primera razón que explica el alza en los costos está dada por un mayor gasto en Plan de Salud que busca constantemente aumentar los derechos y beneficios que tiene el asegurado, por ejemplo, ofreciendo acceso a una mayor variedad de prestaciones. Además, un mayor gasto en la Gestión Financiera repercute principalmente en un mayor control sobre los prestadores y en una mejor labor recaudadora. Asimismo, se evidencia que se aumenta el gasto en Atención al Asegurado, puesto que hubo un aumento en el número de sucursales en la búsqueda de constituirse como orientadores de salud, para lo cual se necesita mejorar la comunicación con el asegurado utilizando los distintos canales de información disponibles.

A pesar de que actualmente la Institución revisa periódicamente la malla de sus procesos, se propone mayor regularidad en esta actividad y una búsqueda de las mejoras que se puedan realizar para poder disminuir costos y aumentar eficiencia. Entre estas mejoras están la automatización y estandarización de procesos, la integración de las bases de datos, la comunicación entre los departamentos del FONASA, entre otras. Es importante recordar aquí lo que se ha señalado anteriormente, acerca de que la Institución se encuentra en un proceso de implementación de distintos módulos de un sistema de información integrado, lo que está alineado con los objetivos estratégicos y permitirá mejorar la oportunidad, veracidad y rapidez en la gestión de la información a nivel interno y sectorial.

Indicadores de Productos Estratégicos

Considerando que las dimensiones de eficacia, economía y calidad del servicio, están analizadas en los apartados anteriores, el énfasis en esta sección se orienta a evaluar la eficiencia de la Institución.

Con el objetivo de analizar los productos estratégicos existentes en la Institución, se analizó el resultado de su desempeño desde el año 2008 al 2011. En la Tabla N° III.3.15, se muestran los valores de los indicadores y la evolución de cada uno de ellos en el periodo de estudio.

Tabla N° III.3.15
Matriz de indicadores de Procesos Estratégicos desde el 2008 al 2011.

Producto Estratégico	Indicador de Producto en pesos del 2012	2008	2009	2010	2011
Plan de Salud	Gasto PE Plan de Salud(\$)/n° asegurados	196.269	237.549	245.294	246.511
	Gasto total (transferencias) MAI (\$)/n° de prestaciones MAI	33.164	20.681	22.870	20.875
Gestión Financiera	Gasto PE Gestión Financ.(\$MM)/n° fiscalizaciones de cotizaciones	0,004	0,005	0,006	0,011
	Gasto Procesos de FONASA Gestión Financ. (\$)/n° fiscalizaciones de cotizaciones	3.805	5.451	6.158	11.139
Atención al Asegurado	Gasto Procesos de FONASA At Asegurado (\$)/Ptos de atención al asegurado	6,881	6,829	8,168	6,644

Fuente: Elaboración Propia en base a Boletines Estadísticos del FONASA e información de tablas de costos por productos estratégicos.

De acuerdo a la Tabla N° III.3.15, se observa que el gasto del producto estratégico Plan de Salud, por número de asegurados, ha ido aumentando en el tiempo, donde el 2008 fue \$196.269 y luego en el 2009 aumentó considerablemente a \$237.549 con un alza del 21%. Sin embargo, en el período restante del estudio aumentó marginalmente en tasas menores al 3%, llegando en el 2011 a un gasto de \$246.511 por beneficiario.

Así también, se observa una tendencia a la baja del gasto total en transferencias MAI por número de transferencias, en donde el 2008 alcanzaba los \$33.164 y el 2011 \$20.875, notándose una disminución del 37% entre los tramos. Por lo tanto, este resultado muestra que se está pagando menos por la prestación, sin embargo, no discrimina cuáles, puesto que se utiliza una base genérica para el cálculo.

Por otra parte, con respecto al producto estratégico Gestión Financiera, se observa que el gasto ha aumentado en la fiscalización de cotizaciones, por lo tanto, este resultado se condice con las prioridades estratégicas del FONASA y con el aumento del gasto de los procesos de gestión financiera por número de fiscalizaciones realizadas en el período de estudio.

Finalmente, se observa que el gasto de los procesos del FONASA destinados al producto estratégico Atención al Asegurado tiene un alza en el 2010, año en el cual se cambiaron las priorizaciones estratégicas para Marketing y se dio el giro hacia el rol de seguro.

III.3.4 Propuestas de mejoras en los procesos

En cuanto a las mejoras de procesos, éstas se han ordenado de acuerdo a las funciones críticas definidas en el documento del Banco Mundial (2012). Se han establecido propuestas en cuanto a las funciones críticas regulatorias, de gestión de proveedores y de monitoreo y sistemas de información.

Considerando la función regulatoria, se sugiere realizar un diagnóstico entre las funciones declaradas que indican las distintas resoluciones existentes, y lo que realmente realiza cada unidad, revisando que ambas concuerden con el objetivo de mejorar la calidad de entrega del servicio.

Asimismo, existe poca estandarización de algunos procesos que requieren tener una ejecución y un resultado similar. Este es el caso, principalmente, de la fiscalización de cotizaciones y de prestaciones donde, si bien cada fiscalización tiene sus propias características dependiendo del ente fiscalizado y de lo que se quiera fiscalizar, los informes de resultado, así como la metodología para obtener la información, debieran ser iguales.

Por su parte, de acuerdo a la función de gestión de proveedores, el equipo consultor ha identificado que el hecho de que los copagos MAI sean cobrados y recaudados por los Servicios de Salud puede presentar un problema para el FONASA, ya que se está perdiendo el control sobre la recaudación, corriendo el riesgo de que existan errores en los montos, plazos u otro aspecto que pueda ser relevante.

En cuanto a la función crítica de monitoreo y sistemas de información, si bien los indicadores (MEG y H) que actualmente se utilizan dan cuenta del cumplimiento de la meta, no apoyan al análisis para la toma de decisiones de gestión para el FONASA. Por lo tanto, se propone hacer un estudio de toda la planilla de indicadores de procesos, analizando la relación que existe entre éstos y los objetivos del FONASA, y a la vez, discutiéndolos con las unidades responsables para verificar su valor y pertinencia.

Así también, existen indicadores propios de gestión de cada unidad y éstos no están oficialmente declarados en la organización, por lo tanto, carecen de retroalimentación y gestión del desempeño apropiada y de la formalización que requiere un sistema de monitoreo y sistema de información.

De igual modo, se recomienda analizar los plazos en que cada unidad administradora de presupuesto debe entregar su propuesta, junto con solicitar una mayor rigurosidad en el proceso de confección de dicho presupuesto y de su ejecución.

Asimismo, para esta función se ha evidenciado que, en general, las unidades poseen un alto grado de tareas que se realizan de forma manual o con planilla de Excel. Junto con esto se ha identificado que los distintos sistemas no están integrados. Los dos puntos anteriores generan problemas con respecto a la calidad y a la oportunidad de la información.

Del mismo modo, el equipo consultor ha identificado que existe poca integración con el Sistema de Salud, respecto a la disponibilidad y transferencia de la información entre los participantes. Se recomienda establecer convenios marco de transferencias, de datos entre los Sistemas de Información de las distintas entidades del Sistema de Salud y otras Instituciones de la Administración Pública.

IV. DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS

IV.1 Indicadores de gestión y financieros

Entre las materias planteadas en el documento del Banco Mundial (2012) destaca que:

- Los indicadores de un sistemas de Monitoreo y Evaluación de seguros de salud pueden clasificarse en tres categorías: gestión, financieros y de impacto.
- Los indicadores de gestión proporcionan información sobre la vitalidad del seguro. La Tabla N° IV.1.1 muestra ejemplos de estos indicadores.
- Los indicadores financieros se usan para evaluar la capacidad del seguro para sustentarse en el largo plazo. Algunos ejemplos se muestran en Tabla N° IV.I.2.

La Tabla N° IV.1.3 resume los indicadores de rendimiento de gestión y rendimiento financiero sugeridos por el Banco Mundial (2012).

**Tabla N° IV.1.1
Resumen de los indicadores de rendimiento de gestión y sugeridos por el Banco Mundial (2012)**

Tipo de resultado	Ejemplos de indicador	Fórmula
Administración (provee información sobre el día a día del seguro)	Registro 1. Cobertura de población 2. Tasa de crecimiento de los afiliados 3. Selección adversa	Registro 1. Afiliados/ población potencial 2. Nuevos afiliados/ total afiliados 3. Comparación estado de salud afiliados versus afiliados

Tipo de resultado	Ejemplos de indicador	Fórmula
	4. Contribución del gobierno a hogares más pobres 5. Tasa de renovación 6. Tasa de salida 7. Tasa de recolección de pagos (premio) Reembolsos 8. Tiempo promedio de pago a proveedores 9. Tiempo promedio de reembolso a afiliados 10. Uso y costos del seguro al mes	4. % de costos incurridos subsidiados por el gobierno ó % de población exenta de pago (premio) 5. Afiliados que continúan/ afiliados 6. Afiliados que salen/ afiliados 7. Pagos recibidos/ pagos devengados Reembolsos 8. Tiempo transcurrido entre emisión de facturas por parte del proveedor y pago 9. Tiempo transcurrido entre el reclamo por reembolso y pago 10. Resumen de uso del servicio, costos y tendencias
Finanzas (evalúa la capacidad del seguro de cubrir sus gastos con los ingresos generados)	11. Solvencia 12. Liquidez 13. Tasa de siniestralidad 14. Tasa de gastos 15. Razón costos operacionales/ ingreso 16. Cobertura de gastos	11. Activos/ pasivos 12. Activos corrientes/ pasivos corrientes 13. Uso del seguro/ pagos recaudados 14. Gastos incurridos/ pagos recaudados 15. Costos operacionales/ ingreso 16. Reservas/ gastos mensuales

Fuente: Elaboración DIPRES.

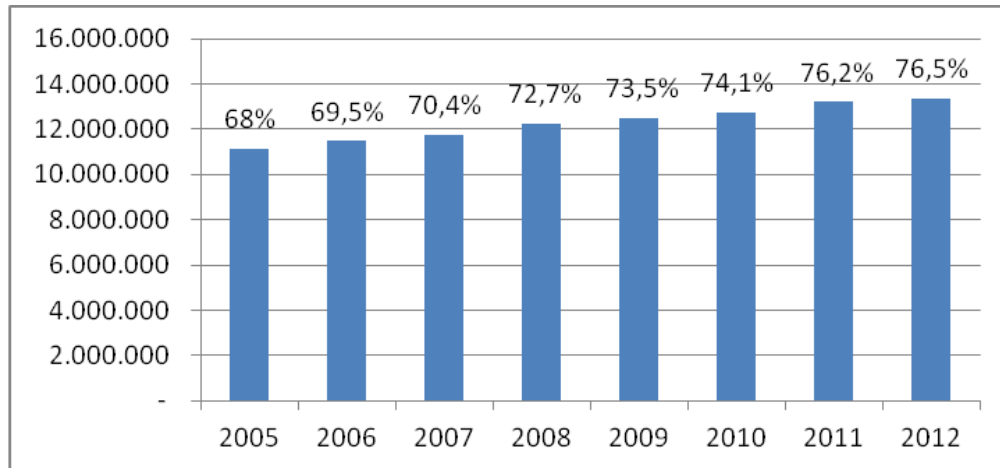
A continuación, y a modo de ejemplo, se presentan algunos indicadores de rendimiento financiero y rendimiento de gestión del FONASA. Estos no se consideran resultados finales o de impacto, pero son importantes para evaluar la labor del seguro.

Indicadores de administración del seguro

Cobertura de población

Al analizar la distribución de la población nacional entre los distintos seguros previsionales de salud, se obtiene que en el año 2011, un 76,2% se encuentra en el FONASA. Al comparar los datos de aseguramiento de los últimos años, se obtiene que las personas aseguradas en el FONASA aumentan más que la tasa de crecimiento de la población nacional. Es decir, en el período aumenta la participación del FONASA en el sistema de seguridad social en salud en la población chilena.

Gráfico N° IV.1.1
Beneficiarios del FONASA y participación respecto del total de población:
2005 al 2012

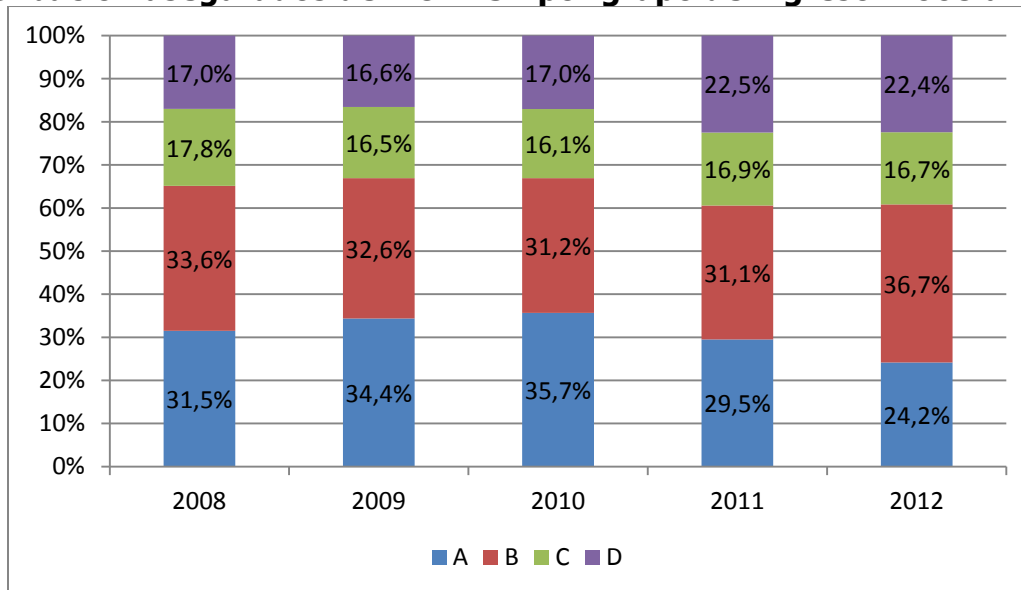


Fuente: Elaboración en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl.

Contribución del Estado al grupo de menores ingresos

Al analizar la distribución de los asegurados del FONASA por grupo de ingreso se observa que el porcentaje de población exenta de pago (grupo A) ha disminuido a lo largo del período.

Gráfico N° IV.1.2
Distribución asegurados del FONASA por grupo de ingreso: 2008 al 2012

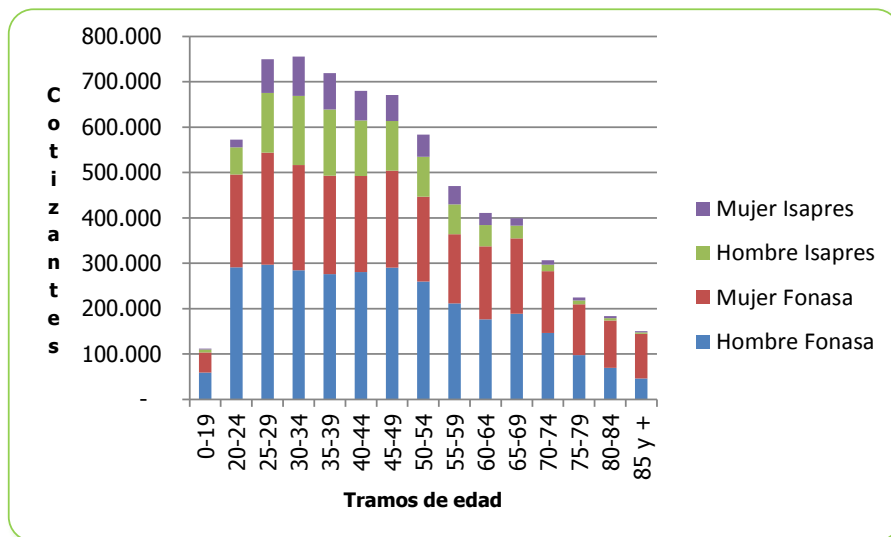


Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl.

Selección adversa

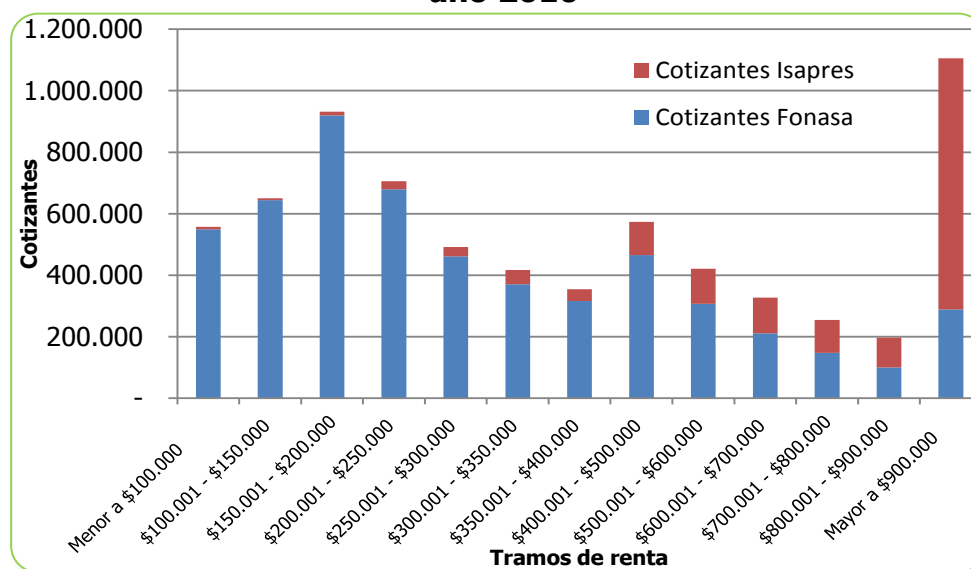
En los Gráficos N° IV.1.3 y N° IV.1.4 se observa que el FONASA concentra a la población de menores ingresos y a los de mayor riesgo sanitario, es decir, a los adultos mayores y a las mujeres en edad fértil.

Gráfico N° IV.1.3
Población beneficiaria del FONASA y las ISAPRES según edad y sexo, año 2010



Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

Gráfico N° IV.1.4
Población beneficiaria del FONASA y las ISAPRES según tramo de renta, año 2010



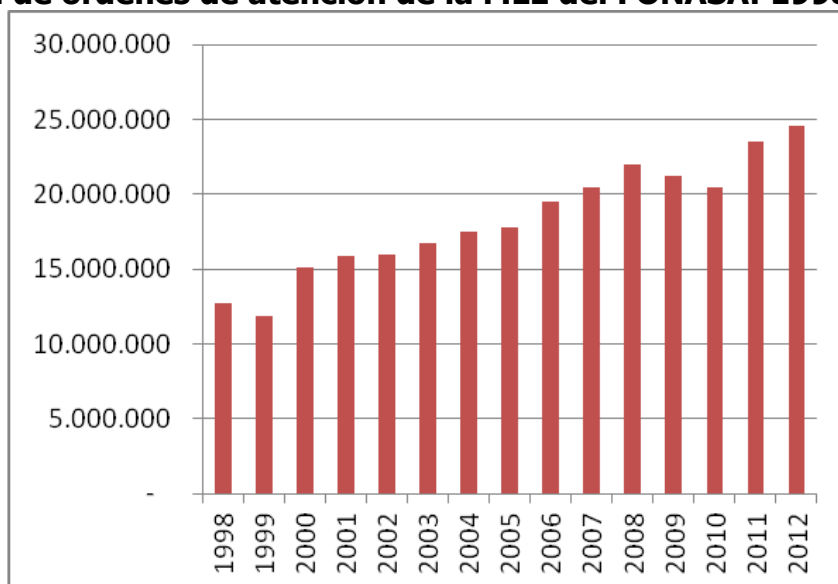
Fuente: Elaboración Propia en base a datos Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

Indicadores Financieros

Emisión de órdenes de atención:

Al analizar la evolución de la emisión de las órdenes de atención en la modalidad libre elección, se aprecia que en el período el número de órdenes de atención ha ido aumentando, y se observa una tendencia creciente.

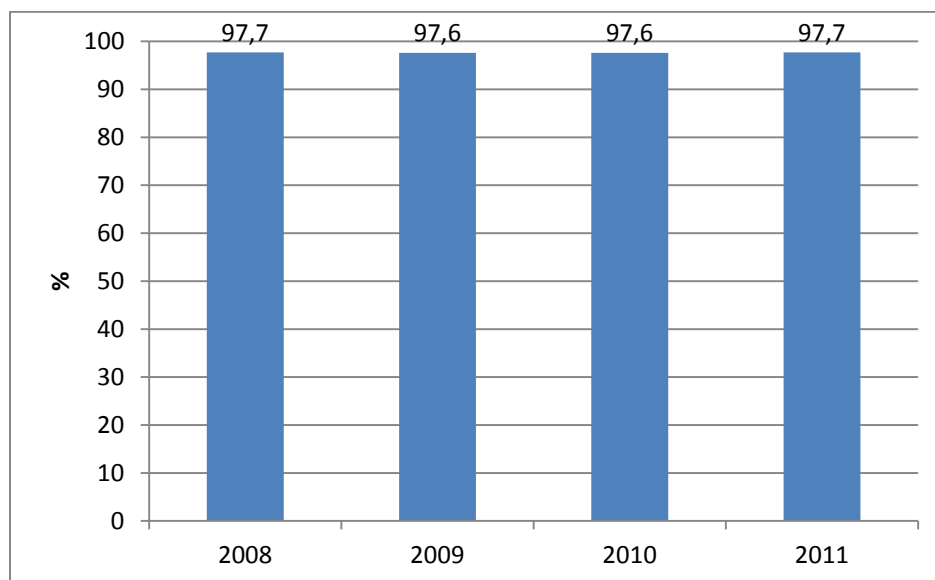
Gráfico N° IV.1.5
Emisión de órdenes de atención de la MLE del FONASA: 1998 al 2012



Fuente: Elaboración DIPRES.

Finalmente, el indicador de recaudación de cotizaciones apunta a una de las funciones que la Ley le asigna al FONASA; recaudar, administrar, distribuir y fiscalizar los recursos destinados a financiar las prestaciones de salud a sus asegurados. Una de las principales fuentes de financiamiento del FONASA es la recaudación de las cotizaciones de salud (7% sobre la renta imponible con un límite de UF 67,4). La Ley establece para los empleadores la obligatoriedad de retener y pagar a la Institución el 7% de las remuneraciones imponibles de sus trabajadores. Extraordinariamente, faculta al empleador a realizar solamente la declaración de las cotizaciones postergando el pago de las mismas, constituyéndose en un deudor previsional, lo que implicará, posteriormente, que deba cancelar las cotizaciones adeudadas más los intereses y reajustes respectivos.

Gráfico N° IV.1.5 Recaudación de cotizaciones de trabajadores dependientes: 1998 al 2012



Fuente: Elaboración DIPRES.

Al comparar los resultados del 2011 con los años anteriores, se puede observar que el porcentaje de recaudación sobre lo declarado se mantiene constante en cifras de alrededor de un 97,6%.

IV.2 Indicadores de Impacto⁷³ (análisis y propuesta)

Esta sección está destinada a la identificación de los indicadores de impacto para la evaluación del FONASA. Para ello, se recurre al marco conceptual del Banco Mundial (2012), que entrega definiciones operativas para la evaluación de los seguros de salud. Esta fuente propone los indicadores necesarios para realizar la adecuada evaluación de un seguro de salud. Dado el énfasis de esta evaluación, en este estudio se seleccionan, a partir de dicho marco conceptual, los indicadores de resultado final (impacto), contrastándolos con los indicadores actuales del FONASA para proponer su incorporación en aquellos casos que no existan. Se incorporan en adición los criterios con los que deben cumplir los indicadores según la DIPRES. Respecto a la propuesta de indicadores para medir equidad (un ámbito no considerado explícitamente por el documento del Banco Mundial), se efectuó una revisión bibliográfica para efectuar su conceptualización y recopilar antecedentes de su medición en salud⁷⁴. Posteriormente, se procedió a seleccionar los criterios para su medición, los cuales fueron: equidad geográfica y de ingresos.

⁷³ Terminología usada en el documento del BM (2012)

⁷⁴ Vargas et. al (2002); Wagstaff (2000); Wagstaff (2001); Superintendencia de Salud (2006); Musgrove (1983) y OMS (1986).

Así, surgen en total 31 indicadores, de los cuales finalmente, en un proceso que contempla la selección de los más apropiados, se descartan algunos por problemas con su medición⁷⁵, y se mantienen otros estableciendo variables proxy. Finalmente se seleccionan 15 indicadores, considerándose que en conjunto sus resultados permiten evaluar el desempeño de la institución.

A continuación, se entrega un mayor detalle de los componentes de la metodología reseñada brevemente en el párrafo anterior.

Indicadores de gestión utilizados por el FONASA

En el año 2012 el Sistema de Información para la Gestión (SIG) del FONASA tenía contemplados los indicadores H, que permiten medir el desempeño institucional en relación al logro de la estrategia definida, MEG, que buscan medir el desempeño colectivo de los equipos de trabajo, e INTERNO, que contribuyen a medir el desempeño institucional⁷⁶.

De los indicadores H, MEG e INTERNO se obtiene que los indicadores de resultado final (impacto) del FONASA son siete (7).

Propuesta de Indicadores

En el documento del Banco Mundial (2012), se plantea que la evaluación de los seguros de salud corresponde a lo que éstos han logrado en cuanto a resultados e impacto. ¿Aumentó el acceso a la atención de salud?, ¿aumentó la cobertura de servicios de salud?, ¿se ha reducido el gasto de bolsillo? Entre las materias planteadas por el documento destaca lo siguiente: "Los indicadores permiten obtener una imagen de los resultados intermedios e impacto de un seguro de salud, midiendo los cambios en: el estado de salud, protección de riesgos financieros, acceso a la atención de la salud, eficiencia de entrega de servicio y calidad de la atención. Es difícil llevar a cabo una evaluación comprehensiva de un seguro de salud en un plazo corto, dado que algunos resultados finales, tales como los cambios en el estado de salud, se observarán sólo en el largo plazo". Los resultados se clasifican en 6 dimensiones: cambios en el estado de salud, protección del riesgo financiero, nivel de satisfacción del beneficiario, cambio en las barreras de acceso, eficiencia en la entrega de los servicios y calidad de los servicios. El documento propone una serie de indicadores para medir cada una de estas dimensiones.

Por otra parte, el Ministerio de Hacienda plantea que los indicadores de desempeño son una herramienta que entrega información cuantitativa respecto al

⁷⁵ Ejemplo de ello son los indicadores propuestos de equidad, los que por falta de información se reducen a uno que sólo incorpora el criterio de equidad geográfica.

⁷⁶ "Reporte del Sistema de Información para la Gestión (SIG)". "Informe de Planificación Institucional 2012". Corte a junio. Fondo Nacional de Salud. Subdepartamento de Control de Gestión, Departamento Planificación Institucional, julio de 2012.

logro o resultado en la entrega de los productos (bienes o servicios) generados por la institución, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro. Ellos deben cumplir con los requisitos de: pertinencia, una razonable independencia de factores externos, la comparabilidad, requerir de información a costos razonables, ser confiables, simples y comprensivos, verificables y constituir información de carácter pública.

En la Tabla N° IV.2.1 se presentan los indicadores de impacto propuestos para evaluar el desempeño del FONASA⁷⁷ (sin considerar aún el componente de equidad⁷⁸).

**Tabla N° IV.2.1
Propuesta de indicadores de impacto para evaluar desempeño del
FONASA**

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo
Plan de Salud	Porcentaje de cumplimiento de garantías de protección financiera en la GES	$(\text{Número de Garantías de Protección Financiera cumplidas a los asegurados en el período t} / \text{Número de Garantías de Protección Financiera registradas a los asegurados en el período t}) * 100$
	Porcentaje de cumplimiento de garantías de acceso	$(\text{Número de Garantías de Acceso cumplidas a los asegurados en el período t} / \text{Número de Garantías de Acceso registradas a los asegurados en el período t}) * 100$
	Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento ⁷⁹	$(\text{Número de garantías de oportunidad no pendientes de cumplimiento en el período t} / \text{total de garantías de oportunidad reportadas en el período t}) * 100$
	Porcentaje de personas aseguradas por el FONASA que autoevalúan satisfactoriamente su estado de salud (autopercepción del estado de salud)	$(\text{Personas aseguradas en el FONASA que auto evalúan satisfactoriamente su estado de salud en el año t} / \text{total de personas aseguradas en el FONASA encuestadas en el año t}) * 100$ ⁸⁰
	Tasa de consultas médicas en la MLE ⁸¹	$(\text{Número de consultas médicas en la MLE en el año t} / \text{total de beneficiarios promedio de la MLE en el año t}) * 100$ ⁸²
	Tasa de consultas médicas en la MAI	$(\text{Número de consultas médicas en la MAI en el año t} / \text{total de beneficiarios promedio de la MAI en el año t}) * 100$ ⁸³
	Porcentaje de personas que demandaron atención médica y no fueron atendidos	$(\text{Número de personas que demandaron atención médica y declaran no haber sido atendidas en el año t} / \text{número total de personas que demandaron atención de salud en el año t}) * 100$
Gestión Financiera	Costo promedio ponderado de Consultas Médicas en la MAI	$(\text{Sumatoria del gasto en consultas médicas en la MAI del año t} / \text{total de consultas médicas otorgadas en la MAI en el año t}) * 100$
	Costo promedio ponderado de Consultas Médicas en la MLE	$(\text{Sumatoria del gasto en consultas médicas en la MLE del año t} / \text{total de consultas médicas otorgadas en la MLE en el año t}) * 100$
	Costo promedio ponderado de Intervenciones Quirúrgicas en la	$(\text{Sumatoria del gasto en intervenciones quirúrgicas en la MAI del año t} / \text{total de intervenciones quirúrgicas en la MAI en el año t}) * 100$

⁷⁷ Ver anexo N°5.

⁷⁸ No obstante, está requerido en las bases de licitación del estudio.

⁷⁹ Se considera la Garantía de Oportunidad Pendiente de Cumplimiento cuando la garantía en cuestión ha sido incumplida dentro de los plazos establecidos en el Decreto GES respectivo, independiente de si existe o no un reclamo asociado al incumplimiento de la garantía.

⁸⁰ En la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2011, la clasificación sería de bueno o muy bueno.

⁸¹ Este indicador se clasifica dentro de aquellos indicadores de resultado que el Banco Mundial (2012) considera como de "cambios en las barreras de acceso".

⁸² El número de beneficiarios promedio de la MLE se refiere al promedio de personas que pertenecieron a los grupos B, C y D en el año t.

⁸³ El número de beneficiarios promedio de la MAI se refiere al promedio de personas que pertenecieron a los grupos A, B, C y D en el año t.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo
	MAI	t)*100
	Costo promedio ponderado de Intervenciones Quirúrgicas en la MLE	(Sumatoria del gasto en intervenciones quirúrgicas en la MLE del año t/ total de intervenciones quirúrgicas en la MLE en el año t)*100
	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE	(Monto total de copagos realizados en la MAI y la MLE por los asegurados en el año t/monto total de las transferencias MAI asignadas a los prestadores y el gasto total facturado en prestaciones de la MLE en el año t)*100
	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI	(Monto total de copagos realizados en la MAI por los asegurados en el año t/monto total de las transferencias MAI asignadas a los prestadores en el año t)*100
	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MLE	(Monto total de copagos realizados en la MLE por los asegurados en el año t/monto total facturado por prestadores en la MLE en el año t)*100
	Porcentaje de copago en GES realizado por los asegurados	(Monto total de copagos realizados en las GES por los asegurados en el año t/monto total transferencias GES a los prestadores en el año t)*100
	Porcentaje de prestaciones MAI auditadas	(Número de auditorías realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones MAI otorgadas en el año t)*100
	Porcentaje de prestaciones MLE auditadas	(Número de auditorías realizadas en la MLE en el año t/ número total de prestaciones MLE otorgadas en el año t)*100
	Porcentaje de auditorías realizadas en la MAI con resultados satisfactorios	(Número de auditorías realizadas en la MAI con resultados satisfactorios en el año t/ número total de auditorías realizadas en la MAI y la MLE en el año t)*100
	Porcentaje de auditorías realizadas en la MLE con resultados satisfactorios	(Número de auditorías realizadas en la MLE con resultados satisfactorios en el año t/ número total de auditorías realizadas en la MAI y la MLE en el año t)*100
	Porcentaje de asegurados cuyos copagos anuales en prestaciones MAI superan 2,17 veces la renta imponible del afiliado ⁸⁴	(Número de asegurados de los grupos C y D cuyos copagos en prestaciones MAI superan las 2,17 veces su renta imponible promedio en el período/Total de asegurados en los grupos C y D en el período t)*100 ⁸⁵
	Porcentaje del gasto PPV en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria	{(Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t)/(Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t)}*100
	Porcentaje del gasto del Programa Atención Primaria y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria	{(Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año t + Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t)/(Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año t + Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t)}*100
	Participación del gasto en SIL en el total del gasto en prestaciones y SIL	{(Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año t)/(Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año t + Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t + Monto total del gasto en la Modalidad de Libre Elección + Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año t)}*100
Atención al Asegurado	Porcentaje de asegurados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) al FONASA ⁸⁶	(Número de encuestados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) a FONASA / Número total de encuestados)* 100
	Porcentaje de asegurados que se sienten protegidos por el FONASA	(Número de Usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su seguro de salud/Nº total de usuarios FONASA encuestados en el año t)*100

⁸⁴ El deducible de 2,17 veces el sueldo del cotizante, es el tope de gasto establecido para el consumo de prestaciones GES para el Grupo C del FONASA. Está contenido en el artículo 7º de la Ley N° 19.966.

⁸⁵ Se refiere al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses.

⁸⁶ La encuesta se realiza actualmente en forma anual, utilizando una escala de 1,0 a 7,0 donde las notas a partir de 6,0 se consideran satisfactorias.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo
	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana	(Número de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los canales de atención disponibles en año t / Número total de encuestados que realizaron una solicitud ciudadana en año t)*100

Fuente: Elaboración Propia.

Con la finalidad de incorporar explícitamente la equidad en la evaluación del desempeño⁸⁷, se propone que los indicadores de la Tabla N° IV.2.2 se complementen con los contenidos en la Tabla N° II.6.2

Tabla N° IV.2.2
Propuesta de indicadores de equidad para evaluar desempeño del FONASA

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador de equidad	Fórmula de cálculo
Plan de Salud	Dispersión de la tasa de consultas médicas en la MAI y MLE de los grupos de ingresos del FONASA ⁸⁸	(Desviación estándar de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de los grupos de ingresos FONASA en el año t/ promedio de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de los grupos de ingreso FONASA en el año t)*100
	Dispersión de la tasa de consultas médicas en la MAI y MLE por regiones	(Desviación estándar de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de las regiones en el año t/ promedio de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de las regiones en el año t)*100
	Dispersión gasto por persona en la MAI y MLE de las regiones	(Desviación estándar del gasto por persona en la MAI y MLE de las regiones en el año t/ promedio del gasto por persona en la MAI y MLE de las regiones en el año t)*100
	Índice de Gini del gasto total en prestaciones de salud MAI y MLE de los asegurados del FONASA	$G = \left 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right $ <p>donde X es la proporción acumulada de la variable población e Y es la proporción acumulada de la variable gasto en prestaciones de salud</p>

Fuente: Elaboración Propia.

Como se señalaba al comienzo de esta sección, de los 30 indicadores propuestos (Tablas N° IV.2.1 y IV.2.2), se seleccionaron 14 que, en su conjunto, permiten evaluar el cumplimiento de resultados del FONASA. Ello lleva a evaluar al FONASA en base a los indicadores contenidos en la Tabla N° II.6.3⁸⁹.

⁸⁷ Ver anexo N°6.

⁸⁸ El indicador privilegia la atención médica de especialistas, ya que nuestra hipótesis es que una de las variables restrictivas de la solución de los problemas de salud de los asegurados del FONASA, estaría dado por dichas atenciones y, por ende, sus potenciales similitudes son un buen indicador de equidad o inequidad, según corresponda.

⁸⁹ Cabe destacar que de los seis Indicadores H considerados como de resultados, sólo se han seleccionado tres. Respecto a los otros debemos señalar que:

- Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los Asegurados en el año t, se consideró que esta variable de evaluación en las GES, para los asegurados del FONASA, no es relevante. Ya que hasta finales del año 2009 existía un registro insuficiente de los copagos realizados por los grupos de cotizantes, lo que dificulta el análisis de dicha garantía.
- Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas a los Asegurados en el año t, se evaluó que no

Los criterios utilizados para la selección de los 15 indicadores fueron los siguientes:

- a) En el Producto Estratégico Plan de Salud, en los referidos a GES, se priorizan aquéllos asociados a las garantías de acceso y oportunidad, en el entendido que son los de mayor relevancia para los asegurados del FONASA⁹⁰. No se considera la garantía de protección financiera GES dada las excepciones en la MAI asociadas al no copago de los grupos de ingresos A y B, de los adultos mayores y en la APS.
- b) En el Producto Estratégico Plan de Salud, se priorizan los indicadores relacionados con la MAI por su importancia relativa en el gasto del Fondo, un 85% en el año 2011.
- c) En el Producto Estratégico Gestión Financiera, se mantiene el indicador de recaudación de cotizaciones por ser una de las funciones relevantes de los seguros de salud.
- d) En el Producto Estratégico Gestión Financiera, se priorizan los indicadores de costos de la MAI por su importancia relativa en el gasto.
- e) En el Producto Estratégico Gestión Financiera, se incorpora un indicador de equidad vertical (por regiones).
- f) En el Producto Estratégico Atención al Asegurado, se mantiene el asociado a la protección del seguro y se incorpora el indicador MEG de resolución de reclamos, como un elemento esencial de la capacidad de gestión del Seguro.

Tabla N° II.6.3
Propuesta de indicadores para evaluar al FONASA

Producto Estratégico al que se vincula	Dimensión de resultado según BM (2012)	Nombre indicador	Fórmula de cálculo
Plan de Salud	Cambio en barreras de acceso	Porcentaje de cumplimiento de garantías de acceso	(Número de Garantías de Acceso cumplidas a los asegurados en el período t/ Número de Garantías de Acceso registradas a los asegurados en el período t)*100
	Cambio en barreras de acceso	Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento ⁹¹	(Número de garantías de oportunidad no pendientes de cumplimiento en el período t/ total de garantías de oportunidad reportadas en el período t)*100
	Cambio en barreras de acceso	Tasa de consultas médicas en la MAI	(Número de consultas médicas en la MAI en el año t/ total de beneficiarios promedio de la MAI en el año t)*100 ⁹²
	Equidad	Dispersión tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios FONASA por regiones	(Desviación estándar de la tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios FONASA por regiones en el año t/ promedio de la tasa de consultas médicas en la MAI de

discriminaba el cumplimiento de la garantía de oportunidad, ya que el numerador tendía a ser idéntico al denominador.

- c) Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente al FONASA, se analizó que estaba representado por las personas que se sentían protegidas por su seguro de salud.

⁹⁰ Ver por ejemplo los estudios de satisfacción de usuarios de la Superintendencia de Salud, <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3730.html>

⁹¹ Se considera la Garantía de Oportunidad Pendiente de Cumplimiento cuando la garantía en cuestión ha sido incumplida dentro de los plazos establecidos en el Decreto GES respectivo, independiente de si existe o no un reclamo asociado al incumplimiento de la garantía.

⁹² El número de beneficiarios promedio de la MAI se refiere al promedio de personas que pertenecieron a los grupos A, B, C y D en el año t.

Producto Estratégico al que se vincula	Dimensión de resultado según BM (2012)	Nombre indicador	Fórmula de cálculo
			beneficiarios FONASA por regiones en el año t)*100
Gestión Financiera	Calidad de los servicios	Tasa de prestaciones MAI fiscalizadas	(Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones MAI otorgadas en el año t)*100.000
	Calidad de los servicios	Porcentaje de fiscalizaciones realizadas en la MAI con resultados satisfactorios	(Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI con resultados satisfactorios en el año t/ número total de fiscalizaciones realizadas en la MAI y la MLE en el año t)*100
	Eficiencia en la entrega de los servicios	Variación en el costo de las Consultas Médicas en la MAI	((Valor consulta i en el año t - Valor consulta i en el año t-1)/(Valor consulta i en el año t-1))*100
	Eficiencia en la entrega de los servicios	Variación en el costo de las Atenciones PAD Quirúrgicas en la MAI	((Valor atención quirúrgica PAD i en el año t - Valor atención quirúrgica PAD i en el año t-1)/ Valor atención quirúrgica PAD i en el año t-1)*100
	Protección del riesgo financiero	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE	(Monto total de copagos realizados en la MAI y la MLE por los asegurados en el año t/monto total de las transferencias MAI asignadas a los prestadores más el gasto total facturado en prestaciones de la MLE en el año t)*100
	Eficiencia en la entrega de los servicios	Porcentaje del gasto PPV en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria	{(Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t)/(Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t)}*100
	Eficiencia en la entrega de los servicios	Porcentaje del gasto Per Cápita APS y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria	{(Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año t + Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t)/(Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año t + Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t)}*100
Eficiencia en la entrega de los servicios	Participación del gasto en SIL en el total del gasto en prestaciones y SIL	{(Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año t)/(Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año t + Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t + Monto total del gasto en la Modalidad de Libre Elección + Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año t)}*100	
Atención al Asegurado	Nivel de satisfacción del usuario	Porcentaje de asegurados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) a FONASAFONASA ⁹³	(Número de encuestados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) a FONASAFONASA / Número total de encuestados)* 100
	Nivel de satisfacción del usuario	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana	(Número de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los canales de atención disponibles en año t / Número total de encuestados que realizaron una solicitud ciudadana en año t)*100

Fuente: Elaboración Propia.

⁹³ La encuesta se realiza actualmente en forma anual, utilizando una escala de 1,0 a 7,0 donde las notas a partir de 6,0 se consideran satisfactorias.

La propuesta final contiene indicadores para todas las dimensiones propuestas por el Banco Mundial (2012) (excepto cambios en el estado de salud), relacionadas a su vez con los productos estratégicos definidos por FONASA.

IV.3 Desempeño indicadores de impacto

A continuación se analizan los indicadores de desempeño de resultado para los años 2008 al 2011. Es importante señalar que el análisis de los indicadores se establece en función de:

- a) la existencia de una meta asociada al indicador y de su cumplimiento,
- b) su tendencia positiva o negativa en el tiempo y,
- c) su comparación con algún parámetro de comparación.

1) Indicador: Porcentaje de garantías de acceso cumplidas a los asegurados en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas a los asegurados en el año t.

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de Salud

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Se relaciona con el objetivo "Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE". Esto se explica debido a que las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera forman parte del AUGE (GES) y, como tales, forman parte del plan de salud y de su impacto en la cobertura en salud de los asegurados del FONASA.

Fórmula de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Garantías de Acceso cumplidas a los asegurados en el año } t / N^{\circ} \text{ de Garantías de Acceso registradas a los asegurados en el año } t) * 100$

Resultado y comentario: En la Tabla N° IV.3.1 se presentan los resultados para este indicador de desempeño.

Tabla N° IV.3.1
Porcentaje de Garantías de Acceso cumplidas a los asegurados en el año t, respecto del total de Garantías de Acceso registradas a los asegurados en el año t

Años	Garantías cumplidas	Garantías registradas	Indicador
Año 2011	2.636.200	2.636.307	100%
Año 2010	1.919.275	1.919.283	100%
Año 2009	2.073.565	2.073.565	100%
Año 2008	2.002.449	2.002.449	100%

Fuente: DIPRES, www.dipres.cl

Este indicador apunta a la obligación del Fondo Nacional de Salud de asegurar el otorgamiento de las prestaciones y tratamientos de salud contempladas en el Régimen GES, cumpliendo, de esta forma, con la garantía de acceso. Corresponde a un indicador que apunta a medir los cambios en las barreras de acceso en el tipo de resultado del esquema del Banco Mundial. Los resultados indican que los reclamos de acceso son proporcionalmente pequeños y, por eso, el resultado es, según los datos disponibles, de un 100% de cumplimiento en cada uno de los años en análisis.

2) Indicador: Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento.

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de Salud

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Se relaciona con el objetivo anteriormente señalado ya que las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera forman parte del AUGE (GES) y, como tales, forman parte del plan de salud y de su impacto en la cobertura en salud de los asegurados del FONASA.

Fórmula de Cálculo: $(\text{Número de garantías de oportunidad no pendientes de cumplimiento en el año } t / \text{total de garantías de oportunidad reportadas en el período } t) * 100$

Resultado y Comentario: Este indicador apunta a la obligación del Fondo Nacional de Salud de asegurar el otorgamiento de las prestaciones y tratamientos de salud contempladas en el Régimen GES cumpliendo, de esta forma, con la garantía de oportunidad. Corresponde a un indicador que procura medir cambios en las barreras de acceso en el tipo de resultado del esquema del Banco Mundial. La información requerida para el período 2008 a 2011 fue la siguiente: a) número de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento para cada año y b) total de garantías de oportunidad reportadas en cada año.

En la Tabla N° IV.3.2 se presentan los resultados declarados por el FONASA para este indicador de desempeño. Destaca que el porcentaje de garantías pendientes de cumplimiento bajó a 0% el año 2011, con una clara tendencia a la baja en el período en evaluación. Cabe resaltar que la información del 2011 entregada por el FONASA no guarda relación con los datos establecidos en las fiscalizaciones en la

materia, realizadas por la Superintendencia de Salud; según los datos de esta última, existirían, en el año 2011, garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento pero con igual tendencia a la baja de los datos del Seguro Público de Salud.

Tabla N°IV.3.2
Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento

Años	Garantía cumplida	Garantía incumplida reclamada	Indicador
Año 2011	2.988.913	0	0%
Año 2010	2.247.748	113.566	5%
Año 2009	2.164.635	267.164	12%
Año 2008	2.204.469	219.247	10%

Fuente: FONASA, www.fonasa.cl

3) Indicador: Tasa de consultas médicas en la MAI

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de Salud

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en cuestión ya que, al disponer de una mayor tasa de consultas médicas, se tiene un mayor acceso a prestaciones de salud y consecuentemente mayor cobertura en salud por parte de la población asegurada.

Fórmula de Cálculo: (Número de consultas médicas en la MAI en el año t/ total de beneficiarios promedio MAI en el año t)

Resultado y Comentario: Corresponde a un indicador que apunta a medir cambios en las barreras de acceso en el tipo de resultado del esquema del Banco Mundial. No existe información pública de las mediciones. El FONASA informó que no tiene esta información⁹⁴. En virtud de la imposibilidad de obtener los datos necesarios, se utiliza como proxy la información estadística del DEIS del MINSAL en la materia⁹⁵.

En la Tabla N°IV.3.3 se presentan las atenciones médicas realizadas en los establecimientos integrantes de las redes asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, según la información disponible en el Departamento de

⁹⁴ Información entregada por el FONASA en documento "Revisión Indicadores Propuesto Consultora".

⁹⁵ En la página WEB del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud sólo se encuentra disponible la información hasta el 2010.

Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (los datos son una proxy ya que las producciones de los servicios de salud consideran las prestaciones otorgadas en la MAI y la MLE así como a asegurados de las ISAPRES y particulares. Sin embargo, se supone, como hipótesis de trabajo, que el grueso de las prestaciones son otorgadas en la MAI).

Tabla N° IV.3.3
Atenciones médicas realizadas en los establecimientos integrantes de las redes asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud

	2007	2008	2009	2010
Nivel primario ⁹⁶	16.750.359	16.331.760	16.814.474	16.256.588
Nivel secundario ⁹⁷	6.678.390	6.744.896	7.175.796	6.979.657
Urgencia ⁹⁸	15.883.195	16.955.720	18.310.450	18.728.008
Total ⁹⁹	39.311.944	40.032.376	42.300.720	41.964.253

Fuente: DEIS MINSAL, www.deis.cl.

En la Tabla N° IV.3.4 se presentan los resultados para este indicador de desempeño.

Tabla N° IV.3.4
Tasa de consultas médicas en la MAI

Año	Atenciones médicas	Población beneficiaria FONASA	Consultas MAI por Beneficiario FONASA
2011	41.915.133	13.202.753	3,17
2010	41.964.253	12.731.506	3,30
2009	42.300.720	12.504.226	3,38
2008	40.032.376	12.248.257	3,27

Fuente: Elaboración Propia en base a información del DEIS MINSAL, www.deis.cl, y el FONASA, www.fonasa.cl.

Para analizar las cifras encontradas, en la Tabla N° IV.3.5 se presenta, a modo de comparación, la tasa de atenciones médicas por asegurado del FONASA en la MAI y en la MAI más la MLE, así como las realizadas a los usuarios de las ISAPRES entre los años 2008 al 2010. Como se observa, por una parte, la evolución de las atenciones médicas totales de los asegurados del FONASA sigue a la de la MAI (por su tamaño relativo) y presenta una tendencia distinta a la MLE. Por otro lado, las tasas de consultas médicas de los beneficiarios del FONASA superan a los de las ISAPRES, es decir, los de menores ingresos relativos presentan un número mayor de atenciones médicas por asegurado para todos los años en análisis. Sin

⁹⁶ Atenciones proporcionadas por médicos en los establecimientos de atención primaria que comprenden los centros de salud, los centros comunitarios de salud familiar y otros establecimientos, las postas de salud rurales y los consultorios adosados de los hospitales de menor complejidad.

⁹⁷ Atenciones médicas realizadas en consultorios adosados de especialidades (CAE) de los hospitales más complejos, centros de diagnóstico y tratamiento (CDT) y en centros de referencia de salud (CRS).

⁹⁸ Atenciones médicas otorgadas a pacientes ambulatorios por afecciones cuya atención es de carácter impostergable. Incluye aquellos pacientes que concurren espontáneamente a un servicio de urgencia de un hospital o a un servicio de atención primaria de urgencia (SAPU) o a un establecimiento de atención primaria urbana o rural donde la atención médica es proporcionada en horario distinto al horario hábil del establecimiento.

⁹⁹ Atenciones médicas realizadas en los establecimientos integrantes de las redes asistenciales de los 28 servicios de salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) vigentes en el período descrito en este cuadro estadístico.

embargo, la tendencia de la tasa de consultas médicas es a la baja entre los años 2008 y 2011, disminuyendo las diferencias con las ISAPRES.

Tabla N° IV.3.5
Tasa de atenciones médicas por asegurado del FONASA en MAI más MLE y a los usuarios de las ISAPRES

Tasas de Atenciones Médicas	2008	2009	2010	2011
Tasa de atenciones médicas en la MAI	3,27	3,38	3,30	3,17
Tasa de atenciones médicas en la MLE	1,51	1,57	1,59	1,61
Tasa de atenciones médicas totales (*)	4,78	4,96	4,88	4,79
Tasa de atenciones médicas en ISAPRES	4,15	4,34	4,25	4,39

(*) Considera las atenciones otorgadas en la MAI y las realizadas por los distintos prestadores en la MLE.

Fuente: Elaboración Propia en base a información del DEIS MINSAL, www.deis.cl, FONASA, www.fonasa.cl, y Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

Una pregunta que se debe abordar es si más consultas médicas es mejor. Una forma de responder esto es revisando la información de otros países. En la siguiente tabla se presenta la tasa de consultas médicas de algunos países seleccionados de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y el promedio para los países de dicho organismo internacional. Como se observa, el FONASA y las ISAPRES están muy bajo el promedio, así como muchos de los países de la OCDE, por lo que se puede aventurar que existe espacio para el crecimiento de este indicador y, por lo tanto, es válido el usar la tasa de consultas médicas como proxy de acceso.

Tabla N° IV.3.6
Tasa de atenciones médicas países seleccionados de la OCDE¹⁰⁰

País	Tasa de atenciones médicas per cápita Año 2010 (o año más cercano)
Austria	6,9
Bélgica	7,7
Estonia	6,0
Francia	6,7
Alemania	8,9
Israel	6,2
Italia	7,0
Luxemburgo	6,0
Holanda	6,6
Polonia	6,6
España	7,5
Reino Unido	5,0
Promedio OCDE	6,4

¹⁰⁰ OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

4) Indicador: **Dispersión tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios del FONASA por regiones**

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de Salud

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados, a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en cuestión ya que, al disponer de una menor dispersión en la tasa de consultas médicas por regiones, se tiene un mayor acceso a prestaciones de salud de los asegurados de todas las zonas geográficas y, consecuentemente, mayor cobertura en salud por parte de la población asegurada de todo el país.

Fórmula de Cálculo: (Desviación estándar de la tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios FONASA por regiones en el año t/ promedio de la tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios FONASA por regiones en el año t)*100.

Resultado y Comentario: En la tabla IV.3.7 se observan los resultados obtenidos para este indicador.

Tabla N° IV.3.7

Desviación estándar de la tasa de consultas médicas de beneficiarios FONASA por regiones / promedio de la tasa de consultas médicas de beneficiarios del FONASA por regiones

Año	Indicador
2008	15,25%
2009	13,79%
2010	17,12%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del DEIS MINSAL, www.deis.cl, y el FONASA, www.fonasa.cl.

Este indicador apunta a medir equidad en el acceso. Como se observa en la Tabla N° IV.3.7, el indicador de equidad a utilizar es la desviación estándar sobre el promedio de las tasas de consultas médicas de beneficiarios del FONASA por regiones. En la tabla IV.3.8 se presentan los elementos principales para el cálculo del indicador y su desglose por nivel de atención. Destaca que todos los años el valor del indicador es mayor para atención secundaria, lo que refleja que la mayor desigualdad se produce a nivel de consultas de especialidades. Igualmente, para gran parte de los tipos de consultas la dispersión del último año es mayor que la del primer año de análisis.

Tabla N° IV.3.8
Desviación estándar, promedio y porcentaje sobre el promedio de la
desviación estándar de la tasa de consultas médicas de beneficiarios
FONASA por regiones en los años 2008, 2009 y 2010

	2008	2009	2010
Desviación estándar por tipo de consulta médica			
Total	0,50	0,46	0,58
Atención primaria	0,18	0,22	0,26
Atención secundaria	0,14	0,13	0,14
Atención de urgencia	0,30	0,27	0,33
Promedio de tasas de consultas médicas por regiones			
Total	3,25	3,33	3,38
Atención primaria	1,29	1,28	1,26
Atención secundaria	0,55	0,56	0,57
Atención de urgencia	1,42	1,49	1,55
(Desviación estándar de la tasa de consultas médicas de beneficiarios FONASA por regiones en el año t/ promedio de la tasa de consultas médicas de beneficiarios FONASA por regiones en el año t)*100			
Total	15,25%	13,79%	17,12%
Atención primaria	14,21%	16,81%	20,58%
Atención secundaria	25,77%	23,08%	25,59%
Atención de urgencia	21,00%	18,47%	21,12%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del DEIS MINSAL, www.deis.cl, y el FONASA, www.fonasa.cl.

Adicionalmente, la Tabla N° IV.3.9 contiene el indicador de equidad para las regiones con beneficiarios del FONASA mayor (regiones V, VIII y Metropolitana) y menor a 1,0 millón de personas, así como para el total de las regiones. Como se observa, las mayores inequidades se producen entre las regiones con poblaciones beneficiarias de menor tamaño.

Tabla N° IV.3.9
Indicador de equidad de consultas médicas para las regiones con
beneficiarios del FONASA mayor y menor a 1,9 millón de personas y total
regiones, años 2008, 2009 y 2010

	2008	2009	2010
Regiones con beneficiarios mayor a 1,0 millón de personas	6,09%	6,51%	4,63%
Regiones con beneficiarios menor a 1,0 millón de personas	16,67%	14,81%	19,26%
Total Regiones	15,25%	13,79%	17,11%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del DEIS MINSAL, www.deis.cl, y el FONASA, www.fonasa.cl.

5) Indicador: Variación en el costo de las Consultas Médicas en la MAI

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de salud

Objetivos Estratégicos al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en cuestión, ya que, al obtener una menor variación en el costo de las consultas, se tiene una mayor probabilidad de acceso a dichas prestaciones y, consecuentemente, una mejor cobertura a sus asegurados.

Fórmula de Cálculo: $((\text{Valor consulta } i \text{ en el año } t - \text{Valor consulta } i \text{ en el año } t-1)/(\text{Valor consulta } i \text{ en el año } t-1))*100$

Resultado y Comentario: Este indicador apunta a medir las ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de los servicios. No existe información pública de las mediciones. El FONASA informó que no tiene esta información¹⁰¹. Como proxy se utilizó las variaciones en el valor de consultas y atenciones médicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA¹⁰².

La Tabla IV.3.10 contiene las variaciones reales experimentadas por los distintos tipos de consultas de la MAI para el período de análisis¹⁰³. Como se observa, las variaciones son similares entre las diferentes consultas y las brechas se explicarían, como hipótesis de trabajo, para que los valores del arancel sean en decenas o finalizados en cero. Como se observa, los precios de las consultas médicas aumentan, en términos reales, casi un 0,9%.

Tabla N° IV.3.10
Variación real en consulta médica de atención abierta del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA, 2008 – 2011

Tipo de consultas	2009 a 2008	2010 a 2009	2011 a 2010	2012 a 2011	Variación 2012 a 2008
Consulta o control médico integral en atención primaria	-2,96%	3,84%	0,76%	-1,00%	0,64%
Consulta o control médico integral en especialidades (hospitales tipo 3)	-2,83%	4,00%	0,74%	-1,16%	0,75%
Consulta médica integral en servicio de urgencia (hospitales tipo 1)	-2,91%	4,00%	0,83%	-1,06%	0,86%
Consulta médica integral en CRS	-2,92%	4,01%	0,88%	-1,11%	0,86%
Consulta médica integral en servicio de urgencia (hospitales tipo 2 y 3)	-2,81%	4,03%	0,89%	-1,06%	1,05%
Asistencia de cardiólogo a cirugías no cardíacas	-2,87%	4,02%	0,80%	-1,09%	0,86%

¹⁰¹ Información entregada por el FONASA en documento "Revisión Indicadores Propuesto Consultora".

¹⁰² El Arancel de la MAI no representa, necesariamente, el costo de producción de dichas prestaciones.

¹⁰³ Las variaciones reales están calculadas con relación a la variación experimentada por la unidad de fomento entre el 31 de diciembre de 2008 respecto a su valor en igual fecha del año 2007, como indicador de referencia para el cambio entre el año 2009 y el 2008, y para cada uno de los períodos en estudio. La explicación a utilizar datos rezagados se debe a que las modificaciones experimentadas por el IPC en el período t son incorporadas en el período $(t+1)$ y, de este modo, tienen un rezago de 1 año. En este contexto, para determinar si los aumentos nominales de los distintos períodos también son reales deben ser comparados con los vividos en el período anterior.

Atención médica del recién nacido	-2,87%	4,02%	0,80%	-1,09%	0,86%
Consulta integral de especialidades en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología (en CDT)	-2,86%	3,88%	0,90%	-0,99%	0,93%
Consulta integral de especialidades en urología, otorrinolaringología, medicina física y rehabilitación, dermatología, pediatría y subespecialidades (en CDT)	-2,83%	3,98%	0,84%	-0,99%	1,01%
Consulta integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades, oftalmología, neurología, oncología (en CDT)	-2,89%	3,96%	0,86%	-1,03%	0,90%
consulta integral de especialidades en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología (en hospitales tipo 1 y 2)	-2,86%	3,88%	0,90%	-0,99%	0,93%
consulta integral de especialidades en urología, otorrinolaringología, medicina física y rehabilitación, dermatología, pediatría y subespecialidades (en hospitales tipo 1 y 2)	-2,83%	3,98%	0,84%	-0,99%	1,01%
Consulta integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades, oftalmología, neurología, oncología (en hospitales tipo 1 y 2)	-2,89%	3,96%	0,86%	-1,03%	0,90%
Promedio	-2,87%	3,97%	0,84%	-1,05%	0,89%

Fuente: Elaboración Propia en base a Aranceles Modalidad Institucional FONASA para los años 2008 al 2012.

La Tabla IV.3.11 contiene las variaciones reales experimentadas por los distintos tipos de consultas de la MLE para el período de análisis. Como se observa, al igual que en el arancel de la MAI, las variaciones son similares entre las diferentes consultas y las brechas se explicarían, como hipótesis de trabajo, para que los valores del arancel sean en decenas o finalizados en cero. Como se observa, los precios de las consultas médicas de la MLE aumentan en promedio, en términos reales, casi en un 3,4%. De igual forma, aumentan en promedio 2,46 puntos porcentuales por sobre las consultas del arancel de la MAI.

Tabla N° IV.3.11
Variación real en consulta médica de atención abierta del Arancel de la Modalidad de libre elección del FONASA, 2008 – 2011

Tipo de consultas	2009 a 2008	2010 a 2009	2011 a 2010	2012 a 2011	Variación 2012 a 2008
Consulta médica electiva	-2,93%	3,92%	1,22%	1,00%	3,22%
Consulta médica de neurólogo, neurocirujano, otorrinolaringólogo, geriatra u oncólogo, endocrinólogo, reumatólogo y dermatólogo	-2,82%	3,94%	1,14%	1,05%	3,32%
Consulta médica especialidades	-2,76%	3,98%	1,23%	1,06%	3,51%
Promedio	-2,84%	3,95%	1,20%	1,04%	3,35%

Fuente: Elaboración Propia en base a Aranceles Modalidad Libre Elección FONASA para los años 2008 al 2012.

Un aspecto a considerar para la evaluación de este indicador es su comparación con la evolución experimentada por los precios de las consultas que pagaron los asegurados de las ISAPRES. Dichas personas, para el período comprendido entre los años 2008 y 2012, experimentaron **un aumento real de un 9,72%**. En cambio, para igual período, los asegurados del FONASA para las consultas

contempladas en el arancel de la MAI y la MLE, enfrentaron un **incremento real de un 0,89% y un 3,35%**, respectivamente. Con estos antecedentes en consideración se puede señalar que el FONASA, en esta materia, ha tenido una mejor gestión que las ISAPRES.

6) Indicador: Variación en el costo de las atenciones PAD quirúrgicas en la MAI.

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de salud

Objetivos Estratégicos al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en cuestión, ya que al obtener una menor variación en el costo de las intervenciones quirúrgicas se tiene una mayor probabilidad de acceso a dichas prestaciones y, consecuentemente, una mejor cobertura a sus asegurados.

Fórmula de Cálculo: $(\text{Valor atención quirúrgica PAD } i \text{ en el año } t - \text{valor atención quirúrgica PAD } i \text{ en el año } t-1) / \text{valor atención quirúrgica PAD } i \text{ en el año } t-1) * 100.$

Resultado y Comentario: Este indicador apunta a medir las ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de los servicios. No existe información pública de las mediciones. El FONASA informó que no tiene esta información¹⁰⁴. Como proxy se utilizó las variaciones reales en el Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA para Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) para problemas de salud con resolución eminentemente quirúrgica.

La Tabla IV.3.12 contiene las variaciones reales experimentadas por los distintos tipos de PAD para el período de análisis¹⁰⁵. Como se observa, las variaciones son similares entre sí y las brechas se explicarían, como hipótesis de trabajo al igual que en las consultas, para que los valores del arancel sean en decenas o finalizados en cero. Como se observa, las variaciones acumuladas por los PAD son cercanas al 0,9%, al igual que el de las consultas médicas. Tomando estos antecedentes en consideración **el resultado puede catalogarse como bueno.**

¹⁰⁴ Información entregada por el FONASA en documento "Revisión Indicadores Propuesto Consultora".

¹⁰⁵ Las variaciones reales están calculadas con relación a la variación experimentada por la unidad de fomento entre el 31 de diciembre de 2008 respecto a su valor en igual fecha del año 2007, como indicador de referencia para el cambio entre el año 2009 y el 2008, y para cada uno de los períodos en estudio. La explicación a utilizar datos rezagados se debe a que las modificaciones experimentadas por el IPC en el período t son incorporadas en el período (t+1) y, de este modo, tienen un rezago de 1 año. En este contexto, para determinar si los aumentos nominales de los distintos períodos también son reales deben ser comparados con los vividos en el período anterior.

Tabla N° IV.3.12
Variación real en atenciones PAD eminentemente quirúrgicas del Arancel
de la Modalidad Institucional del FONASA, 2008 – 2011

PAD Quirúrgicos	2009 a 2008	2010 a 2009	2011 a 2010	2012 a 2011	Variación 2012 a 2008
Colelitiasis	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Apendicitis	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Peritonitis	-2,86%	3,87%	0,94%	-1,07%	0,88%
Hernia abdominal simple	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Hernia abdominal complicada	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Tumor maligno de estomago	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Úlcera gástrica complicada	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Úlcera duodenal complicada	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Parto	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Embarazo ectópico	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Embarazo complicado	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Aborto simple	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Aborto complicado	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Enfermedad crónica de las amígdalas	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Vegetaciones adenoides	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Hiperplasia de la próstata	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Fimosis	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Criptorquidia	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Cataratas (incluye lente intraocular)	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Trasplante renal	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Cardioquirúrgico con CEC mayor	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Cardioquirúrgico con CEC mediano	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Cardioquirúrgico con CEC menor	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Prolapso vaginal anterior y/o posterior	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Tumores y/o quistes intracraneanos	-2,86%	4,16%	0,65%	-1,07%	0,88%
Aneurismas	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Disrafia	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Hernia del núcleo pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	-2,86%	3,97%	0,83%	-1,07%	0,87%
Promedio	-2,86%	3,98%	0,83%	-1,07%	0,87%

Fuente: Elaboración Propia en base a Aranceles Modalidad Institucional FONASA para los años 2008 al 2012.

7) Indicador: Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE

Producto Estratégico al cual se vincula: Plan de salud

Objetivos Estratégicos al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en cuestión, ya que, al obtener un menor porcentaje de copago en las prestaciones de salud, se tiene una mayor probabilidad de acceso a dichas prestaciones y consecuentemente una mejor cobertura a sus asegurados.

Fórmula de Cálculo: $(\text{Monto total de copagos realizados en la MAI y la MLE por los asegurados en el año t} / \text{monto total de las transferencias MAI asignadas a los prestadores y el gasto total facturado en prestaciones de la MLE en el año t}) * 100$

Resultado y Comentario: No se tuvo acceso a la información solicitada al FONASA respecto de los copagos en la MAI efectuados por los asegurados del FONASA, para el período 2008 a 2011. No obstante, se estimó el porcentaje de copagos realizados en la MLE para el período de análisis. Este indicador es 34,1%, 32,7%, 31,8% y 30,1% para los años comprendidos entre el 2008 y el 2011¹⁰⁶. Esto muestra que aumenta la cobertura del FONASA para las prestaciones de la MLE, mejorando la probabilidad de acceder a dichas prestaciones por parte de los cotizantes y sus familias (grupos B, C y D).

8) Indicador: Tasa de prestaciones MAI fiscalizadas

Producto Estratégico al cual se vincula: Gestión financiera

Objetivos Estratégicos al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).

El indicador se relaciona con los objetivos en cuestión ya que, por una parte, al disponer de un mayor número de fiscalizaciones de las prestaciones otorgadas se acredita su real entrega a los asegurados y, por ende, un mayor acceso a prestaciones y consecuentemente una mayor cobertura en salud. Por otro lado,

¹⁰⁶ Las estimaciones de los copagos de la MLE son elaboración propia en base a la información del FONASA, www.fonasa.cl, y la DIPRES, www.dipres.cl.

con su fiscalización y la acreditación de su existencia se obtiene una mayor eficiencia en administración de recursos del FONASA.

Fórmula de Cálculo: (Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones otorgadas en la MAI en el año t)*100.000

Resultado y Comentario: En la Tabla N° IV.3.13 se presentan los resultados declarados por el FONASA para este indicador de desempeño.

**Tabla N° IV.3.13
Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI y número total de prestaciones otorgadas en la MAI en los años 2009, 2010 y 2011**

	2009	2010	2011
Nº total de fiscalización a prestaciones ¹⁰⁷	31.932	38.701	37.330
Nº de prestaciones MAI	122.427.276	117.317.323	133.268.049
(Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones otorgadas en la MAI en el año t)*100.000	26	33	28

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl.

Este indicador apunta a medir los cambios en la calidad de los servicios. Destaca que el número de fiscalizaciones realizadas el año 2011 fue de 28 por cien mil prestaciones. El número es bajo, a lo que se agrega el nivel de desconocimiento que tiene el FONASA de las actividades que se realizan a través de la MAI, que se expresa en que mucha información relativa a ésta es necesario obtenerla vía DEIS.

9) Indicador: Porcentaje de fiscalizaciones realizadas en la MAI con resultados satisfactorios

Producto Estratégico al cual se vincula: Gestión Financiera

Objetivos Estratégicos al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).

El indicador se relaciona con los objetivos en cuestión ya que, por una parte, al disponer de un mayor número de fiscalizaciones con resultados satisfactorios de las prestaciones otorgadas se acredita su real entrega a los asegurados bajo los estándares establecidos por el Seguro Público de Salud (calidad) y, por ende, un

¹⁰⁷ La fiscalización a prestaciones corresponde a: reclamos resueltos, áreas críticas, GES, PPV e inscripción de convenios.

mayor y mejor acceso a prestaciones y consecuentemente una mayor cobertura en salud. Por otro lado, con su fiscalización y la acreditación de su existencia se obtiene una mayor eficiencia en administración de recursos del FONASA.

Fórmula de Cálculo: (Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI con resultados satisfactorios en el año t/ número total de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t)*10.000

Resultado y Comentario: Este indicador apunta a medir los cambios en la calidad de los servicios. No existe información pública de las mediciones, por ende, los resultados no pueden ser presentados en este informe para su incorporación en el análisis de evaluación del desempeño de la Institución. No existe información pública para calcular el indicador y, por ende, para evaluar el desempeño de la Institución en este aspecto. La información solicitada para el período 2008 a 2011 fue el número de fiscalizaciones sin sanciones para cada uno de los años.

10) Indicador: Porcentaje del gasto del Programa de Prestaciones Valoradas en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria.

Producto Estratégico al cual se vincula: Gestión Financiera

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en comento, ya que, al obtener un mayor porcentaje de participación del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) en el gasto de los establecimientos de atención secundaria y terciaria, se esperaría una mayor probabilidad de acceso a prestaciones con garantías mejor definidas, incluyendo calidad, y de esta forma contar con un mejor plan de salud, especialmente en lo referido a las prestaciones de mayor complejidad y especialización, para los asegurados del FONASA.

Fórmula de cálculo: $\left\{ \frac{\text{Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t}}{\text{Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t} + \text{Programa de Prestaciones Institucionales en el año t}} \right\} * 100$

Resultado y Comentario: La Tabla N° IV.3.15 muestra la evolución de la participación del programa de prestaciones valoradas, durante los años 2008 al 2011, en el financiamiento de las prestaciones generadas en el nivel secundario y terciario. Este indicador entrega señales del alineamiento entre el gasto financiero

y el rol del FONASA como seguro, ya que en esta alternativa de financiamiento hay metas explícitas entre la Institución y los prestadores así como garantías mejor definidas para sus asegurados. Como se observa, la participación del programa en cuestión presenta una tendencia a la baja, especialmente en el año 2011, por lo que se podría señalar que en este período no se ha alineado el gasto financiero con el rol de seguro de la Institución.

Tabla N° IV.3.15
Participación del Programa de Prestaciones Valoradas en el total del
gasto de la MAI en la atención secundaria y terciaria

Clasificación	Participación en la ejecución del año 2008	Participación en la ejecución del año 2009	Participación en la ejecución del año 2010	Participación en la ejecución del año 2011
Participación del PPV en el gasto MAI de la atención secundaria y terciaria	47,7%	42,1%	41,3%	34,9%
Participación del Programa de Prestaciones Institucionales en el gasto MAI de la atención secundaria y terciaria	52,3%	57,9%	58,7%	65,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia en base a informes de ejecución presupuestaria trimestral de la DIPRES en <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-14626-20971.html> y portal web del Fondo Nacional de Salud, www.fonasa.cl.

11) Indicador: Porcentaje del gasto Per Cápita APS y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.

Producto Estratégico al cual se vincula: Gestión Financiera

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo en comentario, ya que al obtener un mayor porcentaje de participación de los programa de Atención Primaria (Per Cápita APS) y Prestaciones Valoradas en el gasto de los establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria se esperaría una mayor probabilidad de acceso a prestaciones con garantías mejor definidas, incluyendo calidad, y de esta forma contar con un mejor plan de salud en las atenciones de salud de todos los niveles de complejidad y especialización, para los asegurados del FONASA.

Fórmula de cálculo: $\{(Monto\ total\ de\ la\ ejecución\ del\ Programa\ de\ Atención\ Primaria\ en\ el\ año\ t + Monto\ total\ de\ la\ ejecución\ del\ Programa\ de\ Prestaciones\ Valoradas\ en\ el\ año\ t) / (Monto\ total\ de\ la\ ejecución\ del\ Programa\ de\ Atención\ Primaria\ en\ el\ año\ t + Monto\ total\ de\ la\ ejecución\ del\ Programa\ de\ Prestaciones\ Valoradas\ en\ el\ año\ t)\}$

Primaria en el año t + Programa de Prestaciones Valoradas en el año t + Programa de Prestaciones Institucionales en el año t}}*100

Resultado y Comentario: La Tabla N° IV.3.16 presenta la evolución de la participación de los programas en los cuales el rol del FONASA como seguro debería verse reflejado de mejor forma, el Per Cápita APS y las PPV. Esto se debe a que en dichas alternativas de financiamiento hay metas explícitas entre la Institución y los prestadores, así como garantías mejor definidas para sus asegurados. Como se observa, la participación de los programas en análisis disminuye, por lo que se podría señalar que los programas financieros asociados al rol de seguro del Fondo Nacional de Salud han perdido relevancia durante el período de análisis.

Tabla N° IV.3.16
Participación de los programas de Atención Primaria y Valoradas en el total del gasto de la MAI en todos los niveles de atención de salud

Clasificación Económica	Participación en la ejecución del año 2008	Participación en la ejecución del año 2009	Participación en la ejecución del año 2010	Participación en la ejecución del año 2011
Participación de los programas Per Cápita APS y PPV en el gasto de la MAI	61,7%	57,2%	57,1%	53,5%
Participación del Programa de Prestaciones Institucionales en el gasto de la MAI	38,3%	42,8%	42,9%	46,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia en base a informes de ejecución presupuestaria trimestral de la DIPRES en <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-14626-20971.html> y portal web del Fondo Nacional de Salud, www.fonasa.cl.

Lo anteriormente comentado respecto al aumento en la participación del PPI en el gasto de MAI se explica por la Tabla N° IV.3.17. En ella se observa que para el período 2008 al 2011, el componente que experimenta un mayor crecimiento es el PPI (superior al de la MAI en su conjunto), seguido del Per Cápita APS y finalmente por el PPV.

Tabla N° IV.3.17
Evolución de los programas PPI, Per Cápita APS y PPI, años 2007 al 2011 (2007=100)

	2007	2008	2009	2010	2011
1. Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)	100%	103%	116%	119%	102%
2. Programa Atención Primaria (Per Cápita APS)	100%	93%	115%	126%	138%
3. Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)	100%	116%	163%	173%	195%

	2007	2008	2009	2010	2011
Total MAI	100%	105%	132%	140%	145%

Fuente: Elaboración Propia en base a informes de ejecución presupuestaria trimestral de la DIPRES en <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-14626-20971.html> y portal web del Fondo Nacional de Salud, www.fonasa.cl.

12) Indicador: Participación del gasto en SIL en el total del gasto en prestaciones y SIL.

Producto Estratégico al cual se vincula: Gestión Financiera

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).

El indicador se relaciona con los objetivos en comento, ya que, al obtener una menor ponderación del gasto en el SIL en gasto total, se tiene, por un lado, que un mayor monto de recursos se puede destinar al plan de salud (prestaciones y cobertura) y, por otro lado, al disminuir su ponderación relativa señala que, con sus acotadas potestades en la materia, el FONASA está aportando a una mejor administración de sus recursos.

Fórmula de cálculo: $\{(\text{Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año } t)/(\text{Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Institucionales en el año } t + \text{Monto total del gasto en la Modalidad de Libre Elección} + \text{Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año } t)\} * 100$

Resultado y Comentario: La Tabla N° IV.3.18 presenta la evolución de la participación del gasto en SIL financiado por el FONASA en el gasto total en prestaciones y SIL como una proxy del rol de dicho organismo como seguro, limitado por sus restringidas atribuciones en la materia, como contenedor del gasto en el tópico en comento para aumentar el destinado a prestaciones. Como se observa, la participación del gasto en SIL disminuye levemente en los últimos dos años, por lo que se podría señalar, como hipótesis de trabajo, que además de los aumentos en las tasas de empleo desde el año 2010 en adelante y su efecto inverso en el uso de las LM, en esta materia el rol de seguro de la Institución discretamente ha cooperado con dicha caída durante el período de análisis.

Tabla N° IV.3.18
Participación del gasto en prestaciones (MAI y MLE) y el gasto en el SIL
en el gasto total en prestaciones (MAI y MLE) y SIL

Clasificación	2008	2009	2010	2011
Participación gasto en prestaciones en el gasto total (prestaciones y SIL)	91,4%	90,4%	91,3%	91,7%
Participación gasto en SIL en el gasto total (prestaciones y SIL)	8,6%	9,6%	8,7%	8,3%
Gasto total en prestaciones y SIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia en base a informes de ejecución presupuestaria trimestral de la DIPRES en <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-14626-20971.html> y del FONASA, www.fonasa.cl.

13) Indicador Porcentaje de asegurados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) al FONASA

Producto Estratégico al cual se vincula: Atención al asegurado

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo señalado anteriormente, ya que al obtener un mayor porcentaje de asegurados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) al FONASA indica que una mayor cantidad de personas sienten una mayor y mejor cobertura de salud lo que sería producido por su plan de salud.

Fórmula de Cálculo: (Número de encuestados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) a FONASA / Número total de encuestados)* 100

Resultado y Comentario: La pregunta en cuestión es actualmente efectuada en la encuesta que anualmente realiza la institución¹⁰⁸, pero no era realizada entre los años 2008 al 2011. Por lo anterior, como proxy para los años 2008 al 2011, se utilizó la encuesta de la Superintendencia de Salud, en particular las nota promedio con las cuales las personas evalúan al FONASA en la pregunta "Cuán satisfecho o insatisfecho está Ud. con el FONASA".

En la Tabla N° IV.3.19 se presentan la nota promedio para la pregunta "¿Cuán satisfecho o insatisfecho está Ud. con el FONASA?" entre los años 2008 y el 2011.

¹⁰⁸ Información entregada por FONASA en documento "Revisión Indicadores Propuesto Consultora".

Cabe destacar que, considerando el tamaño de las muestras las diferencias entre los años no son estadísticamente significativas.

Tabla N° IV.3.19
Satisfacción con FONASA, nota promedio¹⁰⁹

Años	Indicador FONASA
Año 2011 ¹¹⁰	5,0
Año 2010 ¹¹¹	4,9
Año 2009 ¹¹²	5,1
Año 2008 ¹¹³	4,9

Fuente: Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

Con el fin de facilitar el análisis, a modo de comparación en la Tabla IV.30, se presenta la nota promedio tanto para el FONASA como para las ISAPRES entre los años 2008 y el 2011. Se observa que durante los cuatro años en estudio, el FONASA fue peor evaluado que las ISAPRES por sus respectivos beneficiarios.

Tabla IV.3.20
Satisfacción con su seguro de salud, nota promedio¹¹⁴

Años	FONASA	ISAPRES
Año 2011 ¹¹⁵	5,0	5,2
Año 2010 ¹¹⁶	4,9	5,6
Año 2009 ¹¹⁷	5,1	5,6
Año 2008 ¹¹⁸	4,9	5,2

Fuente: Superintendencia de Salud, http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7632_recurso_1.pdf.

14) Indicador: Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana.

Producto Estratégico al cual se vincula: Atención al asegurado

Objetivo Estratégico al cual se vincula: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud del FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

El indicador se relaciona con el objetivo señalado anteriormente, ya que, al obtener un mayor porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana, indica, por una parte, que el FONASA dispone de un mejor sistema de

¹⁰⁹ Fuente: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7632_recurso_1.pdf.

¹¹⁰ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho está usted con FONASA/ su ISAPRES?

¹¹¹ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho está usted con FONASA/ su ISAPRES?

¹¹² Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho está usted con FONASA/ su ISAPRES?

¹¹³ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con su actual sistema de salud?

¹¹⁴ Fuente: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7632_recurso_1.pdf.

¹¹⁵ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho está usted con FONASA/ su ISAPRES?

¹¹⁶ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho está usted con FONASA/ su ISAPRES?

¹¹⁷ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho está usted con FONASA/ su ISAPRES?

¹¹⁸ Corresponde a la pregunta de la encuesta ¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con su actual sistema de salud?

gestión de reclamos que permite mejorar el plan de salud a sus asegurados y, por otro lado, al aumentar el indicador un mayor número de personas entiende que su plan de salud cumplió con lo comprometido respecto a sus distintas garantías.

El indicador se relaciona con el objetivo señalado anteriormente, ya que al obtener un mayor porcentaje de asegurados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) al FONASA indica que una mayor cantidad de personas sienten una mayor y mejor cobertura de salud lo que sería producido por su plan de salud.

Fórmula de cálculo: $((N^{\circ} \text{ C/U/B que están satisfechos con la atención de los canales de contacto} / N^{\circ} \text{ de encuestados}) * 100)$

Resultado y Comentario: Este indicador apunta a medir el nivel de satisfacción del beneficiario. Este indicador es actualmente utilizado por el FONASA¹¹⁹, pero para la serie del 2008 al 2011 sólo existe información para el último año. En el 2011, el porcentaje de C/U/B¹²⁰ satisfechos con la atención recibida en los canales de atención es de un 70%, siendo la meta establecida por la institución de un 70,2%¹²¹. Esto considerando que para estándares habituales un 70% de satisfacción con la atención recibida es bajo.

IV.4 Resumen resultado de indicadores por producto estratégico

En la tabla N° IV.3.1 se resumen los resultados por indicador y producto estratégico del FONASA.

Tabla N° IV.4.1
Resultados por indicador y producto estratégico del FONASA

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011	Comentario
Plan de Salud	Porcentaje de cumplimiento de garantías de acceso	100%	100%	100%	100%	Los resultados del indicador denotan que todos los asegurados del FONASA que debían recibir los tratamientos GES tuvieron la posibilidad de hacerlo.
Plan de Salud	Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento	10%	12%	5%	0%	Los resultados indican que, a partir del año 2010, disminuyeron los asegurados del FONASA con garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento hasta llegar a cero.
Plan de Salud	Tasa de consultas médicas en la MAI	3,27	3,38	3,30	3,17	Las tasas de consultas médicas en la MAI por asegurado del FONASA muestran un resultado variable en el tiempo. Al agregar las consultas realizadas en la MLE se obtiene que las

¹¹⁹Información entregada por FONASA en documento "Revisión Indicadores Propuesto Consultora".

¹²⁰Clientes/Usuarios/Beneficiarios.

¹²¹Informe de Gestión Solicitudes Ciudadanas Enero – Diciembre 2011. FONASA.

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011	Comentario
						tasas de consultas del seguro público de salud superan a los de las ISAPRES. No obstante, la tendencia de las tasa de consultas es decreciente en el tiempo, disminuyendo su brecha positiva respecto a las ISAPRES.
Plan de Salud	Dispersión tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios FONASA por regiones	15,2%	13,8%	17,1%	-	Este indicador apunta a medir equidad en el acceso. El indicador de equidad a utilizar es la desviación estándar sobre el promedio de las tasas de consultas médicas de beneficiarios FONASA por regiones. Su valor para el año 2010 en atención primaria es de un 20,6%, para la atención de especialidades de un 25,6%, para la atención de urgencia de un 21,1% y para el total de atenciones de un 17,1%. Lo que refleja que la mayor desigualdad se produce a nivel de consultas de especialidades.
Plan de Salud	Variación en términos reales en el costo de las consulta médicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA	-2,87%	3,97%	0,84%	-1,05%	Un aspecto a considerar para la evaluación de este indicador es su comparación con la evolución experimentada por los precios de las consultas que pagaron los asegurados de ISAPRES. Dichas personas, para el período comprendido entre los años 2008 y 2012, experimentaron un aumento real de un 9,72%. En cambio, para igual período, los asegurados del FONASA para las consultas contempladas en el arancel de la MAI y la MLE, enfrentaron un incremento real de un 0,89% y un 3,35%, respectivamente. Con estos antecedentes en consideración se puede señalar que el FONASA, en esta materia, ha tenido una mejor gestión que las ISAPRES.
Plan de Salud	Variación en términos reales del costo de las atenciones PAD eminentemente quirúrgicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA	-2,86%	3,98%	0,83%	-1,07%	En el período 2008-2012 las variaciones acumuladas por los PAD son cercanas al 0,9%, al igual que el de las consultas médicas. Tomando estos antecedentes en consideración el resultado puede catalogarse como bueno
Plan de Salud	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011	Comentario
Gestión Financiera	(Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones otorgadas en la MAI en el año t)*100.000	-	26	33	28	Este indicador apunta a medir los cambios en la calidad de los servicios. Como se observa el número de fiscalizaciones por cada 100.000 prestaciones de la modalidad MAI disminuye entre el 2010 y el 2011 de 33 a 28.
Gestión Financiera	Porcentaje de auditorías realizadas en la MAI con resultados satisfactorios	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	
Gestión Financiera	Porcentaje del gasto PPV en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria	47,7%	42,1%	41,3%	34,9%	Este indicador no entrega señales del alineamiento entre el gasto financiero y el rol del FONASA como seguro, ya que en esta alternativa de financiamiento hay metas explícitas entre la Institución y los prestadores así como garantías mejor definidas para sus asegurados. Como se observa, la participación del programa en cuestión disminuye, especialmente en el año 2011, por lo que se podría señalar que en este período no se ha alineado el gasto financiero con el rol de seguro de la Institución.
Gestión Financiera	Porcentaje del gasto Per Cápita APS y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.	61,7%	57,2%	57,1%	53,5%	Como se observa, la participación de los programas en análisis disminuye, por lo que se podría señalar que los programas financieros asociados al rol de seguro del Fondo Nacional de Salud han perdido relevancia durante el período de análisis.
Gestión Financiera	Participación del gasto en SIL en el total del gasto en prestaciones y SIL	10,7%	11,2%	10,5%	10,0%	Como se observa, la participación del gasto en SIL disminuye levemente en los últimos dos años, por lo que se podría señalar que en esta materia el rol de seguro del FONASA, discretamente, ha ganado relevancia durante el período de análisis.
Atención al Asegurado	Se utiliza como proxy la encuesta de la Superintendencia de Salud, en particular la pregunta "Cuán satisfecho o insatisfecho está Ud. con el FONASA". En particular, la nota promedio con la cuales las personas evalúan a FONASA.	4,9	5,1	4,8	5,0	Considerando el tamaño de las muestras, las diferencias entre los años no son estadísticamente significativas. El indicador muestra que, en una escala de 1 a 7, la evaluación por parte de los asegurados está en torno a una nota de 5,0.

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011	Comentario
Atención al Asegurado	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana	-	-	-	70%	Este indicador es actualmente utilizado por el FONASA, pero para la serie del 2008 al 2011 sólo existe información para el último año. En el 2011, el porcentaje de clientes, usuarios, beneficiarios satisfechos con la atención recibida en los canales de atención es de un 70%, siendo la meta establecida por la institución de un 70,2%.

Fuente: Elaboración Propia

IV.5 Resumen resultado de indicadores según metodología Banco Mundial

En la tabla N° IV.4.1 se resumen los resultados por indicador y tipos de resultados del Banco Mundial.

Tabla N° IV.5.1
Resultados del FONASA 2008- 2011 según Tipos de Resultados del Banco Mundial

Tipo de resultados metodología Banco Mundial	Indicador	2008	2009	2010	2011
Cambio de Estado de salud	No se mide				
Protección del riesgo financiero	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información
	Porcentaje de recaudación de cotizaciones de trabajadores dependientes	97,6%	97,6%	97,6%	97,7%
Nivel de satisfacción del beneficiario	Encuesta de la Superintendencia de Salud, en particular la pregunta "Cuán satisfecho o insatisfecho está Ud. con el FONASA".	4,9	5,1	4,8	5,0
	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana	-	-	-	70%
Cambios en las barreras de acceso	Porcentaje de cumplimiento de garantías de acceso	100%	100%	100%	100%
	Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento	10%	12%	5%	0%
	Tasa de consultas médicas en la MAI	3,27	3,38	3,30	3,17
Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios	Variación en términos reales en el costo de las consulta médicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA	-2,87%	3,97%	0,84%	-1,05%

Tipo de resultados metodología Banco Mundial	Indicador	2008	2009	2010	2011
	Variación en términos reales del costo de las atenciones PAD eminentemente quirúrgicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA	-2,86%	3,98%	0,83%	-1,07%
	Porcentaje del gasto PPV en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria	47,7%	42,1%	41,3%	34,9%
	Porcentaje del gasto Per Cápita APS y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.	61,7%	57,2%	57,1%	53,5%
Calidad de los servicios	(Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones otorgadas en la MAI en el año t)*100.000	-	26	33	28
	Porcentaje de auditorías realizadas en la MAI con resultados satisfactorios	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información	FONASA no entrega información
Equidad	Dispersión tasa de consultas médicas en la MAI beneficiarios FONASA por regiones	15,25%	13,79%	17,12%	-

Fuente: Elaboración Propia

V. CONCLUSIONES

El marco jurídico del FONASA establece que le compete un doble ámbito de acción: ser un seguro de salud para sus beneficiarios y, al mismo tiempo, ejercer o desempeñar funciones de administración financiera del sector público de salud.

El seguro público de salud, tal como está descrito en gran parte del documento, es el Organismo que establece compromisos de aseguramiento, entre otros, en materia relacionadas a prestaciones y coberturas financieras para su cartera de afiliados. Aún más, es capaz de comprometer no sólo el acceso y la cobertura financiera de las prestaciones, sino que también la oportunidad de su atención.

En cambio, el fondo es aquel que, en lo esencial, no establece compromisos de aseguramiento explícito para sus afiliados ni desempeña sus funciones habituales: administración del riesgo, intermediación y el control de costos. Por el contrario, sus tareas están concentradas en la gestión financiera de la red de prestadores y en actividades asociadas a dicho fin, tales como, colaborar con el MINSAL en la compatibilización y consolidación del presupuesto del sector.

Respecto a la relevancia de ambos roles en la práctica, el de administración financiera ha adquirido distintas intensidades en el tiempo, según las definiciones que con relación al tema ha tomado el MINSAL. En cuanto al de seguro, cabe

señalar que el mayor gasto corresponde a la MAI con una proporción importante de recursos asociados a transferencias y no compras.

La segunda conclusión está referida a las mejoras incorporadas en los años recientes en la misión del seguro público de salud para alinearla con su contexto legal. En particular, las modificaciones de misión realizados en el último período en análisis explicitan de mejor forma el marco jurídico preponderante para el FONASA después de los cambios realizados en la Reforma de Salud del 2005. La reforma en cuestión, aumenta la relevancia de la Institución como seguro previsional de salud y disminuye la relacionada con actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud. Esta última, sin ser eliminada, pero ciertamente con otro énfasis, al menos en su marco jurídico. A saber, en el año 2011 la misión señala que el FONASA "es un seguro" que entrega cobertura financiera para las prestaciones de salud que requieran sus asegurados y demanden al sector prestador público y privado.

De igual forma, en el período en cuestión, se observa tanto una mayor consistencia entre la misión y sus objetivos estratégicos. Los productos y subproductos estratégicos coinciden con las declaraciones de misión en cada período y están en consonancia con los que forman parte de un seguro de salud. Su evolución, desde el punto de vista del diseño, indica una preocupación por ofrecer un buen plan, dar una buena atención a los asegurados y realizar una gestión eficiente de los recursos.

De esta forma, los cambios realizados en su misión y, por ende, en sus objetivos y productos estratégicos, así como en su estructura orgánica y en la funcionalidad de sus departamentos, se alinean con la prioridad otorgada a sus funciones como seguro, sin dejar de desarrollar actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud, como por ejemplo la elaboración del presupuesto sectorial.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en el análisis organizacional del FONASA, se observan que algunas funciones críticas de los ámbitos regulatorios, gestión con proveedores y monitoreo y sistemas de información son desarrolladas parcialmente por la Institución y/o que son ejecutadas por el Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Entre aquéllas se encuentran la elegibilidad de pacientes para los beneficios del Plan AUGE que realizan los prestadores y no el seguro público, el monitoreo de la producción de prestaciones de salud realizadas por los prestadores públicos como parte de sus compromisos con el FONASA en la MAI, que realiza el Ministerio de Salud¹²². Como funciones ausentes se pueden señalar la promoción de la calidad de prestaciones a través de auditorías de calidad, el seguimiento de los tiempos de espera en las consultas médicas, principalmente de especialidades, y el desarrollo de sistemas de control de costos para las prestaciones producidas en la red pública de prestadores.

¹²² A través de los Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud y Municipios.

La tercera conclusión, aborda el eje de actividades de la Institución. Tal como se comenta en el informe, la mayor parte del gasto en prestaciones de sus asegurados, financiados tanto por el FONASA como por su gasto de bolsillo, está centrado en los servicios de salud producidos bajo la Modalidad de Atención Institucional (alrededor de un 85% en promedio entre los años 2008 al 2011). El remanente del gasto se efectúa, en lo medular, en prestaciones producidas por oferentes privados inscritos en los tres niveles de la Modalidad de Libre Elección. Esto significa que, en lo esencial, la actividad de la Institución está relacionada con los servicios de salud generados en la red pública de prestadores en sus distintos niveles de complejidad.

Un aspecto esencial es si la actividad asociada a la red de prestadores públicos es contextualizada en su rol de seguro público de salud o de fondo de salud. A saber, al menos un 46% de las transferencias totales del año 2011 a la atención primaria, secundaria y terciaria, corresponden al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), es decir, a recursos asociados a su rol de fondo de salud. Aún más, al considerar sólo la atención secundaria y terciaria se tiene que las transferencias PPI representan un 65%. Esta modalidad de financiamiento no permite identificar las prestaciones que se financiarán con estos recursos. En este contexto, parece importante profundizar el rol de seguro del FONASA asociado a la modalidad de atención en comento, a través de actividades tales como mejorar la información sobre la producción de prestaciones de salud de la MAI, incorporar procesos para validar, ex ante, la realización de prestaciones no aranceladas en dicha modalidad, la incorporación de nuevas prestaciones a la oferta de la red de prestadores públicos que permitan determinar, en una mayor proporción a la actual, el gasto agregado y por grupos de prestaciones y la realización de auditorías de calidad de atención. En este último aspecto cabe señalar que, si bien el FONASA utiliza convenios y contratos en la MAI (no para la totalidad de los establecimientos) y en la MLE para asegurar la calidad de los proveedores, el número de fiscalizaciones de prestaciones en la MAI no es suficiente para asegurar la calidad de éstas.

La cuarta conclusión dice relación con la estructura organizacional y la relevancia de los productos estratégicos en términos organizacionales y financieros. El documento del Banco Mundial (2012) establece que si bien no existe una estructura organizacional única y óptima para el funcionamiento de un seguro de salud, ella debe contribuir a la rendición de cuentas y buscar optimizar la capacidad instalada existente y las competencias institucionales. Al respecto, el FONASA acoge ambos principios. Con relación al primero, dispone de instancias responsables para la correcta ejecución de sus funciones, a través de mecanismos de control y supervisión, una definición clara de los aspectos administrativos de sus funciones y la celebración de contratos claros y vinculantes, así como de personal capacitado y con sistemas de información. En relación al segundo principio, construir sobre la organización existente, el organigrama del año 2011 es, por una parte, construido sobre el del año 2008 y, por otro lado, de mayor

complejidad al aumentar los departamentos de línea, crear y reubicar subdepartamentos y eliminar parte de la estructura existente. No obstante, del análisis se desprenden debilidades relativas a la planificación del personal, una muestra de ello es la descripción de cargos limitadas a competencias genéricas y transversales, no específicas, como se requeriría, por ejemplo, para el diseño de los Planes de Salud y la actualización de los aranceles.

Respecto a la relevancia organizacional de los productos estratégicos, se estima para el Plan de Salud una dotación, cuyo perfil profesional no permite realizar las labores necesarias como, elaborar proyecciones de largo plazo de la demanda asociada a las prestaciones de salud a sus asegurados y plasmar esta información en el plan. En Gestión Financiera, se considera que la política de colaboración con otros organismos públicos¹²³ ha mejorado la correcta aplicación de la entrega de beneficios a los asegurados y se observa una política de fortalecimiento del control, la que aún muestra bajos niveles en términos de fiscalizaciones. En Atención al Asegurado, si bien se observa una política tendiente a situar al asegurado en el centro del quehacer institucional, reflejado en la ampliación de la red de puntos de atención, el estudio de campo de sucursales evidenció espacios de mejora, especialmente en las condiciones de atención y eficiencia de los modelos de atención y la baja disponibilidad de material informativo. Probablemente, esto influye en que la percepción de los asegurados respecto del FONASA sea menos que satisfactoria.

En esta línea argumental, el análisis de procesos evidenció el creciente interés que muestra la Institución por mejorar su forma de operar, siendo un importante hallazgo, descubrir que tiene una gran parte de sus procesos diagramados. Esto ha servido para ir constatando dónde existen posibilidades de mejora relativas a la situación de sus sistemas de información. De hecho en la actualidad, un número importante de tareas se realiza de forma manual o con planilla Excel, lo que genera problemas con respecto a la calidad y a la oportunidad de la información, y la productividad. Un aporte sustancial para superar la actual situación es la implantación de un nuevo sistema de información. Este debiera superar la actual situación de las Bases de Datos del FONASA, desarrolladas desde el año 1999 con tecnologías diferentes por distintas empresas prestadoras de servicios informáticos, obedeciendo a necesidades de información coyunturales, lo que finalmente se ha traducido en falta de oportunidad y calidad de la información para, por una parte, apoyar los procesos de toma de decisiones y, por otro lado, profundizar el rol de seguro público de la Institución (efectuar proyecciones epidemiológicas, monitoreo y seguimiento de sus asegurados y las prestaciones que reciben, análisis de la calidad de las prestaciones, entre otros).

¹²³ Relacionada con intercambio de bases de datos con el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Registro Civil e Identificación, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación, el Servicio Nacional de Menores, entre otros.

Un aspecto a mejorar es la coordinación con otros organismos del sector público. A pesar de las políticas de colaboración para el fortalecimiento del control y la fiscalización de la recaudación, existe pérdida de control de copagos MAI efectuados por Servicios de Salud, y debilidades en implementación del convenio con IPS (faltas de consistencia en la información, retrasos).

La quinta conclusión tiene relación con el importante papel del FONASA en el mercado de los seguros previsionales de salud. Por una parte, como el actor que permite una mayor inclusión y acceso a los diversos servicios de salud que la población necesita, sin generar algún tipo de discriminación por sexo, edad, condición de salud e ingreso, como sí lo hacen las ISAPRES. Por otra parte, es el principal seguro previsional de salud con una participación de mercado, en el año 2011, de un 76%, muy por sobre las ISAPRES que no superan el 17%, superando incluso la participación de los seguros privados en los quintiles de mayores ingresos. Sin embargo, dicha importancia es mayor en los grupos de mayores gastos esperados en salud, es decir, adultos mayores, mujeres y los grupos de menores ingresos.

Sin embargo, esta gran importancia en cobertura de beneficiarios se refleja, a nivel de prestadores, principalmente en la red pública. En el mercado de prestadores privados de salud, las ISAPRES abiertas son las principales compradoras, a pesar de que su tamaño es menor al de FONASA.

La sexta y última conclusión son los resultados del desempeño del Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a los indicadores seleccionados según el marco conceptual del Banco Mundial, en su publicación denominada: "Manual de Seguros de Salud: cómo hacerlos funcionar". La evaluación de los resultados del FONASA es en su rol asegurador, considerando los elementos principales del monitoreo y la evaluación de los seguros de salud, en el entendido que un mejor desempeño es clave para contribuir a su vez a la cobertura universal de atención de salud en nuestro país (OMS).

Al respecto, algunos de los indicadores no pudieron ser medidos para todo el período de análisis e incluso para ninguno de los años del período de evaluación. Una muestra de esto es que, en lo que refiere a resultados de impacto, el FONASA no cuenta con información sobre los cambios en el estado de salud de sus asegurados y el grado de protección financiera que les entrega el seguro.

Con relación a su desempeño global, se observa que:

- Algunos de los indicadores seleccionados no pudieron ser medidos, por falta de información, para todo el período de análisis comprendido en la evaluación, lo que dificulta la obtención de conclusiones. Esto último acontece con aquellos vinculados a la MAI, justamente, en aquella área

donde el FONASA no ejerce sus funciones de seguro de público de salud. Lo mismo ocurre respecto de la imposibilidad de medir resultados de impacto asociados a los objetivos finales del seguro, como es, por ejemplo, el cambio del estado de salud de la población o la protección del riesgo financiero asociado a salud.

- Los indicadores presentan resultados heterogéneos. A la luz de la metodología del Banco Mundial (2012), se encuentran áreas de resultados en donde el FONASA tiene un mejor desempeño que en otras, por ejemplo, en barreras de acceso y eficiencia en entrega de servicios en comparación a los indicadores de satisfacción de usuarios y calidad del servicio.
- Por otra parte, al considerar los resultados por Producto Estratégico estos también muestran variabilidad: mientras los indicadores del Plan de Salud muestran niveles y tendencias positivas, los asociados a Gestión Financiera y Atención al asegurado exhiben un desempeño menor al esperado. Al evaluar los resultados de los tres productos estratégicos, es decir, en Plan de Salud, Gestión Financiera y Atención al Asegurado, también se encuentra que éstos son heterogéneos. Por una parte el producto Atención al Asegurado muestra que la evaluación de los beneficiarios es inferior a la nota considerada como satisfactoria (6 en escala de 1 a 7); esto no es de extrañar, debido a que la reforma de salud del año 2005 aún es reciente y requiere de algún tiempo para perfeccionar sus procesos y gestión, de tal forma de mejorar su desempeño. Respecto a los dos otros productos estratégicos, Plan de Salud y Gestión Financiera, si bien son de larga data en el funcionamiento del FONASA y, ciertamente, requieren ser mejorados para optimizar su gestión, es importante señalar que están influenciados, en algún grado, por las restricciones que enfrenta la Institución en la gestión de la MAI, en particular en la red pública de prestadores.

VI. RECOMENDACIONES

Respecto del doble ámbito de acción del FONASA: efectuar un análisis de sus definiciones estratégicas, en aquellas materias que no están expresamente definidas en la ley y que son interpretables por parte de los actores involucrados (ejemplo: atribuciones del FONASA respecto a fiscalización en la MAI, gestión financiera del sector, entre otros).

Desde el punto de vista de la gestión organizacional:

- ✓ Incorporar indicadores de productividad en áreas críticas, que permitan monitorear el nivel de actividad y la eficiencia de la organización no sólo a través del cumplimiento de metas.
- ✓ Realizar perfiles de las competencias específicas, inicialmente en cargos relacionados a funciones más importantes en el FONASA y posteriormente al resto de la Institución.

- ✓ Mejorar la planificación de la carga de trabajo correspondiente a cada unidad en los distintos períodos del año en base a sus procesos levantados.
- ✓ Elaborar un diagnóstico sobre la concordancia entre las funciones declaradas en las distintas resoluciones existentes en la materia, y lo que efectivamente realiza cada unidad.

Respecto de la importancia de la MAI en la oferta que efectúa el FONASA a sus asegurados:

- ✓ Disponer de los datos para incorporarla en su quehacer.
- ✓ Evaluar la incorporación de la atención primaria en la gestión financiera del FONASA, adicionalmente profundizar el desarrollo de los mecanismos de transferencia de recursos que compartan el riesgo con el prestador.
- ✓ Desarrollar una relación con sus beneficiarios que les permita identificar al FONASA como su seguro de salud (responsable de información, orientación, sujeto de reclamo).
- ✓ Profundizar la implantación de sistemas de fiscalización de las prestaciones otorgadas en materias tales como oportunidad y calidad.

Desde el punto de vista de los indicadores de resultados, se sugiere incorporar en los sistemas de gestión aquellos incluidos en el manual del Banco Mundial (2012), en las siguientes dimensiones:

- ✓ Equidad, desde el punto de vista del acceso y la distribución de sus beneficios en grupos específicos de la población beneficiaria (ingresos, región, género).
- ✓ Cambio en el estado de salud de la población.
- ✓ Protección del riesgo financiero.
- ✓ Eficiencia de la prestación de servicios.
- ✓ Calidad de los servicios.

Respecto de los problemas detectados en información, gestión financiera y calidad, generar instrumentos tendientes a avanzar en la implementación de un sistema de información integrado de salud.

- ✓ Promoción de la calidad de prestaciones a través de auditorías de calidad.
- ✓ Seguimiento de los tiempos de espera en las consultas médicas, principalmente de especialidades.
- ✓ Desarrollo de sistemas de control de costos para las prestaciones producidas en la red pública de prestadores.
- ✓ Mayor control sobre recaudación de copagos (controlando montos, plazos) y, al respecto, evaluar la pertinencia de continuar con el convenio de recaudación de cotizaciones con el IPS, dado el desarrollo actual de entidades recaudadoras, lo que tal vez aconseja prescindir de tal intermediación.

En síntesis, una organización con avances en sus definiciones estratégicas y en su gestión organizacional. La que tal vez, debido a lo reciente de su declaración de

misión de ser un seguro público de salud -que es desde la perspectiva de la cual se hace esta evaluación- aún requiere atravesar por redefiniciones de política pública que le permitan asumir a cabalidad el rol de ser seguro de salud, que hoy cubre las necesidades de la mayoría de la población de nuestro país.

ANEXO N° 1: ROL DEL ESTADO EN EL SECTOR SALUD

Se revisarán a continuación los antecedentes teóricos que permiten fundamentar la participación del Estado en los sistemas de salud.

1. Aspectos Generales

Las personas demandan servicios de atención de salud tanto para evitar posibles efectos negativos en su propio estado de salud producto de las enfermedades, como para solicitar servicios preventivos que le permitan desarrollar su vida diaria de forma normal y, de esta manera, maximizar su nivel de bienestar¹²⁴. En otras palabras, los servicios de atención de salud deben ser considerados insumos más que un bien final.

El mercado de la atención de salud no cumple con las condiciones clásicas de otros mercados¹²⁵ y si queremos entender cómo el Estado debe intervenir, es necesario primero saber cuáles son estas condiciones. Para dichos fines consideraremos los trabajos de Arrow (1963) y Newhouse (1996).

Por un lado, la naturaleza misma de la demanda, a diferencia de los mercados tradicionales, es irregular e impredecible y se hace evidente sólo ante la presencia de enfermedad o alguna presunción de ésta. Lo anterior ocurre dado que ellas no sólo representan potenciales costos a las personas, sino que además implican un riesgo en sí mismo para las personas, por lo que buscan evitar los efectos negativos de éstas.

Ahora, con respecto a los médicos, se espera un comportamiento distinto al de un agente económico cualquiera, ya que existe una restricción ética en su actuar: se espera que busquen el bienestar del individuo. El diagnóstico médico es en base a la necesidad objetiva de cada caso, y se asume que el médico certifica la existencia de ciertas enfermedades, y se espera que busque complacer a los clientes. Las personas confían en los médicos y esperan que sean desinteresados en su actuar.

Existe también incertidumbre en cuanto a la calidad del producto, es decir, si el diagnóstico y el tratamiento determinado por el médico mejora o no el estado de salud de las personas. Esto es relevante, ya que el bienestar de las personas depende de su estado de salud, por lo que podrían ser posibles grandes disminuciones en el primero, al no utilizarse los tratamientos adecuados para ellas.

¹²⁴ Grossman, Michael (1999).

¹²⁵ Es decir, una oferta y demanda que se ajustan por las fuerzas del mercado, por lo que se llega a un punto eficiente de producción.

En cuanto a la oferta laboral de los médicos y otros profesionales de la salud, ella se encuentra limitada por las restricciones al ejercicio de la profesión dadas por las certificaciones exigidas. Por una parte, de esa forma se logra garantizar e informar de la calidad a los usuarios, que es algo que es valorado por la demanda. Por otra, cuando ellas se expresan en importantes restricciones en el mercado (por ejemplo, los cupos para la formación de especialidades), permiten mantener altos retornos para la profesión.

2. Fallas en el Mercado de la Salud

Junto a lo señalado en la sección anterior, dentro del mercado de la salud existen una serie de fallas de mercado que podrían justificar, al menos desde una perspectiva teórica, la intervención del Estado, a saber:

Bienes Públicos: son aquéllos en los que no existe exclusión en el consumo, es decir, no podemos privar a otros de beneficiarse de ellos y su consumo por parte de algunas personas no reduce la cantidad disponible para el consumo de otras. Por ello es que las personas pueden consumirlos sin pagar por ellos y, por ende, habrá una producción subóptima. Musgrove (1996) señala que esto es lo que ocurre para algunos servicios de atención en el sector salud y que desencadena que el gobierno o alguna organización en particular paguen por su producción. Ejemplos son las campañas en televisión para la prevención de ciertas enfermedades como el VIH/SIDA o el cólera y la fumigación en ciertos lugares geográficos para el control de las plagas. También caben dentro de esta definición aquellos tratamientos para enfermedades que han sido 100% erradicadas.

Externalidades: son aquellas situaciones en que la acción de un individuo genera efectos (positivos o negativos) en el resto de las personas y que el mercado no es capaz de internalizar, con la consiguiente asignación ineficiente de recursos. En el mercado de las atenciones de salud existe una serie de bienes y servicios que generan externalidades, como inmunizaciones o tratamiento de enfermedades infectocontagiosas. En este contexto, existen bienes privados demandados por las personas y que, además, puede existir la intervención del Estado para que sean provistos (tanto a través de la provisión pública o bien financiando la producción por parte de privados). En la práctica, son casos de mercados que inicialmente funcionan de forma privada y donde los individuos compran ciertos productos y/o servicios y se benefician de ellos. Pero esto genera una externalidad positiva en el resto de la población, que no es capturada completamente por quien paga y por eso hay muchas personas que no están dispuestas a pagar la totalidad de la intervención, ya que no se quedan con el 100% de su beneficio.

Asimetrías de información: estos son los casos en los cuales a la hora de negociar una de las contrapartes no posee la misma información que el resto de los participantes. Hay varios tipos de asimetrías, dentro de las que se encuentran:

Selección adversa: Esta falla de mercado surge desde los demandantes (en este caso, los asegurados) y se genera desde la asimetría de información y desde los incentivos por parte de los consumidores a maximizar la prima que pagan, haciendo que el estado de salud declarado por los agentes hacia las empresas aseguradoras no sea necesariamente su real estado, llevando a que los demandantes prefieran el seguro que les dé más beneficios como proporción de la prima que pagan. Dado lo anterior, se merma la asignación eficiente y *justa* del seguro de salud entre los afiliados, el cual buscaría cobrar más al agente más riesgoso y menos al más sano.

Selección por riesgo: Surge desde las empresas aseguradoras u oferta de este mercado las cuales, a sabiendas del problema de selección adversa anteriormente señalado, buscan discriminar a las personas solicitando una serie de antecedentes personales, pudiendo hacer múltiples planes de modo de realizar una selección de los asegurados más eficiente. Esto genera oportunidades para que las aseguradoras cobren distintas primas (diferenciación de precios por riesgo) y así las personas se autoseleccionen, situación que es eficiente en el sentido que permite a todos poseer el seguro que están dispuestos a pagar¹²⁶. Pero con lo anterior, muchas veces resultan perjudicadas personas de alto riesgo y bajos ingresos, incapaces de pagar altas cantidades por su seguro y por atenciones de salud. Lo anterior hace necesaria la intervención del Estado, tanto para regular los contratos ofrecidos por las aseguradoras como para asegurar y/o subsidiar a quienes no poseen los recursos para pagar.

Riesgo moral: este es el caso en que los individuos luego de asumir un compromiso cambian su comportamiento previo, dada la nueva circunstancia. Según Rothschild y Stiglitz (1976) esto es lo que ocurre en los mercados de los seguros de salud¹²⁷. En particular, en estos casos los asegurados después de contratar el seguro pueden hacer más probable que el evento asegurado ocurra, es decir, dado que están cubiertos por un seguro de salud pueden no cuidarse como lo hacían previamente a la existencia del seguro. En este contexto, se justifica la intervención del Estado para limitar en alguna cuantía la existencia del problema en cuestión.

Bienes meritorios: estos son un tipo de bienes distintos a los anteriores, ya que en esos casos uno de los supuestos intrínsecos era que se respetaba la soberanía del consumidor, es decir, que éste estaba de acuerdo con la asignación de recursos. Lo que sucede es que se interviene este supuesto clave por parte del Estado para así lograr un bien mayor¹²⁸. En este marco conceptual destaca:

¹²⁶ Musgrove (1996).

¹²⁷ Rothschild, Michael and Stiglitz, Joseph (1976).

¹²⁸ Yañez (1992).

Inconsistencia Dinámica: surge a partir de los bienes meritorios donde el beneficio marginal privado de consumirlos a lo largo del tiempo es menor al beneficio marginal social. El problema es que la información de corto plazo se encuentra distorsionada o es incompleta, por lo que las personas deciden realizar actividades erradas que poseen efectos negativos en el mediano y largo plazo y *ex-post* descubren los costos de haber tomado decisiones usando información incompleta. Un ejemplo clásico en esta materia es el consumo de bienes como la leche, ya que si no se enseña a los padres que su consumo es relevante, como su precio es mayor que el de otras opciones sustitutas (por ejemplo el té), sus padres pueden darles a sus hijos un consumo que sea sub-óptimo, teniendo como resultado que esos niños tengan problemas con su crecimiento, desarrollo dental y otros. La misma razón es lo que motiva a que existan los servicios de planificación familiar, las vacunaciones, el control de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

En resumen, son bienes en los cuales la intervención del Estado se hace muy necesaria, ya que logran intervenir la forma en que las personas comprenden ciertas circunstancias y realidades, y les permiten lograr un óptimo con sus consiguientes mayores beneficios sociales e individuales.

Pese a que en la realidad las fallas anteriores existen y de forma importante, a los países no sólo les preocupa eliminar y/o manejar estas fallas, sino que hacerlo tanto sujeto a los ingresos que cada nación posea como asignando de forma eficiente dichos recursos.

3. Tipos de intervenciones a realizar por el Estado

Musgrove (1996) establece un marco de análisis que señala los tipos de intervenciones y/o actividades existentes que el Estado debe realizar, junto con señalar cuál debería ser el área de acción adecuada de cada una ellas. Las actividades son las siguientes¹²⁹:

- a. **Informar**, esto consiste en dar información o bien persuadir, sin exigir ninguna conducta a cambio.

Estas actividades pueden ser dirigidas hacia los consumidores, como en los casos en los que se dan a conocer los riesgos en la salud del hábito de fumar o bien de no lavarse las manos. En estas circunstancias, el rol del Estado es generar espacios para que las personas se eduquen y se preocupen de su salud, de forma tal que ellas mismas busquen atenderse sin que el Estado deba obligarlos. En este entendido, también es importante informar para así incentivar el consumo de ciertos bienes meritorios y el no consumo de bienes no meritorios.

¹²⁹ El orden de presentación no está asociado a su jerarquía e importancia relativa.

Mientras que por el lado de la oferta, es decir de los proveedores de atenciones de salud o bien de los proveedores para insumos de éstas, se entrega información en cuanto a investigaciones realizadas o bien la difusión de patrones de algunas enfermedades o de los efectos y riesgos de ciertos procedimientos médicos.

b. **Regular**, se refiere al rol que le cabe al Estado en lo concerniente a establecer la legislación para acreditación de médicos u hospitales, junto con normar el mercado de los seguros de salud para oferentes y demandantes.

Las empresas de seguros tienen incentivos a cobrar más caro por sus servicios que lo que realmente deberían, lo que ocurre por las asimetrías de información señaladas en la sección precedente. Otro gran problema del mercado de los seguros, es que existe un *trade-off* entre selección de asegurados y eficiencia. Esto se traduce en incentivos que poseen los seguros para seleccionar asegurados y de esta forma aumentar la probabilidad de mayores utilidades. Estos esfuerzos para seleccionar asegurados van en detrimento del otro objetivo; obtener las mejores soluciones para los problemas de salud de sus asegurados, al menor costo posible y con el máximo estándar de calidad.

Es necesario también regular el comportamiento de los individuos, ya que ellos poseen más información sobre su estado de salud que las aseguradoras. Las personas tienen incentivos para aparentar tener un mejor estado de salud que la que realmente poseen con el fin que les cobren menos, y una vez cubiertos no tienen incentivos a realizar una demanda eficiente, por lo que podrían exigir atenciones médicas más allá de lo necesario.

c. **Establecer mandatos**, esta función referencia a que el Estado obliga a las personas naturales o jurídicas a realizar determinadas acciones o actividades, por ejemplo, la cotización obligatoria en salud.

d. **Financiar**, consiste en que el gobierno otorga recursos (en base a los que obtuvo en base a los mandatos), para que se provean las prestaciones de salud. Esto puede ser directamente a través de la provisión pública o bien financiando a proveedores privados para que lo hagan¹³⁰.

¹³⁰ Tal como se muestra en el Anexo N° 3, el FONASA compra prestaciones tanto al sector público como al sector privado.

Por otro lado, en los mercados de seguros el precio debe estar asociado al riesgo; esto implica que a las personas más riesgosas se les cobre más y a las menos riesgosas menos. Esta situación podría llevar a las personas más riesgosas y a su vez más pobres, a no pagar por su seguro y sus atenciones de salud, lo que en opinión de Musgrove (1996) justifica que el Estado deba financiar las atenciones de salud de estos grupos de personas.

En cuanto a las prestaciones, resulta de suma importancia que los bienes y servicios que se financien sean los más costo-efectivos.

Es importante que también se financien los bienes y servicios públicos de salud que posean externalidades amplias, junto con que se produzcan y consuman en las cantidades apropiadas¹³¹.

e. **Proveer**, significa proporcionar los servicios de atención de salud necesarios por parte del Estado. Los servicios se pueden agrupar en 3 grandes conjuntos: los bienes públicos, ciertos bienes privados (los que posean altas externalidades) y los meritorios.

De partida, la provisión estatal debe estar asociada a aquellos bienes y/o servicios denominados bienes públicos, donde el consumo de algunos no reduce el de otros, ni tampoco existe alguna exclusión en su uso. Ejemplos de estos servicios serían los alcantarillados sanitarios, el control de vectores y plagas, la limpieza del aire y la educación para la salud, entre otros. Los que se financian generalmente son de carácter preventivo.

Lo anteriormente señalado debe ser entendido en el marco de bienes públicos que son necesarios para las personas, pudiendo existir algunos que por sus elevados precios no justifiquen el financiamiento estatal (por ejemplo, macro ventiladores que eliminan en parte la contaminación de Santiago puede ser una buena medida, pero su alto costo lo hace inviable).

En cuanto a los bienes privados, también puede ser que el Estado los provea. Esto se entiende en la medida que dichos bienes generen algún grado de externalidades. En la práctica, son casos de mercados que inicialmente funcionan de forma privada y donde los individuos compran cierto producto y/o intervención y se benefician de ella generando una externalidad en el resto de las personas que no es capturada completamente por quien paga. Debido a lo anteriormente señalado hay mucha gente que no está dispuesta a pagar la totalidad

¹³¹ Musgrove (1996).

de la intervención ya que no se quedan con el 100% del beneficio. Ejemplo son las enfermedades contagiosas como la tuberculosis, las que al no existir la provisión estatal, probablemente sucedería que las personas tomarían tratamientos en una cantidad inferior al óptimo o simplemente no lo harían.

Para concluir los aspectos relevantes de este tipo de intervención, cabe enfatizar, como señalamos anteriormente, que hay una serie de bienes que generan mayores beneficios sociales que su propio costo, pero muchas veces eso no implica que el Estado deba cubrirlos en todas las circunstancias. Este juicio dependerá de los presupuestos fiscales y, por ende, resultará de primera importancia establecer prioridades, ojalá consensuadas, respecto de los servicios de salud a proveer.

ANEXO N° 2: MARCO JURÍDICO QUE RIGE EL FUNCIONAMIENTO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

1. Naturaleza jurídica y características del FONASA

El marco legal que rige al Fondo Nacional de Salud, se encuentra fundamentalmente contenido en el Libro I, del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud¹³². De acuerdo a dicho cuerpo legal, el FONASA es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Lo anterior significa que, en el desempeño de las funciones que le competen, no actúa bajo la personalidad del Fisco, como los Ministerios.

El FONASA integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud y está sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud. Su sede es la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las Direcciones Regionales que establezca el Director en otras regiones del país. De este modo, se consagra la desconcentración del Servicio.

El FONASA es el continuador legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Médico Nacional de Empleados y del Servicio Nacional de Salud, para los efectos del cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero. Es la única institución del sector público de salud que no está sometido al Sistema de Alta Dirección Pública, contenido en la Ley N° 19.882¹³³. Lo anterior significa que, tanto el nombramiento del Director como del segundo nivel jerárquico –Jefes de Departamento–, son designados directamente por el Presidente de la República o por el Director de FONASA, según corresponda, sin someterse en esas designaciones al procedimiento contemplado en la citada Ley N° 19.882.

2. El ámbito de competencia del FONASA

Desde la creación del FONASA y hasta el año 1999, a esta institución le correspondía, principalmente, un rol financiador del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

En efecto, el Decreto Ley N° 2.763, de 1979¹³⁴, entre otras cosas, dispuso que al FONASA le correspondería recaudar, administrar y distribuir los recursos proveniente de los aportes que se consultan en la ley anual de presupuesto y los

¹³² El DFL N° 1, de 2005, de Salud se divide en tres Libros: el Primero, contiene el Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y la parte correspondiente a la creación de la Superintendencia de Salud contenida en la Ley N° 19.937, sobre Autoridad Sanitaria; el Segundo, contiene el texto de la Ley N° 18.469, que estableció el Régimen Público de Salud; y el Tercero contiene la Ley N° 18.933, que regula al sistema de salud administrado por las ISAPRES.

¹³³ El artículo Trigésimo Sexto de la Ley N° 19.882 expresamente exceptúa al FONASA del Sistema de Alta Dirección Pública.

¹³⁴ El Decreto Ley N° 2.763, de 1979, vigente a partir de enero de 1980, creó el SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS), que comprendió la creación de diversos Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

destinados al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados; financiar, en todo o en parte, a través de aportes, pagos directos por prestaciones u otros mecanismos, las acciones de salud y financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requiera el Sistema; financiar, en todo o en parte, las prestaciones que se otorguen a través del Sistema o por organismos, entidades y personas que no pertenezcan a este, mediante mecanismos que permitan ejercer la libertad de elegir por parte del usuario, en la forma y condiciones que establezca el reglamento; colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud¹³⁵.

En el año 1999 se dicta la Ley N° 19.650 que, entre otras cosas, dotó al FONASA de nuevas atribuciones en materia de financiamiento de las prestaciones de salud, de fiscalización del referido financiamiento y de atribuciones de compra que, en pocas palabras, vino a otorgarle la calidad de "seguro público de salud"¹³⁶.

Por ello, es posible afirmar, desde un punto de vista jurídico, que al FONASA le compete un doble ámbito de acción: ser un seguro de salud para sus beneficiarios y, al mismo tiempo, ejercer o desempeñar funciones de administración financiera del sector público de salud, como veremos más adelante.

3. Estructura del FONASA

Hasta el año 1998, el FONASA se regía por el Decreto Supremo N° 300, del año 1986, del Ministerio de Salud, el que, con el paso del tiempo y las nuevas definiciones de política, se encontraba absolutamente desfasado y prácticamente inaplicable.

Por tal razón, se dictó un nuevo reglamento, el que fue aprobado por Decreto Supremo N° 187, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 29 de agosto de 1998. Tal reglamento fue derogado tácitamente por la mencionada Ley N° 19.650, pues este cuerpo legal estableció que la estructura del FONASA sería definida por su Director mediante una simple Resolución administrativa exenta.

¹³⁵ Artículo 27 original, del Decreto Ley N° 2.763, de 1979.

¹³⁶ La Ley N° 19.650 también se ocupó de otras materias, a saber: prohibió la exigencia de garantías previo a la atención de situaciones de urgencia o emergencia, derogó el denominado subsidio del 2% para las ISAPRES y facultó al Presidente de la República para que dictara tres Decretos con Fuerza de Ley que creasen los llamados establecimientos de salud experimentales (actuales Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente y Centro de Referencia de Salud de Maipú).

Actualmente, dicha Resolución es la N° 1.455, de 2002, publicada en el Diario Oficial el 21 de junio de 2002¹³⁷. De acuerdo a ella, el FONASA se estructura del siguiente modo:

- a. Departamento de Fiscalía.
- b. Departamento de Gestión de Tecnologías de Información.
- c. Departamento de Comercialización.
- d. Departamento de Operaciones.
- e. Departamento de Finanzas.
- f. Departamento de Control y Calidad de Prestaciones.
- g. Departamento de Auditoría Interna.
- h. Departamento de Planificación Institucional.

Existen dos Oficinas Asesoras denominadas "Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales" y la "Oficina de Marketing", las que constituyen lo que se denomina el "Área de Comunicaciones del FONASA".

En materia de desconcentración, existen las siguientes Direcciones Zonales:

- a. Dirección Zonal Norte, con competencia en la Regiones de Arica y Parinacota; de Tarapacá; de Antofagasta; y de Atacama.
- b. Dirección Zonal Centro Norte, con competencia en las Regiones de Coquimbo y de Valparaíso.
- c. Dirección Zonal Centro Sur, con competencia en las Regiones del Maule y de BioBio.
- d. Dirección Zonal Sur, con competencia en las Regiones de La Araucanía; de Los Ríos; de Los Lagos; de Aysén del General Carlos Ibáñez; y de Magallanes y la Antártica de Chile.

Respecto de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, existe un Centro de Gestión Regional.

Dependen del Director y son considerados "De Línea", los siguientes Departamentos:

- a. Comercialización.
- b. Operaciones.
- c. Finanzas.
- d. Control y Calidad de prestaciones.

¹³⁷ Esta Resolución ha sido objeto de diversas modificaciones a lo largo del tiempo, a saber: Resolución N° 3.709, de 2002; Resolución N° 1814, de 2003; Resolución N° 1738, de 2006; Resolución N° 3.573, de 2008; Resolución N° 1.163, de 2011; Resolución N° 1.388, de 2011; y Resolución N° 1.937, de 2011.

El Departamento de Fiscalía, el Departamento de Gestión de Tecnologías de Información, el Departamento de Planeamiento Institucional, el Departamento de Auditoría Interna, la Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales y la Oficina de Marketing, son considerados como "Unidades de Apoyo".

4. La Dirección del FONASA

La administración superior del FONASA está a cargo de un Director, que es funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República. En caso de ausencia o impedimento, el Director es subrogado por quien designe el Presidente de la República, mediante Decreto Supremo.

Como dijimos, es la única institución del sector público de salud que no está sujeta al Sistema de Alta Dirección Pública, por lo que tanto el Director como los Jefes de Departamento son elegidos sin previo concurso.

Es el Jefe Superior de la Institución y tiene la representación judicial y extrajudicial del mismo y tiene la autoridad, atribuciones y deberes que le son propios a su calidad de Jefe del Servicio.

Entre sus atribuciones están:

- a. Dirigir, planificar, organizar, coordinar y supervigilar el funcionamiento del Fondo, de acuerdo con las políticas, normas y directivas aprobadas por el Ministerio de Salud.
- b. Asesorar e informar al Ministerio de Salud en las materias comprendidas en la competencia del Fondo.
- c. Establecer la estructura y la organización interna del Fondo Nacional de Salud mediante Resolución administrativa.
- d. Elaborar y proponer el presupuesto del Fondo.
- e. Otorgar préstamos a sus usuarios para financiar acciones de salud.
- f. Conceder créditos destinados a la construcción, habilitación o reparación de establecimientos asistenciales del Sistema, en conformidad con el reglamento.
- g. Ejecutar y celebrar, en conformidad al reglamento, toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas, incluso aquellos que permitan enajenar y transferir el dominio, pero en este caso sólo a título oneroso y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.
- h. Los contratos de transacción antes mencionados, deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento. Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud.

- i. Asimismo, previa autorización del Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud podrá transferir a título gratuito a los Servicios de Salud, derechos de aguas y toda clase de bienes inmuebles que se encuentren ubicados dentro del territorio de su competencia y que éstos necesiten para el cumplimiento de sus funciones.
- j. Celebrar, para el cumplimiento de los fines y funciones del Fondo, convenios con empresas, sindicatos, asociaciones gremiales, de empleadores o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas, organismos o entidades públicas y privadas nacionales y extranjeras.
- k. Determinar, de entre los funcionarios del Fondo Nacional de Salud, los encargados de realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 17.322¹³⁸ y en el artículo 2° del Decreto Ley N° 1.526, de 1976¹³⁹, quienes para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe.
- l. Delegar, bajo su responsabilidad, alguna de sus atribuciones a los jefes del Fondo.
- m. Conferir mandatos en asuntos determinados, y
- n. Ejercer las demás atribuciones que le asignan las leyes y reglamentos.

¹³⁸ Dice el artículo:

“Artículo 17.- Los informes emitidos por los inspectores de los institutos de previsión u organismos auxiliares en sus labores fiscalizadoras, constituirán presunción legal de veracidad para todos los efectos legales, incluso para los efectos de la prueba judicial.

Los mencionados inspectores estarán facultados para revisar la contabilidad y documentación respectiva de los patrones o empleadores, tanto en el domicilio de éstos como en las oficinas de su respectiva institución. En el ejercicio de sus funciones fiscalizadoras estarán investidos de las facultades, derechos y obligaciones que competen a los inspectores del trabajo, en conformidad a las disposiciones de los artículos 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32 y 40 del Decreto con Fuerza de Ley N° 2 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 30 de mayo de 1967, publicado en el Diario Oficial del 29 de septiembre de 1967, entendiéndose que las facultades que dichas disposiciones otorgan a la Dirección del Trabajo o a sus inspectores corresponden, en los mismos términos, a las instituciones de previsión, o a sus inspectores, respectivamente.

La aplicación de las multas a que esas disposiciones se refieren, corresponderá al Vicepresidente Ejecutivo, Director General o Jefe Superior de la respectiva institución previsional, sin perjuicio de la facultad de delegar establecida en el inciso final del artículo 2°. La percepción de dichas multas corresponderá a la respectiva institución, con el destino que establezcan sus leyes orgánicas. La cobranza judicial de estas multas se sujetará al procedimiento establecido en el artículo 4° y las resoluciones tendrán el mérito ejecutivo allí señalado.

De las sanciones impuestas en conformidad a este artículo podrá reclamarse en la forma que establece la Ley N° 14.972, de 1962. En tal caso, regirán para los inspectores de las instituciones de previsión u organismos auxiliares que hubieren intervenido, las normas prescritas en el artículo 3° de dicha ley.

Los inspectores del Servicio de Impuestos Internos podrán realizar las labores fiscalizadoras propias de los inspectores de los institutos de previsión, en conjunto con éstos o separadamente, cuando así lo ordene la Dirección Nacional de dicho Servicio o el Director Regional respectivo, quedando afectos, en tales casos, a las normas contempladas en los incisos anteriores”.

¹³⁹ Dice el artículo:

“Artículo 2°- Las instituciones de previsión, a través de los funcionarios que designen nominativamente, tendrán acceso, para el solo efecto de informarse sobre los montos declarados como remuneraciones por los empleadores, a las declaraciones de impuestos de los contribuyentes y demás antecedentes que obren en poder del Servicio de Impuestos Internos, siendo aplicables, en este caso, la obligación y sanciones que el Código Tributario impone a los funcionarios de este Servicio, en relación al secreto de la documentación del contribuyente.

Asimismo, el referido Servicio podrá exigir a los empleadores que acrediten, al presentar sus declaraciones tributarias, que han dado cumplimiento a la obligación de declarar las impositivas y aportes que deben pagar a las instituciones de previsión.

Las Instituciones de Previsión, a requerimiento del Servicio de Impuestos Internos, deberán informarle sobre los montos de remuneraciones e impositivas y aportes declarados ante ellas por los empleadores.”.

5. Funciones y atribuciones del FONASA

Como fue mencionado más arriba, el FONASA posee un doble ámbito de acción: ser seguro de salud y, al mismo tiempo, desempeñar funciones de administración financiera del sector público de salud.

5.1 En materia de financiamiento de las prestaciones de salud

Al FONASA le corresponde financiar, en todo o parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a sus beneficiarios en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al SNSS o dependan de éste, sean públicos o privados. En estos casos, el financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

La gran novedad del legislador de la Ley N° 19.650, es que consagró la llamada "compra pública", pues permite al FONASA comprar las prestaciones de salud que le otorguen a sus beneficiarios los prestadores públicos en la Modalidad de Atención Institucional.

La compra de estas prestaciones puede ser a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que el FONASA defina a través de una resolución. El financiamiento puede incluir el costo de reposición del capital.

Además, de acuerdo a la ley, para ser consistentes con esta compra, y tal como lo señalamos más arriba, los Servicios de Salud ya no debieran recibir simples transferencias por las prestaciones que otorgan, sino que "pagos". Esto significa que la ley ha privilegiado el pago por actividad, sin perjuicio de que no se descartan las transferencias históricas.

5.2 En materia de ingresos

Al FONASA le corresponde recaudar, administrar y distribuir los siguientes recursos:

- a. Los aportes que se consulten en la ley anual de presupuesto.
- b. Los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a sus afiliados.
- c. Los copagos, esto es, las contribuciones que los afiliados deben hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban del régimen de salud.

- d. Los recursos que la ley haya destinado al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, sin sujeción a las limitaciones de afectación o destinación que esas disposiciones hubiesen establecido.
- e. Los frutos de sus bienes propios y el producto de la enajenación de estos bienes.
- f. Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por donación, herencias o legados o a cualquier otro título, respecto de los cuales no tendrán aplicación las disposiciones especiales, testamentarias o contenidas en el acto de donación, que establezcan un destino o finalidad determinados.
- g. Las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones u otros recursos o ingresos que le corresponda percibir.
- h. Los empréstitos y créditos internos y externos que contrate el Fondo de acuerdo con la ley.
- i. Los demás recursos que establezcan las leyes.

De estos recursos, interesa destacar las cotizaciones y los copagos.

Las cotizaciones

Las cotizaciones para salud ascienden al 7% de los ingresos de los afiliados al FONASA.

Al FONASA le corresponde recaudarlas, administrarlas y distribuir las, así como fiscalizar la recaudación de ellas.

Consecuente con lo anterior, se señala en la ley que, para los efectos de lo dispuesto en la Ley sobre cobro de cotizaciones previsionales¹⁴⁰, el Fondo Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones que dicha ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no será considerado entidad de previsión para ningún otro efecto, en especial, que no estará sujeto a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social.

Los copagos

Por otro lado, los copagos que deben efectuar quienes se atiendan en la Modalidad de Atención Institucional y en la Libre Elección, constituyen ingresos de propiedad del FONASA y no de los Servicios de Salud.

Consecuente con esta nueva realidad, a quien le compete condonar los copagos de la Modalidad de Atención Institucional es al FONASA y excepcionalmente a los

¹⁴⁰ Ley N° 17.322, publicada en el Diario Oficial el 19 de agosto de 1970. Especialmente, se le confieren a los funcionarios que determine el Director del FONASA para realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, lo señalado en el artículo 17 de la mencionada ley, quienes para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe.

Servicios de Salud o a los establecimientos de salud autogestionados, siempre y cuando el Director del FONASA les haya encomendado tal función¹⁴¹.

La condonación procede en casos excepcionales y por motivos fundados; puede ser total o parcial.

5.3 En materia de financiamiento de las inversiones del sector público de salud

Compete, también, al FONASA financiar la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

5.4 En materia de convenios con privados

El FONASA está facultado para celebrar convenios con prestadores privados para el otorgamiento de prestaciones de salud.

Esta potestad se realiza en dos ámbitos: a través de la Modalidad de Libre Elección y a través de la Modalidad de Atención Institucional.

Convenios en la MLE

La más tradicional facultad de celebrar convenios por parte del FONASA con prestadores privados y públicos, se da en la Modalidad de Libre Elección. Conforme a lo anterior, el FONASA suscribe un contrato con el prestador, que puede ser una persona natural (médicos cirujanos, psicólogos, enfermeros, etc.) o una persona jurídica (Laboratorios, Clínicas, Hospitales, etc.).

El prestador debe indicar en qué nivel desea inscribirse: Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Asimismo, el prestador se obliga a cobrar, por las prestaciones que otorga, el valor indicado en el Arancel de la Modalidad de Libre Elección, a excepción del valor de derecho de pabellón y día cama, en donde tiene libertad de cobrar lo que desee. Si el prestador cobra más de lo que señala el Arancel, comete un delito cuya pena variará, dependiendo del monto de lo cobrado en exceso.

Convenios en la MAI

Además de los convenios descritos para la Modalidad de Libre Elección, el FONASA puede celebrar convenios también en la Modalidad Institucional.

Para tales efectos, es posible distinguir si se trata de prestadores públicos o privados.

¹⁴¹ Así lo dispone expresamente el actual artículo 161 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

a) En el caso de los prestadores públicos, ello es posible toda vez que, como vimos, el FONASA puede financiar en todo o parte las prestaciones que se otorguen a sus beneficiarios a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema Nacional de Servicios de Salud o dependan de éste, sean públicos o privados.

Como puede apreciarse, la ley le ha conferido al FONASA una potestad privativa para determinar el mecanismo de financiamiento de las prestaciones, dentro de los cuales están por cierto los convenios. Y a tal punto llega esta facultad o atribución, que perfectamente puede celebrar convenios directos ya sea con los Servicios de Salud o, lo que es más revolucionario aún, directamente con los Hospitales Públicos.

b) Respecto de los convenios con prestadores privados, la facultad de celebrar convenios con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional, la puede hacer el FONASA sin necesidad de solicitar autorización del Ministerio de Salud.

Los convenios deben celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel del FONASA. Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se pueden celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo puede destinar al financiamiento de dichos convenios no debe exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la modalidad institucional. Esto no significa que de ese presupuesto se "*saque*" o "*descuente*" el 10%. Por ejemplo, si para un año los recursos destinados a la Modalidad Institucional ascienden a 1 billón de pesos, el "*fondo especial*" será de hasta 100 mil millones de pesos; por tanto, el gasto total autorizado de la Modalidad de Atención Institucional será de 1 billón 100 mil millones de pesos.

5.5 En materia de fiscalización

El FONASA posee importantes cuotas de supervigilancia del régimen público de salud.

En efecto, el Fondo Nacional de Salud debe cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad¹⁴² de las prestaciones que se otorguen a

¹⁴² Acceso, calidad y oportunidad distintas de las Garantías Explícitas en Salud.

sus beneficiarios por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Modalidad de Atención Institucional

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el Ministerio de Salud se encarga de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud. Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, está facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud dentro del plazo de 15 días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.

Modalidad de Libre Elección

La modalidad de "Libre Elección" queda bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

En este sentido, el FONASA está facultado para efectuar inspecciones a los profesionales e instituciones inscritas en la Modalidad de Libre Elección en cualquier momento, a fin de verificar, de acuerdo con su competencia, la existencia de los instrumentos y equipos necesarios para otorgar la prestación, así como la existencia de las autorizaciones sanitarias en los casos en que sean exigibles, sin perjuicio de requerir la información técnica o administrativa que respalde el otorgamiento de las prestaciones efectuadas.

5.6 En materias presupuestarias

Al FONASA le corresponde colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud. Como se aprecia, la función es de "colaboración"; no es que al FONASA le corresponda exclusiva y excluyentemente ejercer esta atribución.

Bien podría el Ministerio hacer esa colaboración más intensa o menos intensa; incluso podría llegar al extremo de asumirla como propia sin participación del FONASA, y ello no violaría la ley.

5.7 En materia de bienes públicos de salud

El FONASA debe colaborar con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional, y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la Ley de Presupuestos debe contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario de Salud Pública está facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades. Es decir, actualmente la ley separa el financiamiento de las prestaciones que se refieren a bienes públicos de los que se refieren a bienes asegurables.

Tal distinción implica, entre otras cosas, separar presupuestariamente los ingresos por concepto de cotizaciones, copagos y aportes fiscales para bienes asegurables, del aporte fiscal para los bienes públicos. En términos prácticos, la Ley de Presupuestos del sector público debe contener ítems distintos.

5.8 Potestad de requerir información para cumplir sus funciones

Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, están obligados a proporcionar al Fondo la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna.

Si los informes o antecedentes que solicite revisten el carácter de secretos o reservados, por su naturaleza o por disposición especial que no tenga fuerza de ley, deberán ser mantenidos en secreto o reserva. Si tales informes o documentos secretos o reservados deben ser proporcionados por servicios, organismos o entidades públicas, lo harán por intermedio del Ministro del que dependen o mediante el cual se encuentren vinculados con el Gobierno.

5.9 Tratamiento de datos personales o sensibles

El FONASA está expresamente facultado para tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.

Para estos efectos, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria¹⁴³.

5.10 Atribuciones por su calidad de sucesor legal del SNS y SERMENA

Corresponde igualmente al Fondo, cumplir las funciones y obligaciones de orden administrativo y financiero que competen al Servicio Médico Nacional de Empleados, como antiguo administrador del Fondo de Asistencia Médica según la Ley N°16.781 y su reglamento, así como las demás funciones de esta institución y del Servicio Nacional de Salud que haya determinado el Presidente de la República.

5.11 Otras funciones

Fuera de las funciones descritas, la ley dispone que al FONASA le compete ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Entre estas otras funciones, podemos destacar:

- a. Otorgamiento de préstamos médicos;
- b. Proposición del Arancel de Prestaciones a los Ministerios de Salud y de Hacienda;
- c. Proposición, a los mismos Ministerios, de las normas para calificar a las personas como indigentes o carentes de recursos;
- d. Clasificar a las personas en alguno de los Grupos de Salud;
- e. Participar en la Comisión de Adquisiciones de la Central Nacional de Abastecimientos.
- f. Condonar los copagos que deben hacer sus afiliados en la Modalidad de Atención Institucional.

¹⁴³ Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

ANEXO N° 3: FONASA EN EL MERCADO DE LOS SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD EN CHILE

Este anexo está destinado, por una parte, a describir el mercado de los seguros previsionales de salud chileno, el rol que cumple el Fondo Nacional de Salud y su relevancia en el mercado en análisis. Por último, contiene una síntesis con las principales características de nuestro sistema de aseguramiento.

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, en donde los sectores público y privado participan tanto en el financiamiento (seguros) como en la prestación de servicios de salud.

La configuración señalada en el párrafo anterior, originada en reformas realizadas por el Régimen Militar en la década de los 80, convirtieron el sistema de salud público en uno territorialmente descentralizado, traspasando la administración de los establecimientos de salud del nivel primario de atención a las municipalidades y creando una agencia central para recolectar y distribuir los recursos financieros asociados a la atención en el sector público (el FONASA). Al mismo tiempo nacieron las instituciones aseguradoras para usuarios que decidieran atenderse preferentemente en el sector privado canalizando hacia ellas las contribuciones obligatorias (las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). Estas reformas configuraron el escenario actual bajo el que opera el sistema de salud.

Las reformas anteriormente señaladas contienen un elemento esencial y característico de nuestro sistema de salud: la posibilidad que tienen los trabajadores de destinar su cotización obligatoria de salud (7% de la renta imponible) al FONASA o a las ISAPRES. Este aspecto, la posibilidad de competir y compartir a nivel agregado una de las principales fuentes de financiamiento, es lo que finalmente destaca a nuestro sistema y le otorga el carácter de mixto. Sin embargo, dicha competencia está limitada por la siguiente característica: el FONASA está obligado a afiliarse a todas las personas que deseen pertenecer sin restricción de edad, sexo y condición de salud. En cambio, las ISAPRES no tienen obligación de afiliarse pudiendo impedir el acceso a personas por las variables anteriormente señaladas.

Adicionalmente, existe una diferenciación para las enfermedades provenientes del mundo laboral, conocidas como enfermedades del trabajo y accidentes laborales, caso en el cual tanto el aseguramiento como la provisión de prestaciones están concentrados en el Sistema de Mutuales de empleadores que operan como seguros y un asegurador público *ad-hoc* (el Instituto de Seguridad Laboral, ISL), dependiente del Ministerio del Trabajo.

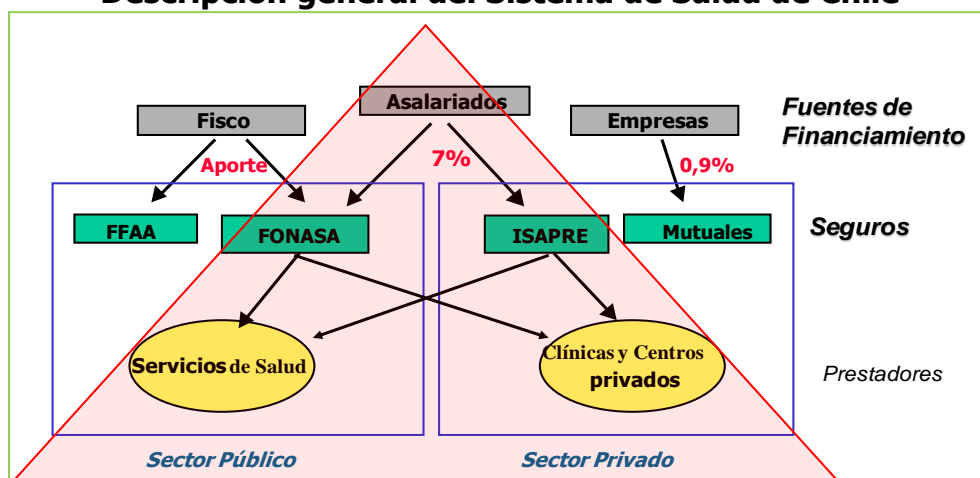
En Chile el gasto total en salud pasa desde US\$11.317 millones en el año 2000 a US\$19.299 millones en el 2010, ambas cifras ajustadas por paridad del poder de

compra. Es decir, aumenta en un 71% en dólares internacionales. Sin embargo, respecto a su participación en el Producto Interno Bruto (PIB) disminuye desde un 7,7% a un 7,4%, con un importante cambio en la participación del gasto público que pasa desde un 43,7% a un 47,2%¹⁴⁴.

El sistema de salud para la mayoría de los chilenos, con excepción del personal de las Fuerzas Armadas, se caracteriza por contar con una separación de funciones en lo referente al rol rector, financiero, asegurador y productor descrito en el Esquema N° A3.1. El triángulo del esquema señala a los principales actores abordados en la Reforma de Salud del año 2005.

La Reforma en cuestión se caracteriza, entre otros aspectos, por incorporar las Garantías Explícitas en Salud en el plan de salud de los asegurados del FONASA y las ISAPRES, modificando de esta forma el plan de beneficios mínimos de los asegurados por dichas instituciones. Además, crea la Superintendencia de Salud como continuadora legal de la Superintendencia de ISAPRES pero agregándole, en el ámbito de los seguros previsionales de salud, atribuciones de regulación y fiscalización sobre el Fondo Nacional de Salud, especialmente en todo aquello relacionado con las GES para que también se puedan constituir en garantías exigibles. Por otra parte, en el plano de los prestadores, incorpora el proceso de acreditación al cual deben suscribir para tener la posibilidad de otorgar todas las prestaciones asociadas a las GES, proceso en el cual se le otorgan a la Superintendencia potestades de fiscalización.

Esquema N° A3.1 Descripción general del Sistema de Salud de Chile



Fuente: Elaboración Propia.

Los trabajadores, en particular los dependientes, están obligados a cotizar un 7% de su renta con un tope imponible mensual de UF 67,4, ya sea en el FONASA o en las ISAPRES.

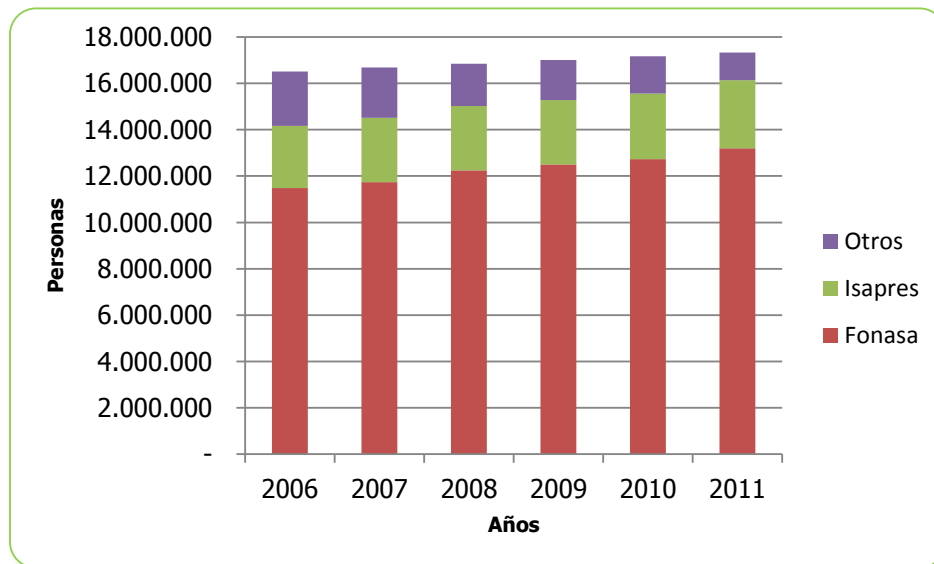
¹⁴⁴ WHO (2013).

Un tema aparte es el caso de los pensionados. De acuerdo a la ley N° 20.531 de 2011, aquellos beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias, ya sean beneficiarios de la Pensión Básica Solidaria como de Aporte Previsional Solidario, desde el 01 de noviembre de 2011 no pagan el 7% de su cotización de salud, independiente de su afiliación al FONASA o a las ISAPRES, y en el caso de ser cotizante del Fondo Nacional de Salud pueden seguir utilizando la Modalidad de Libre Elección (una de las modalidades de atención del FONASA).

Los pensionados de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y del Instituto de Previsión Social (IPS) no beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias, al igual que los pensionados por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y exonerados políticos acogidos a la Ley N°19.234, desde el 01 de diciembre de 2012 se les descontará un 5% para sus planes de salud, siempre y cuando sean mayores de 65 años, acrediten residencia en Chile por 20 años y pertenezcan al 80% de la población con menores ingresos.

Al analizar la distribución de la población nacional entre los distintos seguros previsionales de salud se obtiene que en el año 2011, un 76,2% se encuentra en el FONASA, un 16,9% en ISAPRES y el 6,9% restante son particulares, Fuerzas Armadas y personas no aseguradas. Al comparar los datos de aseguramiento para los dos últimos años, se obtiene que tanto las personas aseguradas en el FONASA como en las ISAPRES aumentan un 5,6% y 5,4%, respectivamente, más que la tasa de crecimiento de la población nacional, 1,85%. Es decir, en el período aumenta la participación del sistema de seguridad social en salud en la población chilena.

Gráfico N° A3.1
Distribución de la población en los Seguros Previsionales de Salud, Diciembre de 2011



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

En el caso del FONASA, los cotizantes pueden ser clasificados en los grupos B, C y D, lo que es función de la renta imponible de las personas y del número de personas que formen parte del grupo familiar, tal como se aprecia en la Tabla N° A3.1. La excepción la constituyen las personas que reciben una pensión básica solidaria, las que se clasifican en el Tramo B. El grupo de ingreso en el cual es clasificada la persona determina el porcentaje de copago en la llamada Modalidad de Atención Institucional (MAI), la que permite obtener el acceso a los prestadores de salud de la red pública en sus distintos niveles de complejidad y conocidos como pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Grupo A, no cotizante, puede acceder también a esta modalidad de atención en forma gratuita.

Tabla N° A3.1
Clasificación por tramos de ingreso del FONASA

	Clasificación por Tramos de Ingreso			
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Nivel de Ingreso	Indigentes o carentes de recursos	No exceda ingreso mínimo mensual	Superior al ingreso mínimo mensual y hasta 1,46 veces dicho monto, siempre que sus cargas legales no excedan de 2	Superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual, siempre que sus cargas legales no excedan de 2
	Beneficiarios de pensiones asistenciales (DL 869/75)	Superior al ingreso mínimo mensual y hasta 1,46 veces dicho monto con 3 o más cargas legales	Superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual con 3 o más cargas legales	
	Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020)			
Copagos	0%	0%	10%	20%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA. Revisada el 17 de Septiembre de 2012 en <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/asegurados/plan+de+salud/tramos+abcd/tramos+abcd>.

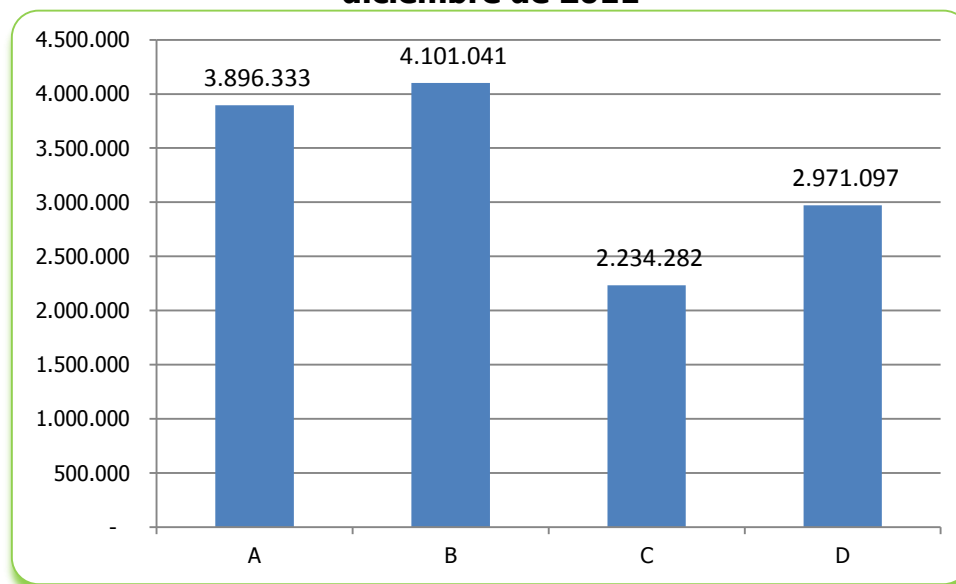
Por otra parte, los cotizantes del FONASA y sus cargas pueden acceder a la Modalidad de Libre Elección (MLE), modalidad de atención en la cual los prestadores de salud establecen un convenio con el FONASA y se clasifican en uno de los tres grupos establecidos para esos fines: Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3. En esta modalidad, el copago que se realiza por las distintas prestaciones no depende del grupo de ingreso sino que es función, en lo principal, de dos variables: la primera es el nivel arancelario en cual se inscriben los prestadores, entre mayor sea el nivel, superior es el copago. La otra variable es el tipo de prestación a comprar pues las prestaciones ambulatorias en general tienen menor copago que las hospitalarias.

El Gráfico N° A3.2 presenta, a diciembre de 2011, el número de personas que pertenecen a los distintos grupos de ingreso. Como se observa, los mayoritarios son el grupo B y el A con una participación de un 31,1% y 29,5%, respectivamente.

Un aspecto relevante a tener en cuenta es que alrededor de 3,9 millones de personas, Tramo de Ingreso A, se atienden exclusivamente en el sector público de

salud; el resto de los afiliados potencialmente se mueven entre la red pública y privada, esto último a través de la MLE.

Gráfico N° A3.2
Distribución de los beneficiarios del FONASA por grupos de ingreso, diciembre de 2011



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl.

En el caso de las ISAPRES, el sistema tiene características distintas ya que la cotización total depende, entre otros factores, del número, la edad y el género de las personas que conformen el grupo familiar, así como del precio del plan de salud seleccionado. En promedio, la cotización pactada de las personas que cotizan en ISAPRES bordea el 10% de la renta imponible, es decir, casi 3 puntos porcentuales más que la cotización obligatoria¹⁴⁵. Al respecto es importante señalar que, como hipótesis de trabajo, es esperable que dicho porcentaje sea más cercano al 7% si se estima la cotización sobre la renta total de las personas.

Respecto a los planes de salud, su precio varía en función del grado de libertad de elección del prestador y de la cobertura financiera de las prestaciones de salud. Un elemento distintivo de las ISAPRES es el gran número de planes que se comercializan; a saber, en enero de 2012 existen 52.552 planes de salud vigentes de los cuales un 23,6% se encuentran en comercialización¹⁴⁶.

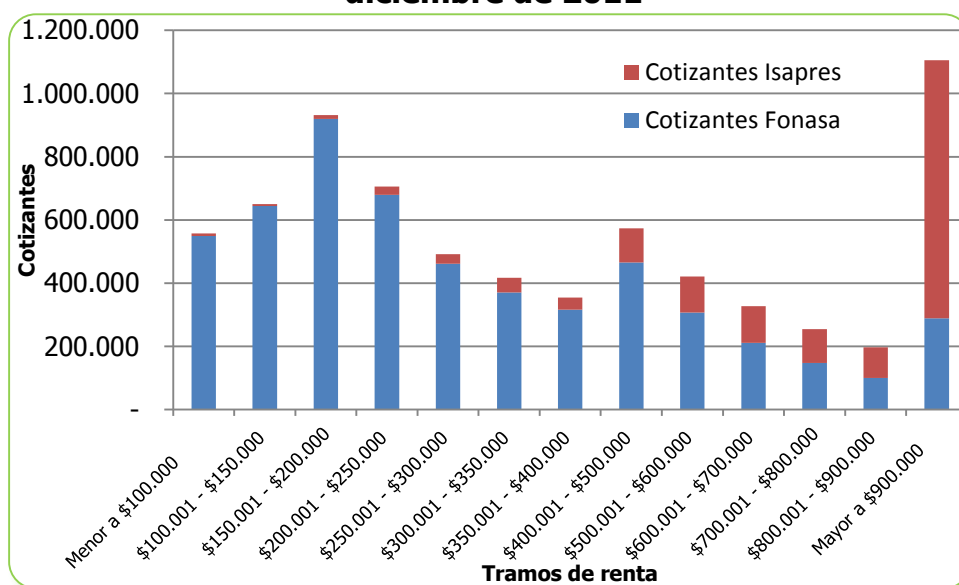
¹⁴⁵ En <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3756.html>, Resultados Financieros Comparados del Sistema ISAPRES, se obtiene que la renta imponible promedio mensual por cotizante de ISAPRES para el año 2011 es de \$877.115 y la cotización mensual total por cotizante es de \$86.646. Con dichos datos resulta que el porcentaje promedio de la renta destinado a la cotización en salud es de un 9,9%.

¹⁴⁶ Ver en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7756_recurso_6.xls.

Los planes en comento, a diciembre de 2011, son ofrecidos por ISAPRES abiertas y cerradas de distinto tamaño y participación¹⁴⁷. Las cerradas son aquéllas que pertenecen a una determinada empresa y ofrecen sus planes de salud sólo a los trabajadores de la empresa matriz y sus cónyuges. Por contraposición, las abiertas ofrecen sus planes a sus potenciales clientes sin restricción de la empresa en la cual desarrolle sus actividades laborales la persona.

Al evaluar la población del FONASA y de las ISAPRES en su distribución por tramos de renta, se observa que, a diciembre de 2011, el total de cotizantes es casi 6,99 millones de personas de las cuales el 78,2% pertenece al FONASA¹⁴⁸. Como se observa en el Gráfico N° A3.3, en general los cotizantes del FONASA superan a los de las ISAPRES, especialmente en los tramos de menores ingresos, con excepción del tramo mayor a \$900 mil.

Gráfico N° A3.3
Distribución de cotizantes del FONASA e ISAPRES por tramos de renta, diciembre de 2011



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

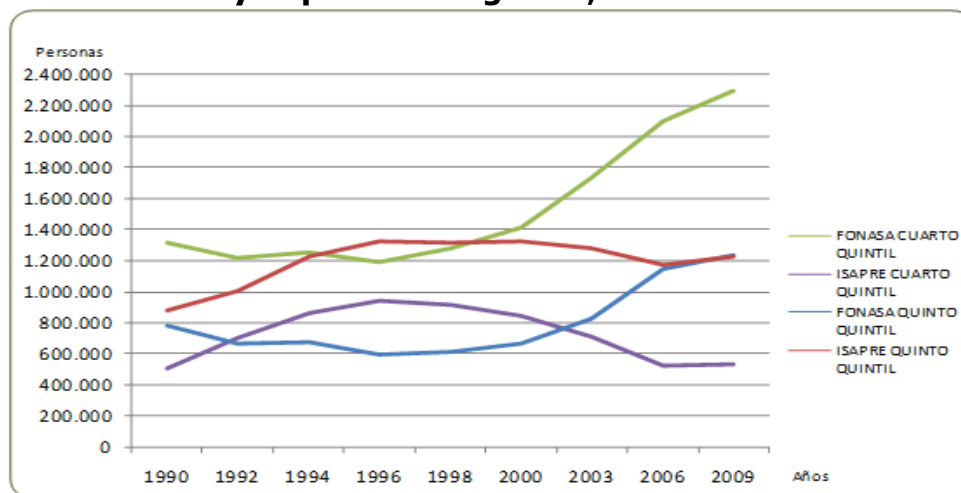
Un elemento interesante con relación al ingreso de las personas afiliadas al FONASA e ISAPRES, en concordancia con lo aseverado anteriormente, se obtiene de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). El Gráfico N°

¹⁴⁷ Las abiertas son 7 empresas que en total cuentan con un 97% de los cotizantes, entre las de mayor participación de mercado se encuentran Consalud y Banmédica con un 21,7% y 20,7% de los cotizantes, respectivamente. Por otra parte, las cerradas son 6 compañías, de las cuales 4 pertenecen a distintas divisiones de CODELCO, una a Banco Estado y la otra a SOQUIMICH.

¹⁴⁸ El término cotizante se refiere a la persona (trabajador) que se le descuenta, al menos, la cotización obligatoria en salud de su renta imponible. En cambio, los beneficiarios incorpora tanto a los cotizantes como a sus cargas.

A3.4 muestra la evolución del número de personas pertenecientes al IV y V quintil de ingreso; en él se observa un aumento sostenido de personas de dichos quintiles en el FONASA y para el año 2009, por primera vez desde 1990, se iguala la participación de ambos tipos de seguros previsionales en el V quintil. En la CASEN 2011, se confirma la tendencia y los beneficiarios del FONASA superan levemente, en participación, a los de ISAPRES con un 46,25% y 46,1%, respectivamente.

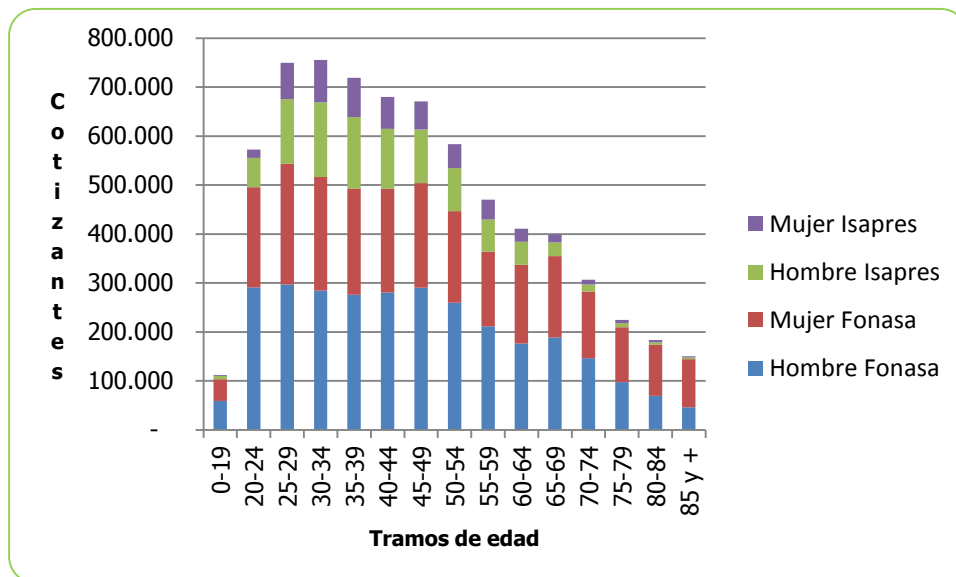
Gráfico N° A3.4
Evolución de beneficiarios de FONASA e ISAPRES en el
IV y V quintil de ingresos, CASEN 2009



Fuente: Elaboración Propia en base a información de CASEN,
<http://celade.cepal.org/redatam/paises/chl/mideplanii/>

Otro elemento de análisis es la distribución por edad y sexo de las poblaciones beneficiarias de los distintos seguros previsionales de salud. En el Gráfico N° A3.5 se puede observar que los cotizantes, especialmente los de ISAPRES, se concentran entre los 20 y los 54 años de edad, representando casi un 68% del total. Por otra parte, la participación de los cotizantes adultos mayores del FONASA es de un 90% en su grupo de referencia, la participación de los cotizantes hombres del FONASA es de un 66% y la de las mujeres es de un 82%, en sus respectivas poblaciones de referencia. Es decir, tanto los cotizantes adultos mayores como las mujeres se concentran en el FONASA, lo que conlleva a una mayor concentración de cotizantes riesgosos y un mayor gasto esperado por parte de sus cotizantes.

Gráfico N° A3.5
Distribución de cotizantes del FONASA e ISAPRES por tramos de edad,
diciembre de 2011



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

En los gráficos anteriores hemos constatado que, en términos de distribución de población, el FONASA concentra a gran parte de la población, especialmente aquellos de menores ingresos, mujeres y adultos mayores. Estos resultados responden al diseño de nuestro sistema de salud, en el cual las ISAPRES no tienen la obligación de afiliar y pueden discriminar por edad, sexo y condición de salud y el FONASA actúa como una especie de seguro de segundo piso. Estas características se traducen, adicionalmente, en que en términos comparativos con otros países de acuerdo a criterios de justicia distributiva o solidaridad –el aporte al sistema es función de los ingresos de las personas y los recursos del sistema siguen a los más necesitados-, la Organización Mundial de Salud, en su informe del año 2000, clasifique a Chile en el lugar 168, es decir, uno de los países menos solidarios en el mundo¹⁴⁹.

Al agregar en el análisis las diferencias por edad y sexo, variables indicadoras del riesgo esperado, obtenemos que la siniestralidad potencial y el nivel de demanda esperado de compra en prestadores públicos o privados es mayor en el seguro público de salud¹⁵⁰.

Otro elemento diferenciador entre el FONASA y las ISAPRES es la distribución regional de sus beneficiarios, es decir, el origen de ellos en los distintos seguros

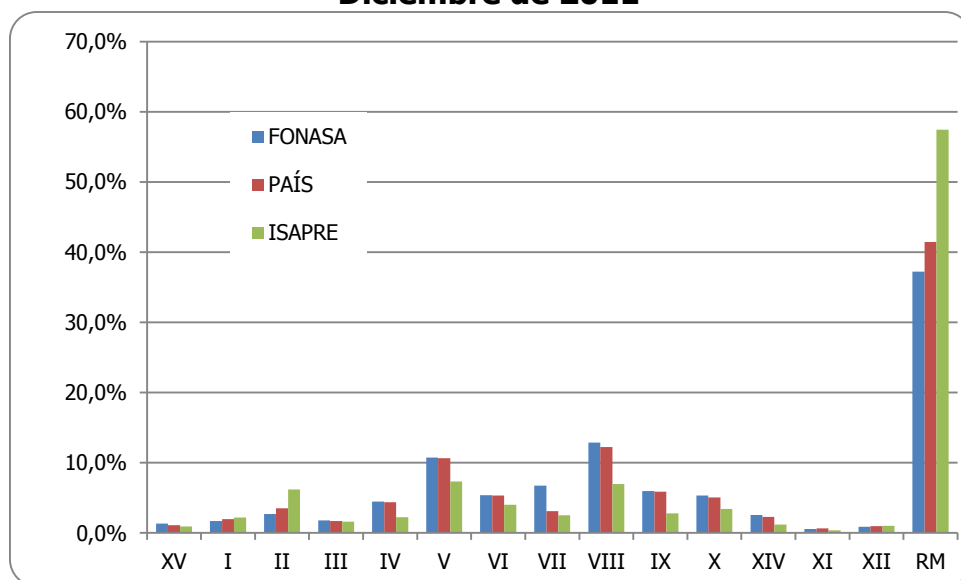
¹⁴⁹ Para analizar la solidaridad de nuestro sistema de salud se puede revisar por ejemplo: WorldHealthReport(2000): HealthSystems: Improving Performance, WorldHealthOrganization.

¹⁵⁰ La siniestralidad potencial se refiere al mayor costo técnico –gasto en prestaciones respecto a las primas del seguro- esperado para una persona o grupos de asegurados.

previsionales de salud. En el Gráfico N° A3.6 se observa dicha distribución en términos porcentuales, por ejemplo las barras asociadas a la Región Metropolitana indican la participación de su población en el país y en los beneficiarios del FONASA y las ISAPRES. En el gráfico en comento, se presenta que, en general, la población del Fondo Nacional de Salud tiene una repartición similar a la del país, con cuatro excepciones: las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Magallanes y la Región Metropolitana. En dichas regiones, la participación de la población beneficiaria de los seguros privados de salud supera el peso relativo que tienen las poblaciones de dichas regiones en el país en un 13,8%, 78%, 3,8% y 38,6%, respectivamente.

Una hipótesis para explicar lo descrito anteriormente es el mayor ingreso per cápita de las regiones señaladas anteriormente. A saber, en el año 2011 los mayores PIB per cápita regionales anuales, en pesos de 2008, son los de Antofagasta, Atacama, Tarapacá, Metropolitana y Magallanes y Antártica Chilena con \$16.585.868, \$8.671.613, \$8.515.163, \$6.573.702 y \$5.061.109, respectivamente¹⁵¹.

Gráfico N° A3.6
Distribución de beneficiarios del FONASA e ISAPRES por Regiones,
Diciembre de 2011



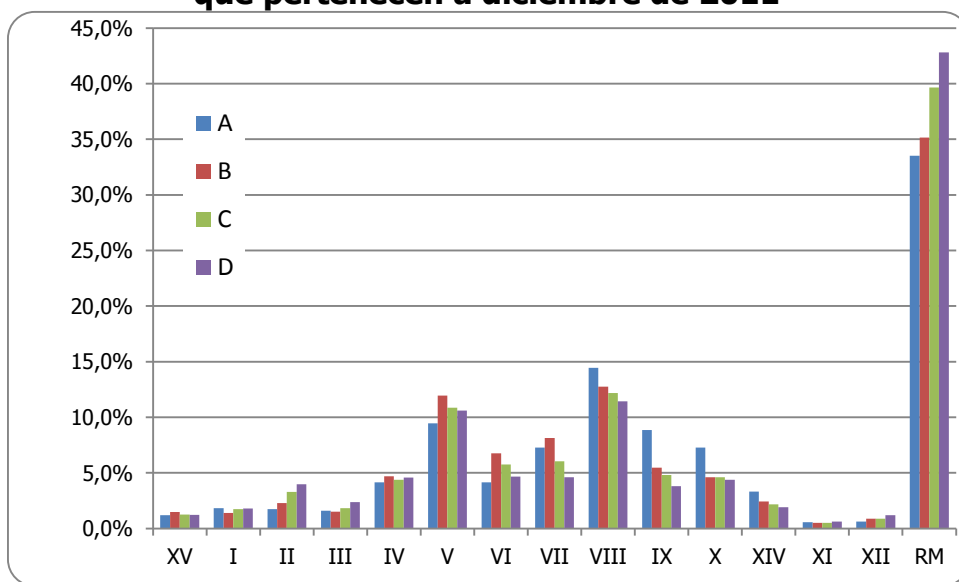
Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

Una situación similar a la anteriormente comentada ocurre con la participación de la población beneficiaria de los grupos de ingreso del FONASA en las regiones de Antofagasta, de Magallanes y Metropolitana. Como se observa en el Gráfico N° A3.7, la participación relativa de la población beneficiaria de los grupos C y D en

¹⁵¹ Elaboración propia en base a información del Banco Central, www.bcentral.cl, y el Instituto Nacional de Estadísticas, www.ine.cl.

las regiones en comento supera a las de los grupos A y B. Una probable explicación es lo señalado anteriormente respecto al ingreso per cápita regional y su distribución en las respectivas zonas territoriales.

Gráfico N° A3.7
Distribución de beneficiarios del FONASA por Regiones, según tramo al que pertenecen a diciembre de 2011



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del FONASA, www.fonasa.cl.

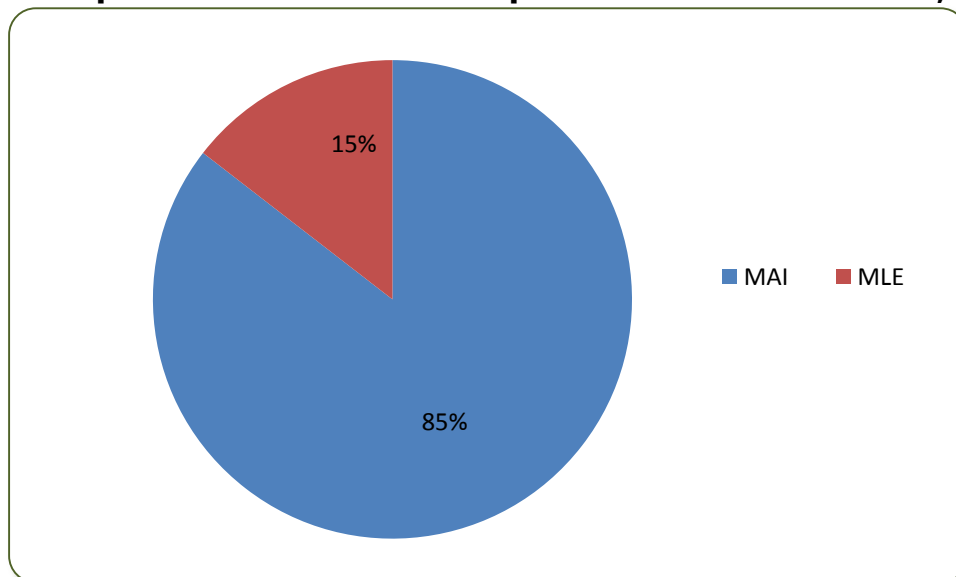
En este marco de análisis, el siguiente tópico a describir es la provisión de prestaciones. Al respecto es importante señalar que tanto los beneficiarios del FONASA como de las ISAPRES compran las diferentes prestaciones de salud tanto en el sector público como en el privado, pero con distintos énfasis.

En el caso de los beneficiarios del FONASA, en el año 2011 un 85% del gasto se realizó a través de la Modalidad de Atención Institucional (MAI)¹⁵², conformada mayoritariamente por prestadores de la red pública, equivalentes a \$2.781.935 millones (ver Gráfico N° A3.8)¹⁵³, en moneda de 2012.

¹⁵² Es importante señalar que los datos disponibles en el portal web del FONASA para la MLE son hasta el año 2011, en cambio para la MAI son hasta el año 2006.

¹⁵³ La fuente del dato es la Tabla II.5.

Gráfico N° A3.8
Gasto en prestaciones del FONASA por Modalidad de Atención, 2011



Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl, y DIPRES, www.dipres.cl.

Otro elemento de análisis son los gastos por persona en atenciones MAI, MLE y total, en particular por grupos de ingresos, y sus respectivas diferencias o similitudes.

La Tabla N° A3.2 contiene los gastos por persona en MAI, MLE y la suma de ambos para cada uno de los grupos de ingresos del FONASA. Como se observa, el Grupo B es el que presenta un mayor gasto por persona, seguido a menos de 1% por el A. Posteriormente, se encuentran el grupo D y C a una distancia entre ellos de un 4,9%. En otras palabras, los grupos de menores ingresos son los que presentan un mayor gasto per cápita y los de mayores ingresos un menor gasto por persona, con la salvedad que el grupo D presenta un mayor gasto que el C.

Al separar los gastos por persona en MAI y MLE, se observa que en la primera los tramos de menores ingresos gastan más que los de mayores ingresos. Es decir, el gasto en la MLE impide que el gasto total en prestaciones de salud per cápita sea progresivo, al facilitar el mayor gasto por parte del grupo de mayores ingresos. Este mayor gasto en la MLE, como hipótesis de trabajo, se podría basar, por una parte, en el mayor costo que significaría para dichas personas utilizar la red pública de salud y, por otro lado, en una mayor demanda por prestadores con mejor tiempo de respuesta y calidad percibida.

Tabla N° A3.2
Gasto per cápita MAI y MLE de los grupos de ingreso del FONASA para el
año 2011, en pesos 2012

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Promedio	Desviación Estándar	Desviación Estándar/Promedio
Total gasto MAI (\$)	1.021.482.679.181	933.689.931.038	359.815.436.126	466.947.290.037	695.483.834.095	330.615.394.370	48%
Total gasto MLE (\$)	0	150.658.333.695	73.943.412.420	138.214.265.939	120.938.670.684	41.171.949.554	34%
Población	3.896.333	4.101.041	2.234.282	2.971.097	3.300.688	864.332	26%
Gasto MAI per cápita (\$)	262.165	227.671	161.043	157.163	202.011	51.532	26%
Gasto MLE per cápita (\$)	-	36.737	33.095	46.520	38.784	6.943	18%
Gasto total per cápita (\$)	262.165	264.408	194.138	203.683	231.098	37.383	16%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA (2012): "Metodología de Caracterización del Gasto". Subdepartamento de Estudios, Abril de 2012.

El tema siguiente es analizar si las conclusiones anteriormente señaladas se mantienen al ajustar la población por riesgo según edad y sexo, es decir, al ponderar por distintos factores los diferentes grupos poblacionales asegurados por el FONASA. En general, se espera que las niñas y niños hasta los 2 años de edad, mujeres en edad fértil y adultos mayores presenten mayores de factores de riesgo o gasto esperado que el promedio poblacional o respecto al grupo utilizado como referencia en el sistema ISAPRES, hombres entre 30 y 34 años de edad.

En este caso, se utilizan como ajustadores de riesgo los establecidos en la matriz de gasto de cada uno de los grupos de ingreso según el estudio del FONASA (2012). Para obtener la población ajustada por riesgo, se multiplican los distintos tramos etarios de los grupos de ingreso por sus respectivos factores de riesgo por edad y sexo.

La Tabla A3.3 contiene la población ajustada por riesgo, de acuerdo la metodología comentada anteriormente, y los gastos per cápita ajustados de los grupos A, B, C y D en la MAI, MLE y Total. Respecto a la comparación entre las poblaciones ajustadas y no ajustadas por riesgo se puede señalar que los aumentos de tamaño para los grupos de ingreso son de un 1%, 68%, 48% y 63%, respectivamente. Esto nos explica la mínima variación experimentada por el gasto por persona del grupo A y los importantes cambios experimentados por los restantes grupos de ingreso, con el consiguiente aumento en las diferencias de gasto per cápita ajustados por riesgo en la MAI y el Total. En el caso de la MLE, se obtiene, a diferencia del ejercicio anterior, una disminución en la progresividad del gasto, más en línea con la asociación entre ingreso de las personas y gasto en salud.

Los resultados anteriormente señalados, por un aparte, nos indican que si bien mejora la progresividad del gasto respecto a la situación sin ajuste de riesgo, en particular por los grupos A y C, aumentan a un 64% las diferencias entre los dos

primeros tramos de ingreso, lo cual nos lleva a señalar la conveniencia de evaluar la incorporación de ajustadores de riesgo, en la asignación de recursos entre los distintos asegurados del FONASA, con el fin de optimizar tanto las brechas de gasto per cápita como la progresividad del gasto.

Tabla N° A3.3
Gasto per cápita ajustado por riesgo MAI y MLE de los grupos de ingreso del FONASA año 2011, en pesos 2012

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Promedio	Desviación Estándar	Desviación Estándar / Promedio
Total gasto MAI (\$)	1.021.482.679.181	933.689.931.038	359.815.436.126	466.947.290.037	695.483.834.095	330.615.394.370	48%
Total gasto MLE (\$)	0	150.658.333.695	73.943.412.420	138.214.265.939	120.938.670.684	41.171.949.554	34%
Población	3.943.120	6.883.902	3.296.935	4.839.904	4.740.965	1.562.450	33%
Gasto MAI per cápita (\$)	259.054	135.634	109.136	96.479	150.076	74.462	50%
Gasto MLE per cápita (\$)	-	21.886	22.428	28.557	24.290	3.705	15%
Gasto total per cápita (\$)	259.054	157.519	131.564	125.036	168.293	62.112	37%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA (2012): "Metodología de Caracterización del Gasto". Subdepartamento de Estudios, Abril de 2012.

Un elemento adicional a analizar es la compra de prestaciones de salud en el sector privado. En particular, las prestaciones que compran los beneficiarios del FONASA en el sector privado a través de la MLE¹⁵⁴. Como se observa en la Tabla N° A3.4 el número de prestaciones compradas es del orden de los 41,6 millones, de las cuales un 96% de ellas están asociadas a atenciones de salud generalmente entregadas de forma ambulatoria. En términos de gasto, aumenta la participación de las intervenciones quirúrgicas y disminuye la de exámenes de diagnóstico.

Lo anteriormente señalado es una constatación del diseño de la cobertura de las prestaciones de la MLE, la que apunta a mejorar las asociadas a las prestaciones ambulatorias respecto a las hospitalarias y las de mayor valor. En otras palabras, la demanda por dichas prestaciones debería ser relativamente baja tal como lo presenta la tabla en comentario.

¹⁵⁴ El gasto de la MAI en el sector privado en el año 2011, es destinado a la compra de diálisis (80%), días camas (11%) y bono auge y exámenes (9%).

Tabla N° A3.4
Frecuencia y gasto de prestaciones compradas por los beneficiarios del FONASA en el año 2011, a través de la MLE

Prestaciones	Frecuencia	Participación en frecuencia	Gasto (M\$ 2012)	Participación en el gasto
Consultas médicas	13.510.413	32,5%	148.033.913	31,3%
Días cama (*)	819.259	2,0%	3.812.212	0,8%
Exámenes diagnóstico	18.686.790	44,9%	139.224.550	29,5%
Intervenciones quirúrgicas	141.309	0,3%	25.139.351	5,3%
Procedimiento de apoyo clínico y terapéutico	7.983.523	19,2%	56.141.023	11,9%
Resto de las prestaciones (**)	446.248	1,1%	100.006.786	21,2%
Total	41.587.542	100,0%	472.357.835	100,0%
(*) No incluye días camas de recuperación.				
(**) En este grupo se incluyen las prestaciones relativas al Pago Asociado a Diagnóstico (PAD).				

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl.

Finalmente, un último aspecto a destacar es la participación de los asegurados del FONASA en el gasto en prestaciones otorgadas por prestadores privados. Como se observa en la Tabla N° A3.5, dicha participación disminuye todos los años desde el 2007 en adelante. Esto ocurre tanto si se incorporan las transferencias corrientes del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de la MAI al sector privado como si no se realiza. En otras palabras, si solo se considera el gasto en privados realizados a través de la MLE se tiene una disminución en la participación de casi 17%, en cambio al considerar el gasto realizado tanto a través de la MLE como de la MAI se tiene una caída en la participación relativa de casi un 12%.

Las hipótesis para explicar este suceso es, por un lado, la importancia asignada a los recursos destinados a la red pública de prestadores (gasto en la MAI) y, por otro lado, el mayor crecimiento del gasto de los asegurados de ISAPRES en prestadores privados.

Tabla N° A3.5
Participación de los asegurados del FONASA en el gasto en prestaciones otorgadas por prestadores privados, 2007 al 2011

Variables	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto FONASA MLE en prestadores privados	28,6%	27,4%	26,5%	25,0%	23,8%
Gasto ISAPRES en prestadores privados	71,4%	72,6%	73,5%	75,0%	76,2%
Gasto FONASA MAI y MLE en prestadores privados	31,8%	31,0%	30,4%	29,0%	27,8%
Gasto ISAPRES en prestadores privados	68,2%	69,0%	69,6%	71,0%	72,2%

Fuente: Elaboración Propia en base a información de FONASA, www.fonasa.cl, ejecución presupuestaria del PPV en www.dipres.cl y Superintendencia de Salud, www.supersalud.cl.

En síntesis las principales características descritas de la participación del FONASA en el mercado de los seguros previsionales son las siguientes:

- a) Los trabajadores están obligados a destinar su cotización obligatoria de salud (7% de la renta imponible) al FONASA o a las ISAPRES. Este aspecto, la posibilidad de competir y compartir a nivel agregado una de las principales fuentes de financiamiento, es lo que finalmente destaca a nuestro sistema y le otorga el carácter de mixto.
- b) La obligatoriedad de afiliación del FONASA y la posibilidad que tienen las ISAPRES de discriminar a sus potenciales clientes, ya sea por edad, sexo o condición de salud.
- c) Esto lleva a que el Seguro Público sea el principal actor en términos de participación de mercado, 76%, y concentre, relativamente, respecto a las ISAPRES una mayor proporción de mujeres y adultos mayores. Es decir, a la población que potencialmente podría generar mayor gasto en salud.
- d) La población asegurada por el Fondo Nacional de Salud tiene una distribución similar a la del país, con cuatro excepciones, las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Magallanes y la Región Metropolitana. Una hipotética explicación es el mayor ingreso per cápita de las regiones señaladas anteriormente así como una mejor distribución del ingreso en dichas zonas territoriales.
- e) Gran parte del gasto en prestaciones se realiza a través de la MAI, a saber en el año 2011 un 85% se realizó en la modalidad en cuestión, conformada mayoritariamente por prestadores de la red pública.
- f) La participación de los diferentes grupos de ingreso en el gasto total (MAI y MLE) sigue el tamaño relativo de los grupos de ingreso pero en una proporción diferente y el único grupo que aumenta su participación es el de mayores recursos, el tramo D.
- g) Al analizar los gastos por persona en atenciones de salud MAI y MLE se obtiene que los grupos de menores ingresos (B y A) son los que presentan un mayor gasto por persona, seguido por los de mayores ingresos (D y C). Sin embargo, el tramo B supera al A en menos de un 1% y el D supera al C en un porcentaje cercano al 5%.
- h) Al evaluar los gastos por persona en MAI se obtiene que el gasto es progresivo, es decir, el grupo A gasta más que el B y éste más que el C y las personas de ese grupo más que las del grupo D. Al agregar el gasto en la MLE se impide que el gasto per cápita total en prestaciones de salud sea progresivo.
- i) Al ajustar la población de los diferentes grupos de ingreso por factores de riesgo asociados a edad y sexo se obtiene que cambian los resultados, a saber el gasto per cápita de la MAI y el total mejoran su progresividad, obteniéndose que A supere al B, éste al C y así sucesivamente. Sin embargo, aumentan las diferencias entre el grupo A y el resto, especialmente con el B (a un 64%). Por otra parte, en la MLE el gasto se vuelve regresivo, es decir, el tramo D supera al C y éste al B.

- j) Las diferencias existentes entre los gastos per cápita de la MAI, MLE y Total ajustados por riesgo y aquellos sin ajustar, muestran la necesidad de estudiar la conveniencia de incorporar la utilización de dichos criterios en la asignación de recursos entre los asegurados del FONASA.
- k) El número de prestaciones compradas a través de la MLE es del orden de los 41,6 millones, de las cuales un 96% de ellas están asociadas a atenciones de salud generalmente entregadas de forma ambulatoria. En términos de gasto, aumenta la participación de las intervenciones quirúrgicas y disminuye las de exámenes de diagnóstico.
- l) Desde el año 2007 en adelante viene disminuyendo la participación relativa del gasto de los asegurados del FONASA en prestaciones de salud del sector privado respecto a las ISAPRES.

ANEXO N° 4: FUNCIONES DEL FONASA CONTENIDAS EN DFL N°1 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD

Las funciones del FONASA contenidas en el DFL N° 1 del 2005 del Ministerio de Salud son las siguientes:

- a. Recaudar, administrar y distribuir los recursos de su responsabilidad (artículo 50 letra a, DFL 1/2005).
- b. Financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios (artículo 50 letra b, DFL 1/2005).
- c. Celebrar convenios con prestadores privados o públicos, con el objeto de comprar prestaciones de salud para ponerlas a disposición de sus beneficiarios (artículo 50 letra b, DFL 1/2005).
- d. Identificar a los asegurados, determinar su ingreso mensual y clasificarlos en el grupo que corresponda (artículos 163 y 164, DFL 1/2005).
- e. Conocer y resolver reclamos de sus beneficiarios (artículo 50 letra e, DFL 1/2005).
- f. Fiscalizar que los recursos sean destinados a prestaciones (artículo 50 letra b, DFL 1/2005).
- g. Condonar, excepcional y fundadamente, el total o una parte de los copagos de cargo del afiliado (artículo 161, DFL 1/2005).
- h. Otorgar préstamos a sus afiliados, sea en la MLE o la MAI. En atenciones de urgencia son automáticos (artículos 53 letra e y 162, DFL 1/2005).
- i. Devolver a sus beneficiarios lo que han pagado en exceso por el otorgamiento de prestaciones GES (artículo 116, DFL 1/2005).
- j. Llevar el Rol de Prestadores de la Modalidad Libre Elección y celebrar con éstos los convenios necesarios para que otorguen prestaciones en la Modalidad (artículo 143, DFL 1/2005).
- k. Ejercer la tuición y fiscalización de la Modalidad Libre Elección (artículo 143, DFL 1/2005).
- l. Impartir instrucciones a los prestadores de la Modalidad Libre Elección e imponer sanciones por su incumplimiento (artículo 143, DFL 1/2005).

- m. Pagar directamente a los prestadores públicos o privados el valor por las prestaciones de emergencia que éstos hayan otorgado a sus beneficiarios (artículo 141, DFL 1/2005).
- n. Informar adecuadamente de sus derechos a los asegurados.
- o. Cobrar las cotizaciones de salud (artículo 50 inciso final DFL 1/2005).

ANEXO N° 5: INDICADORES DE RESULTADOS

En el documento del Banco Mundial (2012), se plantea que la evaluación de los seguros de salud corresponde a lo que ellos han logrado en cuanto a resultados e impacto. ¿Aumentó el acceso a la atención de salud?, ¿Aumentó la cobertura de servicios de salud?, ¿Se ha reducido el gasto de bolsillo?

Entre las materias planteadas por el documento en cuestión destaca lo siguiente:

- Los indicadores de un sistemas de Monitoreo y Evaluación de seguros de salud pueden clasificarse en tres categorías: gestión, financieros y de impacto.
- Los indicadores de gestión proporcionan información sobre la vitalidad del seguro. La Tabla N° A5.1 muestra ejemplos de estos indicadores.

Tabla N°A5.1
Indicadores de Rendimiento de Gestión

Indicadores	Ilustración/Fórmula	
	Inscripción	Fuentes
Tasa de cobertura de la población.	Número total de usuarios como porcentaje de la población objetivo	Registro de afiliados
Tasa de crecimiento de afiliados	Registro de nuevos afiliados como porcentaje del total de afiliados durante cierto período.	Registro de afiliados
Selección Adversa	Identificar selección adversa a través de una comparación de los estados de salud de la población asegurada y de la no asegurada	Registro de miembros Encuesta de hogares
Tasa de contribución del Gobierno a los pobres	% de los costos totales incurridos por la población en quintil más pobre que son subsidiados por el gobierno, o el porcentaje de individuos que pobres reciben exenciones de premios	Registro de afiliados y primas
Tasa de renovación	Número de renovaciones / número potencial de renovaciones	Registro de miembros Hoja de renovación
Tasa de abandono	Número de abandonos / número potencial de renovaciones	Registro de miembros
Tasa de recaudación de las primas	Importe de las primas recibidas como porcentaje de primas adeudadas.	Registro de miembros Registro de primas
Tiempo medio para el pago de proveedores	El tiempo transcurrido entre la fecha de emisión de las facturas de pago por parte de proveedores de pago y la fecha en que el pago se realiza.	Hoja de balance de declaración de ingresos y gastos
Tiempo medio para el reembolso de los miembros ¹⁵⁵	El tiempo transcurrido entre la fecha de reclamaciones de los afiliados para reembolso y la fecha en que el pago se hace.	Hoja de balance de declaración de ingresos y gastos
Reclamaciones mensuales y por cambio estacional	Conjunto de indicadores que resumen la utilización de servicios y costos y sus tendencias (que pueden ser desagregados por tipo de servicio).	Facturas por proveedores de salud Registro de reclamos Listado de reclamos por tipo de proveedor

Fuente: Elaboración Propia en base a Banco Mundial (2012).

¹⁵⁵ A junio de 2012, la ISAPRES abierta que más demoraba en rembolsar era Vida Tres con 4,8 días. Ver <http://ranking.supersalud.gob.cl/574/w3-article-4415.html>.

- Los indicadores financieros se usan para evaluar la capacidad del seguro para sustentarse en el largo plazo. Algunos ejemplos se muestran en Tabla N° A5.2.

Tabla N° A5.2
Indicadores de Rendimiento Financiero

Indicadores	Ilustración/ Fórmula	Fuentes
Coefficiente de solvencia	Activos / pasivos. Medición de la fuerza del esquema financiero y su capacidad para pagar sus obligaciones en el corto, mediano y largo plazo.	Hoja de Balance
Razón de liquidez	Activo corriente / pasivo corriente. Es la medición de la cantidad de efectivo disponible para cumplir con las obligaciones de corto plazo del sistema de seguros.	Hoja de Balance
Proporción de reclamaciones incurridas	Reclamaciones incurridas en cierto período como porcentaje de las primas devengadas en ese mismo período. Este período puede ser para un año fiscal o de cualquier otro período contable.	Declaración de ingresos y gastos
Relación de gastos incurridos	Gastos incurridos durante un período/ primas devengadas en el mismo período.	Declaración de ingresos y gastos
Razón de costos operativos ingresos.	Costo de operación como porcentaje del ingreso total.	Declaración de ingresos y gastos
Razón de cobertura de gastos	Reservas / gastos. Las reservas acumuladas deben cubrir las demandas medias de 3-6 meses.	Declaración de ingresos y gastos

Fuente: Elaboración Propia en base a Banco Mundial (2012).

- Los indicadores de rendimiento de resultados permiten obtener una imagen de los resultados intermedios e impacto de un seguro de salud, midiendo los cambios en: el estado de salud, protección de riesgos financieros, acceso a la atención de la salud, eficiencia de entrega de servicio y calidad de la atención (ver ejemplos en Tabla N° A5.3). Es difícil llevar a cabo una evaluación comprehensiva de un seguro de salud en un plazo corto, dado que algunos resultados finales, tales como los cambios en el estado de salud, se observarán sólo en el largo plazo.

Tabla N° A5.3
Indicadores de Rendimiento de Resultados

Tipo de resultados	Indicador
1.Cambio de estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación del estado de salud • Días de trabajo perdidos (medida de productividad).
2. Protección del riesgo financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto de bolsillo anual, por nivel socioeconómico y el estado de matrícula • Gasto de bolsillo como porcentaje del ingreso familiar, estatus socioeconómico y tipo de beneficiario. • Porcentaje de reembolso de gastos médicos, por estatus socioeconómico y matriculación • Pobreza debido a la enfermedad, es decir, los gastos médicos que causan el hogar caiga por debajo de alguna línea de la pobreza.
3.Nivel de satisfacción del beneficiario	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la preocupación o ansiedad acerca de enfermarse • Satisfacción con los servicios de salud (incluyendo el acceso y la calidad de los servicios) • Satisfacción con la gestión de seguro.

Tipo de resultados	Indicador
4.Cambios las barreras de acceso	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las tasas de utilización de atenciones de salud • Porcentaje de enfermos que informan que no pudieron obtener atención de salud por motivos financieros • Porcentaje de enfermos que informan que no pudieron obtener atención de salud debido a la distancia al centro de salud • Porcentaje de enfermos que informan que no pudieron obtener atención de salud por razones técnicas (como la falta de medicamentos, equipos o personal en el centro de salud) • Hospitalizaciones prevenibles.
5.Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Cobros por consulta ambulatoria o cobros por día de hospitalización con el mismo diagnóstico o tratamiento • Costo por día del proveedor en centros de salud y hospitales • Número de pacientes atendidos por el médico en las instalaciones de salud • Costos por atención de salud comparación entre asegurado y no asegurado.
6.Calidad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias de recetas y fichas médicas • Uso de guías de práctica clínica.

Fuente: Elaboración Propia en base a Banco Mundial (2012).

Por otra parte, el Ministerio de Hacienda plantea que los indicadores de desempeño son una herramienta que entrega información cuantitativa respecto al logro o resultado en la entrega de los productos (bienes o servicios) generados por la institución, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro. Se los define como una expresión que establece una relación entre dos o más variables, la que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar desempeño. Entre los aspectos que se destacan se encuentra lo siguiente:

- Los indicadores de desempeño incorporados en el presupuesto incluyen una meta o compromiso, así el resultado de los indicadores permite inferir una medida del logro de las metas propuestas. Estas metas pueden estar directamente relacionadas con alguno de los productos o subproductos (bienes o servicios) que ofrece la institución, o tener un carácter más amplio de su quehacer.
- Los indicadores de desempeño deben cumplir algunos requisitos básicos, entre los cuales destacan la pertinencia, una razonable independencia de factores externos, la comparabilidad, requerir de información a costos razonables, ser confiables, simples y comprensivos, verificables y constituir información de carácter pública.
- El número de indicadores no puede exceder la capacidad de análisis de quienes los van a usar. Por esto es necesario diferenciar entre indicadores para propósitos de gestión o de monitoreo interno en las instituciones, a nivel de los diferentes centros de responsabilidad o unidades de trabajo, de aquellos necesarios en los niveles superiores de la toma de decisiones o con fines de *accountability*. En este último caso, los indicadores deben cubrir los aspectos más significativos de la gestión, privilegiando los principales objetivos de la organización.

La Tabla N° A5.4 contiene los requisitos básicos que deben cumplir los indicadores de desempeño y su respectiva definición, para estos fines se

utilizan los documentos del Ministerio de Hacienda (2005) e ILPES-CEPAL (2011).

Tabla N° A5.4
Definiciones operativas de los requisitos básicos de un indicador de desempeño

Requisitos básicos de un indicador ¹⁵⁶	Definición operativa ¹⁵⁷
Pertinentes	Deben ser pertinentes, permitiendo medir aspectos relevantes de la gestión presupuestaria y de la gestión de una institución o entidad, como por ejemplo entregar información de los productos estratégicos de dicha institución, de modo de hacer seguimiento al grado de cumplimiento de sus objetivos.
Independientes de factores externos	Responder principalmente a las acciones desarrolladas por la institución en vez de a factores externos
Comparables	Deben permitir la comparabilidad a lo largo del tiempo, entre instituciones o países, según sea el caso.
Requerir de información a costos razonables	Deben incorporar información que sea obtenida a costos razonables
Confiables	Deben ser confiables, es decir debe existir la garantía de que los resultados que muestran son independientes de quien efectúe su medición. Para ello se requiere que los datos básicos de los indicadores estén sustentados en sistemas de información que puedan ser auditados.
Simples	Deben ser de fácil elaboración.
Comprehensivos	Deben sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador
Verificables	Deben ser verificables, estando claramente establecidas las fuentes de información que permiten medir el indicador, las que deben estar disponibles para su revisión
Constituir información de carácter pública	Deben ser conocidos y accesibles a todos los niveles y estamentos de la entidad o institución, así como para el público usuario y el resto de la administración pública.

Fuente: Elaboración Propia en base a información de Ministerio de Hacienda (2005) e ILPES-CEPAL (2011).

Indicadores de gestión utilizados por el FONASA

En el año 2012 el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de FONASA tenía contemplados tres tipos de indicadores¹⁵⁸:

- **Indicador H:** Permiten medir el desempeño institucional en relación al logro de la estrategia definida. Están asociados al control presupuestario que lleva a cabo la DIPRES y su cumplimiento implica un incentivo pecuniario a través del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG).
- **Indicador MEG:** Buscan medir el desempeño colectivo de los equipos de trabajo definidos por la institución en el marco de las metas definidas en el Convenio de Desempeño Colectivo establecido entre el FONASA y el

¹⁵⁶ Ministerio de Hacienda (2005).

¹⁵⁷ ILPES-CEPAL (2011).

¹⁵⁸ "Reporte del Sistema de Información para la Gestión (SIG)". "Informe de Planificación Institucional 2012". Corte a junio. Fondo Nacional de Salud. Subdepartamento de Control de Gestión, Departamento Planificación Institucional, julio de 2012.

Ministerio de Salud. Este último actúa, por lo tanto, como ente validador de este tipo de metas. El cumplimiento de estas metas está asociado a un incentivo pecuniario.

- **Indicador INTERNO:** Contribuyen a medir el desempeño institucional, sin embargo, su cumplimiento no implica, de forma directa, un incentivo pecuniario.

En las tablas N° A5.5, A5.6 y A5.7 se analizan los indicadores en base al marco conceptual del Banco Mundial (2012). En la última columna de cada tabla se establece si el indicador, según este marco conceptual, es de resultado intermedio o de resultado final. Destaca que de los indicadores H sólo seis son de resultados y que de los indicadores MEG sólo uno es de resultado.

Tabla N° A5.5
Indicadores de desempeño utilizados por el FONASA en su proceso de Formulación presupuestaria año 2012 (Indicadores H)

Producto Estratégico al que se vincula	Indicador de desempeño	Fórmula de cálculo	Medio de Verificación	Indicador de resultado (Si/No)
Gestión Financiera -Gestión de Convenios con Prestadores en Salud (Público/Privado)	<u>Eficacia/Proceso</u> 1. Porcentaje de cumplimiento de actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas, según contrato, en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t, \text{ en cumplimiento a lo establecido en Contrato} / \text{N}^\circ \text{ total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas, según Contrato, en el año } t) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Reporte SIGGES. Resumen de Prestaciones Facturadas. Reporte REM. Nóminas ruficadas de prestaciones realizadas elaboradas por Servicios de Salud en complementación a Reporte SIGGES y/o reporte REM	No
Gestión Financiera -Fiscalización de Prestaciones y Licencias Médicas	<u>Eficacia/Producto</u> 2. Porcentaje de asegurados atendidos correctamente por prestadores fiscalizados en la MLE, año t	$(\text{Número de asegurados con bono Fiscalizado atendidos correctamente en año } t / \text{Número total de asegurados con bono fiscalizado en la MLE, año } t) * 100$	Base de Datos/Software Software de automatización de la fiscalización Reportes/Informes Reporte área de Control y Calidad de Prestaciones.	No, indicador con diseño confuso ¹⁵⁹
Atención al Asegurado	<u>Calidad/Producto</u> 3. Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente a FONASA	$(\text{N}^\circ \text{ de encuestados que evalúa satisfactoriamente a FONASA} / \text{N}^\circ \text{ total de encuestados}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Informe de Encuesta de Satisfacción usuaria realizada por empresa externa	Si
Plan de Salud	<u>Eficacia/Producto</u> 4. Tasa de crecimiento promedio en el número de intervenciones de salud del arancel PPV año t+1, respecto del arancel PPV año 2009.-	$((\text{Número de intervenciones de salud incluidas en propuesta de arancel PPV año } t+1 / \text{Número de intervenciones de salud vigentes en arancel PPV año } 2009) - 1) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Propuesta de arancel PPV año t+1, enviada a M. Hacienda	No
Gestión Financiera -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	<u>Economía/Producto</u> 5. Porcentaje de recaudación de cotizaciones del segmento dependientes, en el año t	$(\text{monto de cotizaciones recaudadas en el año } t, \text{ para el segmento dependientes} / \text{monto de cotizaciones declaradas en el año } t, \text{ para el segmento dependientes}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Reporte extraído del Data Mart de Cotizaciones	Si

¹⁵⁹ Su problema radica en que el numerador mide dos atributos: asegurados atendidos correctamente y asegurados atendidos por prestadores fiscalizados, lo que dificulta su interpretación.

Producto Estratégico al que se vincula	Indicador de desempeño	Fórmula de cálculo	Medio de Verificación	Indicador de resultado (Si/No)
		100		
Atención al Asegurado	<u>Calidad/Producto</u> 6. Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su Seguro de Salud	$(\text{N}^\circ \text{ de Usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su seguro de salud} / \text{N}^\circ \text{ total de usuarios FONASA encuestados en el año t}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Informe de Encuesta de Satisfacción usuaria realizada por empresa externa	Si
Plan de Salud -Garantías Explicitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 7. Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los Asegurados en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de Garantías de Protección Financiera cumplidas a los asegurados en el año t} / \text{N}^\circ \text{ de Garantías de Protección Financiera registradas a los asegurados en el año t}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Informes generado por Subdepto. Programación Financiera con base a la información registradas por los Sistema GGPF y de Reclamos de FONASA <u>Reportes/Informes</u> Reporte de Reclamos	Si
Plan de Salud -Garantías Explicitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 8. Porcentaje de garantías de acceso cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas a los Asegurados en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de Garantías de Acceso cumplidas a los Asegurados en el año t} / \text{N}^\circ \text{ de Garantías de Acceso registradas a los Asegurados en el año t}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Reportes/Informes. Sistema SIGGES. <u>Reportes/Informes</u> Reporte de Reclamos. <u>Reportes/Informes</u> Informe de Evaluación AUGÉ.	Si
Plan de Salud -Garantías Explicitas en Salud (Auge)	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 9. Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas a los Asegurados en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de Garantías de Oportunidad de Tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t} / \text{N}^\circ \text{ de Garantías de Oportunidad de Tratamiento registradas a los Asegurados en el año t}) * 100$	<u>Base de Datos/Software</u> Base de datos con fuente SIGGES <u>Reportes/Informes</u> Informe Reclamos Depto. Operaciones <u>Reportes/Informes</u> Informe Final de Resultados del Departamento. Operaciones	Si
Gestión Financiera -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	<u>Economía/Producto</u> 10. Porcentaje de recuperación de cotizaciones adeudadas en el año t	$(\text{Monto de cotizaciones adeudadas recuperadas en el año t} / \text{Monto total de cotizaciones adeudadas en el año t}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Informe del Subdepartamento Recaudación y Fiscalización sobre Cotizaciones	No
Gestión Financiera -Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	<u>Economía/Producto</u> 11. Porcentaje de recuperación de préstamos médicos en el año t sobre el monto total de préstamos médicos otorgados en el año t	$(\text{Monto de Préstamos Médicos recuperados en el año t} / \text{Monto de Préstamos Médicos otorgados en el año t}) * 100$	<u>Reportes/Informes</u> Reportes Data Warehouse del Sistema de información del Seguro Público, módulo Préstamos Médico	No

Fuente de la tabla: elaboración propia en base a información del portal web DIPRES, <http://www.DIPRES.gob.cl/574/propertyvalue-15190.html>.

Tabla N° A5.6
Indicadores de desempeño colectivo de los equipos de trabajo
utilizados por FONASA el año 2012 (Indicadores MEG)¹⁶⁰

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Medio de verificación	Indicador de resultado (sí/no)
Plan de Salud (procesos estratégicos)	Porcentaje de recomendaciones implementadas por centro de responsabilidad (CR) producto del monitoreo de la planificación institucional	$(\text{N}^\circ \text{ de recomendaciones implementadas por CR producto del monitoreo año t} / \text{N}^\circ \text{ total de recomendaciones sugeridas por Control de Gestión en año t}) * 100$	Informes trimestrales de Monitoreo de la Planificación Institucional.	No
	Porcentaje de recomendaciones indicadas por el Departamento de Auditoría Interna, aceptadas e implementadas por las áreas auditadas en año t-1	$(\text{N}^\circ \text{ total de recomendaciones implementadas por las áreas auditadas en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de recomendaciones aceptadas por las áreas auditadas en año t-1}) * 100$	Planilla de seguimiento de Recomendaciones de Auditoría Interna.	No
	Tasa de variación de las apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación en año t	$(\text{N}^\circ \text{ apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación, en año t} / \text{N}^\circ \text{ apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación, en año t-1}) * 100$	Informe ejecutivo de la Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales	No
	Porcentaje de prestaciones analizadas por estudio de Grupos y/o Subgrupos del arancel en un contexto de reestructuración/modernización	$(\text{N}^\circ \text{ de Prestaciones analizadas de Grupos o Subgrupos del arancel estudiados, según grupos o subgrupos priorizados en año t} / \text{N}^\circ \text{ de Prestaciones de Grupos o Subgrupos del arancel planificados para su estudio, según grupos o subgrupos priorizados en año t}) * 100$	Nota Interna, donde se establecen los estudios respectivos (de grupos/subgrupos y número prestaciones) planificados a realizar el año t en un contexto de reestructuración/modernización. Informe de Gestión, que sintetiza los estudios de los Grupos y Subgrupos realizados y las prestaciones involucradas.	No
	Variación porcentual del gasto real en licencias médicas pagadas por CCAF en relación al gasto estimado en licencias médicas para las CCAF, según modelo de estimación y validación durante el año t	$(\text{Total Gasto real pagado a CCAF por Licencias Médicas en el año t} / \text{Gasto estimado en licencias Médicas a pagar a CCAF en el año t} - 1) * 100$	Descripción del modelo utilizado. Informe de resultados del modelo	No
Plan de Salud/Mecanismos de Control y de Pago a Prestadores (procesos de negocios)	Tasa de crecimiento en la disponibilidad de oferta de prestaciones de salud convenidas en áreas priorizadas.	$((\text{N}^\circ \text{ de ofertas de prestaciones convenidas en áreas priorizadas en año t} / \text{N}^\circ \text{ de ofertas de prestaciones convenidas en áreas priorizadas en año t-1}) - 1) * 100$	Informe de gestión 2012, donde se identifica el número de prestaciones convenidas, año t. Informe de gestión 2011, donde se identifica el número de prestaciones convenidas año t-1. Nota Interna de DECOM, donde se identifican las áreas	No

¹⁶⁰ "Reporte del sistema de información para la gestión (SIG)". "Informe de Planificación Institucional 2012". Corte a junio. Fondo Nacional de Salud. Subdepartamento de Control de Gestión, Departamento Planificación Institucional, julio de 2012.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Medio de verificación	Indicador de resultado (si/no)
			priorizadas año 2012.	
	Asegurar la disponibilidad de recursos mensuales para el programa de Prestaciones Valoradas (PPV) realizada por Servicio de Salud	(Transferencias realizadas PPV a Servicios de Salud en el mes n año t/ Transferencias solicitadas de PPV a Servicios de Salud para el mes n año t)*100	Solicitud de conformidad de pago del encargado DECOM Certificado de transferencia a los Servicios de salud	No
	Porcentaje de empresas capacitadas en programa de evasión año t-1, que no presentan evasión año t	(Número de empresas capacitadas en año t-1, que no presentan evasión en año t/ Número de empresas capacitadas en programa evasión en año t-1)*100	Informe de evasión del sistema de fiscalización de Cotizaciones Listado de empresas capacitadas año t-	No
	Porcentaje de prestadores visados para Bono Electrónico en año t	(Nº de solicitudes visadas para convenio Bono Electrónico en año t / Nº de solicitudes presentadas para visación de convenio Bono Electrónico en año t)*100	Informe de evaluación semestral del depto. Control y Calidad de Prestaciones.	No
Plan de Salud/Mecanismos de Control y de Pago a Prestadores/ Canales de Atención (procesos de soporte)	Tasa de Accidentabilidad año t	(Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el período / Promedio Mensual de Funcionarios(as) en el período) * 100	Registro DIAT. "Reporte mensual SIRH de dotación funcionaria efectiva. Informe Comité Paritario Central.	No
	Porcentaje de funcionarios capacitados y encuestados que declaran estar satisfechos con las actividades de capacitación otorgadas en año t	(Nº de funcionarios capacitados y encuestados que declaran estar satisfechos con las actividades de capacitación otorgadas en año t / Total de funcionarios capacitados y encuestados, en año t) * 100	PAC 2012. Informe trimestral de resultados de encuestas de Satisfacción de Participantes.	No
	Porcentaje de respuesta a solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas, en 5 días hábiles, año t.	(Nº de respuestas a solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas en 5 días hábiles, año t / Nº total de solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas, en 5 días hábiles, año t) * 100	Reporte de Requerimientos de Fiscalía	No
	Porcentaje de Cumplimiento de Plan de Trabajo requisito Norma de Seguridad de la información	(Número de actividades plan de trabajo cumplidas/Número total de actividades del plan de trabajo)	Plan de trabajo PMG seguridad de la información Informe de Cumplimiento	No
	Porcentaje de Cumplimiento de funcionalidades entregadas para certificar según plan	(Número de funcionalidades entregadas para certificar / Número de funcionalidades comprometidas para certificar según plan)*100	Plan de trabajo *Informe de Cumplimiento	No

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Medio de verificación	Indicador de resultado (si/no)
Canales de Atención (atención al asegurado)	Tasa de variación de Calidad de atención en Canales Virtuales (Call Center y Web) año t	$(1 - (\text{N}^\circ \text{ de reclamos por calidad de atención en call center y web, en año t} / \text{N}^\circ \text{ de reclamos por calidad de atención en call center y web, en año t-1})) * 100$	Informe de Reclamos año t.- Subdpto. Gestión Clientes.	No
	Porcentaje de bonos Electrónicos emitidos en año t	$(\text{N}^\circ \text{ de Bonos electrónicos emitidos en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de Bonos emitidos en año t}) * 100$	Informe de emisión anual bono electrónico	No
	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los espacios de atención disponibles año t	$(\text{N}^\circ \text{ de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los espacios de atención disponibles en año t} / \text{N}^\circ \text{ Total de encuestados que realizaron una solicitud ciudadana en año t}) * 100$	Informe de Encuesta de Satisfacción de Post Atención realizada por empresa externa	Si, corresponde a indicador de rendimiento de resultado tipo 3
	Tasa de aumento de transacciones en línea a través de los kioskos net en año t	$\{(\text{Promedio de transacciones en línea en total de kioskos net, en año t} / \text{Promedio de transacciones en línea en total de kioskos net, en año t-1}) - 1\} * 100$	Informe de Transacciones en Línea - TIP	No

Tabla N° A5.7
Indicadores de desempeño internos utilizados por FONASA el año 2012
(Indicadores internos)

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Área	Indicador de resultado (si/no)
Porcentaje de cumplimiento del plan anual de auditoría interna en el período	$(\text{N}^\circ \text{ de auditorías realizadas y planificadas en período t} / \text{N}^\circ \text{ de auditorías planificadas y realizadas en período t}) * 100$	Auditoría	No
Porcentaje de sucursales operando con la nueva imagen corporativa.	$(\text{N}^\circ \text{ de sucursales operando con la nueva imagen corporativa} / \text{N}^\circ \text{ total de sucursales definidas en Plan de Implementación}) * 100$	Marketing	No
Promedio de visitas a la sección de noticias de la Intranet por número de usuarios con acceso a la plataforma	Número de visitas a la sección de noticias de intranet/ número de usuarios con acceso a la intranet.	Comunicaciones	No
Porcentaje de crecimiento en automatización de Servicios Electrónicos	$((\text{N}^\circ \text{ de Transacciones electrónicas año t} / \text{N}^\circ \text{ Transacciones Electrónicas t-1}) - 1) * 100$	Tecnologías	No
Número de días para el pronunciamiento de Licencias Médicas Electrónicas en FONASA	Nº de días promedio desde la recepción en el Sistema de LM Electrónica en FONASA hasta su pronunciamiento, en el año t	Planificación Institucional. (eliminado, por no salir ley)	No
Porcentaje de solicitudes ciudadanas que corresponden al Subdepartamento Plan de Beneficios, respondidas en 10 días	$(\text{Número de Solicitudes Ciudadanas que corresponden al Subdepartamento Plan de Beneficios respondidas en 10 días} / \text{Número total Solicitudes Ciudadanas que corresponden al Subdepartamento Plan de Beneficios}) * 100$	Planificación Institucional	No

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Área	Indicador de resultado (si/no)
Porcentaje de satisfacción del Centro de Responsabilidad, respecto del servicio entregado por el Subdepartamento. Control de Gestión	Nº Centros de Responsabilidad (Jefes y contraparte técnica) que se sienten satisfechos con el servicio entregado por el Subdepartamento control de Gestión, en el año t	Planificación Institucional	No
Porcentaje de cumplimiento de planificación de compras	Total OC Planificadas/Total de OC Emitidas	Operaciones/Administración	No
Porcentaje de cumplimiento de planificación, mantenciones preventivas del FNS	Total de actividades realizadas / Total actividades planificadas	Operaciones/Administración	No
Porcentaje de Ejecución según planificación presupuestaria (análisis trimestral)	Devengado real mes T/ Devengado proyectado Mes T	Operaciones/Administración	No
Porcentaje de recuperación de subsidios por incapacidad laboral año t	(Montos recuperados de subsidios por incapacidad laboral año t / Montos totales a recibir de subsidios por incapacidad laboral año t)*100	Operaciones/Gestión de Personas	No
Porcentaje de completitud de campos en SIRH respecto de la dotación efectiva año t	(Nº de funcionarios con datos completos en SIRH en año t / dotación efectiva año t)*100	Operaciones/Gestión de Personas	No

Fuente: Reporte del sistema de información para la gestión (SIG)". "Informe de Planificación Institucional 2012". Corte a junio. Fondo Nacional de Salud. Subdepartamento de Control de Gestión, Departamento Planificación Institucional, julio de 2012.

De las tablas números A5.5, A5.6 y A5.7 se obtiene que los indicadores de resultado del FONASA son siete (7). En la Tabla N° A5.8 se clasifican dichos indicadores según el tipo de resultado de acuerdo al esquema del Banco Mundial.

Tabla N° A5.8
Indicadores de desempeño del FONASA según tipo de resultado en el esquema del Banco Mundial

Tipo de resultados	Indicador Sugeridos por el Banco Mundial	Indicadores de desempeño utilizados por FONASA en el SIG del año 2012
Cambio de estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluación del estado de salud Días de trabajo perdidos (medida de productividad). 	<ul style="list-style-type: none"> NO HAY
Protección del riesgo financiero	<ul style="list-style-type: none"> Gasto de bolsillo anual, por nivel socioeconómico Gasto de bolsillo como porcentaje del ingreso familiar, estatus socioeconómico y tipo de beneficiario. Porcentaje de reembolso de gastos médicos, por estatus socioeconómico y matriculación Pobreza debido a la enfermedad, es decir, los gastos médicos que causan el hogar caiga por debajo de alguna línea de la pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los Asegurados en el año t. (Dimensión de Eficacia)
Nivel de satisfacción del beneficiario ¹⁶¹	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la preocupación o ansiedad acerca de enfermarse Satisfacción con los servicios de salud (incluyendo el acceso y la calidad de los servicios) Satisfacción con la gestión de seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente a FONASA (Dimensión de Calidad) Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su Seguro

¹⁶¹ En el caso de las encuestas, para asegurar que los resultados sean los correctos deben ser realizadas por entes externos, explicitar la metodología de cálculo de resultados y poner a disposición la base de datos y los cruces realizados.

Tipo de resultados	Indicador Sugeridos por el Banco Mundial	Indicadores de desempeño utilizados por FONASA en el SIG del año 2012
		de Salud (Dimensión de Calidad) <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los espacios de atención disponibles año t
Cambios las barreras de acceso	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las tasas de utilización de atenciones de salud • Porcentaje de enfermos que informan que no pudieron obtener atención de salud por motivos financieros • Porcentaje de enfermos que informan que no pudieron obtener atención de salud debido a la distancia al centro de salud • Porcentaje de enfermos que informan que no pudieron obtener atención de salud por razones técnicas (como la falta de medicamentos, equipos o personal en el centro de salud) • Hospitalizaciones prevenibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cumplimiento de actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas, según contrato, en el año t. (Dimensión de Eficacia) • Porcentaje de garantías de acceso cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas a los Asegurados en el año t. (Dimensión de Eficacia) • Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas a los Asegurados en el año t. (Dimensión de Eficacia)
Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Cobros por visita ambulatoria o cobros por día de hospitalización con el mismo diagnóstico o tratamiento • Costo por día del proveedor en centros de salud y hospitales • Número de pacientes atendidos por profesional por el médico en las instalaciones de salud • Costos por atención de salud comparación entre asegurado y no asegurado. 	NO HAY
Calidad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias de recetas y fichas médicas • Uso de guías de práctica clínica. 	NO HAY

Fuente: Banco Mundial (2012).

En la Tabla N° A5.9 se evalúan los 7 indicadores de resultados del FONASA según si cumplen de los requisitos básicos de un indicador de desempeño. Destaca que los indicadores cumplen la mayoría de los criterios, siendo la excepción el requisito de ser comprensivos, que no cumplen tres de los analizados. Para dichos indicadores, consideramos que se deben complementar para suplir la falta de amplitud exigida por el criterio en cuestión.

Tabla N° A5.9
Indicadores de desempeño del FONASA según si cumplen los requisitos básicos de un indicador de desempeño

INDICADORES DE DESEMPEÑO FONASA	Pertinencia	Independencia	Comparabilidad	Costos razonables	Confiables	Simples	Comprehensivos	Verificable	Información pública
Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente a FONASA	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i
Porcentaje de recaudación de cotizaciones del segmento dependientes, en el año t	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i
Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su Seguro de Salud	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i
Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los Asegurados en el año t	S i	S i	S i	S i	S i	S i	N o	S i	S i
Porcentaje de garantías de acceso cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de acceso registradas a los Asegurados en el año t	S i	S i	S i	S i	S i	S i	N o	S i	S i
Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas a los Asegurados en el año t	S i	S i	S i	S i	S i	S i	N o	S i	S i
Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los espacios de atención disponibles año t	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i	S i

Fuente: Elaboración Propia en base a documento ILPES-CEPAL (2011).

Propuesta de Indicadores de Resultados

En la Tabla N° A5.10 se proponen indicadores para los tipos de resultados que según el esquema Banco Mundial (2012) actualmente no están incorporados en el SIG de FONASA.

Tabla N° A5.10
Propuesta de indicadores según los tipos de resultados en los cuales actualmente no hay indicadores del FONASA

Tipo de resultados	Indicador Sugeridos por el Banco Mundial	Indicadores de desempeño propuestos
Cambio de estado de salud	Autoevaluación del estado de salud	Autopercepción del estado de salud
Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios	Cobros por visita ambulatoria o cobros por día de hospitalización con el mismo diagnóstico o tratamiento	Costo promedio ponderado por agrupación de prestaciones en Atenciones Médicas e Intervenciones Quirúrgicas en la MAI y la MLE

Tipo de resultados	Indicador Sugeridos por el Banco Mundial	Indicadores de desempeño propuestos
	Costo por día del proveedor en centros de salud y hospitales	
	Número de pacientes atendidos por un médico en las instalaciones de salud	El primero no aplica, ya que en Chile gran parte de las prestaciones de salud se otorgan en las redes asistenciales públicas o privadas. Respecto al segundo, no lo consideramos relevante ya que el sentido es evaluar los costos, por grupos de ingreso, regiones, entre otros para aquellos personas aseguradas por el FONASA
	Costos por atención de salud comparación entre asegurado y no asegurado.	
Calidad de los servicios	Auditorías de recetas y fichas médicas	Número de auditorías realizadas en la MAI y MLE sobre el total de prestaciones realizadas
		Porcentaje de auditorías realizadas con resultados satisfactorios
	Uso de guías de práctica clínica.	No aplica por estar establecidas para los tratamientos de las patologías GES y no para todas las intervenciones de salud.

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N° A5.11 se proponen indicadores de resultados para complementar los utilizados actualmente por el FONASA, en particular aquéllos que no cumplieron con la condición de ser comprensivos.

Tabla N° A5.11
Propuesta de Indicadores para complementar los utilizados por el FONASA

Tipo de resultados	Indicadores de desempeño propuestos para complementar los utilizados por FONASA
Protección del riesgo financiero	Porcentaje del copago realizado por los asegurados sobre el gasto total en MAI y MLE
	Porcentaje del copago realizado por los asegurados sobre el gasto total en prestaciones GES
Nivel de satisfacción del beneficiario	No aplica indicadores adicionales
Cambios en las barreras de acceso	Tasa de consultas médicas en APS MAI y MLE
	Tasa de consultas médicas especialistas en atención secundaria y terciaria MAI y MLE

Tipo de resultados	Indicadores de desempeño propuestos para complementar los utilizados por FONASA
	Porcentaje de personas que no se atendieron respecto al total de personas que tuvieron algún problema de salud
	Porcentaje de garantías cumplidas fuera de plazo sobre el total de garantías (según la Superintendencia de Salud)
	Porcentaje de garantías no cumplidas sobre el total de garantías del período (según la Superintendencia de Salud)

Fuente: Elaboración Propia.

En base a la metodología descrita en la Tabla N° A5.12 se presentan los indicadores de resultados propuestos para evaluar el desempeño del FONASA (sin considerar aún el componente de equidad).

Tabla N° A5.12
Propuesta de indicadores de resultados para evaluar desempeño del FONASA

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Objetivo Estratégico al que se vincula
Plan de Salud	Porcentaje de cumplimiento de garantías de protección financiera en la GES	$\left(\frac{\text{Número de Garantías de Protección Financiera cumplidas a los asegurados en el período } t}{\text{Número de Garantías de Protección Financiera registradas a los asegurados en el período } t} \right) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de cumplimiento de garantías de acceso	$\left(\frac{\text{Número de Garantías de Acceso cumplidas a los asegurados en el período } t}{\text{Número de Garantías de Acceso registradas a los asegurados en el período } t} \right) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento ¹⁶²	$\left(\frac{\text{Número de garantías de oportunidad no pendientes de cumplimiento en el período } t}{\text{total de garantías de oportunidad reportadas en el período } t} \right) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

¹⁶² Se considera la Garantía de Oportunidad Pendiente de Cumplimiento cuando la garantía en cuestión ha sido incumplida dentro de los plazos establecidos en el Decreto GES respectivo, independiente de si existe o no un reclamo asociado al incumplimiento de la garantía.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Objetivo Estratégico al que se vincula
	Porcentaje de personas aseguradas por el FONASA que autoevalúan satisfactoriamente su estado de salud (autopercepción del estado de salud)	(Personas aseguradas en el FONASA que auto evalúan satisfactoriamente su estado de salud en el año t/total de personas aseguradas en el FONASA encuestadas en el año t)*100 ¹⁶³	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Tasa de consultas médicas en la MLE ¹⁶⁴	(Número de consultas médicas en la MLE en el año t/ total de beneficiarios promedio de la MLE en el año t)*100 ¹⁶⁵	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Tasa de consultas médicas en la MAI	(Número de consultas médicas en la MAI en el año t/ total de beneficiarios promedio de la MAI en el año t)*100 ¹⁶⁶	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de personas que demandaron atención médica y no fueron atendidos	(Número de personas que demandaron atención médica y declaran no haber sido atendidas en el año t/ número total de personas que demandaron atención de salud en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
Gestión Financiera	Costo promedio ponderado de Consultas Médicas en la MAI	(Sumatoria del gasto en consultas médicas en la MAI del año t/ total de consultas médicas otorgadas en la MAI en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Costo promedio ponderado de Consultas Médicas en la MLE	(Sumatoria del gasto en consultas médicas en la MLE del año t/ total de consultas médicas otorgadas en la MLE en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones

¹⁶³ En la Encuestade Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2011, la clasificación sería de bueno o muy bueno.

¹⁶⁴ Este indicador se clasifica dentro de aquellos indicadores de resultado que el Banco Mundial (2012) considera como de "cambios en las barreras de acceso".

¹⁶⁵ El número de beneficiarios promedio de la MLE se refiere al promedio de personas que pertenecieron a los grupos B, C y D en el año t.

¹⁶⁶ El número de beneficiarios promedio de la MAI se refiere al promedio de personas que pertenecieron a los grupos A, B, C y D en el año t.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Objetivo Estratégico al que se vincula
			fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Costo promedio ponderado de Intervenciones Quirúrgicas en la MAI	(Sumatoria del gasto en intervenciones quirúrgicas en la MAI del año t/ total de intervenciones quirúrgicas en la MAI en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Costo promedio ponderado de Intervenciones Quirúrgicas en la MLE	(Sumatoria del gasto en intervenciones quirúrgicas en la MLE del año t/ total de intervenciones quirúrgicas en la MLE en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE	(Monto total de copagos realizados en la MAI y la MLE por los asegurados en el año t/monto total de las transferencias MAI asignadas a los prestadores y el gasto total facturado en prestaciones de la MLE en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI	(Monto total de copagos realizados en la MAI por los asegurados en el año t/monto total de las transferencias MAI asignadas a los prestadores en el año t)*100	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Objetivo Estratégico al que se vincula
			2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MLE	$(\text{Monto total de copagos realizados en la MLE por los asegurados en el año t} / \text{monto total facturado por prestadores en la MLE en el año t}) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Porcentaje de copago en GES realizado por los asegurados	$(\text{Monto total de copagos realizados en las GES por los asegurados en el año t} / \text{monto total transferencias GES a los prestadores en el año t}) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Porcentaje de prestaciones MAI auditadas	$(\text{Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t} / \text{número total de prestaciones MAI otorgadas en el año t}) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de prestaciones MLE auditadas	$(\text{Número de fiscalizaciones realizadas en la MLE en el año t} / \text{número total de prestaciones MLE otorgadas en el año t}) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de auditorías realizadas en la MAI con resultados satisfactorios	$(\text{Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI con resultados satisfactorios en el año t} / \text{número total de auditorías realizadas en la MAI y la MLE en el año t}) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Objetivo Estratégico al que se vincula
	Porcentaje de auditorías realizadas en la MLE con resultados satisfactorios	$(\text{Número de fiscalizaciones realizadas en la MLE con resultados satisfactorios en el año } t / \text{número total de auditorías realizadas en la MAI y la MLE en el año } t) * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de asegurados cuyos copagos anuales en prestaciones MAI superan 2,17 veces la renta imponible del afiliado ¹⁶⁷	$(\text{Número de asegurados de los grupos C y D cuyos copagos en prestaciones MAI superan las 2,17 veces su renta imponible promedio en el período} / \text{Total de asegurados en los grupos C y D en el período } t) * 100$ ¹⁶⁸	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).
	Porcentaje del gasto PPV en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria	$\{(\text{Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t) / (\text{Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Institucionales en el año } t)\} * 100$	Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje del gasto Per Cápita y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria	$\{(\text{Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año } t + \text{Monto total de la ejecución del Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t) / (\text{Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Institucionales en el año } t)\} * 100$	Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Participación del gasto en SIL en el total del gasto en prestaciones y SIL	$\{(\text{Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año } t) / (\text{Monto total de la ejecución del Programa de Atención Primaria en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Valoradas en el año } t + \text{Programa de Prestaciones Institucionales en el año } t + \text{Monto total del gasto en la Modalidad de Libre Elección} + \text{Monto total del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral en el año } t)\} * 100$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. 2. Administrar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).

¹⁶⁷ El deducible de 2,17 veces el sueldo del cotizante, es el tope de gasto establecido para el consumo de prestaciones GES para el Grupo C del FONASA. Está contenido en el artículo 7° de la Ley N° 19.966.

¹⁶⁸ Se refiere al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador	Fórmula de cálculo	Objetivo Estratégico al que se vincula
Atención al Asegurado	Porcentaje de asegurados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) a FONASA ¹⁶⁹	$\frac{\text{(Número de encuestados que evalúan con notas iguales o superiores a seis (satisfactoriamente) a FONASA / Número total de encuestados)} * 100}{100}$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de asegurados que se sienten protegidos por el FONASA	$\frac{\text{(Número de Usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su seguro de salud/Nº total de usuarios FONASA encuestados en el año t)} * 100}{100}$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.
	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana	$\frac{\text{(Número de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana ingresada en los canales de atención disponibles en año t / Número total de encuestados que realizaron una solicitud ciudadana en año t)} * 100}{100}$	1. Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

Fuente: Elaboración Propia.

Con la finalidad de incorporar explícitamente la equidad en la evaluación del desempeño (ver Anexo N° 6), se propone que los indicadores de la Tabla N° A5.12 se complementen con los contenidos en la Tabla N° A5.13.

Tabla N°A5.13
Propuesta de indicadores de equidad para evaluar desempeño del FONASA

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador de equidad	Fórmula de cálculo
Plan de Salud	Dispersión de la tasa de consultas médicas en la MAI y MLE de los grupos de ingresos del FONASA ¹⁷⁰	$\frac{\text{(Desviación estándar de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de los grupos de ingresos FONASA en el año t/ promedio de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de los grupos de ingreso FONASA en el año t)} * 100}{100}$

¹⁶⁹ La encuesta se realiza actualmente en forma anual, utilizando una escala de 1,0 a 7,0 donde las notas a partir de 6,0 se consideran satisfactorias.

¹⁷⁰ El indicador privilegia la atención médica de especialistas, ya que nuestra hipótesis es que una de las variables restrictivas de la solución de los problemas de salud de los asegurados del FONASA estaría dado por dichas atenciones y, por ende, sus potenciales similitudes son un buen indicador de equidad o inequidad, según corresponda.

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador de equidad	Fórmula de cálculo
	Dispersión de la tasa de consultas médicas en la MAI y MLE por regiones	(Desviación estándar de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de las regiones en el año t/ promedio de las tasas de consultas médicas en la MAI y MLE de las regiones en el año t)*100
	Dispersión gasto por persona en la MAI y MLE de las regiones	(Desviación estándar del gasto por persona en la MAI y MLE de las regiones en el año t/ promedio del gasto por persona en la MAI y MLE de las regiones en el año t)*100
	Índice de Gini del gasto total en prestaciones de salud MAI y MLE de los asegurados del FONASA	$G = \left 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right $ <p>donde X es la proporción acumulada de la variable población e Y es la proporción acumulada de la variable gasto en prestaciones de salud</p>

Fuente: Elaboración Propia.

De los 31 indicadores propuestos en las tablas N° A.5.12 y A.5.13 se seleccionaron quince que en su conjunto permiten evaluar el cumplimiento de resultados del FONASA. Es decir se evaluará al FONASA en base a los indicadores contenidos en la Tabla N° II.6.3¹⁷¹.

¹⁷¹ Cabe destacar que de los seis Indicadores H considerados como de resultados, sólo se han seleccionado tres. Respecto a los otros debemos señalar que:

- d) Porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los Asegurados en el año t, se consideró que esta variable de evaluación en las GES para los asegurados del FONASA no es relevante.
- e) Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas a los Asegurados en el año t, respecto del total de garantías de oportunidad de tratamiento registradas a los Asegurados en el año t, se evaluó que no discriminaba el cumplimiento de la garantía de oportunidad ya que el numerador tendía a ser idéntico al denominador.
- f) Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente al FONASA, se analizó que estaba representado por las personas que se sentían protegidas por su seguro de salud.

ANEXO N° 6: EQUIDAD

1. Conceptualización¹⁷²

La búsqueda de la equidad es uno de los elementos centrales de los procesos de reforma del sector salud en Latinoamérica. Fundamental en el debate ha sido el objetivo perseguido detrás de su conceptualización, en particular, si todos los individuos deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (enfoque igualitarista), o si se debería definir un conjunto limitado de servicios básicos de salud de acceso gratuito para los grupos de población con menos recursos (enfoque de niveles mínimos).

Podemos afirmar que la discusión en la literatura sobre qué es la equidad es bastante amplia, y en la práctica se relaciona con aquello que consideramos “justo”. De este modo, el significado de ese concepto, dependerá de los valores o enfoques de justicia social que adopten los individuos o gobiernos. Para el análisis de la equidad en las políticas de salud, la diferencia más relevante se encuentra entre el *enfoque igualitarista*, que formula los objetivos de equidad en términos de igualdad, y el *enfoque neoliberal*, que los expresa en términos de niveles mínimos y maximización del bienestar agregado (*utilitarismo*).

Enfoque igualitarista. Este concepto se apoya en la idea de justicia social de la filosofía comunitaria, que considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo; en él, lo que prima es la necesidad de igualar la distribución de los recursos, de esa forma todos pueden tener el mismo nivel de bienestar. Se deja así en segundo plano la maximización de bienestar económico por parte de los individuos que, basados en criterios de eficiencia, pueden conducir a aumentos en la desigualdad de la población.

En el ámbito de las políticas de salud, este enfoque se traduce en que ellas deberían tener el objetivo de eliminar las desigualdades en los niveles de salud de la población. De allí que ellas tiendan a expresarse a través de un sistema de salud que se financie públicamente, y que se base en el principio de capacidad de pago (aquí cada individuo aporta en relación a cuánto puede pagar, y no a su consumo de servicios de salud).

Enfoque de niveles mínimos. Esta corriente fue desarrollada por Rawls en el año 1972, y está fuertemente anclada en la tradición liberal. Bajo este enfoque se justifica la acción pública en términos desiguales sólo para la mejora de las condiciones de la población más desfavorecida. Por encima de los estándares mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar. Por lo tanto, las políticas de salud basadas

¹⁷² La discusión de esta sección está basada en Vargas et al (2002).

en estos valores se dirigen a garantizar a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud.

Enfoque utilitarista: interesa aquí la maximización del estado agregado de salud de la población, sin importar su distribución. Esto implica que la acción pública se concentrará en los individuos con una mayor capacidad de beneficio, es decir, aquéllos que puedan incrementar su nivel de salud.

Equidad en el financiamiento y en la prestación

Aplicada a la salud, el análisis de la equidad puede hacerse en función del financiamiento (captación de recursos), o de la prestación de servicios de salud (utilización de los recursos). Respecto de la *equidad en el financiamiento*, los igualitaristas distinguen entre equidad horizontal o vertical:

Equidad horizontal. Este concepto se refiere, en cuanto a la salud, al tratamiento igual para iguales. Respecto del financiamiento, para que exista este tipo de equidad, los que tienen recursos iguales deben efectuar pagos iguales, independiente de sus características de sexo, estado civil, lugar de residencia, raza, etc. La inequidad horizontal se produce cuando individuos con igual renta contribuyen de forma diferente de acuerdo con ciertas características que no tienen que ver con su capacidad de pago, por ejemplo, por pertenecer a aseguramientos privados que discriminan en función de los riesgos.

Equidad vertical. Este se define como el tratamiento desigual para desiguales. Aplicado al financiamiento de la salud, significa que aquellos que tienen desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema, de forma que aquellos que tienen más recursos, deben contribuir al sistema más que proporcionalmente a su nivel de renta. Así, si existe equidad vertical en el financiamiento implica que existe redistribución final neta de la renta entre miembros de la sociedad, ya que saldrán recursos de los más ricos hacia los más pobres.

Respecto de la *equidad en la prestación* los igualitaristas consideran tres definiciones de equidad: igual tratamiento para igual necesidad, igualdad del acceso e igualdad en el nivel de salud.

Igual tratamiento para igual necesidad: significa que las personas con igual necesidad de atención de salud reciben el mismo tratamiento, independiente de cualquier característica personal que no tenga que ver con la necesidad. El problema en la aplicación de este criterio reside en la definición de necesidad y tratamiento.

Igualdad de acceso: se interpreta como la igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad. Por costos se entienden los precios de las prestaciones recibidas, así como los costos de transporte y de tiempo.

Igualdad de salud: su interpretación es muy literal, lo que resulta muy difícil de medir, debido a la influencia que en la salud tienen otros factores, como la educación y la renta, sobre los cuales los servicios de salud no tienen influencia. A esto se añade la dificultad de medir los niveles de salud.

2. Medición de la equidad

Asociada a la discusión anterior en cuanto a los diferentes conceptos existentes de equidad, a continuación veremos 2 opciones metodológicas en la literatura para medir la equidad. Estas opciones son:

- a) En el ámbito de la equidad en el financiamiento, una mirada asociada a indicadores agregados de equidad, que permiten visualizar la incidencia distributiva de las distintas fuentes. Seguimos aquí los trabajos realizados por Wagstaff (2000).
- b) En el ámbito de la equidad en el acceso y en el tratamiento, una segunda alternativa que tiene que ver con la opción de calcular las probabilidades de gasto en atenciones médicas, por grupos de ingreso, siguiendo el trabajo de Musgrove (1983).

Cabe señalar que ambas opciones se pueden aplicar a la medición de equidad en el financiamiento y en la prestación. El detalle de cada una es el siguiente:

a) Indicadores agregados de equidad

Aquí revisaremos la existencia o no de equidad en el financiamiento de la salud a través de índices agregados, es decir tomaremos todos los medios con los cuales se financia, posteriormente realizaremos un análisis por cada uno, para cerrar con un análisis agregado.

Partiremos por ver matemática y gráficamente la expresión de los conceptos vistos en el apartado anterior, de manera de poder establecer una forma de cálculo que nos será útil más adelante.

Equidad Vertical. La literatura existente sobre la equidad vertical en el financiamiento de las atenciones de salud, es extensa, y su foco se encuentra principalmente en responder si éstas son pagadas acorde a lo que cada individuo puede aportar, según los recursos que disponga.

En la práctica, el financiamiento de las atenciones de salud es posible realizarlo a través de distintos medios, que varían según el sistema elegido por los países. Estos pueden ser impuestos, seguros sociales, seguros privados y/o con pagos fuera de bolsillo¹⁷³.

La equidad vertical de la financiación de un sistema de salud se mide con índices de progresividad como el índice Kakwani a partir de encuestas de hogares (Kakwani, 1977). Este índice compara la renta que percibe cada decil de población con la contribución a la financiación de la salud que realiza. Si el sistema de financiación es progresivo, los más pobres pagan relativamente menos en comparación con su renta y los más ricos relativamente más.

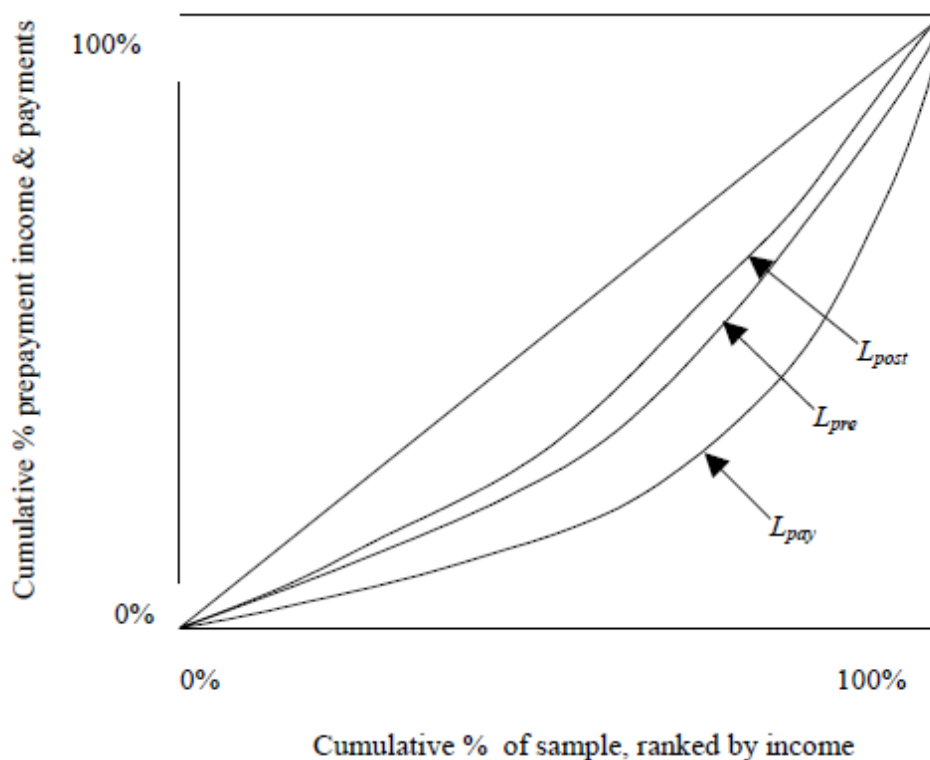
Para su medición matemática diremos que este Índice muestra el efecto que tienen los pagos para financiar las atenciones de salud, en otra construcción gráfica, cual es, la curva de Lorenz. Esta última es una herramienta que nos permite definir y graficar las desigualdades en salud para cierta población. Se construye ordenando las unidades de medición, en este caso de hogares, por nivel de ingreso, haciendo una escala de menor a mayor (en el eje de las x), y se mide el acumulado de la proporción del gasto en salud respecto de su ingreso total¹⁷⁴. De esta manera podemos aproximarnos a las concentraciones de pago.

A continuación analizaremos el efecto del gasto en salud, sobre la curva de Lorenz midiendo los posibles cambios de la forma de la curva entre antes y después de que la gente realice los pagos en atenciones de salud.

¹⁷³ El gasto de bolsillo tiene diferentes acepciones en la literatura. La definición de la OMS respecto es: todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud, tales como: honorarios médicos, compras de medicamentos, facturas de hospital, debiéndose deducir el reembolso realizado por el seguro. En OPS (2012).

¹⁷⁴ Superintendencia de Salud (2006).

Gráfico N° A6.1
Índice de progresividad de Kakwani, y el efecto en equidad de pagos progresivos



Fuente: Wagstaff (2001)

La situación inicial se ve representada por la curva de Lorenz "Lpre". Ahora, si los pagos en cuidados de salud, resultan ser progresivos, la curva de Lorenz de la renta post pago será "LPost", esta se encuentra por encima de la Curva de la situación original. Si los pagos por cuidados en salud, resultan ser regresivos, la curva de Lorenz después de los pagos, estará por debajo de la curva "Lpre", lo que en el gráfico está representado por la curva "Lpay".

De forma gráfica, el índice de Kakwani será dos veces la diferencia entre las áreas de ambas curvas, la de antes de los pagos (esto para todas las opciones de financiamiento, es decir tanto impuestos, seguros privados, cotizaciones u otros) y la post pago. Mientras que matemáticamente este índice se calcula como la suma del índice de Gini¹⁷⁵ (en cuanto a ingresos) previo al pago, más el índice de concentración posterior a los pagos, que corresponde a un Cuasi-índice de Índice

¹⁷⁵ El coeficiente de Gini indica cuán lejos está una distribución de ingresos de la distribución perfectamente igualitaria. El coeficiente de Gini mide el área entre la curva de Lorenz y la línea de 45 grados (situación de equidad completa), respecto al área total por debajo de la citada línea. Puede tomar un valor entre 0 y 1, siendo 0 equivalente a total igualdad, y 1 a total desigualdad. De "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera", Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, 2006.

de Gini, pero para la curva de concentración (Lpay)¹⁷⁶, es decir bajo el orden de los hogares según nivel de ingresos. Lo que mide este índice, es el porcentaje acumulado del impuesto que es pagado por un determinado porcentaje acumulado de los hogares¹⁷⁷:

$$K = C_{\text{pago}} - Gini_{\text{pre}}$$

Así un valor positivo de K nos muestra la existencia de una estructura de pagos progresivos, mientras que un valor negativo nos indica la existencia de una estructura de pagos regresiva.

La ventaja de este índice es que nos permite calcularlo de forma general, es decir, es capaz de mostrarnos el efecto para todo un sistema de financiamiento (con todos los elementos), a través de un promedio ponderado de índices correspondiente a cada fuente de financiamiento individual.

Ahora, si queremos calcular finalmente el efecto de equidad vertical, debemos tomar el índice anterior y hacer lo siguiente:

$$V = (g/1-g) * Kt$$

Donde g es la proporción del ingreso pagado en impuestos, 1-g la cantidad de ingreso no pagado en impuesto; así a mayor ratio, mayor será el efecto del índice de Kakwani (Kt). Así vemos que la redistribución dependerá de la progresividad en el financiamiento del sistema de salud.

Respecto de los resultados de una serie de trabajos empíricos, se aprecia que los impuestos directos tienen un efecto progresivo en casi todos los casos que se analizan. Mientras que en el caso del seguro social, salvo para el caso de los Países Bajos, en todo el resto de los países posee un efecto progresivo¹⁷⁸.

Equidad Horizontal. Como veíamos más arriba, existe este tipo de equidad si las personas o familias hacen una contribución igualitaria de pagos para su salud según sus niveles de ingreso, pero independiente de sus características propias (tanto físicas, como de edad, de educación, etc.).

Un ejemplo del no cumplimiento de esta condición es en área de los seguros privados, donde las personas que poseen ciertas características individuales, que los hacen ser más riesgosos, pagan una prima mayor que quienes, dadas sus

¹⁷⁶ El índice de concentración de pagos es un cuasi índice de Gini. Si quisiéramos comparar la situación de ingreso antes y después, habría que utilizar el índice de Índice de Reynolds-Smolensky (RS). Para más información, revisar Jorratt (2011).

¹⁷⁷ Jorratt (2011).

¹⁷⁸ Wagstaff (2000).

propias características, son menos riesgosos (pese a que pueden poseer el mismo ingreso).

En cuanto a estudios asociados a equidad horizontal en el financiamiento de la atención de salud, la evidencia es poca. Debido a lo anterior, en la práctica no existe ninguna medida que sea completamente satisfactoria a la hora de evaluar la existencia o no de equidad horizontal. Wagstaff (2000) propone una forma de medir la desigualdad horizontal, que está dada por:

$$H \equiv \alpha_x G_{F(x)}$$

Lo que hace inicialmente es juntar a las familias con ingresos similares antes de los impuestos, y ver cuál es el cambio dentro de estos grupos a otros grupos de ingresos luego del pago en atenciones de salud. Así, α_x nos indica la participación dentro del total de la población de las familias con ese nivel de ingreso antes de los pagos. Mientras que $G_{F(x)}$ es el Coeficiente de Gini de los ingresos después de realizarse los pagos, para la gente de ingresos iguales a "x".

Si hacemos la suma ponderada para cada grupo de personas, obtendremos el indicador H. Si éste es mayor a 0, es porque existe el fenómeno de desigualdad horizontal, en caso contrario existiría igualdad horizontal.

La Redistribución del Ingreso. Un concepto que engloba a las 2 situaciones anteriores, tiene que ver con el efecto que genera el gasto en salud en la redistribución del ingreso. Para revisarlo seguiremos nuevamente a Wagstaff¹⁷⁹.

La fórmula del efecto redistributivo neto, se representa por la siguiente ecuación:

Donde RE será el Efecto Redistributivo, igual al indicador de equidad vertical, menos el indicador de inequidad horizontal, y menos R, que es un Índice de Redistribución, definido como:

Es decir, el Coeficiente de Gini de los hogares después de pagar por el cuidado de su salud, menos el índice de concentración de pagos de ellos, antes de realizar los pagos por el cuidado de su salud.

En cuanto a la dinámica comparativa existente en la fórmula para ver el efecto redistributivo neto, vemos por una parte que la existencia de inequidad horizontal

¹⁷⁹ Wagstaff (2001).

disminuye el efecto en la redistribución, esto ya que la desigualdad horizontal implica que exista desigualdad en el tratamiento dentro de los grupos con los mismos ingresos.

Mientras que la existencia de mayor equidad vertical aumenta el efecto redistributivo neto, y el efecto de un aumento en el índice de redistribución sobre el RE es negativo.

b) Indicadores de medición de la inequidad según grupos de ingresos

Musgrove (1983) mide las probabilidades de atención de los diferentes grupos de ingreso, por lo que su interés está en la equidad en el acceso y en el tratamiento. Genera de este modo, diversos indicadores.

En el modelo básico, lo que buscamos es medir las distintas tasas de utilización que existen por habitante, y para ello se usa un enfoque basado en probabilidades, donde existen 4 conceptos (o estados) básicos:

- Se puede estar enfermo (E), o no estarlo (E*). En base a lo anterior podemos decir que el número total de personas, N, será la suma de enfermos más los no enfermos:

$$N = E + E^*$$

- Los individuos pueden ser tratados (T) o no tratados (T*). Y la suma de ambas categorías es el total de enfermos:

$$T + T^* = E$$

- Ahora, pueden haber distintas alternativas para los casos en que las personas se sanan, uno es que el individuo se recupera con tratamiento (C), y el otro es que lo haga sin éste (R).

- Mientras que los enfermos pueden ser tratados y no curados (C*), o bien no tratados y no curados (R*).

- Siendo coherentes con lo señalado arriba, podemos ver que hay gente tratada que se sanó y otra que no lo hizo

$$T = C + C^*$$

- Y otra que independiente de si recibió el tratamiento (R) o no (R*), no se recuperó (T*):

$$T^* = R + R^*$$

- Dentro del total de la población (N), los individuos pueden tener buena salud (S) ó mala salud (S*), luego se cumple que:

$$S+S^*=N$$

Así podemos ver que existen probabilidades relacionadas a que ocurran estos hechos, y que nos ayudarán a la construcción de un concepto de igualdad, estos son:

- a) Enfermarse, $p(E)$
- b) Recibir tratamiento cuando se está enfermo, $p(T/E)$
- c) Curarse con tratamiento cuando se está enfermo, $p(C/T)$
- d) Recuperarse con ó sin tratamiento, $p(CR/E)$, y
- e) Gozar de buena salud, $p(S)$.

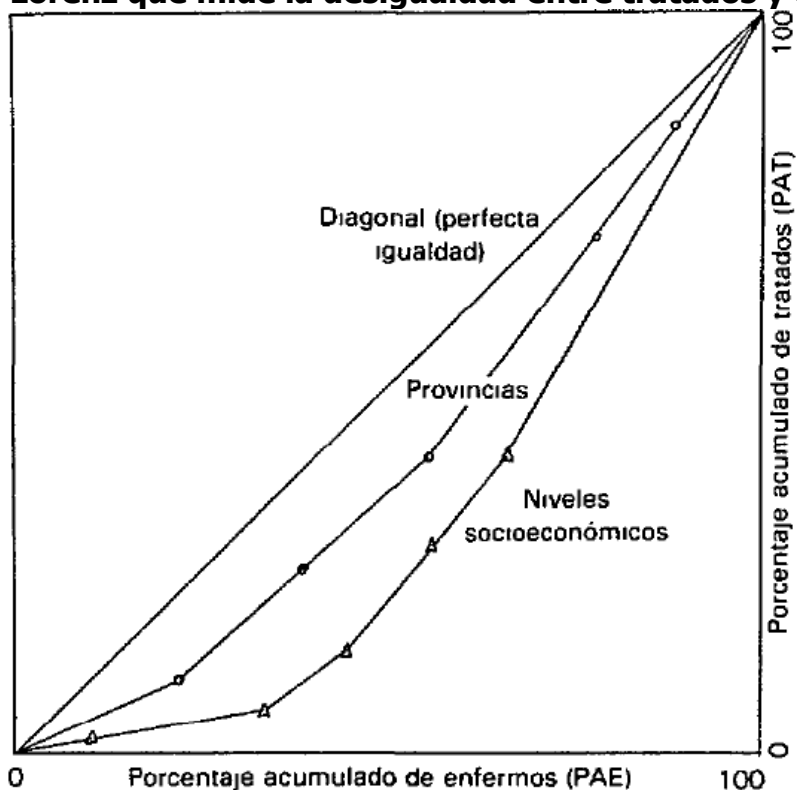
Entonces, en este análisis, se entiende como una situación equitativa, si todos los miembros de una población tienen la misma probabilidad de estar en una u otra condición entre las aquí señaladas. Una consideración podría ser, la equidad como la misma probabilidad de atención o tratamiento cuando se está enfermo.

Ahora, más allá de la forma en la cual mediremos la equidad según este modelo, lo que necesitamos en cuanto a información es poseer datos de: población (N), número de enfermos (E), número de pacientes tratados (T), número de pacientes curados con tratamiento (C), y número de pacientes recuperados sin tratamiento (R).

Por otra parte, si asumimos que se estima para cada uno de los "m" grupos de la población (pudiendo agruparse por nivel de ingreso, o bien por lugar geográfico u otro), el número de enfermos (E_i) y el número de aquellos que reciben el tratamiento T_i (donde i indica el grupo en ambos casos). Podemos estimar $p(T_i/E_i)$ que nos indica la probabilidad de recibir tratamiento cuando se está enfermo.

Para estimar la inequidad, tendríamos que medir por grupo cuánto es el tamaño de E_i , así la ponderación por grupo debería ser T/E . Una forma correcta de relacionar las probabilidades es con la curva de Lorenz. Así se ordenan los m grupos de menor a mayor razón de T/E .

Grafico N° A6. 2
Curva de Lorenz que mide la desigualdad entre tratados y enfermos



Fuente: Musgrove (1983).

Vemos en el eje de las x de la curva de Lorenz el acumulado del número de enfermos (PAE), y en el eje de las ordenadas el acumulado del total de tratados (PAT). Por lo tanto, en este gráfico se cumple que:

$$\begin{aligned} \text{PAE}_1 &= E_1/E, \text{ PAE}_2 = (E_1 + E_2)/E \dots \text{ PAE}_m = (E_1 + E_2 \dots + E_m)/E = 1 \\ \text{PAT}_1 &= T_1/T, \text{ PAT}_2 = (T_1 + T_2)/T \dots \text{ PAT}_m = (T_1 + T_2 \dots + T_m)/T = 1 \end{aligned}$$

La pendiente de esta curva tiene que ver con la razón T/E. Siempre crece, dado el ordenamiento de los grupos de una menor a una mayor probabilidad de tratamiento.

Los segmentos de la curva con la misma pendiente, hacen alusión a grupos que poseen la misma probabilidad de atención. Así, si todos los grupos poseen la misma probabilidad de tratamiento, la curva debería coincidir con la diagonal.

Podemos inferir al ver en este gráfico la curva de Lorenz, que existe una probabilidad distinta de ser tratado para cada grupo de personas.

Hemos asumido hasta acá, que la existencia de desigualdad entre grupos representa inequidad. Cuando se refiere a la probabilidad de que una persona

enferma reciba tratamiento, esta relación entre desigualdad e inequidad parece razonable, ya que resulta difícil justificar diferencias en esa probabilidad.

Pero en la realidad, habrán tramos en que la desigualdad es preocupante, por ejemplo a niveles bajos de ingreso, mientras que en otras es inocua (en niveles altos de ingreso). Lo anterior lo veremos analizando el gasto de tratamiento.

El gasto de tratamiento $G(T)$ por persona será igual al total de los tratamientos realizados, partido por la cantidad por persona G/N , lo que será:

$$G/N = (G/T)*(T/E)*(E/N)=G(T)*p(T/E)*p(E)$$

Donde vemos que el gasto por tratamiento, será el gasto por individuo por la probabilidad de ser tratado cuando se esté enfermo, y dada la probabilidad de enfermarse. Así vemos que el gasto por grupo de persona puede variar dependiendo de la probabilidad de enfermarse que posean estos grupos, dejando todo lo demás constante.

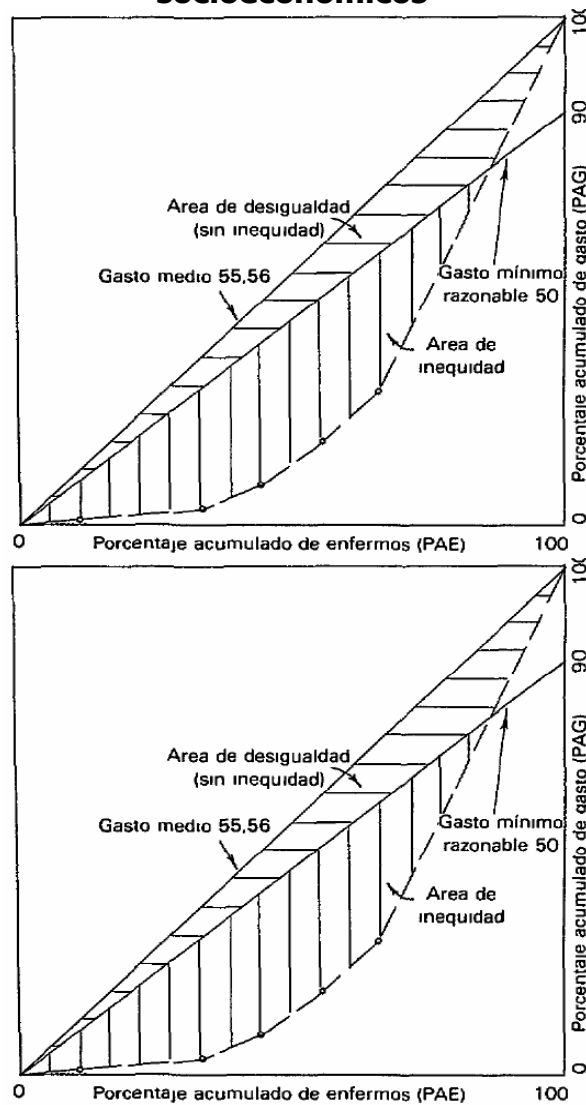
Eliminaremos la última probabilidad del análisis, ya que es posible definir grupos que posean la misma probabilidad de enfermarse, y nos quedaremos con el gasto por enfermo, que depende sólo del costo unitario por tratamiento y de la probabilidad de ser tratado:

$$G/E = G(T)*p(T/E)$$

De este modo, las desigualdades en el gasto por enfermo en una población pueden mostrar simplemente la desigualdad de los ingresos. Esto, teóricamente, porque en parte el mayor gasto de los ricos en relación a los otros, es por la incertidumbre de recibir tratamiento, que es algo que prefieren evitar y por ende están dispuestos a pagar más por ello.

En el siguiente gráfico se muestra una estimación que hace Musgrove en base a datos simulados para un país de 6 millones de habitantes, de la curva de Lorenz, donde se ve la relación entre porcentaje acumulado del gasto en salud, y el porcentaje acumulado en atenciones médicas. Si hubiera equidad en el gasto en salud, veríamos que los distintos grupos de individuos estarían sobre la recta de 45 grados. Sin embargo, asumiendo que hay una parte de los gastos de las personas que puede ser producto de que los individuos más ricos pagan más, por que posiblemente estaban dispuestos a hacerlo, si queremos ver equidad de los servicios en cuanto al gasto en atenciones médicas, la solución es poner como exigencia un punto un poco menor, y por ende se establece lo que es el costo de un "tratamiento mínimo razonable", que es el "gasto mínimo razonable" por persona tratada (es decir veremos si existe equidad según el segundo enfoque que establecimos en el comienzo, asociado a la Teoría de la Justicia de John Rawls).

Gráfico A6.3
Curva de Lorenz de desigualdad de gastos por enfermo, entre niveles socioeconómicos



Fuente: Musgrove (1983).

De este modo, no toda el área de la curva de Lorenz que obtuvimos es inequidad (entendiendo como una menor posibilidad de atenderse en el sistema), sólo será el área entre la curva y la recta de gasto mínimo razonable (es decir el área con líneas verticales).

Lo anterior nos indica, que para la estimación realizada por Musgrove, se obtiene que un porcentaje relevante de la población, no reciba el mínimo nivel de atención, o bien no recibe ningún tratamiento.

El área que está entre las 2 rectas, la de Lorenz de igualdad y la del mínimo razonable, nos indica una área de desigualdad, pero sin inequidad. Es decir, pese a que es un área en que no existe igualdad entre las distintas personas en cuanto al gasto, nuestro punto relevante es medir de qué forma estamos cubriendo el piso mínimo establecido por el autor.

Existirá así *“La distinción entre desigualdad e inequidad siempre que exista un mínimo o máximo razonable por arriba (o por debajo) del cual no se justifique interpretar la desigualdad como evidencia de inequidad en la operación del sistema”*¹⁸⁰.

3. Aplicación empírica para la definición de indicadores de equidad en este estudio

En nuestro país las reformas han adoptado una combinación de enfoques respecto de la equidad. Habiéndose adoptado anteriormente enfoques que aseguran un piso mínimo de atención a los más desfavorecidos (grupos A en el FONASA), el AUGE-GES implicó la adopción del enfoque en algún sentido utilitarista, en la línea de garantizar la atención de salud, respecto de un número de enfermedades considerando la maximización de salud para el agregado de la población¹⁸¹.

Dado esta situación, una primera definición es qué tipo de equidad nos interesa medir.

Un primer interés sería medir equidad en el financiamiento, pero no contamos con la información para hacerlo. Necesitaríamos la información de los ingresos de las personas antes y después de sus pagos para la salud. De allí que no podamos medirla ni en su acepción horizontal o vertical. En particular, en nuestro país, podríamos encontrar esa información en la Encuesta de Presupuestos Familiares, sin embargo, ella no nos entrega la información si los individuos están en ISAPRES o FONASA. Adicionalmente, tiene la gran limitación que se efectúa cada cinco años¹⁸².

Una segunda aproximación es medir equidad en el acceso y en el tratamiento, tomando como aproximación de costos, los pagos que realizan los asegurados del FONASA en sus prestaciones de salud. Podríamos partir proponiendo indicadores agregados a la Wagstaff (2000), metodología descrita más arriba.

¹⁸⁰ Musgrove (1983).

¹⁸¹ La adopción de estudios de costo efectividad responden a esta lógica, de focalizarse en políticas con un mayor impacto en la salud de la población, media en AVADs. Utilitarismo puro habría sido la provisión de fondos públicos para ese mínimo, que no se instaló en la Reforma, al continuarse con un sistema segmentado, donde los privados financian las GES.

¹⁸² Otra alternativa sería la Encuesta CASEN, que sí nos entrega la información de hogares con sus respectivos ingresos y gastos en salud, clasifica a la población según si está en el FONASA o ISAPRES, y en el caso de lo primero, a qué grupo corresponde. Sin embargo tiene la gran limitación que refleja sólo la percepción de lo que gastó la persona en salud en los últimos meses, luego esa información podría ser muy poco precisa.

Diremos que los indicadores agregados permiten en teoría mediciones más precisas que los parciales, ya que revelan información individual de ingresos de toda la población. Sin embargo, esto mismo, los hace más difíciles de calcular y el tema de la disponibilidad de información se hace crítico. No obstante, es uno de los indicadores de equidad propuestos (ver Tabla N° A6.1).

Una segunda propuesta corresponde a índices parciales de equidad. Respecto de ellos, dado que constituyen indicadores por grupos de asegurados, serían más fáciles de calcular ya que necesitan información por grupo de población, pero serían de menor precisión, al reflejar la inequidad entre grupos y no entre individuos.

Siguiendo a Musgrove (1983) proponemos entonces los siguientes indicadores de acceso:

- a. Dispersión de la tasa de consultas médicas de especialistas en atención secundaria y terciaria de la MAI y MLE de los grupos de ingresos (equidad horizontal).
- b. Dispersión de la tasa de consultas médicas de especialistas en atención secundaria y terciaria de la MAI y MLE por regiones (equidad vertical).
- c. Dispersión del gasto per cápita de la MAI y MLE de los grupos de ingresos del FONASA (equidad horizontal).
- d. Dispersión gasto per cápita MAI y MLE de las regiones (equidad vertical).

En la Tabla N° A6.1 se describen los indicadores enunciados en los párrafos anteriores.

Tabla N° A6.1
Propuesta de indicadores de equidad

Producto Estratégico al que se vincula	Nombre indicador de equidad	Fórmula de cálculo
Plan de Salud	Dispersión de la tasa de consultas médicas de especialistas en atención secundaria y terciaria de la MAI y MLE de los grupos de ingresos ¹⁸³	(Desviación estándar de las tasas de consultas médicas de especialistas en la MAI y MLE de los grupos de ingresos FONASA en el año t/ promedio de las tasas de consultas médicas de especialistas en la MAI y MLE de los grupos de ingreso FONASA en el año t)*100
	Dispersión de la tasa de consultas médicas de especialistas en atención secundaria y terciaria de la MAI y MLE por regiones	(Desviación estándar de las tasas de consultas médicas de especialistas en la MAI y MLE de las regiones en el año t/ promedio de las tasas de consultas médicas especialistas MAI y MLE de las regiones en el año t)*100
	Dispersión gasto per cápita MAI y MLE de las regiones	(Desviación estándar del gasto per cápita en la MAI y MLE de las regiones en el año t/ promedio del gasto per cápita en la MAI y MLE de las regiones en el año t)*100
	Índice de Gini del gasto en prestaciones de salud MAI y MLE de los asegurados del FONASA	$G = \left 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right $ <p>donde X es la proporción acumulada de la variable población e Y es la proporción acumulada de la variable gasto en prestaciones de salud</p>

Fuente: Elaboración Propia.

¹⁸³ El indicador privilegia la atención médica de especialistas, ya que nuestra hipótesis es que una de las variables restrictivas de la solución de los problemas de salud de los asegurados del FONASA estaría dado por dichas atenciones y, por ende, sus potenciales similitudes son un buen indicador de equidad o inequidad, según corresponda.

ANEXO N° 7: PRODUCTOS ESTRATÉGICOS

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO PLAN DE SALUD

En este anexo se describen las prestaciones de salud que forman parte del Arancel de Prestaciones de Salud así como se evalúan sus condiciones de acceso, las coberturas financieras aplicadas y las garantías explícitas de salud GES (acceso, oportunidad y protección financiera) aplicables a toda la población asegurada y, en particular, por los tramos de ingreso A, B, C y D.

Respecto al arancel de prestaciones, éstas se pueden clasificar en aquéllas llamadas atenciones hospitalarias referidas a las otorgadas en establecimientos hospitalarios y/o clínicas y las conocidas como ambulatorias, las que son entregadas en establecimientos no hospitalarios como centros médicos, laboratorios, etc. De igual forma, se pueden agrupar por el nivel de complejidad de los establecimientos donde se otorgan los servicios de salud, a saber desde menor a mayor nivel: atención primaria, atención de especialidad y atención hospitalaria.

La Tabla N° A7.1 contiene las principales atenciones entregadas en la Atención Primaria de Salud (APS), así como sus coberturas financieras si son otorgadas a través de la Modalidad de Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección. De igual forma señala el Grupo de Ingreso al cual deben pertenecer las personas para acceder a las modalidades señaladas anteriormente.

a) Modalidad de Atención Institucional

Es importante señalar que el acceso a la MAI es siempre a través del consultorio de atención primaria donde esté inscrito el beneficiario. En el caso de una urgencia simple el acceso es a través del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Cuando se trate de una urgencia vital a través de un servicio de urgencia hospitalario.

Tabla N° A7.1
Atención Primaria de Salud; cobertura y acceso

	Prestaciones	MAI				MLE
		Tramo A	Tramo B	Tramo C	Tramo D	Tramos B, C y D
Atención Primaria	Consulta Médica	100% Bonificación				Hasta 60% bonificación
	Exámenes de Laboratorio Básicos, tales como Hemograma, Glucosa, Orina, Colesterol, entre otros.	100% Bonificación				Hasta 50% bonificación
	Imagenología de Tórax y Gineco-Obstétricas	100% Bonificación				Hasta 50% bonificación
	Salud oral (prevención, educación y atenciones básicas referidas a obturaciones, exodoncia y urgencias dentales)	100% Bonificación				Sin Bonificación

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA,
<http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/asegurados/plan+de+salud/cobertura+plan+de+salud/swfplancoberturas>.

De igual forma, la atención primaria a través de la MAI otorga un 100% de cobertura financiera en la entrega de medicamentos contenidos en el Formulario Nacional así como a las atenciones incluidas en los siguientes programas de salud:

- ✓ Programa de Salud del Niño
- ✓ Programa del Adulto
- ✓ Programa de Salud del Adolescente
- ✓ Programa del Adulto Mayor
- ✓ Programa de la Mujer
- ✓ Programa de Salud Oral

Respecto a las prestaciones de salud de especialidad y hospitalaria, la Tabla N° A7.2 resume las principales atenciones y las coberturas financieras otorgadas en la MAI y en la MLE dependiendo del tramo de ingreso en el cual esté clasificado el beneficiario del FONASA¹⁸⁴.

¹⁸⁴ En el caso de la Modalidad de Atención Institucional, los beneficiarios deberán ser derivados desde un consultorio a un centro de especialidades u hospital público. Alternativamente, las coberturas se originan en las atenciones de urgencia de los centros de salud señalados.

Tabla N° A7.2
Atención de Especialidad y Hospitalaria; cobertura y acceso

Atención de Especialidad y Hospitalaria	Prestaciones	MAI				MLE
		Tramo A	Tramo B	Tramo C	Tramo D	Tramos B, C y D
	Consulta Médica especialidad y hospitalaria	100% de Bonificación	90% de Bonificación	80% de Bonificación	Hasta 60% de Bonificación	
	Día Cama ¹⁸⁵				50% de Bonificación (nivel único)	
	Derecho de Pabellón				Hasta 50% de Bonificación	
	Exámenes de laboratorio					
	Imagenología					
	Kinesiología					
	Honorarios Quirúrgicos					
	Psiquiatría y Psicología Clínica					
	Radioterapia	100% de Bonificación				
	Atenciones dentales	100% Bonificación	70% Bonificación	50% Bonificación	20% Bonificación	No hay bonificación
	Pago Asociado a Diagnóstico	No hay en esta modalidad de atención				50% de bonificación (nivel único) ¹⁸⁶

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA,
<http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/asegurados/plan+de+salud/cobertura+plan+de+salud/swfplancoberturas>.

Como se observa en la Tabla N° A7.2, las personas clasificadas en los grupos de ingreso A, B, C y D tienen en la MAI un 100%, 100%, 90% y 80%, respectivamente, de cobertura financiera para todas las prestaciones no relacionadas con las dentales. De igual forma, independiente del tramo de ingreso al cual pertenezca, si el asegurado tiene 60 años y más, la cobertura financiera es de un 100% para todas las prestaciones.

Las coberturas financieras en comento también incluyen la entrega de prótesis y ortesis e insumos que se utilizan en la atención de los asegurados del FONASA en la Modalidad de Atención Institucional.

Adicionalmente, si los asegurados se atienden en la MAI, accediendo a través de los establecimientos de atención primaria, hay un grupo de prestaciones que conforman el Seguro Catastrófico del Fondo Nacional de Salud con un 100% de cobertura financiera para todos los asegurados, independiente de su tramo (A, B, C o D) en los tratamientos e intervenciones quirúrgicas incorporadas al Seguro Catastrófico. Las prestaciones incluidas son¹⁸⁷:

- ✓ Hemodiálisis y Peritoneodiálisis.
- ✓ Prestaciones Cardioquirúrgicas.

¹⁸⁵ En el caso de las prestaciones Día Cama y Derecho de Pabellón en la MLE, los prestadores de salud están autorizados a cobrar un diferencial directamente al asegurado del Fondo Nacional de Salud.

¹⁸⁶ El PAD Parto tiene una bonificación de un 75%.

¹⁸⁷ Revisado el 17 de septiembre de 21012 en la página web del FONASA: <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/asegurados/plan+de+salud/seguro+catastrofico/atencion+primaria+de+salud>.

- ✓ Prestaciones Neuroquirúrgicas.
- ✓ Escoliosis.
- ✓ Transplante Renal.
- ✓ Transplante Hepático.
- ✓ Atención Integral al Paciente Fisurado.
- ✓ Atención de Urgencia al Paciente Quemado.
- ✓ Atención de Urgencia al Paciente con Trauma Complejo.
- ✓ Prestaciones del Grupo Quimioterapia.
- ✓ Prestaciones del Grupo Radioterapia.
- ✓ Tratamiento Farmacológico del VIH.

b) Modalidad de Libre Elección

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, independiente de si son prestaciones ambulatorias u hospitalarias, las coberturas financieras están determinadas de acuerdo a los valores establecidos en el Nivel 1 de Atención –recordemos que los prestadores son libres de inscribirse en uno de los 3 niveles de atención y sus precios van en orden ascendente- con excepción de las canastas de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD, también conocido como sistema de cuenta conocida), los Día Cama y el Derecho de Pabellón que por separado tienen un nivel único.

Tal como señalamos en el Anexo N° 2, la MLE es una modalidad de atención en la cual los prestadores de salud establecen un convenio con el Fondo Nacional de Salud y se obligan a cumplir con los estándares de nivel de servicio establecidos con la Institución¹⁸⁸. Los grupos de prestaciones contenidas en el arancel de la modalidad en comento son las siguientes:

- ✓ Consultas
- ✓ Atención Cerrada
- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Imagenología
- ✓ Medicina Nuclear y Radioterapia
- ✓ Kinesiología y Fisioterapia
- ✓ Medicina Transfusional
- ✓ Anatomía Patológica
- ✓ Psiquiatría y Psicología Clínica
- ✓ Endocrinología
- ✓ Neurología y Neurocirugía
- ✓ Oftalmología
- ✓ Otorrinolaringología
- ✓ Cirugía de cabeza y cuello

¹⁸⁸ La MLE responde a lo que se conoce como Prestadores Preferentes (en inglés PPO, preferred provider organization), que son aquellos que establecen convenios con el seguro y no corresponden al concepto utilizado en las ISAPRES. En éstas últimas la libre elección se entiende sin la existencia de convenios.

- ✓ Cirugía Plástica y Reparadora
- ✓ Dermatología y Tegumentos
- ✓ Cardiología, cirugía cardiovascular y de tórax
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Urología y Nefrología
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Ortopedia y traumatología
- ✓ Prótesis y Traslados
- ✓ PAD
- ✓ Atenciones Integrales Otros Profesionales
- ✓ Pago Asociado a Emergencia

La MLE funciona a través de la compra de bonos en las sucursales definidas por el FONASA, que para estos fines considera sus propias instalaciones, las pertenecientes a Entidades Delegadas y la venta en prestadores con bono electrónico.

Otro tópico de especial relevancia con relación al arancel de la Modalidad de Libre Elección es su vínculo con los planes de salud de las ISAPRES. Específicamente el artículo 189 del DFL 1 de 2005 establece que los contratos de salud deberán comprender, como mínimo, las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud y un plan complementario a las Garantías Explícitas, el que deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud. En otras palabras, cada vez que se modifique el arancel en comento, ya sea precios, bonificación y prestaciones, los planes de salud de todos los beneficiarios de ISAPRES deben contemplar dichas variaciones.

Otro aspecto relevante a considerar respecto a los aranceles de la MLE, además de su impacto sobre la cobertura financiera de los planes de salud y los precios de los mismos, es su relación con la oferta de prestaciones del sector privado y la importancia relativa en el gasto de dichas prestaciones. La derivada de dicha importancia relativa se debería reflejar tanto en la demanda de prestaciones como en el gasto total de prestaciones de salud ambulatoria y hospitalaria.

c) Garantías Explícitas en Salud

El otro subcomponente del Plan de Salud del Fondo Nacional de Salud son las Garantías Explícitas en Salud (GES). Las GES establecen garantías explícitas y exigibles para aquellos problemas de salud y patologías contenidos en el decreto supremo que las aprueba para un período de tres años. Las garantías están definidas en el artículo 4° de la ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, a saber:

- a. Garantía Explícita de Acceso: obligación del FONASA y de las ISAPRES de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el decreto que aprueba las GES.
- b. Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizada por un prestador registrada o acreditada, en la forma y condiciones que determine el decreto que aprueba las GES¹⁸⁹.
- c. Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto que aprueba las GES¹⁹⁰.
- d. Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen para asegurados del tramo D y 10% para los de tramo C. No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a las personas pertenecientes a los grupos C y D¹⁹¹.

En el caso de los asegurados cotizantes, las GES están contenidas en su cotización del 7% para salud. En el caso de los asegurados pertenecientes al Tramo de Ingreso A también tienen derecho a exigir las GES.

Respecto a la red de prestadores, en el caso del FONASA son todos los establecimientos públicos de salud y algunos centros privados en convenio. En particular, sus asegurados deben ingresar por el consultorio de atención primaria donde están inscritos y desde ahí serán derivados a otros establecimientos o centros de salud de mayor complejidad -si por indicación médica se requiere. En caso de urgencia, deben ingresar al SAPU o al servicio de urgencia de un hospital público más cercano.

¹⁸⁹ Esta garantía será exigible por ley, cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud. Entrada en vigencia de la garantía de calidad en 1 de Julio del 2013 con el requerimiento que profesionales y técnicos que otorguen prestaciones GES estén inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.

¹⁹⁰ El artículo 4º de la ley 19.966 respecto a la garantía de oportunidad también señala que: "Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario."

¹⁹¹ Es importante señalar que para los grupos C y D la suma de todos los copagos, dentro de un periodo de acumulación de 12 meses, tendrá un tope máximo o deducible de: i) 2 sueldos aproximadamente, si el grupo familiar tiene un problema de salud incluido en el AUGE y ii) 3 sueldos aproximadamente, si el grupo familiar tiene 2 o más problemas de salud incluidos en el AUGE. Una vez alcanzado dichos topes máximo, opera la Cobertura Financiera Adicional del AUGE, según la cual FONASA se hace cargo del 100% de los copagos del grupo familiar hasta completar el periodo anual de acumulación.

Los problemas de salud contemplados en el Decreto Supremo N° 1 de 2010 que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud para el período comprendido entre Julio de 2010 y Junio de 2013 son 69 y considera patologías asociadas a¹⁹²:

- a. Cabeza, Cerebro y Sistema Nervioso
- b. Mentales
- c. Huesos y Articulaciones
- d. Vías Respiratorias y Pulmón
- e. Ojos, Oídos, Bocas y Dientes
- f. Corazón, Sistema Cardiovascular, Sangre y otros órganos del cuerpo
- g. Parto y Prematurez
- h. VIH/Sida
- i. Diabetes
- j. Cánceres
- k. Accidentes Graves

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO GESTIÓN FINANCIERA

Se describirá a continuación el producto estratégico Gestión Financiera.

1. Convenios

Un convenio es un producto concreto que establece derechos y deberes entre el seguro y el prestador, ya sea público o privado en áreas de presupuesto, mecanismos de pago y/o transferencia de recursos, monitoreo y evaluación.

Convenios con prestadores públicos (Compromisos de Gestión)

En el caso de los prestadores públicos y para las prestaciones de la Modalidad de Atención Institucional (MAI), los convenios con los prestadores se traducen en un documento conocido como Compromisos de Gestión. A nivel de la gestión de los Servicios de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales establece metas y herramienta de evaluación bajo la cual se trabaja en conjunto para fortalecer ámbitos priorizados por la autoridad, que inciden en mejoras en la gestión de las redes en general, y de los establecimientos hospitalarios en lo particular. Se utilizan distintos instrumentos para evaluar el funcionamiento de la gestión de las instituciones hospitalarias como lo son los estándares mínimos de calidad, índices de actividad en APS, sistemas de control de gestión y reclamos ciudadanos¹⁹³. Los compromisos de gestión, en definitiva, son las herramientas que compromete la

¹⁹² Ver la página web del FONASA, <http://augeenlinea.fonasa.cl/portal/>.

¹⁹³ Balance Integral 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ejecución de metas y acciones, para alcanzar los objetivos planteados por los lineamientos estratégicos del modelo de atención y gestión integral de las Redes Asistenciales y son suscritos entre los Servicios de Salud, en representación de su Red de Atención, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En la Modalidad de Atención Institucional las prestaciones médicas se otorgarán a los beneficiarios por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales dichos organismos o el Fondo Nacional de Salud hayan celebrado convenios para estos efectos.

Convenios con prestadores privados

Para los establecimientos privados que crean un convenio con el FONASA, unas de las mínimas condiciones que deben cumplir es estar registrados en la Superintendencia de Salud como prestadores acreditados (DS. N°38/2005). En ese sentido, la mayor cantidad de instituciones inscritas para la atención MLE en el Nivel 1 fueron Hospitales del SNSS, mientras que en los Niveles 2 y 3, las instituciones mayoritarias fueron los laboratorios y las Sociedades de Profesionales o Profesionales, respectivamente.

Tabla A7.3
Instituciones inscritas según tipo y nivel de atención en la MLE año 2011

Tipo de Institución	Nivel de Atención							
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Centro Médico	57	6,7%	53	12,4%	616	14,7%	726	13,3%
Centro de Diálisis	131	15,4%	2	0,5%	9	0,2%	142	2,6%
Hospital SNSS	140	16,5%	0	0,0%	5	0,1%	145	2,6%
Laboratorio	103	12,1%	208	48,5%	462	11,0%	773	14,1%
Protesista	34	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	34	0,6%
Casa de Reposo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Soc. Prof. o Prof. S/P	135	15,9%	65	15,2%	2.432	57,9%	2.632	48,1%
Centro Imagenología	73	8,6%	96	22,4%	406	9,7%	575	10,5%
Otro (Traslados, etc.)	5	0,6%	2	0,5%	27	0,6%	34	0,6%
Hospital Privado	2	0,2%	0	0,0%	45	1,1%	47	0,9%
Clínica Quirúrgica Mayor	0	0,0%	0	0,0%	28	0,7%	28	0,5%
Clínica Quirúrgica Media	0	0,0%	0	0,0%	70	1,7%	70	1,3%
Clínica Quirúrgica Menor	3	0,4%	1	0,2%	69	1,6%	73	1,3%
Clínica de Recuperación	16	1,9%	1	0,2%	3	0,1%	20	0,4%
Clínica Psiquiátrica	16	1,9%	1	0,2%	16	0,4%	33	0,6%
Óptica	128	15,1%	0	0,0%	4	0,1%	132	2,4%
Centro Adulto Mayor	5	0,6%	0	0,0%	5	0,1%	10	0,2%
TOTAL	848		429		4.197		5.474	

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

Los organismos que se integran al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), bajo convenio MLE, son responsables de la ejecución de las acciones de salud para con sus clientes o pacientes, sin desmedro del control y jurisdicción que el FONASA puede establecer. Estos convenios podrán ser celebrados con entidades públicas y privadas para el otorgamiento de la credencial de atención la cual testifica que la institución en cuestión pueda atender.

Los profesionales o entidades asistenciales de salud que deseen incorporarse a la Modalidad de Libre Elección, deberán inscribirse en el FONASA, en alguno de los grupos del Rol de Profesionales y Entidades de Libre Elección que éste llevará. Para tal efecto deberán así solicitarlo, suscribiendo un convenio con el FONASA, el que comenzará a regir el primer día del mes subsiguiente.

En definitiva, en la MLE se establecen convenios con derechos y obligaciones que permiten a las instituciones atender al paciente, pero sin desmedro del que el Fondo y las instituciones de salud pública pertinentes, puedan regularizar y hacer cumplir la ley referente a los convenios firmados¹⁹⁴.

En la Tabla A7.4 se observa el número de profesionales inscritos en la MLE por nivel de atención el año 2011. Para el nivel 1 hay una mayoría de enfermeras universitarias dentro del personal. Para el nivel 2 sorprendentemente el personal mayoritario son psicólogos, mientras que para el nivel 3 la gran mayoría son médicos.

Tabla A7.4
Profesionales inscritos en la MLE, año 2011

Profesión	Nivel de Atención						Total	% del Total
	Nivel 1	% por Nivel	Nivel 2	% por Nivel	Nivel 3	% por Nivel		
Médico	227	20,2%	332	23,3%	15.222	64,6%	15.781	60,5%
Matrona	30	2,7%	54	3,8%	1.171	5,0%	1.255	4,8%
Tecnólogo Médico	41	3,7%	129	9,1%	433	1,8%	603	2,3%
Químico Farmacéutico	1	0,1%	6	0,4%	25	0,1%	32	0,1%
Kinesiólogo	53	4,7%	208	14,6%	2.429	10,3%	2.690	10,3%
Cirujano Dentista	0	0,0%	0	0,0%	10	0,0%	10	0,0%
Psicólogo	130	11,6%	673	47,3%	3.875	16,4%	4.678	17,9%
Enfermera Universitaria	582	51,8%	2	0,1%	6	0,0%	590	2,3%
Fonoaudiólogo	4	0,4%	12	0,8%	342	1,5%	358	1,4%
Enfermera Matrona	55	4,9%	8	0,6%	45	0,2%	108	0,4%

¹⁹⁴ Decreto Supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud

Profesión	Nivel de Atención							
	Nivel 1	% por Nivel	Nivel 2	% por Nivel	Nivel 3	% por Nivel	Total	% del Total
TOTAL	1.123		1.424		23.558		26.105	

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

2. Recaudación

Como veremos a continuación, el FONASA recibe financiamiento desde diversas fuentes con el objeto de cumplir con sus obligaciones de aseguramiento. En ese sentido en la Tabla A7.5 se presenta cómo ha sido la distribución y la participación de éstos en los ingresos del FONASA.

Tabla A7.5
Ingresos de FONASA, en millones de pesos 2012

Conceptos	2007		2008		2009		2010		2011	
Ingresos	2.316.335		2.520.672		3.149.653		3.392.812		3.470.719	
Cotizaciones	963.529	41,60%	1.026.371	40,70%	1.116.935	35,50%	1.189.863	35,00%	1.281.167	36,70%
Copagos	135.736	5,90%	136.527	5,40%	144.365	4,60%	140.905	4,10%	146.228	4,20%
Aporte Fiscal	1.202.870	51,90%	1.339.905	53,20%	1.861.316	59,10%	2.039.670	59,90%	2.014.650	57,70%
Otros	14.200	0,60%	17.871	0,70%	27.037	0,90%	22.375	0,70%	28.675	0,80%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

Podemos observar, en la Tabla A7.5, que la distribución de ingresos se mantiene más o menos constante entre los años en análisis, la mayoría provienen del Aporte Fiscal, el cual considera sobre un 50% en todos los años. Luego vendrían las imposiciones previsionales y los copagos, partidas que si han experimentado un leve descenso a lo entre los últimos 4 años a favor de los aportes fiscales que se incrementan.

Dada la importancia relativa de las cotizaciones previsionales, es relevante analizar los ingresos provenientes de ellas, ver Tabla A7.6.

Tabla A7.6
Ingresos Previsionales Según Fuente de Recaudación
(en millones de \$2012)

Año	Instituciones									
	IPS (ex INP)		AFP y Cías. de Seguros		Servicios de Salud (SIL)		Otras		Total	
2007	885.376	91,90%	73.955	7,70%	4.199	0,40%	0	0,00%	963.531	
2008	942.623	91,80%	78.209	7,60%	5.541	0,50%	0	0,00%	1.026.375	
2009	1.011.832	90,60%	96.377	8,60%	8.730	0,80%	0	0,00%	1.116.939	
2010	1.067.918	89,80%	108.570	9,10%	5.253	0,40%	8.125	0,70%	1.189.866	
2011	1.146.883	89,50%	119.186	9,30%	5.472	0,40%	9.628	0,80%	1.281.169	

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

Se observa que en su gran mayoría, los ingresos previsionales provienen del IPS (ex INP), porcentaje que se ve prácticamente inalterado a lo largo de los años. En segundo lugar se imponen las AFP y compañías de seguro con un 9,3% de la recaudación a 2011, hecho que muestra lo concentrado que está la recaudación en cuanto a fuentes de financiamiento. Las otras fuentes, como los Servicios de Salud, participan con porcentajes menores.

Mecanismos de Pago o pago por prestaciones

La gestión financiera del FONASA describe la relación que existe entre el seguro de salud y los actores externos involucrados, por ejemplo la relación con la red de prestadores donde se deben definir los mecanismos de pago a utilizar en la MLE (Modalidad Libre Elección) en la Red Privada de Salud y en la MAI (Modalidad Atención Institucional) en la Red Pública, además de considerar los mecanismos de control presupuestario a ejercer sobre los Servicios de Salud del SNSS (Sistema Nacional Servicios de Salud). En ese sentido, En la Tabla A6.7 podemos observar cómo se han distribuido los recursos en las diferentes obligaciones que tiene el FONASA para con la comunidad:

Tabla A7.7
Programa de financiamiento de mecanismos de pago

Clasificación	Ejecución 2007		Ejecución 2008		Ejecución 2009		Ejecución 2010		Ejecución 2011	
	MM de \$ 2012	%	%	Crecimiento a 2007	%	Crecimiento a 2007	%	Crecimiento a 2007	%	Crecimiento a 2007
1. Transferencias corrientes Programa Atención Primaria	468.420	27,8%	26,7%	14,5%	26,0%	40,5%	26,9%	54,1%	28,6%	69,6%
2. Transferencias corrientes Programa de Prestaciones Valoradas	549.534	32,7%	35,0%	27,6%	31,2%	43,8%	30,2%	47,2%	24,9%	26,3%
3. Transferencias corrientes Programa de Prestaciones Institucionales	332.389	39,5%	38,3%	15,6%	42,8%	63,3%	42,9%	73,3%	46,5%	94,7%
Total (1+2+3)	1.350.344	100,0%	100,0%	19,2%	100,0%	50,6%	100,0%	59,4%	100,0%	65,4%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA. Departamento de Finanzas, recaudación y cobranza, www.fonasa.cl

Podemos ver que, al igual como ha crecido el país, el gasto que el FONASA destina a los distintos programas de pago se ha ido incrementando, siendo el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) el que participa mayoritariamente de éstos fondos, después se encuentran los recursos destinados a la APS y, finalmente, los destinados al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV).

A continuación, describiremos los mecanismos de pago según niveles de atención y modalidades de atención.

Atención Primaria de Salud (APS)

En el caso de la Atención Primaria de Salud (APS), desde 1995, año en que se crea el "Estatuto de Atención Primaria Municipal" en la Ley 19.378, la administración de los recursos en ésta área es sobrellevada por los respectivos municipios¹⁹⁵, quienes se encargan de administrar y gestionar el funcionamiento de los centros de atención primaria pertenecientes a su jurisdicción (consultorios y postas de salud a los que se le agrega como prestadores de éste servicio los Hospitales de baja complejidad), recibiendo los dineros por parte del FONASA para posteriormente cumplir con sus labores.

La APS corresponde a la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas puesta al alcance de toda la comunidad. Las instituciones que imparten éste servicio generaron un modelo de atención integral y comunitario, el cual pone a disposición los recursos de todos éstos centros médicos en pos del paciente que lo necesite, independiente de su procedencia geográfica a una u otra comuna. Con respecto al financiamiento de la APS municipal¹⁹⁶, ésta posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios el que se encuentra en la ley N°19.378, artículos 49 y 56. En ese sentido, si bien para la APS municipal se reciben fondos desde el Estado, la administración de éstos no depende en ningún sentido del FONASA, quedando relegado, en este aspecto, la tuición técnica a los respectivos Servicios de Salud.

El mecanismo de pago para la APS se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público y se refleja en los Mecanismos de pago Per-Cápita¹⁹⁷ el cual consiste en un método de financiamiento que mandata al Ministerio de Salud, por intermedio de las municipalidades correspondientes, a financiar determinadas acciones de salud de atención primaria de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por el mismo Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar

¹⁹⁵ A lo largo del país existen 42 Corporaciones Municipales.

¹⁹⁶ La APS municipal cuya jurisdicción indica que se realiza y administra en las entidades de salud municipal y en su red de establecimientos.

¹⁹⁷ Artículo 49 de Ley N°19.378.

(PSF)¹⁹⁸. El PSF considera un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la atención primaria estableciendo un precio unitario homogéneo denominado "Per-Cápita Basal" el cual se refiere a un aporte básico, unitario y homogéneo por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, que corresponde a la población certificada (inscrita y validada) en ella y definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Dentro de los parámetros que se consideran para su implementación, se encuentra el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza, ruralidad y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema¹⁹⁹.

Otro mecanismo de pago en la MAI es el Pago Prospectivo por Prestación (PPP) el cual es un complemento al Pago Per-Cápita mediante aportes que se entregan vía Convenios Suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud que impliquen un mayor gasto para las Entidades de Administración de Salud Municipales (EASM), esto es, cuando se requiera de otras acciones distintas de aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar²⁰⁰. Las principales falencias de éste sistema es que se desconoce el cálculo poblacional que utiliza el MINSAL para distribuir el Aporte por Convenios a las Comunas, además de no tener certeza de qué y cuántos convenios se enviarán anualmente a cada Comuna. Otro punto en que el PPP podría estar en deuda, es que las comunas no tienen una instancia de negociación y acuerdos en relación a los convenios, de tal manera de ajustar su aplicación teniendo en cuenta las necesidades y el conocimiento que tiene el gestor Municipal de su población a cargo. Finalmente, otro de los puntos que se podrían corregir son las dificultades por los tiempos que implica la tramitación anual de Convenios, hecho que puede provocar un desfase entre el requerimiento y la obtención de los recursos²⁰¹.

Además de los mecanismos descritos, existe financiamientos que va hacia la APS a través de los bienes de salud pública, que consideran recursos para programas de salud como son: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa de Alimentaciones Complementarias (PNAC), Programa de Alimentación

¹⁹⁸ El Plan de Salud familiar considera los distintos Programas de Salud, tales como Programa de Salud del Niño, del Adolescente, del Adulto y Adulto Mayor, de la Mujer, Odontológico, y la mayor parte de las Garantías Explícitas otorgadas en el nivel de APS. Para el año 2012 la Cartera incluye 96 prestaciones.

¹⁹⁹ Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria.

²⁰⁰ Al año 2011, las transferencias destinadas mediante PPP alcanzaron un 21% del financiamiento vía aporte estatal de las APS.

²⁰¹ Artículo 56 de Ley N°19.378.

Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), entre otros; que corresponden a compras centralizadas realizadas por el Minsal.

Atención Secundaria y Terciaria

Pago Modalidad Atención Institucional (MAI)

Para los niveles de atención secundaria y terciaria, de mayor complejidad asistencial, que abordan la atención de los pacientes derivados desde el nivel primario de atención a especialistas en fases de diagnóstico y tratamiento por incapacidad resolutive y que están estrechamente relacionados con los Servicios Clínicos de los Hospitales, establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización)²⁰² en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), existen otros mecanismos de pago asociados que pasaremos a comentar a continuación.

Existe la modalidad de compra a través del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), el que está estructurado anualmente por distintas canastas de prestaciones valoradas que son costeadas por el FONASA y negociadas en número con los Servicios de Salud en los Compromisos de Gestión, teniendo como referente de precio el Arancel de las PPV del año. Mensualmente se liquidan las que fueron realizadas en un hospital, las cuales deben ser monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del mismo Hospital. El PPV funciona estableciendo o emulando los precios de las prestaciones médicas mediante precios sombra que vendrían siendo las tarifas a partir de las cuales se pagará, contemplando recursos asociados a la ejecución de programas que permitan garantizar a las personas la entrega de prestaciones oportunamente en las prestaciones GES y del Programa de Oportunidad de la Atención (POA).

Otro mecanismo de pago de prestaciones es el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), el cual consta con los recursos orientados a la ejecución del resto de las actividades y programas desarrollados por los establecimientos asistenciales que no se encuentren incorporados en el PPV²⁰³, es financiado mediante presupuestos históricos donde el FONASA no tiene ninguna injerencia real en la asignación bajo éste mandato. Los mecanismos de pago que operan en la asignación de recursos son el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) para gran parte de las patologías y actividades asociadas al programa, junto con el Pago por Prestación (PPP) y por Presupuesto histórico²⁰⁴.

²⁰² El nivel cuaternario de atención se relaciona con las unidades de tratamiento intensivo, pero no nos abocaremos detalladamente a él dado que está estrechamente relacionado en su financiamiento al nivel terciario de atención.

²⁰³ Corresponden a establecimientos hospitalarios de baja complejidad.

²⁰⁴ Cid, Camilo (2005). Mimeo, Comisión Especial Constituida para el Estudio de Nuevos Mecanismos de Asignación de Recursos en el Sector Salud, Ministerio de Salud.

El Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) es un convenio implementado por el FONASA, que permite a sus asegurados la atención de un problema de salud, principalmente de resolución quirúrgica, en hospitales públicos y privados pagando un monto único, conocido y predeterminado con anterioridad, con montos de copago fijo, opera tanto para la MAI como para la MLE. Éste sistema se crea con el objetivo de incentivar la eficacia en la atención médica y promover la eficiencia en la administración de los recursos destinados a la atención del asegurado. El prestador, deberá informar de manera completa y detallada al asegurado acerca de las condiciones de la hospitalización (tipo de habitación con detalle del número de camas y disponibilidad de baño, equipo profesional, fecha y horario de la intervención, etc.). Si al momento de la hospitalización, no se dispusiera del tipo de habitación acordada con el paciente y habiéndose entregado el respectivo PAD al prestador, la entidad no podrá solicitar al paciente que desista de este sistema de pago con cuenta conocida, cambiándolo al cobro tradicional de prestaciones de la MLE. El sistema MLE bajo PAD produce que entre demandante como oferente compartan los riesgos asociados a la transacción, hecho que refrenda un buen escenario para ganar en eficiencia para con todo el sistema.

Dentro de las principales ventajas de éste sistema, según la página web del FONASA, se encuentran:

- ✓ Mayor eficiencia en la atención: El prestador se preocupará de encontrar la combinación óptima de recursos para la atención del paciente.
- ✓ Mayor eficiencia económica: Permite al prestador de salud quedarse con un excedente si realiza el servicio de salud incurriendo en menores costos.
- ✓ Incluye todos los costos: Incluye prestación médica, exámenes, insumos, medicamentos, días cama, derechos de pabellón y honorarios profesionales.
- ✓ Menor incertidumbre para el usuario: Al saber los costos del servicio y el copago dado por el FONASA.
- ✓ Menores trámites administrativos: El beneficiario paga sólo lo que manda el PAD y el copago correspondiente, reduciendo los trámites.

Dado lo anterior, vemos que el sistema PAD ofrece precios estandarizados de determinadas prestaciones, junto con entregar el valor requerido al copago para cada institución que cumpla con los requisitos que el FONASA imponga para que ponga en práctica éste sistema. En la Tabla A6.8, podemos ver cada una de las prestaciones incluidas en el PAD hasta el presente año, junto con su valor y copago.

**Tabla A7.8
Tratamientos PAD**

Tratamientos e Intervenciones Quirúrgicas	Valor Total (\$)	Copago Asegurados (\$)	Bonificación FONASA (\$)	% Bonificación
Colelitiasis	1.246.270	623.140	623.13	50,0%
Apendicitis	800.040	500.030	300.010	37,5%
Peritonitis	1.008.370	605.020	403.350	40,0%
Hernia abdominal simple	582.340	291.170	291.170	50,0%
Hernia abdominal complicada	818.210	409.110	409.10	50,0%
Tumor maligno de estómago	1.484.430	890.660	593.770	40,0%
Úlcera gástrica complicada	1.015.060	609.040	406.020	40,0%
Úlcera duodenal complicada	981.050	588.630	392.420	40,0%
Parto	942.230	235.560	706.670	75,0%
Embarazo ectópico	585.740	292.870	292.870	50,0%
Enfermedad crónica de las amígdalas	464.390	232.20	232.190	50,0%
Vegetaciones adenoideas	398.970	199.490	199.480	50,0%
Hiperplasia de la próstata	968.420	484.210	484.210	50,0%
Fimosis	387.150	193.580	193.570	50,0%
Criptorquidia	648.680	324.340	324.340	50,0%
Ictericia del recién nacido	115.690	69.410	46.280	40,0%
Cataratas (no incluye lente Intraocular)	744.450	372.230	372.220	50,0%
Trasplante renal	4.632.880	3.400.530	1.232.350	26,6%
Prolapso anterior o posterior	873.990	437.000	436.990	50,0%
Tumores y/o quistes intracraneos	2.900.300	2.378.250	522.050	18,0%
Aneurismas	3.522.120	2.958.580	563.540	16,0%
Disrafias	2.482.830	2.135.230	347.600	14,0%
Hernia del Núcleo Pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	1.515.760	757.880	757.880	50,0%
Acceso vascular simple (mediante FAV) para hemodiálisis	425.000	212.500	212.500	50,0%
Acceso vascular complejo (mediante FAV) para hemodiálisis	637.490	318.750	318.740	50,0%
Cirugía Refractiva de Córnea con Laser Excimer	727.030	363.520	363.510	50,0%
Histerectomía	997.240	498.620	498.620	50,0%
Menisectomía	888.030	444.020	444.010	50,0%
Litotripsia extracorpórea	1.015.320	507.660	507.660	50,0%
Diagnóstico Infección Tracto Urinario (I.T.U)	40.160	20.080	20.080	50,0%
Hemorroides	356.080	178.040	178.040	50,0%
Várices	350.200	175.100	175.100	50,0%
Varicocele	300.830	150.420	150.410	50,0%
Síndrome del Túnel Carpiano	700.020	350.010	350.010	50,0%
Ruptura Manguito Rotador	2.482.640	1.241.320	1.241.320	50,0%
Osteosíntesis Tibia-Peroné	1.810.380	905.190	905.190	50,0%

Tratamientos e Intervenciones Quirúrgicas	Valor Total (\$)	Copago Asegurados (\$)	Bonificación FONASA (\$)	% Bonificación
Osteosíntesis Muslo	2.332.440	1.166.220	1.166.220	50,0%
Osteosíntesis Cúbito y/o Radio	1.249.760	624.880	624.880	50,0%
Osteosíntesis Diafisiaria Húmero	1.468.870	734.440	734.430	50,0%
Inestabilidad de Hombro	2.788.730	1.394.370	1.394.360	50,0%
Endoprótesis total de Hombro	3.047.470	1.523.740	1.523.730	50,0%
Contractura Dupuytren	686.840	343.420	343.420	50,0%
HalluxValgus	836.500	418.250	418.250	50,0%
Inestabilidad de Rodilla	2.461.900	1.230.950	1.230.950	50,0%
Dedos en Gatillo	441.600	220.800	220.800	50,0%
Tumores o Quistes Tendino Musculares	690.580	345.290	345.290	50,0%
Quistes Sinoviales	343.960	171.980	171.980	50,0%
Tiroidectomía Total	1.164.670	582.340	582.330	50,0%
Tiroidectomía Subtotal	899.040	449.520	449.520	50,0%
Hidrocele y/o Hematocele	481.600	240.800	240.800	50,0%
Chalazión	142.670	71.340	71.330	50,0%
Glaucoma	589.80	294.900	294.900	50,0%
Pterigión	257.350	128.680	128.670	50,0%
Estudio Apnea del Sueño	328.210	164.110	164.100	50,0%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

Las prestaciones que se agregaron a los PAD el último año son principalmente del ámbito traumatológico considerando las altas listas de espera de la especialidad y el cambio de abordaje clínico en el tratamiento de éstas que migra desde lo médico a lo quirúrgico, además de otras prestaciones oftalmológicas, urológicas y de cirugía de cara y cuello de alta demanda.

Para el caso del PPI (presupuesto histórico) existen algunos defectos en el financiamiento de éste programa tales como la desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño, calidad y eficiencia de los servicios de salud, inconsistencia entre oferta y demanda lo cual genera listas de espera que posteriormente derivan en falta de acceso a la salud e insatisfacción usuaria.

Actualmente, por la vía del PPV se gasta cerca del 50% del total del gasto hospitalario y se incentiva su aumento. Pero el desarrollo de este tipo de pagos, no asegura la necesidad de impulsar mayor equidad y la contención de costos en el sistema de salud y existen ámbitos donde el problema puede amenazar su sostenibilidad. Es un sistema de pagos que tiende a desequilibrar la asignación de

recursos y en el que existen incentivos continuados a la expansión de un sector (PPV) del presupuesto en desmedro de otro (PPI)²⁰⁵.

Adicionalmente, las prestaciones garantizadas por la reforma, las GES, se contabilizan en la MAI, son fundamentalmente PPV, las referidas a la atención en los niveles secundario y terciario, y pueden realizarse en el sector público (principalmente) o en el sector privado (en caso de insuficiencia de red asistencial para cumplir con la garantía de oportunidad).

Pago Modalidad Libre elección (MLE)

Para la MLE, el asegurado elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol del FONASA, haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran. Para que los profesionales y entidades puedan atender bajo la modalidad MLE, deben suscribirse a un convenio con el FONASA el cual crea derechos y obligaciones, debiendo aceptar como máxima retribución por sus servicios los valores al arancel correspondiente al respectivo grupo salvo que el MINSAL, mediante decreto supremo, autorice mayores retribuciones. Una de las características pro beneficiario es que, bajo éste formato, los afiliados tendrán derecho de solicitar al FONASA el otorgamiento de un préstamo destinado a financiar total o parcialmente aquella parte de las prestaciones que le corresponda pagar (Prestamos Médicos).

Con respecto al cobro de la prestación en salud, los valores de las prestaciones están consignados en el Arancel de la MLE, incluyen los honorarios profesionales y la totalidad de los insumos corrientes que se utilicen. Dichos valores no incluyen los medicamentos, los insumos y elementos expresamente señalados en el arancel y aquellos insumos específicamente necesarios para procedimientos o intervenciones, tales como arteriografías, angioplastias, procedimientos endoscópicos de especialidades, etc.

Este sistema, además, está constituido por 3 niveles, los cuales dictaminan la cuantía del valor del bono que los beneficiarios del FONASA compran para adquirir el servicio, yendo desde el nivel 1, que es el más barato o subsidiado, al 3, en el cual hay que realizar un copago mayor. FONASA subsidia alrededor del 50% del costo para el nivel 1 de gran parte de las prestaciones. Un ejemplo que podemos considerar es la radiografía al tórax (código 04-01-070) en donde para el nivel 1 la bonificación es del 50% del costo total, para el nivel 2 de un 38% y en el 3 de un 31%.

Los sistemas de financiamiento de esta modalidad van desde el PAD anteriormente explicado, el cual es muy relevante en ésta área, y el denominado "Fee for

²⁰⁵ Cid, C. & Riesco, X. (2008) "Impacto de la selección de los mecanismos de pago en la producción de atención de salud: ¿están en línea con los objetivos sanitarios?" Cuadernos Médicos Sociales, Vol. 48 N°1.

services” el cual consta de adquisición de bonos de acuerdo a la prestación y nivel de atención del prestador seleccionado por el asegurado.

En la Tabla A7.9 vemos que los costos de las prestaciones de salud van aumentando a través de los años, siendo siempre en forma mayoritaria las atenciones médicas (consultas) las que se llevan el mayor monto.

Tabla A7.9
Estadísticas de prestaciones de salud, gasto en la MLE

Año	2007	2008		2009		2010		2011	
	M\$ 2012	M\$ 2012	% de 2007	M\$ 2012	% de 2007	M\$ 2012	% de 2007	M\$ 2012	% de 2007
Total	383.385	398.959	4,1%	438.286	14,3%	439.763	14,7%	472.355	23,2%
Atenciones médicas	124.009	128.276	3,4%	143.757	15,9%	144.297	16,4%	148.033	19,4%
Exámenes de diagnóstico y apoyo clínico	100.339	105.674	5,3%	118.832	18,4%	125.205	24,8%	139.224	38,8%
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	49.315	48.973	-0,7%	52.239	5,9%	53.067	7,6%	56.141	13,8%
Intervenciones quirúrgicas	20.779	21.613	4,0%	22.364	7,6%	23.463	12,9%	25.139	21,0%
Días camas de hospitalización	3.816	3.683	-3,5%	3.834	0,5%	3.864	1,2%	3.812	-0,1%
Resto	85.126	90.739	6,6%	97.261	14,3%	89.867	5,6%	100.006	17,5%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, www.fonasa.cl

Fiscalización de las Prestaciones

Para cualquier entidad pública o privada es de suma importancia velar por el manejo óptimo de los recursos con que cuenta por lo cual el FONASA, además de todas las labores que cumple las cuales ya hemos explicado, también debe velar por el cumplimiento de las labores de quienes prestan los servicios de salud y capacidad productiva tanto en la modalidad MLE y MAI. Para esto, el Fondo Nacional de Salud está mandatado para ejercer mecanismos de control de gestión y de recaudación.

Esta función se encuentra radicada en el Departamento de Control y Calidad de Prestaciones del Fondo, que se constituye como referente técnico y de planificación para los Subdepartamentos de Control de las Direcciones Regionales de FONASA, que son finalmente los que efectúan los procesos de fiscalización.²⁰⁶

Las líneas de acción consideran la inclusión de variables e indicadores que miden comportamientos de prestaciones, prestadores y asegurados en el uso de los

²⁰⁶ DFL 1 en sus artículos 49 y 50.

beneficios no pecuniarios del Régimen para las prestaciones de ambas modalidades de atención (MAI y MLE), la generación de planes nacionales y programas de fiscalización como instrumentos normados en procesos estandarizados.

El FONASA es mandatado por el DFL 1 para llevar a cabo el proceso de fiscalización, explicitando que "El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N°18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas".

En el caso de la MAI, será el MINSAL quien se hará cargo de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación a la calidad, acceso y oportunidad de salud²⁰⁷. Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes²⁰⁸.

Para la MLE deberá aplicarse lo establecido en el art. 143 del DFL1, donde, en una primera instancia, el FONASA dispondrá de una acreditación a cada establecimiento inscrito la cual le permitirá ejercer bajo la modalidad MLE, comprometiendo los estándares mínimos para resguardar la salud y seguridad de los usuarios.

Además, el Fondo Nacional de Salud, para ejercer su facultad fiscalizadora, podrá solicitar al profesional o entidad, copia de la ficha clínica, protocolo del servicio de salud y cualquier otro antecedente, adoptando todas las medidas que sean necesarias para velar por el buen funcionamiento del sistema. Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo. Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de

²⁰⁷ Con funciones fiscalizadoras de la superintendencia de salud para las garantías GES.

²⁰⁸ En caso de incumplimiento en el Sistema GES, los potenciales copagos realizados se recuperan completamente mediante el FONASA.

Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En ese sentido, en la Tabla A7.10 vemos cómo han ido evolucionando las evasiones de cotizaciones con lo cual tenemos un acercamiento de cómo ha ido avanzando el sistema de fiscalización. Se establece que las evasiones detectadas y recuperadas han ido disminuyendo desde 2007 y 2010 a lo largo de todo el país, hecho que puede producirse debido al impacto de la política de Fiscalización Preventiva del FONASA. Además, vemos que la concentración de evasión detectada y recuperada se va heterogeneizando a lo largo del país durante éste periodo.

Tabla N° A7.10²⁰⁹
Evolución de la evasión de cotizaciones

ESTADO DE EVASIÓN								
DIRECCIÓN REGIONAL	2007		2008		2009		2010	
DETECTADA	250.667		259.345		228.817		111.670	
Norte (Reg. I, II y III)	14.744	5,90%	15.664	6,00%	19.158	8,40%	15.092	13,50%
Centro Norte (Reg. IV y V)	34.865	13,90%	18.822	7,30%	29.108	12,70%	17.157	15,40%
Metropolitana y VI Región	140.142	55,90%	166.502	64,20%	130.557	57,10%	42.421	38,00%
Centro Sur (Reg. VII y VIII)	20.667	8,20%	18.416	7,10%	20.511	9,00%	14.496	13,00%
Sur (Reg. IX - X - XI - XII)	40.248	16,10%	39.941	15,40%	29.483	12,90%	22.504	20,20%
RECUPERADA	96.013		87.649		65.266		62.904	
Norte (Reg. I, II y III)	11.579	12,10%	4.593	5,20%	3.681	5,60%	6.548	10,40%
Centro Norte (Reg. IV y V)	9.351	9,70%	7.796	8,90%	15.923	24,40%	14.225	22,60%
Metropolitana y VI Región	55.229	57,50%	48.645	55,50%	18.238	27,90%	24.779	39,40%
Centro Sur (Reg. VII y VIII)	9.872	10,30%	19.232	21,90%	15.808	24,20%	4.823	7,70%
Sur (Reg. IX - X - XI - XII)	9.981	10,40%	7.384	8,40%	11.615	17,80%	12.529	19,90%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del Departamento de Finanzas. Subdepartamento de Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones. FONASA.

²⁰⁹ La información disponible de manera oficial desde el FONASA se encuentra hasta el año 2010.

En caso de que no haga pago por parte de los empleadores, el FONASA junto con el Instituto de Previsión Social (IPS), están facultados para perseguir el cobro administrativo y judicial de las cotizaciones adeudadas, ejecutando todas las acciones legales que sean necesarias para que se realice el cobro, todo en pos de resguardar el acceso de los asegurados al Seguro Público de Salud y minimizar los empleadores morosos.

La Ley N° 19.650, le otorga al FONASA un conjunto de facultades y atribuciones para la fiscalización de la recaudación de las cotizaciones de salud de los afiliados, facultad que se refuerza a través de la Ley N° 19.937. Con ello, el FONASA dispone de un equipo de fiscalizadores en calidad de ministros de Fe, que gozan de iguales atribuciones a las que poseen los inspectores de la Dirección del Trabajo, junto con realizar una fiscalización preventiva (mediante actividades de capacitación y difusión a través de charlas educativas a nivel nacional), una fiscalización correctiva (lo cual consta de una revisión a los empleadores en los diferentes rubros), ambas en pos de disminuir la evasión y subdeclaración de éstas obligaciones. Más aún, en la Reforma Previsional del 2008, al FONASA se le da la posibilidad de que las deudas previsionales fueran reconocidas como título ejecutivo.

En la Tabla A7.11 podemos ver la cantidad de empleadores y trabajadores fiscalizados, realizando una comparación con respecto a lo que se hizo el 2007. Para 2011, vemos un gran incremento en el número de empleadores fiscalizados en todas las zonas geográficas con respecto a 2007, mientras que en el caso de los trabajadores, el número a 2011 disminuye prácticamente a la mitad con respecto a 2007. Ésta notable diferencia podría deberse a dónde está apuntando la fiscalización, la que se direcciona elocuentemente según las cifras hacia la fiscalización del pago de cotizaciones por parte de los empleadores.

Tabla N° A7.11
Actividad de fiscalización de cotizaciones, número de empleadores y trabajadores fiscalizados por región

EMPLEADOR Y TRABAJADOR									
DIRECCIÓN REGIONAL	2007	2008% 2007		2009% 2007		2010 % 2007		2011 % 2007	
EMPLEADORES	4.239	4.269	100,70%	4.049	95,50%	4.051	95,60%	17.045	402,10%
Norte (Reg. I, II y III)	370	391	105,70%	420	113,50%	393	106,20%	2.063	557,60%
Centro Norte (Reg. IV y V)	601	605	100,70%	471	78,40%	439	73,00%	3.082	512,80%
Metropolitana y VI Región	1.897	1.975	104,10%	1.966	103,60%	1.975	104,10%	6.859	361,60%
Centro Sur (Reg. VII y VIII)	571	498	87,20%	472	82,70%	486	85,10%	2.584	452,50%

EMPLEADOR Y TRABAJADOR										
DIRECCIÓN REGIONAL	2007	2008% 2007			2009% 2007		2010 % 2007		2011 % 2007	
Sur (Reg. IX - X - XI - XII)	800	800	100,00%	720	90,00%	758	94,80%	2.457	307,10%	
TRABAJADORES	245.202	259.491	105,80%	226.750	92,50%	265.810	108,40%	130.697	53,30%	
Norte (Reg. I, II y III)	7.162	7.638	106,60%	18.644	260,30%	10.855	151,60%	7.920	110,60%	
Centro Norte (Reg. IV y V)	22.684	15.050	66,30%	16.995	74,90%	11.412	50,30%	15.615	68,80%	
Metropolitana y VI Región	177.079	216.719	122,40%	174.446	98,50%	220.367	124,40%	74.091	41,80%	
Centro Sur (Reg. VII y VIII)	19.294	8.363	43,30%	7.659	39,70%	11.928	61,80%	19.948	103,40%	
Sur (Reg. IX - X - XI - XII)	18.983	11.721	61,70%	9.006	47,40%	11.248	59,30%	13.123	69,10%	
TOTAL NACIONAL	249.441	263.760	105,70%	230.799	92,50%	269.861	108,20%	147.742	59,20%	

Fuente: Elaboración Propia en base a información del Departamento de Finanzas. Subdepartamento de Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones. FONASA.

En la Tabla N° A7.12, se observa la fiscalización de reclamos por causa No AUGE por dirección regional y modalidad de atención. Los reclamos por causa No AUGE que se fiscalizan en las áreas de control del Fondo, se refieren a solicitudes de revisión presentadas por beneficiarios respecto de atenciones y/o cobros que se le efectúan en establecimientos públicos (MAI) o en centros asistenciales privados (MLE). En términos comparativos podemos ver una disminución hacia 2011 del número de reclamos a nivel agregado, siendo en forma mayoritaria la modalidad de atención MAI la que recibe más reclamos.

Tabla N° A7.12
Fiscalización de Reclamos por causa no AUGE por dirección regional y modalidad de atención

Dirección Regional / Zonal	Modalidad de Atención	Reclamos Fiscalizados								
		AÑO								
		2007	2008	% de 2007	2009	% de 2007	2010	% de 2007	2011	% de 2007
NORTE	MLE	112	70	62,50%	53	47,30%	61	54,50%	111	99,10%
(Regiones XV, I, II y III)	MAI	475	502	105,70%	415	87,40%	-	0,00%	577	121,50%
CENTRO NORTE	MLE	173	95	54,90%	148	85,50%	246	142,20%	109	63,00%
(Regiones IV y V)	MAI	1.428	1.367	95,70%	889	62,30%	-	0,00%	365	25,60%
METROPOLITANA y O'HIGGINS	MLE	1.482	959	64,70%	942	63,60%	-	0,00%	-	0,00%
(Regiones XIII y VI)	MAI	708	2.306	325,70%	2.444	345,20%	-	0,00%	-	0,00%
CENTRO SUR	MLE	189	146	77,20%	138	73,00%	175	92,60%	119	63,00%

Dirección Regional / Zonal	Modalidad de Atención	Reclamos Fiscalizados								
		AÑO								
		2007	2008	% de 2007	2009	% de 2007	2010	% de 2007	2011	% de 2007
(Regiones VII y VIII)	MAI	456	24	5,30%	37	8,10%	-	0,00%	462	101,30%
SUR	MLE	114	58	50,90%	103	90,40%	109	95,60%	103	90,40%
(Regiones IX, X, XIV, XI y XII)	MAI	184	83	45,10%	246	133,70%	-	0,00%	222	120,70%
Nivel Central - Depto. Control y Calidad de Prestaciones	MLE	s.d.	s.d.		0		1.894		2.037	
	MAI				311		1.960		-	
Total Nacional		5.321	5.610	105,40%	5.726	107,60%	4.445	83,50%	4.105	77,10%

Fuente: Elaboración Propia en base a información del Departamento de Finanzas. Subdepartamento de Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones. FONASA.

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO ATENCION AL ASEGURADO

Comprende los contenidos informativos y canales que el FONASA define y utiliza en la comunicación y servicios con los distintos actores que se relacionan con la aplicación del Plan de Salud para una correcta atención del asegurado.

Información al usuario

Considera la entrega de información al asegurado respecto a sus derechos y deberes conforme la relación que se establece con el seguro a través del uso del plan de salud en los prestadores que atienden en convenio con el FONASA. Al existir dos Modalidades de Atención, es importante que los asegurados conozcan las características de cada una para que puedan optar, según sus derechos, a la que sea de su preferencia.

Aspecto principal en la MAI lo constituye el AUGGE-GES, por sus características progresivas de priorización de problemas de salud y diferenciadoras en los ámbitos de cobertura respecto a la MLE, elegibilidad de acceso, garantías de oportunidad y protección financiera.

En relación a la MLE, es relevante la información de la red de prestadores en convenio, sus aranceles, las prestaciones que tienen cobertura y las excluidas. Otro aspecto importante, son las prestaciones de los PADs (Pago Asociado a Diagnósticos) que tienen en su diseño características de cobertura facilitadas y precio conocido, prestaciones que se modifican anualmente y que deben ser conocidas por los asegurados.

Para ello el FONASA dispone de distintos canales informativos, a través de red de sucursales y entidades en convenio, página web, *call center* e información en los prestadores de salud junto con actividades realizadas en terreno tanto para empleadores como asegurados.

Plan de Servicios

Se expresa a través de los distintos canales de información y considera la prestación de servicios en los ámbitos de información y orientación, afiliación, venta de bonos para la atención MLE, presupuestos de programas médicos, préstamos y pagos.

Para tener un acercamiento preliminar a cómo se entrega la información al asegurado y cómo operan los servicios en las sucursales, se realizó una revisión de la página web de FONASA y se realizaron llamadas al *call center*, además de ello se diseñó y aplicó una encuesta a una muestra de sucursales a nivel nacional para tener indicios de la entrega de servicios y pesquisar aspectos de mejora. Esta información se presenta a continuación.

Estudio de campo sucursales del FONASA

a) Instrumento Ficha de Sucursales



Estudio Evaluación Comprehensiva del Gasto FONASA

En el marco del estudio que realiza la Universidad de Chile sobre la Evaluación Comprehensiva del Gasto de FONASA, para la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, solicitamos su colaboración en la recolección de estos datos.

La información requerida será utilizada exclusivamente en el estudio señalado.

Dirección de Sucursal: _____

Región: _____

Ciudad: _____

I. Capacidad Instalada

a) Población asegurada asignada, indicar número de asegurados del área de influencia. Se considera área de influencia a la que potencialmente atenderá la sucursal de manera estable, ej. la comuna.

b) Tipo de Sucursal, marcar tipo de sucursal en tabla adjunta.

Tipo de sucursal	
A+	
A	
B	
C	

c) Modelo de Atención, indicar la cantidad y tipos de módulos definidos para la sucursal

Tipo de módulos de atención	Número de módulos
Polivalente	
Diferenciado	
Totales	

d) Recursos Físicos, por favor marcar una cruz donde corresponda (Si o NO) a partir de la pregunta 2 a la9.

1. ¿Cuántos metros tiene de superficie? _____
2. ¿La sucursal está ubicada con acceso a locomoción colectiva, al menos a tres cuadras a la redonda?

Si ___ No ___

3. ¿Tiene acceso para discapacitados?

Si ___ No ___

4. ¿Cuenta con sala de espera de tamaño suficiente para que los asegurados estén sentados esperando su turno de atención, al menos en el 80% del horario de funcionamiento diario?

Si ___ No ___

5. ¿Tiene baño exclusivo para asegurados?

Si ___ No ___

6. ¿Los módulos de atención cuentan con señalética visible desde la sala de espera?

Si ___ No ___

7. ¿Cuenta con sistema Total Pack?

Si ___ No ___

8. ¿Cuenta con kiosco de atención?

Si ___ No ___

9. ¿Tiene la imagen corporativa nueva?

Si ___ No ___

a) Funciones, por favor, marcar con una cruz en la tabla a continuación las funciones que realiza la sucursal, según tipo de personal que las ejecuta, ya sea este del FONASA o de empresa externa (externalizado). Incorporar actividades regulares en terreno y describir otras, si fuera el caso.

FUNCIONES	FONASA	Externalizadas
Afiliación – acreditación		
Venta de bonos		
Valorización de programas		
Información al asegurado		
Préstamos Médicos		
Gestión de solicitudes ciudadanas		
Pago préstamos médicos		
Pago atenciones GES		
Actividades de terreno		
Si la sucursal realiza otras funciones, por favor describir en filas en blanco.		

¿Qué tipo de material informativo ha tenido disponible este año para información a los asegurados?, por favor listar con título de pieza informativa. Ej. Folleto Informativo AUGÉ.

—

b) Volumen de atención

¿Cuál es el número promedio de asegurados que ha atendido diariamente la sucursal en los últimos tres meses?

c) Tiempo de atención

¿Cuál es el tiempo promedio que demanda la atención de un asegurado?

d) Ausentismo laboral

¿Cuál es el ausentismo promedio mensual de la sucursal? Señalar las horas

promedios mensuales perdidas por conceptos de permisos, atrasos y licencias.

Responsable entrega de la información

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor enviar información a Sra. Isabel Ramírez a mail iramirez@fen.uchile.cl en un plazo máximo de 7 días hábiles desde la recepción de solicitud.

¡Muchas gracias por su colaboración!

b) Nómina de Sucursales incluidas en la muestra

Nivel Central

- Avda. Macul N° 2555 L.5, Macul
- Concha Y Toro 3779, Puente Alto
- América 654 - 660, San Bernardo
- Apoquindo 9071, Las Condes
- Fermín Vivaceta 316, Conchalí
- José Miguel Carrera 5728, San Miguel
- Ortuzar N° 586 Locales 10 Al 12, Melipilla
- Blanco Encalada N° 1335 A, Recoleta
- Miraflores 176, Santiago
- Estado 101, Rancagua

Dirección Regional Zonal Norte

- Colon 335, Arica
- Obispo Labbé 986, Iquique
- Latorre 2631 – 2641, Antofagasta
- Plaza Nicolás Tirado Sector Norte S/N, Antofagasta
- 21 De Mayo 1477, Tocopilla

Dirección Regional Zonal Centro Norte

- Comercio N° 800 Hospital Combarbalá, Coquimbo
- Coquimbo 349, Ovalle
- San Ignacio N° 725 - Consultorio Especialidades. (Cambiada por cierre por Sucursal a la ubicada en Eduardo De La Barra 346, Coquimbo).
- Av. Brasil N° 2104, Valparaíso
- Arlegui 215, Viña del Mar

Dirección Regional Zonal Centro Sur

- 18 De Septiembre 801, Chillán
- Los Carreras 1120, Concepción
- Vicuña Mackenna 584, San Carlos
- Michimalonco N 999, San Pedro de la Paz
- Riquelme 761, Curanilahue

Dirección Regional Zonal Sur

- Calama N° 1191, Victoria
- Bueras N° 1003 Hospital Regional De Valdivia, Valdivia
- Los Carreras 774, Osorno
- Eduardo Ahues N° 305 Hospital Quellón, Quellón
- El Salvador N° 318 Local 4, Puerto Varas

Entre el 10 de enero y el 11 de marzo se completó la recepción de las Fichas del 100% de las sucursales contenidas en la muestra.

c) **Resultados Estudio de Campo Sucursales FONASA**

Condiciones de Atención

Los resultados señalan que las **características de las plantas físicas** de las sucursales son heterogéneas en las variables consultadas. Con respecto a su superficie, los metros cuadrados de las sucursales estudiadas promediaron los 188 m², con rangos de superficie desde 11 a 528 m².

En relación a los otros ítems, ver Gráfico N° A.7.1, **las condiciones de acceso** para los asegurados se evalúan positivamente, al estar el 100% de las sucursales estudiadas ubicadas al menos a tres cuadras a la redonda de la locomoción colectiva y el 83% de ellas tener acceso habilitado para discapacitados.

En cuanto a las **condiciones de atención**, los resultados tienen menor puntuación: el 93% de las sucursales estudiadas señala que cuenta con señalética visible desde la sala de espera; el 83% cuenta con sala de espera de tamaño suficiente²¹⁰ y sólo el 23% tiene baño exclusivo para sus asegurados.

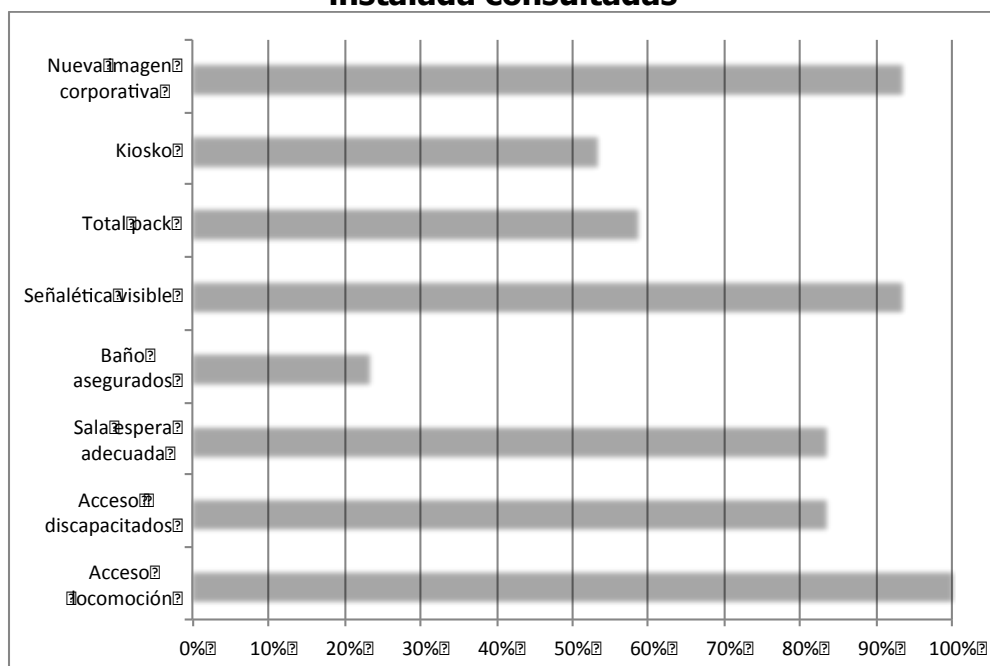
Los **elementos de apoyo a la atención** como son Total Pack y Kiosko de Atención, están presentes en las sucursales de mayor complejidad

²¹⁰ Tamaño suficiente, fue definido como aquel que permite que los asegurados estén sentados esperando su turno de atención, al menos en el 80% del horario de funcionamiento diario.

(A+, A y B), de acuerdo a lo esperable pero no en todas ellas, en efecto, ninguna de las sucursales de baja complejidad (C) señalaron contar con dichos elementos. Dos sucursales informan que no tienen nueva imagen corporativa²¹¹, contrario a lo señalado por el FONASA en Informe MEG 2011²¹².

En síntesis, en este punto el estudio revela que hay heterogeneidad en las capacidades instaladas de las sucursales que son mejores en el ámbito de acceso que en las condiciones de atención. Recomendamos implementar en el 100% de las sucursales condiciones de acceso facilitadas para discapacitados, señaléticas visibles y salas de espera adecuadas para el volumen de atención esperado, junto con la incorporación de la nueva imagen corporativa del FONASA.

Gráfico N° A7.1
Porcentaje de sucursales que cumplen las variables de capacidad instalada consultadas



Funciones Realizadas por Sucursales FONASA

El estudio también consultó las funciones que son realizadas por las sucursales y las que están externalizadas. En general, la mayoría de las funciones las ejecutan las sucursales internamente, se observa externalización de servicios en cinco de ellas: Miraflores con

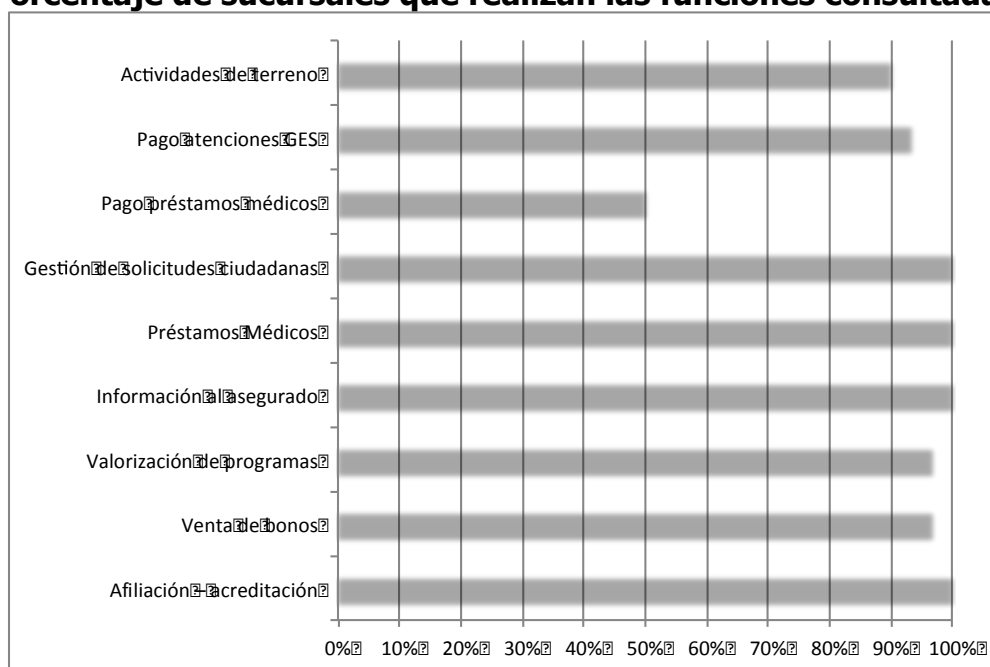
²¹¹ Una perteneciente a la DRZN (Iquique) y otra a DRZS (Victoria), aunque una de ellas, señala que sólo falta completar trabajo con pintura.

²¹² Informe MEG 2011, Ejecución de cambio de imagen corporativa en red de sucursales.

externalización de Venta de Bonos y Valorización de Programas Médicos; Iquique, Victoria y Conchalí con Pago de Préstamos Médicos y Puente Alto con Pago de Atenciones GES²¹³.

En relación a los servicios que están disponibles para los asegurados en las sucursales observadas, ver detalle en Gráfico N° A.7.2, todas las sucursales realizan Gestión de Solicitudes Ciudadanas, Préstamos Médicos, Entrega de Información, y los servicios de acreditación – afiliación. En el rango de 90 a 97% se encuentran las sucursales que ofrecen atención de Pagos GES, Valorización de Programas y Venta de Bonos. La mitad de las sucursales observadas no recibe Pago de Préstamos Médicos, lo que no guarda relación con la clasificación de complejidad de las sucursales (A+, A, B y C)²¹⁴.

Gráfico N° A.7.2
Porcentaje de sucursales que realizan las funciones consultadas



Mecanismos de Participación

En el área de mecanismos de participación, el FONASA²¹⁵ establece que los principales mecanismos de participación son: Consejos Consultivos,

²¹³ Política que recientemente ha sido revertida por FONASA al terminar convenio con empresa externa e internalizar las funciones con personal redistribuido, proveniente de ajustes de dotación y cierre de sucursales. Información entregada por Sr. Gustavo Tapia en reunión del día 5 de Junio 2013.

²¹⁴ Se entiende además que esta situación es dinámica, revisados los datos del estudio de dotación de sucursales 2012, cuatro sucursales habían cambiado su complejidad según dato entregado en la encuesta, tres con cambio de A+ a A y otra con aumento de complejidad de A a A+.

²¹⁵ Plan de Trabajo Participación Ciudadana, FONASA 2012.

Comités de Usuarios, Cuenta Pública, Diálogos Ciudadanos, Actividades FONASA en terreno, Actividades Gobierno en Terreno, Transparencia Activa (Ley 20.285). Analizando el resultado de las actividades de terreno, respondidas en las encuestas, se observan con mayor frecuencia las charlas, participación en Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, capacitación a prestadores públicos y privados, capacitación IPS y recepción de solicitudes ciudadanas. Estos resultados demuestran que las sucursales tienen un rol importante en los mecanismos de participación referidos.

Material Informativo

Al consultar sobre el material informativo disponible el año pasado para entregar a los usuarios²¹⁶, las respuestas fueron muy heterogéneas tanto en el número de piezas disponibles como en el descriptor del material, por lo que una vez revisadas la totalidad de las fichas se reclasificó el material por cercanía de referencia, asumiendo que correspondía a los documentos señalados con detalle por otras sucursales. Se excluyeron cuatro piezas que fueron citadas de manera vaga solo por una de las sucursales de la muestra.

En consecuencia, las señaladas con mayor frecuencia fueron:

- Volante “ FONASA está más cerca”
- Manual Informativo AUGE 69 Problemas de Salud
- Folleto “Bienvenido a FONASA, su seguro de salud”
- Folleto “Contar con toda la información de la protección financiera del AUGE, es un compromiso que FONASA tiene con su salud”
- Volante “Compra de bonos Pensión Básica Solidaria”
- Folleto “Con el bono AUGE de FONASA terminó su espera”
- Díptico “Trabajador por Temporadas, tú también tienes derecho a salud”
- Folleto “ Exigiendo mis derechos del AUGE en FONASA, nuestra salud avanza”
- Folleto: “En FONASA tenemos derecho a realizarnos los exámenes preventivos del AUGE”
- Volante “Por fin terminaron las históricas listas de espera AUGE”
- Consentimiento Informado PAD Parto
- Volante “Tu tiempo nos importa ahora compra tus bonos en Chile Atiende IPS”

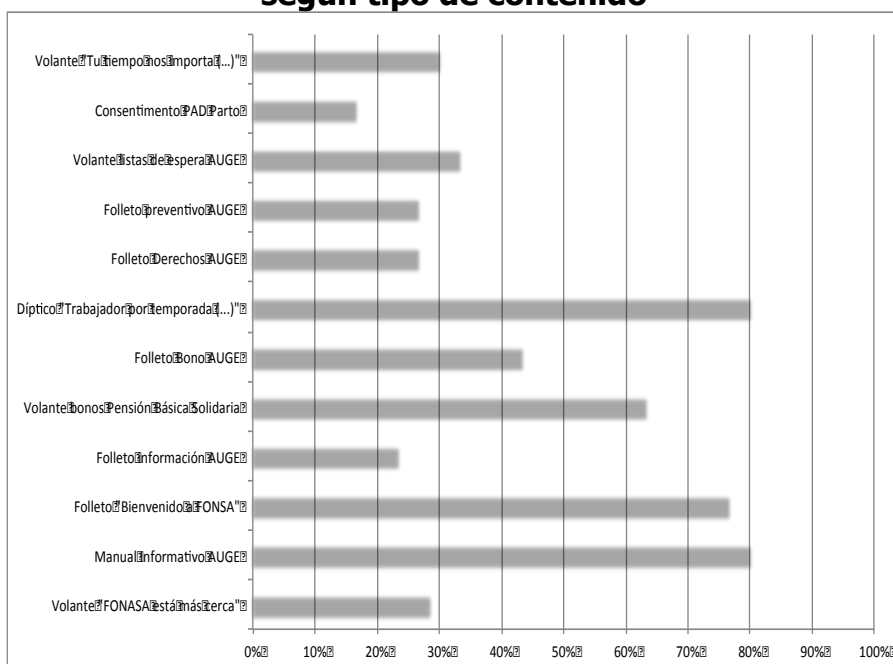
En el Gráfico N° A.7.3 se muestran los resultados observados, ninguna pieza informativa fue citada por la totalidad de las sucursales muestreadas; las que alcanzaron mayor porcentaje de disponibilidad

²¹⁶ Se solicitó textualmente “Por favor listar con título de pieza informativa, ej. Folleto Informativo AUGE”.

fueron Manual Informativo AUGE, Trabajador por Temporadas, Tú también tienes derecho a salud y Bienvenido al FONASA con cifras cercanas e iguales a un 80%. Los otros elementos informativos mencionados están disponibles en un rango que va desde un 17% de las sucursales estudiadas (información PAD Parto) hasta un 63% (Venta Bono pensión Básica Solidaria). El resto del material está presente en menos del 10% de las sucursales.

Se considera este hallazgo un elemento crítico para llevar adelante la política de fortalecimiento de la atención al asegurado y la provisión del PE homónimo. Esto es muy relevante, considerando la asimetría de información de la población en los ámbitos de salud y los cambios que ha experimentado el Plan de Salud en sus beneficios, lo que hacen necesarias campañas comunicaciones para su difusión.²¹⁷

GRÁFICO N° A.7.3
Porcentaje de sucursales que distribuyeron material informativo, según tipo de contenido



Finalizando el estudio de las sucursales, se analizó la relación existente entre el tiempo de atención promedio de los asegurados con la dotación de personal y el volumen de atención²¹⁸, los hallazgos se presentan en Gráfico N° A.7.4. Cada burbuja del gráfico representa una sucursal²¹⁹, el tamaño de las burbujas es proporcional al tiempo medio de atención

²¹⁷ Principalmente focalizados en AUGE y apertura a nuevos grupos a la atención MLE

²¹⁸ Consultado como el número promedio de asegurados que ha atendido diariamente la sucursal en los últimos tres meses.

²¹⁹ Se graficaron solo 26 sucursales, que eran las que contaban con las tres variables requeridas para el análisis.

(rango entre 3 y 18 minutos). Lo esperable sería una correlación directamente proporcional entre volumen de atención y dotación de personal (rango entre 1 y 22 personas)²²⁰.

Los resultados demuestran tres niveles de volumen de atención de asegurados:

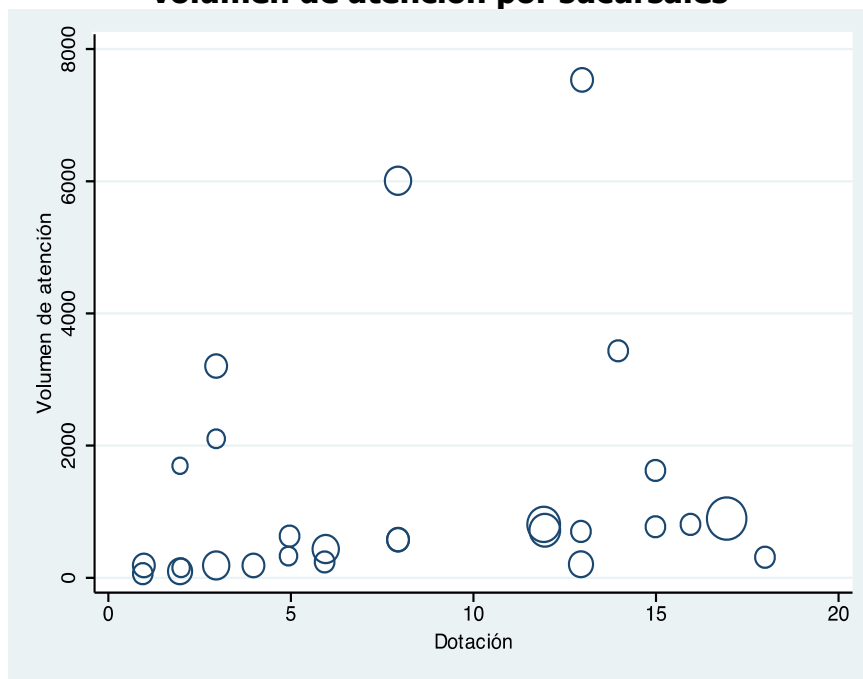
- i. menor a 2.000 asegurados, donde se concentra la mayor cantidad de sucursales y los tiempos de atención no guardan relación con la dotación de personal a pesar de ser bastante homogéneos. Las sucursales ubicadas hacia la derecha del eje X tienen procesos de atención de menor eficiencia, considerando que las funciones que ejercen son similares en todas las sucursales como se indicó anteriormente, aspecto interesante de revisión.
- ii. entre 2.0000 y 4.000, que corresponden a las sucursales de Curanilahue con 2.084 atenciones, 3 funcionarios y promedio de atención de 17,5 minutos; San Carlos con 3.000 atenciones, 3 funcionarios y promedio de atención de 3 minutos y Antofagasta-Latorre con 3394 atenciones, 14 funcionarios y 4 minutos promedio de atención. Se observan igualmente diferencias importantes de eficiencia situándose San Carlos en el polo más eficiente y Antofagasta en el de menor eficiencia.
- iii. superior a 6.0000 atenciones representada por Puente Alto con 6.000 atenciones, 8 funcionarios y 8 minutos de promedio de atención; y Chillán con 7.500 atenciones, tiene 13 funcionarios y la atención se realiza en 6 minutos promedio. Estas sucursales tienen una alta eficiencia logrando buen tiempo de atención para el gran volumen de atención que enfrentan.

Los resultados obtenidos entregan diferencias importantes en los tres niveles analizados²²¹, las que podrían estudiarse para lograr diseñar los modelos de mayor eficiencia.

²²⁰ La sucursal con dotación de 22 personas no pudo ser graficada por falta de información de las otras variables de análisis.

²²¹ Se revisan datos del estudio de dotación de sucursales realizado por FONASA el 2012, donde se aprecia el dinamismo de estas variables, en la información pesquisada hay diferencias de aumento y disminución de dotación en algunas sucursales, también de volúmenes de atención, lo que apunta a la necesidad de monitoreo y ajustes permanente según la realidad local.

GRÁFICO N° A.7.4
Tiempo de atención y su relación con dotación de personal y
volumen de atención por sucursales



Detalle información sitio web FONASA

Considerando la debilidad pesquisada en el trabajo de campo con las sucursales del FONASA respecto a la disponibilidad de material informativo²²², se analizó el contenido informativo de la página web del FONASA. La página corresponde a un sitio corporativo con información agrupada en distintas áreas: asegurados, prestadores, empleadores e información corporativa y un área importante y de buen nivel de entrega de información es la destinada a AUGE. Se realiza este análisis desde la perspectiva de necesidad de información de un asegurado.

La información es clara respecto a la red de sucursales señalando dirección de sucursales, horario de atención y ubicación. Mejoras podrían incorporar teléfono, encargado de sucursal y geolocalización.

En la búsqueda de médicos en convenio, aspecto importante para la MLE, el FONASA tiene un buscador poco amigable, se requiere el RUT del médico o el nombre, arroja un listado de puntos de atención de los profesionales, que no necesariamente corresponde a centros de salud donde actualmente esté atendiendo ese profesional, agrega información a sus asegurados de nutricionistas en convenio y tecnólogos²²³.

²²² Ver Anexo N° 12

²²³ Relacionado con las prestaciones de estos profesionales que últimamente han logrado cobertura.

El área de información AUGE-GES está bien desarrollada al contener información de los Problemas de Salud en Régimen de Garantías, las garantías de oportunidad, redes de prestadores, deducible, convenios, además de videos informativos.

En el ámbito de los servicios de apoyo administrativos, el FONASA entrega información sobre: Afiliación, Aranceles MAI y MLE, Préstamos Médicos, Licencias Médicas, Solicitud Ciudadana y Regularización de cotizaciones. FONASA no tiene servicios de orientación médica dentro de los servicios disponibles para sus asegurados, no obstante dispone de atención continua de su *call center* en otros ámbitos informativos.

En cuanto al desarrollo de la aplicación "*contacto*", FONASA tiene este ámbito bien logrado el que permite realizar preguntas, reclamos, sugerencias, denuncias, felicitaciones, reclamos, reclamos AUGE. Se señala el derecho a Intermediación gratuita de la Comisión Defensora Ciudadana, a través de www.cdc.gob.cl si no hay respuesta o persiste la inquietud.

Otro servicio disponible es la sucursal virtual, que permite acceder a certificados de afiliación y cupones de pagos de atenciones AUGE y pagos de préstamos médicos; existe opción de pagar con cargo a cuenta corriente del asegurado²²⁴, podría fortalecerse con compra de bonos, funcionalidad presente en la industria. En relación a las aplicaciones de servicios para telefonía móvil, el FONASA no tiene esta aplicación actualmente, las que están disponibles en el mercado.

De esta revisión, surgen como áreas de mejoramiento hacer más amigable la navegación en la información de prestadores para MLE, evaluar el desarrollo de aplicaciones para telefonía móvil, aumentar la oferta de servicios en la sucursal virtual y evaluar la integración con prestadores para información de orientación clínica en casos de urgencia a sus asegurados.

Un segundo canal de información investigado fue el *call center*, se ocupó la metodología de asegurado incógnito. Se observó especialización de funciones, con información adecuada de nivel general, ubicación de sucursales, horarios de atención y preguntas sobre compra de bonos. Destacó la entrega de información GES por el conocimiento del ejecutivo en cuanto a consultas de las garantías de protección financiera, oportunidad y prestaciones de un problema de salud determinado. Se sugiere mantener el nivel de servicios con capacitación ante el cambio de decreto GES.

A continuación se presenta información detallada de los aspectos pesquisados en la página web relacionados con atención de asegurados.

²²⁴ En entrevista con jefatura de la oficina de Comunicaciones y Marketing nos entregaron información sin detalle que el FONASA tenía planes de fortalecer los servicios de la sucursal virtual.

Información red de atención	Convenios Médicos	Beneficios Adicionales	AUGE / GES	Procedimientos Administrativos	Información de Salud	Contacto	Links de interés
Buscador por lugar de atención (tipo de entidad) tipo de servicio, región y comuna, despliega, dirección, teléfono, horario, mapa de ubicación.	Buscador de prestadores en convenios: médicos e instituciones por RUT, Nombre y Tipo. Prestador con bonos electrónicos. Buscador de Consultorios y Hospitales Buscador de nutricionistas y tecnólogos en convenio	Información listas de espera NO AUGE	Preguntas Frecuentes Acceso Problemas de Salud y garantías Lista de Espera AUGE AUGE en línea (nómina de garantías de oportunidad y protección financiera de Problemas de Salud activos, permite consulta / reclamo) Plazos AUGE Videos informativos en AUGE en línea: corporativo, plan de salud y medicina preventiva.	Información sobre: Afiliación Plan de Salud: Aranceles Préstamos Médicos Licencias Médicas Solicitud Ciudadana Regularización de cotizaciones	Link elige vivir sano	Formulario para realizar preguntas, reclamos, sugerencias, denuncias, felicitaciones, reclamos, reclamos AUGE. Se señala el derecho a Intermediación gratuita de la Comisión Defensora Ciudadana, a través de www.cdc.gob.cl si no hay respuesta o persiste la inquietud.	Ministerio de Salud Superintendencia de salud Chile atiende Gobierno Transparente Participe en nuestras licitaciones Solicitud de Información Ley de Transparencia Comisión Defensora Ciudadana

Redes sociales	Servicio orientación médica	Call center	Información institucional	Club de beneficios /otros beneficios	Club de beneficios /otros beneficios	Aplicaciones de servicios para telefonía móvil
www.facebook.com/fondo.nacionalde.salud twitter.com/FONASA	No tiene	600 360 3000 7 días de la semana las 24 hrs.	Información Corporativa ¿qué es FONASA? Planificación Estratégica Organigrama Historial de noticias Boletín FONASA Cuenta Pública Participativa	No tiene	Sucursal virtual: emite certificados de afiliación y cupones de pagos de atenciones AUGE. Permite pagos de préstamos médicos; existe opción de pagar con cargo a cuenta corriente.	No tiene aplicaciones

ANEXO N° 8: DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE DEPARTAMENTOS DEL FONASA

En este anexo se describirá las funciones de los departamentos del FONASA.

Departamentos de staff

Dentro de FONASA existen 4 departamentos de apoyo que dependen directamente del Director Nacional de la Institución, los cuales son: Comunicaciones y Relaciones Institucionales, Marketing, Auditoría Interna y Fiscalía.

Departamento de Comunicaciones y Relaciones Institucionales

La Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales depende del Director del FONASA y se debe coordinar con el Departamento de Marketing. Entre sus principales funciones cabe destacar las siguientes:

- Dirigir y supervisar iniciativas de comunicaciones internas permanentes.- Seleccionar, planificar y ejecutar Hitos Comunicacionales nacionales que recreen las prioridades de la agenda de trabajo institucional para la coyuntura, el año y el periodo (Art. 10° 1 Res.Ex. 3A N°1738).
- Prever escenarios y efectos comunicacionales en coyunturas que involucren a la Institución (Art. 10° 2 Res.Ex. 3A N°1738).
- Administrar y articular permanentemente, la demanda de los medios, con la Agenda Institucional (Art. 10° 3 Res.Ex. 3A N°1738).
- Orientar, supervisar y mantener los contenidos de los diversos medios de comunicación institucionales (Art. 10° 4 Res.Ex. 3A N°1738).
- Demandar y recibir de las estructuras especializadas y técnicas del FONASA, la validación de contenidos y minutas que permitan instalar la Agenda propia y/o responder a los diversos requerimientos de los medios de comunicaciones extra institucionales (Art. 10° 5 Res.Ex. 3A N°1738).
- Dirigir y supervisar iniciativas de comunicaciones internas permanentes y coyunturales, que contribuyan a fortalecer climas laborales informados, relacionados y satisfactorios Para ello deberá actuar coordinadamente con las diversas dependencias del FONASA y, especialmente, con el Área de Recursos Humanos de la Institución (Art. 10° 6 Res.Ex. 3A N°1738).
- Dirigir Y coordinar con los Encargados de Comunicación de las Direcciones Regionales del Fondo, las diversas tareas que involucran las actividades de la Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales, en el ámbito de cada Dirección Regional (Art. 10° 7 Res.Ex. 3A N°1738).
- Fomentar el sentido de pertenencia del Fondo al Sector Salud y las adecuadas relaciones con otros órganos que resulten pertinentes y necesarias (Art. 10° 8 Res.Ex. 3A N°1738).
- Actualizar permanentemente los archivos de imágenes, prensa y el conjunto del material que da cuenta de la presencia institucional en los medios de

comunicación como también de información del sector de la Salud y de la Seguridad Social en Salud (Art. 10º 9 Res.Ex. 3A Nº1738).

- Coordinar con las Direcciones Regionales, la producción en terreno de los Hitos Comunicacionales que signifiquen la participación del Director e integrantes del Comité Ejecutivo del Fondo (Art. 10º 10 Res.Ex. 3A Nº1738).

Departamento Marketing

Marketing depende directamente del Director Nacional del FONASA y sus principales funciones vienen dadas por "asesorar a la Dirección, y a los demás órganos del Fondo, en todas aquellas materias que digan relación con el diseño, desarrollo y ejecución de la política de Marketing Social así como de las orientaciones estratégicas para la gestión efectiva de los canales de contacto de la Institución que, configuren el posicionamiento institucional de FONASA" (Art. 10ºbis 1 Res.Ex. 3A Nº1738). Marketing debe buscar que todos los hitos, cambios y avances del FONASA se respalden con material gráfico para poder comunicarlo. El objetivo principal de la campaña de Marketing de este año ha sido el fin de la lista de espera AUGÉ.

El Departamento de Marketing es quien determina los requerimientos técnicos de las sucursales. Dentro del modelo de negocio actual del FONASA está el transformarse en orientadores de salud, lo que va ligado a fortalecer el módulo de Acreditación que existe en las sucursales y usar cada vez menos el de Caja, logrando que casi todos los prestadores funcionen con bono electrónico.

Los principales clientes externos del Departamento son toda la población asegurada, que es a la cual va enfocado su trabajo.

La dotación de personal de Marketing son 4 profesionales, un técnico y un administrativo, pero en el caso que se hagan campañas se contrata a alguna Agencia de Publicidad, cuando se hacen estudios se contrata alguna Empresa de Investigación de Mercado, y para temas de imagen a alguna Empresa del Convenio.

En cuanto a la evaluación de desempeño existen 2 Indicadores H, además de Indicadores Internos relacionados con la imagen del FONASA. También existen compromisos como el de género.

Dentro de los riesgos que posee el Departamento de Marketing no hay ninguno que se encuentre en el Top 20 Institucional, pero existe el riesgo de las personas que se hacen pasar por falsos indigentes. Se espera que con la implementación del Sistema Corporativo Integral se mitigue este riesgo.

Departamento Auditoría Interna

Auditoría Interna es un Departamento de staff dentro del FONASA, que depende directamente del Director Nacional de la institución y cuya principal función es "otorgar apoyo a la máxima autoridad del Servicio, mediante una estrategia preventiva, proponiendo como producto de su acción, políticas, planes, programas y medidas de control para el fortalecimiento de la gestión y para el salvaguardo de los recursos que les han sido asignados" (Art. 28º 2 Res. Ex. 1G N°3709). Para poder lograr lo anterior es que realiza procesos de programación, ejecución y seguimiento de auditorías. Dentro de las auditorías se ve principalmente procesos internos, leyes, buen uso financiero y económico de los recursos, y la probidad administrativa.

Todos los Departamentos y Subdepartamentos son clientes internos de Auditoría Interna, y en cuanto a los externos, cabe destacar la Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría y el Departamento de Auditoría del MINSAL.

Con una dotación de 5 Auditores Internos (6 para el próximo año), una Secretaria, y la Jefa de Auditoría, las cargas de trabajo son asignadas por esta última.

El Departamento funciona con un Indicador Interno MEG de cumplimiento de los compromisos por parte de los auditados que ve lo comprometido en relación a lo realizado por los auditados. Todos los hallazgos tienen un compromiso, los cuales los pone el auditado y Auditoría Interna los revisa. El foco externo es de cumplimiento de compromisos, y el interno el cumplimiento del plan.

El proceso de auditoría fue certificado por la ISO cuando era PMG. Ahora si bien los procesos son los mismos, no se exige tener la certificación ISO 9001, y existen PMG más transversales como son los de metas de seguridad de la información, el de género y el de control de gestión.

Departamento Fiscalía

Fiscalía es un Departamento de línea dentro del FONASA que depende directamente del Director de la Institución y cuyas principales funciones son las siguientes:

- Asesorar al Director en materias jurídicas relacionadas con el Fondo e informarle, a su requerimiento, de todas las materias que sean de competencia del Servicio (Art. 12º 1 Res. Ex. 3A N° 1455).
- Examinar e informar los proyectos de ley, decretos supremos y otras normas jurídicas que el Director someta a su estudio y consideración y proponer modificaciones legales y reglamentarias (Art. 12º 2 Res. Ex. 3A N° 1455).

- Preparar los informes y consultas a la Contraloría General de la República, sobre interpretación y aplicación de las disposiciones legales y reglamentarias relativas al Fondo (Art. 12º 3 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Revisar o redactar directamente, las instrucciones que se dicten en el Fondo sobre aplicación de las leyes, reglamentos, decretos y resoluciones administrativas, así como revisar e informar, a requerimiento del Director, las normas, instrucciones, resoluciones y circulares que el Fondo dicte, imparta o aplique en el ejercicio de sus facultades fiscalizadoras (Art. 12º 4 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Uniformar a nivel nacional, los criterios de interpretación y aplicación de la normativa jurídica relativas a materias del Fondo (Art. 12º 5 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Recopilar y mantener actualizadas las leyes, reglamentos y demás disposiciones relativas al Fondo (Art. 12º 6 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Mantener informadas a todas las jefaturas del Fondo, sobre las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas que sean de interés para el cumplimiento de sus funciones (Art. 12º 7 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Asesorar al Director, sobre la procedencia de instruir investigaciones sumarias o sumarios administrativos y, cuando lo solicite el Director, informar sobre la observancia de la legalidad una vez concluidos dichos procedimientos administrativos, y dando su parecer sobre las conclusiones a que se haya arribado en estos procesos (Art. 12º 8 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Analizar e informar las bases administrativas de propuestas y licitaciones, sean públicas o privadas (Art. 12º 9 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Estudiar, preparar, redactar e informar todos los antecedentes legales y títulos referentes a actos jurídicos e instrumentos legales, en que sea parte o tenga interés el Fondo (Art. 12º 10 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Asumir el patrocinio y poder del Fondo ante los Tribunales de Justicia del país, sean ordinarios o especiales, y ante las autoridades administrativas, en cualquier clase de juicios o asuntos en que sea parte o tenga interés, sin perjuicio de las atribuciones y facultades que le competen al Consejo de Defensa del Estado (Art. 12º 11 Res. Ex. 3A Nº 1455).
- Supervisar y asesorar a las Direcciones Regionales, en materias de competencia del Departamento, y dar cumplimiento a las demás tareas de carácter jurídico que le encomiende el Director del Fondo (Art. 12º 12 Res. Ex. 3A Nº 1455).

Departamentos de línea

Departamento Finanzas

“Al Departamento de Finanzas le corresponderá definir la política y administrar los procesos de intermediación financiera y de gestión de los recursos económicos y presupuestarios del Fondo. Deberá gestionar la recaudación y fiscalización de

cotizaciones, y la agregación presupuestaria del Fondo. Asimismo, le corresponderá diseñar y proponer las políticas y normas de ejecución presupuestaria, de contabilidad y de estados financieros del Fondo Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Servicios de Salud” (Art. 22º Res. Ex. 3A Nº 1455).

El Departamento de Finanzas se divide en 4 Subdepartamentos: Contabilidad y Tesorería, Fiscalización de Cotizaciones, Programación Financiera, y Recaudación y Cobranza.

Subdepartamento Contabilidad y Tesorería

Los principales objetivos del Subdepartamento son adecuarse a las Normas Contables que dice la Contraloría de la República, así como registrar todos los hechos económicos que vayan ocurriendo. Además debe “administrar el proceso de contabilidad del Nivel Central, y la consolidación de los Estados Financieros de los Servicios de Salud” (Art. 23º 10 Res. Ex. 1G Nº 3709).

El principal cliente externo del Subdepartamento es el Banco BBVA, e internamente todos los Departamentos y Subdepartamentos son sus clientes.

Dentro de Contabilidad y Tesorería existe el Área de Presupuesto en CASA e Institucional, es decir, cada uno tiene asignado un presupuesto por separado.

Para realizar sus funciones cuentan con 21 personas, dentro de las que destacan uno encargado de pagar MLE, otro encargado de la contabilización de remuneraciones, otro de revisar las facturas, entre otros. La carga de trabajo se asigna por tema.

El principal producto de Contabilidad y Tesorería es la ejecución presupuestaria, y el objetivo es no sobre-ejecutarse. Tienen un riesgo asociado a los Top 20 Institucionales que es la deficiencia en los mecanismos de control de la recaudación que realizan las sucursales, y además tienen un riesgo dentro de su propia matriz que es la falta de conciliación bancaria automatizada, que provoca lentitud y control a destiempo de la recaudación BAS MLE. En general los riesgos del Subdepartamento están asociados a pagar partidas que no corresponden o imputarlas mal.

Subdepartamento Fiscalización de Cotizaciones

El principal objetivo del Subdepartamento es reducir la evasión de los beneficiarios, para lo cual se fiscaliza que el descuento previsional esté de acuerdo con la normativa vigente, tanto para personas naturales como jurídicas.

El principal cliente interno del Subdepartamento es Recaudación y Cobranzas aunque también se relaciona con Operaciones para revisar reclamos y metas, y con Gestión de Clientes por el tema de los asegurados. Además su principal socio es el IPS pues a éste le compran sus servicios. Por el lado de los clientes externos cabe decir que están los asegurados y empleadores.

Tienen un PMG de descentralización y una meta MEG que mide la efectividad de la educación y capacitación que se da a empleadores.

Con una dotación de 17 personas, las cargas de trabajo son asignadas según el plan de fiscalización.

Los principales riesgos de Fiscalización de Cotizaciones son la disponibilidad de buenas bases de datos de manera oportuna (lo que depende mucho del IPS) y que funcionen los sistemas de información internos donde se recoge toda la información. Cabe decir que estos riesgos no se encuentran dentro del Top 20 institucional.

Subdepartamento Programación Financiera

Las principales funciones del Subdepartamento son el control financiero presupuestario, el control de gestión en redes y el control de los niveles de endeudamientos, a través de inyectar cotizaciones al fondo. Lo más importante dentro del Subdepartamento es el tema operativo, a través de informar, recolectar y enviar información. Para lograr su misión, dentro de Programación Financiera existe solo un área que es la de Presupuesto.

Para Programación Financiera sus principales clientes internos son las Unidades Administradoras de Presupuesto del FONASA, y en cuanto a los externos son los distintos Prestadores, la DIPRES, Subsecretarias, y Cajas de Compensación.

La dotación del Subdepartamento es de 22 personas asignadas a distintas tareas, y cuyo principal indicador de evaluación presupuestaria es el Programa financiero.

Subdepartamento Recaudación y Cobranzas

Los principales procesos del Subdepartamento son administrar la recaudación y cobranza de cotizaciones. El resto de fondos que maneja el FONASA se consiguen mediante aporte fiscal, recaudación directa por PREVIRED, y recaudación indirecta del IPS.

El principal cliente interno del Subdepartamento son Gestión de Clientes que con los datos de la unidad generan el tramo de acreditación, y el principal cliente externo es la Superintendencia de Salud por el tema de las solicitudes ciudadanas.

Además a Fiscalización de Cotizaciones lo proveen de información, y con Control y Calidad de Prestaciones se relacionan en cuanto a las multas que se cobran.

Dentro de Recaudación y Cobranza trabajan 14 personas las cuales todas tienen una contraparte.

Dentro de sus indicadores tienen un Indicador MEG y un Indicador H, además de uno interno de volumen de actividad, enfocado en medir la calidad.

Departamento Comercialización

Comercialización es un Departamento que depende directamente del Director Nacional de FONASA, el cual se divide por el Subdepartamento de Gestión Comercial Público y Gestión Comercial Privado.

"Al Departamento de Comercialización le corresponderá determinar y disponer de las prestaciones de salud que recibirán los beneficiarios del Fondo, conforme a sus necesidades y a las prioridades sanitarias definidas por la autoridad asegurando el acceso, disponibilidad y oportunidad de entrega de estas prestaciones a los beneficiarios que las requieran, a través de la red de prestadores públicos y privados. " (Letra d, Res. Ex. 3A N° 1738).

El principal riesgo del Departamento tiene relación con las falencias del Sistema de Información, puesto que no permite una fluidez de los procesos de la Unidad y existe gran parte que se realiza de forma manual.

El mayor cambio que ha sufrido el Departamento ha sido la incorporación de la libre elección, la compra centralizada de camas, el bono AUGE a privados y el aumento de los PPV.

Gestión Comercial Público

El Subdepartamento de Gestión Comercial Público tiene como principales objetivos gestionar la oferta pública, gestionar el pago de convenios DFL 36 (Coaniquen, Teletón, CONIN y DIRECSAN) y la carga viral.

Los principales clientes internos del Subdepartamento son: Finanzas, Estudios, Marketing y Relaciones Institucionales, y los clientes externos son los Servicios de Salud de todo el país.

La carga de trabajo es asignada de acuerdo a las contingencias, sin embargo existen grupos de trabajo establecidos por funciones o temas específicos, por ejemplo existe un equipo GES y otro Diálisis. Cabe destacar que el Subdepartamento tiene 5 funcionarios y una secretaria.

Gestión Comercial Público posee un indicador H de la gestión de convenios. Los riesgos del Subdepartamento vienen dados por los riesgos que tiene todo el Departamento de Comercialización ligados a las falencias del Sistema de Información.

Gestión Comercial Privado

El Subdepartamento de Gestión Comercial Privada tiene como principales objetivos gestionar la oferta privada, realizar la formalización de los convenios con privados, revisar la facturación de privados en convenio MAI y GES así como las atenciones asociadas a bono AUGE.

Los principales clientes internos del Subdepartamento son Estudios, Marketing y Relaciones Institucionales, y los clientes externos son los Prestadores Privados.

La carga de trabajo es asignada de acuerdo a las contingencias, sin embargo existen grupos de trabajo establecidos por funciones o temas específicos. Las cargas de trabajo son divididas entre una dotación de 15 funcionarios y una secretaria.

Gestión Comercial Privado posee 2 indicadores MEG relacionados con la disponibilidad de oferta de prestaciones de salud y con asegurar la disponibilidad de recursos mensuales para PPV.

Los principales riesgos van ligados al Sistema de Información que se utiliza en todo el Departamento el cual es muy precario.

Departamento Operaciones

"Al Departamento de Operaciones le corresponderá la coordinación, apoyo y evaluación de la gestión de las Direcciones Regionales y la administración de los recursos humanos, patrimoniales, administrativos y presupuestarios del Fondo, para una adecuada operación de las funciones del Nivel Central y Regional de la Institución."

El Departamento de Operaciones se divide en 3 Subdepartamentos: Administración, Gestión de Clientes y Gestión de Personas.

Subdepartamento Administración

Administración "es el encargado de administrar el proceso de abastecimiento del Fondo, realizar las compras del Nivel Central con arreglo a la normativa vigente" (Art. 20º 3 Res. Ex. 3A Nº 1455), "administrar los servicios generales, recursos

físicos y de infraestructura del Fondo, para su buen uso y conservación así como administrar y custodiar la correspondencia que recibe y despacha el Fondo” (Art. 20º 4 Res. Ex. 1G Nº 3709). Para cumplir con dichas funciones, Administración cuenta con 3 áreas que son Compras, Oficina de Partes y Recursos Físicos.

Dado las funciones que realiza Administración, se tiene que relacionar con todos los otros Departamentos y Subdepartamentos del FONASA, siendo éstos sus clientes internos.

Para poder medir el desempeño del Subdepartamento, los indicadores que maneja la unidad son un indicador de ejecución presupuestaria que ve que el gasto sea según lo que se ha presupuestado, un indicador de tiempo de respuesta para evaluar el Área de Compras, y un indicador para medir a Recursos Físicos que mide las mantenciones planificados en relaciones a las realizadas.

Dentro del funcionamiento del Subdepartamento el principal riesgo que posee Administración es el de las demoras en las compras, el cual en muchas ocasiones no depende del propio Subdepartamento.

Para los próximos años Administración espera contar con un manual de procedimientos de la Oficina de Partes, ya que aún no están levantados sus procesos, además de contar prontamente con un Software de Inventario.

Subdepartamento Gestión de Clientes

Las funciones del Subdepartamento están relacionadas principalmente con 5 áreas: Canales, Acreditación, Gestión de Sucursales, Solicitudes Ciudadanas, y Entidades Delegadas que también incluye el Área de Proyectos. Gestión de Clientes se relaciona principalmente con los Jefes de Sucursales, los cuales funcionan como sus principales clientes, a diferencia de los Departamentos y Subdepartamentos de FONASA que funcionan como proveedores de ellos. Además se relaciona con proveedores externos como son el MINSAL, el SII y el IPS.

El Subdepartamento funciona con 48 personas pero además existen 180 ejecutivos y 30 jefes de sucursales que dependen de ellos. El Jefe de Gestión de Clientes es quien transmite toda la información a las Direcciones Zonales en forma de lineamientos.

Mediante indicadores H, MEG y PMG se mide el desempeño del Subdepartamento, siendo el principal problema de desempeño poder bajar los tiempos de espera. Dentro de los cambios a implementar los próximos años para disminuir este problema, se está categorizando el modelo de atención a las distintas sucursales, así como las funciones y protocolos mínimos para atender partiendo por la actitud y presencia personal. También se espera tener una sola Base de Datos y no una

Base de Datos por cada tema. Además ya se empezó a implementar el Sistema Total Pack que es un gestor de turno para disminuir los tiempos de espera. Los principales riesgos de la unidad son en cuanto a las Bases de Datos, las Solicitudes Ciudadanas y la Seguridad de la Información en relación a las caídas del sistema y contingencias. Estos riesgos están incluidos dentro de los Top 20 del FONASA.

Subdepartamento Gestión de Personas

El Subdepartamento de Gestión de Personas es el encargado de gestionar el presupuesto de Recursos Humanos (ítem 21 y 22). Sus principales procesos tienen relación con la capacitación, reclutamiento y selección de personal, el seguimiento de Entidades Delegadas, y el apoyo al ciclo laboral de las personas. En la actualidad el foco del Subdepartamento es el fortalecimiento de la atención al asegurado en los canales presenciales y la fiscalización de cotizaciones y prestadores.

Los principales clientes internos de Gestión de Personas son todos los funcionarios de FONASA y las Jefaturas de las Unidades, pues son ellos quienes gestionan a su personal. En cuanto a los clientes externos destacan el Servicio Civil, la Contraloría General de la República, el Servicio de Impuestos Internos y la DIPRES.

El Subdepartamento de Gestión de Personas tiene una dotación de personal de 29 personas de los cuales 14 son profesionales.

Gestión de Personas posee Indicadores MEG de capacitación y seguridad por el nivel de accidentabilidad, e Indicadores Internos que miden la tasa de ausentismo del personal.

El Sistema de Información que ocupa la Unidad es el SIRH que es ocupado en el Sector Salud y es independiente del Sistema Corporativo Integral, sin embargo de forma indirecta se relacionan debido a que hay que abordar la gestión del cambio por medio del entrenamiento y capacitaciones.

Si bien el Subdepartamento no tiene riesgos en el Top 20 institucional, igual cuenta principalmente con 3 riesgos. El primero tiene relación con las falencias en la revisión de las referencias de los oferentes para las capacitaciones. El segundo en Reclutamiento y Selección, donde falta corroborar la documentación del reclutado. Por último en el proceso de Evaluación del Desempeño existe un riesgo que la persona no sea evaluada, por estar ausente o por otros factores externos.

Dirección Zonal Norte, Centro Norte, Centro Sur y Sur

Las Direcciones Regionales serán las encargadas de operar los procesos descentralizados, administrar los recursos y gestionar localmente las funciones de intermediación comercial, intermediación financiera y control de prestaciones, de acuerdo a las políticas definidas por el Nivel Central del Fondo (art 30 Res. Ex. 3A N° 1455).

Además las Direcciones estarán a cargo de Directores Regionales, los que dependerán jerárquicamente del Director del Fondo y serán de su exclusiva confianza. No obstante, en lo referente a la ejecución de las políticas, planes y programas que defina y establezca el Fondo, las Direcciones Zonales serán coordinadas por el Departamento de Operaciones, por cuyo intermedio se relacionarán con el Director del Fondo (art 31 Res. Ex. 3A N° 1455).

Los Directores Zonales tendrán las siguientes atribuciones y obligaciones específicas (Art. 2° Res. Ex. 2H N° 1937 06/04/2011):

- Podrán modificar la estructura de la Dirección Zonal, previa aprobación del Jefe del Departamento de Operaciones.
- Podrán trasladar personal de la respectiva Dirección Zonal, entre unidades bajo su dependencia y contratar a nuevo personal, previa autorización del Jefe del Departamento de Operaciones.
- Serán responsables de velar y supervisar la correcta implementación de los lineamientos impartidos desde los Departamentos de Fiscalía, Auditoría Interna, Operaciones, Finanzas, Control y Calidad de Prestaciones, Comercialización, Gestión de Tecnologías de la Información y Planificación Institucional; como también de las unidades de Marketing, Comunicaciones y Relaciones Institucionales.

Departamento Control y Calidad de Prestaciones

Control y Calidad de Prestaciones es un departamento de FONASA que posee los Subdepartamentos de Fiscalización de Prestaciones, y Regulación y Calidad de Prestaciones, y cuyo principal objetivo es "fiscalizar el correcto uso del financiamiento que efectúa el Fondo, de manera de asegurar que éste corresponda a las prestaciones efectivamente otorgadas a sus asegurados, por los prestadores públicos y privados, conforme al arancel establecido, y velar por el cumplimiento de las normas y garantías que dicte el Ministerio de Salud en materias de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones de salud" (Art. 25° Res. Ex. 3A N° 1455). Las funciones del centro se reparten un 70% del tiempo en fiscalizar, y un 30 % en aspectos técnicos como convenios para la libre elección y visaciones técnicas.

El primer cliente interno del Departamento es el Director Nacional de FONASA. También está Gestión de Clientes por las solicitudes ciudadanas escalables y la ley de transparencia, DECOM por visación de convenios y fiscalización diálisis, y Finanzas por pago rechazado a prestadores y multas de sanciones. Además existe una relación con Plan Institucional y Plan de Beneficios por la comisión de arancel, con Gestión Tecnologías de Información por el Sistema Corporativo Integral, y finalmente con las sucursales que si no encuentran apoyo en su Dirección Zonal, recurren a Control y Calidad de Prestaciones.

Los clientes externos del Departamento son el MINSAL, el Parlamento, la DIPRES, la Contraloría General de la República, Auditoría Interna, el CAIG, los Servicios de Salud, la SEREMI, Ministerio Público, SUSESO, Tribunales, ISAPRES, y todos los Seguros y Compañías de Seguro.

La dotación del Departamento es de 60 personas y la carga laboral se mide según producción. Un fiscalizador hace todo el proceso.

Dentro de los indicadores del Departamento hay un Indicador MEG que es visación de convenios, un Indicador H de fiscalizaciones MLE, y otro de AUGÉ que es cumplir con garantías. También tienen el PMG de descentralización.

Los riesgos de Control y Calidad de Prestaciones vienen dados por que a veces la Base de Datos de prestadores está desactualizada o por los PAE. Ambos riesgos tienden a desaparecer por la Implementación del Sistema Corporativo Integral y por el buen funcionamiento de la Comisión, respectivamente.

Subdepartamento Fiscalización de Prestaciones

El Subdepartamento de Fiscalización de Prestaciones es en encargado de diseñar y supervisar el proceso y programas de fiscalización de prestadores MLE y MAI. Además asesora a la Dirección del Fondo en materia de sanciones por infracciones a la ley vigente y a su reglamento.

En definitiva es este Subdepartamento el que vela que cada prestador público y privado entregue a los beneficiarios el servicio al cual se comprometió.

Subdepartamento Regulación y Calidad de Prestaciones

El Subdepartamento de Regulación y Calidad de Prestaciones es el encargado de definir las políticas y mecanismos de control del correcto uso del financiamiento de las prestaciones y del cumplimiento de las garantías, normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre estas materias, tanto de los prestadores como de los asegurados.

Además define los mecanismos de certificación del cumplimiento de las instrucciones y normas que dicte el Ministerio de Salud, en materia de acceso, calidad y oportunidad, y el cumplimiento de las condiciones establecidas en los convenios de la Modalidad de Libre Elección, y de otras modalidades en las cuales la autoridad lo faculte.

Por último estudia y propone normas técnico administrativas que contribuyan al correcto uso y aplicación de las prestaciones de salud del Fondo, en las Modalidades de Libre Elección y de Atención Institucional. Asimismo, define los requerimientos técnicos y administrativos en materia de convenios con prestadores.

Planificación Institucional

Al Departamento de Planificación Institucional le corresponderá asesorar a la Dirección y a los demás órganos de la institución en todas aquellas materias que digan relación con el desarrollo de los objetivos estratégicos, que aseguren el cumplimiento de la misión y visión institucional. Para ello deberá coordinar el proceso de la Planificación Estratégica del Fondo, desde la definición de Políticas, Valores y Objetivos Estratégicos, hasta la supervisión, seguimiento y evaluación de la operacionalización de los mismos. Esto requerirá de la implementación de las herramientas e instrumentos de control de gestión más adecuados a las necesidades institucionales y de la generación, sistematización y difusión de la información pertinente para el cumplimiento de su función. En su rol asesor de la Dirección, el Departamento se desempeñará en un contexto de cooperación intra e inter sectorial, y con las entidades afines a nivel internacional (Art. 29 bis Res. Ex. 1H N°3573).

El Departamento de Planificación Institucional consta de 3 Subdepartamentos: Plan de Beneficios, Control de Gestión y Procesos, y Estudios.

Subdepartamento Control de Gestión y Procesos

El Subdepartamento de Control de Gestión y Procesos es el encargado de desarrollar y gestionar el proceso de Planificación Estratégica del Fondo (Art. 29 ter 3 Res. Ex. 1H N°3573), junto con monitorear y evaluar el cumplimiento de las metas e indicadores de gestión comprometidos por la Institución (Art. 29 ter 6 Res. Ex. 1H N°3573).

También coordina el Sistema de Excelencia de la Gestión Institucional (SEGI), levantando y gestionando procesos, analizando sus riesgos e implementado la gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2000, con el objeto de obtener la mejora continua del Fondo (Art. 29 ter 5 Res. Ex. 1H N°3573), y realiza difusión y

capacitación en las materias de gestión de competencia del Departamento a los funcionarios del Fondo (Art. 29 ter 8 Res. Ex. 1H N°3573).

Por último propone, desarrolla y asesora sistemas de evaluación y control de la gestión del Fondo, además de coordinar dichas actividades con otras instituciones (MINSAL, DIPRES, SEGPRES, etc.) (Art. 29 ter 4 Res. Ex. 1H N°3573).

Subdepartamento Estudios

El Subdepartamento de Estudios es el encargado de recopilar, generar y sistematizar información y estadísticas del Fondo o de otras entidades intra o extrasectoriales, relevantes para el FONASA, requeridas por el Director o algún órgano de la institución (Art. 29 ter 10 Res. Ex. 1H N°3573).

Además desarrolla y gestiona estudios e investigaciones, desde la perspectiva de la Economía de la Salud, en el ámbito de la Protección Social en Salud (Art. 29 ter 9 Res. Ex. 1H N°3573).

Subdepartamento Plan de Beneficios

Los principales procesos del Subdepartamento son diseñar y evaluar el plan de beneficios, incorporar y valorizar prestaciones y copagos, y valorizar productos AUGE a partir de las prioridades sanitarias. Dado estos procesos, el producto que entrega el Subdepartamento es la valorización del paquete de prestaciones y la determinación de la protección financiera del beneficiario mediante el copago.

Los principales clientes internos de Plan de Beneficios son DECOM por el tema de PPV y MLE, así como Control y Calidad, Gestión de Clientes, Marketing y el Director Nacional del FONASA. En cuanto a los proveedores internos se destaca DECOM para hacer el PPV, las Direcciones Zonales y Control y Calidad. Por el lado de los clientes externos están el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, la Superintendencia de Salud, y la DIPRES, y finalmente entre los proveedores externos se encuentran técnicos y sociedades científicas.

La dotación de personal de la unidad es de 8 personas los cuales son evaluados principalmente por un indicador de respuesta a los reclamos (indicador interno cuya meta es contestar el 100% en 10 días), un Indicador H de arancel de PPV para nuevas prestaciones y así mejorar la oferta y cobertura, un Indicador PMG de tasa de crecimiento promedio de prestaciones y otro para incorporar al arancel hidrocele y cáncer ovario mayores de 15 años.

En cuanto a la matriz de riesgos, los principales riesgos de la unidad son la deficiencia en el estudio de la comisión arancel, y la elaboración del decreto AUGE.

Tecnología de Información y Procesos

Al Departamento de Tecnología de Información y Procesos le “corresponderá asesorar al Director, y a los demás órganos del Fondo, en todas aquellas materias que digan relación con el diseño y desarrollo de proyectos, que aseguren el cumplimiento de los objetivos institucionales, en materias relacionadas con la administración de las Tecnologías de Información del Fondo, tendientes a optimizar el desempeño de los procesos y el cumplimiento de las metas de gestión del Fondo” (Art. 13º 12 Res. Ex. 3A Nº 1738)

El Departamento de Tecnología de Información y Procesos consta de un Subdepartamento llamado Tecnología de Información.

Subdepartamento Tecnología e Información

Las principales funciones del Subdepartamento están dentro de 4 áreas: gestión por procesos que se dedica a la especificación y catálogo de procesos para identificar mejoras, continuidad operativa que trabaja en la gestión de niveles de servicio con proveedores, PMO que analiza la cartera de proyectos y mejoras, y por último gestión de información.

Los clientes internos de Tecnología de Información y Procesos son todos los Departamentos y Subdepartamentos de FONASA, y los externos, la Red de Salud Pública (Hospitales, Establecimientos de Atención Secundaria y APS). También tienen como cliente a algunos prestadores privados. Los convenios que realizan son principalmente con instituciones del estado como el Ministerios de Desarrollo Social o el Ministerio de Educación.

La dotación del Departamento son 20 personas permanentes.

Para medir su desempeño tienen 2 Indicadores MEG (uno de Sistema Corporativo Integral, y otro de tasa de crecimiento servicios electrónicos), un PMG de seguridad, un Indicador H, además de Indicadores Internos.

El foco actual del Departamento es pesquisar de donde obtener los datos, y ver donde hay posibilidad de mejoras, debido a que casi todas los Sistemas están externalizados

Sus principales riesgos son: en SCI que las entidades externas se acojan a los formatos definidos; en cuanto a continuidad operativa un plan de contingencia; en procesos que lo está levantado se use; y en PMO la incapacidad que la institución se ordene con la peticiones.

ANEXO N° 9: DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PROCESOS

DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN PROCESOS ESTRATÉGICOS, DE NEGOCIOS Y DE APOYO

Es de vital importancia el estudio de los procesos de producción de FONASA, pues permite analizar las actividades de negocio, estratégicas y de apoyo de la Institución, de forma transversal e integral, para el logro de la misión y de los objetivos institucionales.

En este anexo se realiza una descripción, análisis y estudio de los procesos del FONASA, lo que permite identificar y proponer oportunidades de mejora para la Institución.

La revisión de los procesos institucionales se realiza según la malla de procesos vigente a noviembre de 2012, en donde se evidencian 3 macroprocesos definidos como: procesos de Dirección Estratégica, procesos de Negocios y procesos de Apoyo. Los procesos de Negocios son divididos en Gestión de Beneficios y Gestión de Solicitudes Ciudadanas. Cabe mencionar que los procesos se encuentran levantados por subprocesos a nivel de etapa relevante; por ejemplo, el subproceso de Diseño del Marco Estratégico considera 5 etapas relevantes, tales como: Diseñar Marco Estratégico, Validación Marco Estratégico, Difusión Marco Estratégico, Gestionar la Expansión presupuestaria y Elaborar Estudios, Minutas e Información en Base a Ejes Programáticos. Asimismo, es importante aclarar que un proceso puede estar diagramado a nivel de etapa relevante, subproceso o proceso.

A continuación se detallan los procesos del FONASA de acuerdo a los respectivos macroprocesos:

Macroproceso de Dirección Estratégica

El macroproceso de Dirección Estratégica cuenta los siguientes procesos: Diseñar, Gestionar Convenios, Disponer de Programas al Asegurado, Controlar, Evaluar y Tomar Decisiones.

- El proceso Diseñar considera los siguientes subprocesos: Marco Estratégico, Presupuesto Institucional, Plan de Seguro, Servicios y Canales de atención.
- El proceso Gestionar Convenios contiene los subprocesos de Gestionar los Convenios con Prestadores MAI y Gestionar los Convenios con Prestadores, entendiéndose este último a los convenios relacionados con prestadores MLE.
- El proceso Disponer de Programas al Asegurado posee el subproceso de Gestión Portal Web Institucional y Ejecutar el programa de difusión.

- El proceso Controlar considera los subprocesos de Gestión Institucional, Gestión de Auditoría Internas y Procedimientos.
- Finalmente, el proceso de Evaluar y tomar decisiones, no posee subprocesos ni etapas relevantes, puesto que no ha sido levantado por la organización.

En conclusión, el macroproceso de Dirección Estratégica cuenta con 5 procesos, 11 subprocesos y 23 etapas relevantes.

Macroproceso Negocio 1 Gestionar Beneficios

El macroproceso Gestionar Beneficios cuenta los siguientes procesos: Acreditar, Entregar (Productos), Gestionar (Ingresos, Pagos y Presupuesto) y Fiscalizar.

- El proceso Acreditar posee el mismo nombre a nivel de subproceso y a nivel de etapa relevante se divide en: Acreditación por Titularidad de Derecho, Acreditación en Sucursales y Acreditación Batch de acuerdo a convenios con otras instituciones.
- El proceso Entregar considera el subproceso de Productos, asociándose a las siguientes etapas relevantes: Inscripción Per cápita, Valorizar Programas de Atención de Salud, Emitir Bonos de Atención de Salud, Otorgar Préstamos Médicos y Controlar la Emisión de Bonos de Atención de Salud.
- El proceso Gestionar contempla los subprocesos de Ingresos, Pagos y Presupuesto.
- El proceso Fiscalizar considera los subprocesos relacionados con las fiscalizaciones de Cotizaciones y Prestaciones, por lo que a nivel de etapa relevante se dividen en: Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Cotizaciones, Determinar y Aplicar Sanciones de Fiscalización de Cotizaciones, Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Prestaciones e Instruir Proceso Administrativo Prestador.

En resumen, el macroproceso de Gestionar Beneficios cuenta con 6 procesos, 7 subprocesos y 24 etapas relevantes.

Macroproceso Negocio 2 Gestionar Solicitudes Ciudadanas

El macroproceso Gestionar Solicitudes Ciudadanas define con el mismo nombre y considera los siguientes subprocesos: Registrar, Derivar, Elaborar y Cerrar y Analizar; en este proceso no se asocian etapas relevantes. Por lo que, el macroproceso cuenta con 1 proceso y 4 subprocesos.

Macroproceso de Apoyo

Los macroprocesos de Apoyo tienen relación con todos los procesos necesarios que sostienen los procesos de negocio. Los procesos de apoyo que intervienen son los siguientes: Abastecimiento, Gestión de Procesos, Gestión de Contratos, Gestión de Personas, Asuntos Legales, Administración, Marketing y Comunicaciones, TI, Gestión de Proyectos y Gestión de Procesos.

En síntesis, son 9 procesos de apoyo, 29 subprocesos y 65 etapas relevantes.

Por lo tanto, la Institución posee 21 procesos, 50 subprocesos y 175 etapas relevantes, de los cuales se han validado²²⁵ el 51% de las etapas relevantes (89), lo que se traduce en el 76 % de los procesos (16) y el 54% de los subprocesos (27).

CLASIFICACIÓN PROCESOS ESTRATÉGICOS, DE NEGOCIOS Y DE APOYO POR PRODUCTO ESTRATÉGICO Y CENTRO DE RESPONSABILIDAD

Del mismo modo, se identificaron los procesos críticos dentro de los procesos y subprocesos definidos por FONASA para cada producto estratégico, y de otros procesos y subprocesos que pudiesen afectar la viabilidad de la organización o el cumplimiento de sus tareas. Se entiende por proceso crítico a aquel que es vital para el funcionamiento del negocio durante un período, Bravo (2012).

En las tablas siguientes se muestra la asociación y clasificación entre subproducto y proceso – subprocesos – unidad - etapa relevante - fase.

²²⁵ La validación se realizó en base a las entrevistas en terreno.

Macroproceso Estratégico al Producto Plan de Seguro

Tabla N° A9.1
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPRO226	PROC227	SUBPRO228	UNI229	ETAPA RELEVANTE	FASE
ARANCEL MAI / ARANCEL MLE / AUGE GES	Diseñar	Plan de Seguro	PLAN230	Diseñar las Prestaciones de Salud	Diseñar Productos Sanitarios
Arancel MLE			CC231		Actualizar las Normas Técnica Administrativas Vigente (NTA) y elaborar NTA de las nuevas Prestaciones (Analizar y Proponer Optimización de Normas Vigentes; Estudiar y proponer la Norma técnica consistente para las Nuevas Prestaciones)
ARANCEL MAI / ARANCEL MLE / AUGE GES			PLAN	Diseñar la Cobertura Financiera (Determinar Financiamiento)	Análisis de Impacto Financiero de la Prestación
Arancel MLE / AUGE GES					Formulación Presupuesto GES y MLE
Arancel MLE / Arancel MAI					Generación de Arancel de Prestaciones

Macroproceso Estratégico al Producto Atención al Asegurado

Tabla N° A9.2
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNIDAD	ETAPA RELEVANTE	FASE
Plan de servicios	Diseñar	Servicios y Canales de atención al Asegurado	GC	Planificar y Diseñar Servicios y/o Canales de Atención al Asegurado	Planificar y Diseñar Servicios y/o Canales de Atención al Asegurado
				Desarrollar Orientaciones, Protocolos y Procedimientos de Apoyo)	Desarrollar Orientaciones, Protocolos y Procedimientos de Apoyo)

²²⁶ Subproducto.

²²⁷ Proceso.

²²⁸ Subproceso.

²²⁹ Unidad.

²³⁰ Plan de Beneficios.

²³¹ Control y Calidad de Prestaciones.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNIDAD	ETAPA RELEVANTE	FASE
Plan de información	Disponer Programa al asegurado	Gestión Portal Web Institucional	MK-RRII-GTI	-	-
		Ejecutar el programa de difusión.-	MK	-	-

Macroproceso Negocio 1 Gestionar Beneficios al Producto Gestión Financiera

Tabla N° A9.3
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
Presupuesto	Diseño	Ppto Institucional	PROGFN ²³²	Formular Ppto FONASA y SNSS (Sistema Nacional Servicio Salud)	Formulación Interna de Ppto año t+1
					Formular Presupuesto a DIPRES
					Defender Proyecto Presupuesto Ppto y Asignar Ppto FNS y SS
Convenios con prestadores	Gestionar Convenios	Gestionar los Convenios con Prestadores MAI (Gestionar los convenios y los productos con Prestadores en MAI)	GEST COM PUBL	Analizar Oferta Disponible.	-
				Gestionar la Compra Pública	-
		Gestionar los Convenios con Prestadores	GEST COM PRIV	Gestionar Compra Privado	-
				Formalizar Convenio con Privado	-
		Gestionar los Convenios con Prestadores	CC	Revisar, Analizar y Emitir Pronunciamiento Técnico de los Antecedentes del Prestador	-
				GEST COM PRIV	Administrar la Base de Prestadores
Recaudación	Gestionar	Ingresos	PROGFN	Administrar el Financiamiento MAI	Programar y Negociar Aporte Fiscal
			REC y COB	Recaudar Ingresos	Recaudar Copago GES
			CONT y TESO		Recaudar Copago MAI
			REC y COB	Gestionar PM	Registrar Ingreso Financiero
					registrar cobrar prestamos médicos
					recuperar prestamos médicos

²³² Programación Financiera.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
					controlar de descuentos superiores a los registrados en FONASA por pago de empleadores rebajar de cuota Desarrollar reemisión de planillas de pago devolver cuotas pagadas en exceso por prestamos médicos cobrar prestamos médicos morosos cobrar prestamos médicos a afiliados fallecidos
				Gestionar Cotizaciones de Salud	Registrar Cotizaciones Devolver Cotizaciones de Salud Pagadas en excesos Regularizar Cotizaciones Mal Enteradas en ISAPRES Regularizar Cotizaciones Mal Enteradas en FONASA Controlar de Cobranza Judicial efectuada por IPS Controlar cartera morosa de cotizaciones
				Realizar Cobranza de Multas a Empleadores por Fiscalizaciones de Cotizaciones	-
Pago por prestaciones	Gestionar	Pagos	PROGFN	Administrar el Financiamiento MAI	Gestionar y controlar las transferencias a Prestadores Públicos y Privados
				Administrar el Pago la MLE	Gestionar y Controlar la Autorización de Pago Prestadores MLE Gestionar y Apoyar a Clientes
			EST	Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral (Administrar el Financiamiento SIL)	Administración y Apoyo a LM Administración y Financiamiento de SIL CC Según Ente Pagador
				Disponer de Información de Prestaciones Médicas a Entregas a Asegurados (Privados y Públicos) en Convenio MAI y GES	Gestionar Carga de prestaciones en Sistema de información Publico
			GEST PRIV	Revisar facturación Prestadores Privados en Convenio MAI o GES	
			REC y COB-CONT y TESO	Gestionar el Financiamiento Operativo	Pagar a Proveedores, Prestadores, Asegurados, Remuneraciones y Otros
			GEST PUBL		Gestionar Pago de los Convenios DFL 36 (COANIQUEM, TELETON, CONIN, DIRECSAN) Gestionar Pago de los Exámenes de Carga Viral
			GEST PRIV		Gestionar Oferta de Prestadores y Pago de Camas derivados por la Unidad de gestión Centralizada de Camas (UGCC)

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
					Gestionar Oferta de Prestadores, derivar a Asegurado y Pagar las Atenciones Asociadas a Bono AUGE o Reclamos con Designación de Segundo Prestador
Presupuesto	Gestionar	Presupuesto	RECyCOB-CONTyTESO	Controlar el Presupuesto del FONASA	Analizar Estados Financiero Contable Consolidar Estados Financieros (Contabilidad)
			PROGFN	Gestionar y Controlar Ppto FONASA y SNS (Sistema Nacional Servicio Salud)	Analizar y controlar Financiera y Presupuestariamente al FONASA Analizar y monitorear Financiera y Presupuestariamente a los Servicios de Salud (SS)
Plan de fiscalización y control	Fiscalizar	Cotizaciones	FISC COT	Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Cotizaciones	Diseñar Plan de Fiscalización de Cotizaciones Ejecutar la fiscalización de cotizaciones Determinar resultados de la fiscalización
				Determinar y Aplicar Sanciones de Fiscalización de Cotizaciones	Gestionar Resultados de Fisc de Cotizaciones con Deuda Aplicar Multas Administrativas Notificar Resoluciones de Multas Administrativas Seguir Pago de Multas
				Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Prestaciones	Diseñar Plan de Fiscalización (MLE y MAI)
					Realizar e Iniciar la Ejecución de la Fiscalización de la MLE y MAI
					Informar Resultados de la Fiscalización MAI y MLE
		Instruir Proceso Administrativo Prestador	Cerrar la Fiscalización MAI y MLE		
			Formular y Notificar cargos en MLE		
			Analizar Descargos		
			Presentar Casos a Comisión		
			Emitir resolución de Absolución o Sanción a Prestador		
	Monitorear los Recursos de los Prestadores				

Macroproceso Negocio 1 Gestionar Beneficios al Producto Atención al Asegurado

Tabla N° A9.4
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNIDAD	ETAPA RELEVANTE	FASE
Plan de servicios	Acreditar	Acreditar	GC	Acreditación por Titularidad de Derecho	-
				Acreditación en Sucursales	-
				Acreditación Batch de acuerdo a convenios con otras instituciones	-

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNIDAD	ETAPA RELEVANTE	FASE
			PLAN	Inscripción Percápita	-
	Entregar	Productos	GC	Valorizar PAS	-
				Emitir BAS	-
				Otorgar PM	-
				Controlar la Emisión de BAS	-

Macroproceso Negocio 2 Gestionar Solicitudes Ciudadanas al Producto Atención al Asegurado

Tabla N° A9.5
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
Plan de servicios	Gestionar Solicitudes Ciudadanas	Registrar	GC	-	-
		Derivar		-	-
		Elaborar y Cerrar		-	-
		Analizar	<i>Sin unidad asignada</i>	-	-

Macroproceso de Apoyo al Producto Gestión Financiera

Tabla N° A9.6
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
Plan de fiscalización y control	Container de Procesos de Apoyo: Asuntos Legales (Gestionar Acciones Jurídicas Judiciales y Administrativas o Jurisdiccionales)	Realizar Gestiones Jurídico-Administrativas	FISC	Apoyar proceso de Licitaciones	-
				Revisar o redactar Convenios y Contratos	-
				Visar proyectos de Resoluciones o redactar Resoluciones	-
				Asesorar jurídicamente la Gestión del Contrato (Modificar, termino anticipado y aplicación de multas en contratos)	-
				Informar Jurídicamente Sumarios Administrativos e Investigaciones Sumarias	-
				Asesorar en forma Jurídica y emitir Pronunciamientos que interpretan Normas jurídicas pertinentes	-
				Difundir información jurídica pertinente	-
		Realizar	Participar en Juicios	-	

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
		Gestiones Judiciales y Administrativas-Jurisdiccionales		Participar en Procesos administrativos jurisdiccionales	-

Macroproceso de Apoyo al Producto Atención al Asegurado

Tabla N° A9.7:
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

SUBPROD	PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE	
Plan de Servicios	Container de Procesos de Apoyo: Abastecimiento	Gestionar los servicios generales y bienes de uso	ADM	Administrar los Servicios Generales	-	
		Administrar el Flujo Documental Oficial		Administrar los Inventarios de bienes muebles e inmuebles	-	
				Recepcionar y distribuir correspondencia y documentos internos	-	
		Recepcionar y distribuir correspondencia externa		-		
		Administrar Recursos Operativos		-	-	
		Administrar Sucursales	GC	-	-	
		Administrar Entidades Delegadas (EE.DD)		-	-	
		Administrar Kioscos		-	-	
		Administrar Contenido en Sucursales, Contact Center, y Kiosco		-	-	
		Administrar Contact Center		-	-	
		Administrar Facilities		GC-ADM	-	-
		Administrar Gestores de Turno		GC	-	-
		Plan de información	Container de Procesos de Apoyo: Marketing y Comunicaciones	Implementar servicios de Atención al Asegurado	GC	
Gestionar Mecanismos de Participación Ciudadana	Gestionar Instancias de participación			-		

		Gestionar la Comunicación e Identidad Organizacional	RRII -MK	Diseñar las comunicaciones y el Posicionamiento Institucional	Establecer Estrategia Comunicacional
			RRII	Implementar el plan comunicacional	Analizar Entorno Externo e Interno
			RRII -EST		Difundir Noticias en la WEB, FONASA Informa, Facebook y Twitter
			RRII		Gestionar la Presencia Institucional en los Medios de Comunicación Masiva
			MK		Supervisar y Coordinar Programa FONASA Pasa Visita
			RRII		Fortalecer la Cultura Organizacional a través de estrategias comunicacionales internas
			MK		Ejecutar Hito Comunicacional
			RRII	Evaluar la implementación de la estrategia	Desarrollar la Marca y Homogenización de Imagen Corporativa; Diseño de Soportes y Servicios
			MK		Evaluar y Monitorear Metas
			Container de Procesos de Apoyo: TI	Gestionar Base de Asegurados	GC

Por otra parte, se identificaron procesos dentro de los procesos y subprocesos definidos por el FONASA que se relacionaban con todos los producto estratégicos.

En la tabla N° A9.8 están todos los procesos que responden a todos los productos estratégicos y no a uno en particular, la información aparece a nivel de proceso – subprocesos – unidad - etapa relevante - fase.

Tabla N° A9.8
Elaboración propia en base a malla de procesos del FONASA vigente noviembre 2012.

PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
Container de Procesos de Apoyo: Gestión de Contratos	Pago de facturas (Chilepaga en 30 días)	ADM-PROGFN-REC y COB-CONT y TES	-	-
	Administrar Contratos TI	TIP	Gestión de Pagos y Multas	-
			Gestión de Contratos	-
Container de Procesos de Apoyo: Gestión de Personas	Diseñar la Dotación de Personal	GP	Planificar Presupuestariamente los Recursos Humanos (RR.HH)	-
			Determinar, actualizar y evaluar perfiles de competencia	-

PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
			Gestionar Coordinación del SirH y Extraer datos para Generación de Informes	-
	Gestionar el Ciclo de Vida Laboral del Personal		Administrar las Remuneraciones de los Funcionarios de la Institución	-
			Gestionar Capacitación de Funcionarios	-
			Reclutar y Seleccionar Personal	-
			Gestionar la información del Personal	-
			Recuperar Subsidios y Licencias Medicas	-
			Gestionar los Beneficios del Personal	-
			Evaluación del Desempeño	-
	Gestionar el Ciclo de Vida Laboral del Personal	FISC	Informar Jurídicamente Sumarios Administrativos e Investigaciones Sumarias	-
			Asesorar en forma Jurídica y emitir Pronunciamientos que interpretan Normas jurídicas pertinentes	-
			Difundir información jurídica pertinente	-
			Participar en Juicios	-
			Participar en Procesos administrativos jurisdiccionales	-
	Realizar Gestiones Judiciales y Administrativas-Jurisdiccionales	RRII	-	Analizar Entorno Externo e Interno
				Difundir Noticias en la WEB, FONASA Informa, Facebook y Twitter
			Gestionar la Presencia Institucional en los Medios de Comunicación Masiva	
		RRII-EST	Implementar el plan comunicacional	Supervisar y Coordinar Programa FONASA Pasa Visita
		RRII		Fortalecer la Cultura Organizacional a través de estrategias comunicacionales internas
				Ejecutar Hito Comunicacional
		MK		Desarrollar la Marca y Homogenización de Imagen Corporativa; Diseño de Soportes

PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
				y Servicios
		RRII		Evaluar y Monitorear Metas
		MK	Evaluar la implementación de la estrategia	Establecer y Evaluar Metas
				Desarrollar y Ejecutar Estudios de Investigación de Mercado
Container de Procesos de Apoyo: Abastecimiento	Gestionar el Inventario del Nivel Central	ADM	Gestionar el Inventario del Nivel Central	-
	Planificar Compra		Planificar Compra	-
	Gestionar Compra		Gestionar Compra	-
	Administrar Contratos		Gestionar Contratos	-
			Monitorear indicadores de gestión, Portal Mercado Público	-
			Modelar Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento	-
Container de Procesos de Apoyo: TI	Gestionar Plataforma y Sistema	TIP	Gestión Mesa de Ayuda	-
			Gestión SLA	-
			Gestión y Control de Sistemas en Producción	-
			Gestión y Control de Plataforma	Gestionar Data Center- Servidores
				Software Bases
				Gestión de Redes
				Gestionar Equipamiento Usuario
			Gestión de Servicios Institucionales	-
	Gestión de Seguridad de Sistema	-		
	Implementación de Proyectos en Plataforma Tecnológica	-		
	Gestionar Información	TIP	Gestión Solicitud de Datos (Entregar Información)	-
			Definir y Ejecutar Mejoras DWH	-
			Actualizar Arancel MLE y MAI	-
			Cargas Batch	-
			Declaración Renta	-
Ejecutar y Cumplir con requisitos de Transparencia			-	
Controlar SLA			-	
Asignación de Claves Sucursales, IPS, Hospitales, Entidades Delegadas	-			

PROC	SUBPRO	UNI	ETAPA RELEVANTE	FASE
			Asignación Clave Prestadores	-
			Asignación Claves Beneficiarios	-
			Certificación Centros Diálisis	-
Container de Procesos de Apoyo: Gestión de Procesos	Gestionar Procesos y Diseño de Soluciones	TIP	Gestión de Arquitectura y Norma	-
			Gestión Procesos Institucionales	-
			Tratar Procesos bajo Herramienta RIESGO	-
			Evaluación, factibilidad y Diseño de Soluciones TI	-
Container de Procesos de Apoyo: Gestión de Proyectos	Implementación y Calidad de Proyectos	TIP	Gestión de Implementación de Proyectos TI	-
			Gestión de Implementación Control de Cambio	-
			Gestión de la Calidad de Proyectos TI	-
	Gestionar Proyectos	TIP	PMG Gobierno Electrónico	-
			Normas de gestión de Proyectos	-
			Automatización de Procesos	-
			Administrar Proyectos (PMO)	-

Formular el Presupuesto del FONASA y el SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud)

El Diseño del Presupuesto Institucional se encuentra dentro del Proceso de Dirección Estratégica y tiene como etapa relevante formular el presupuesto del FONASA y del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El principal objetivo del Diseño del Presupuesto Institucional es obtener el Presupuesto que refleje las necesidades de la institución para así poder financiarla. Este proceso depende del Subdepartamento de Programación Financiera y cuenta con 3 fases que son: la Formulación Interna de Presupuesto año t+1, la Formulación del Presupuesto a DIPRES, y la Defensa del Proyecto Presupuesto y la Asignación del Presupuesto para el FONASA y los Servicios de Salud.

Dentro de la Formulación Interna de Presupuesto año t+1 se envían los lineamientos generales del FONASA a Instituciones Autónomas y Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, para luego definir qué proyectos de expansión priorizar, y crear una Ficha Resumen de Proyectos de Expansión Priorizados.

Al formular el Presupuesto a DIPRES se recibe un oficio del Ministerio de Hacienda solicitando la formulación del presupuesto año t+1, para luego solicitar que las Entidades Autónomas y las Unidades Administradoras de Presupuestos llenen los formularios correspondientes con su información presupuestaria. Una vez llenados los formularios, deben poder justificar las expansiones que requieren, y si existe congruencia en la justificación, se elabora y envía un documento formal a la DIPRES con la Formulación del Proyecto de Presupuesto año t+1.

Para Defender el Proyecto Presupuesto y Asignar Presupuesto al FONASA y los Servicios de Salud se elabora una Presentación para la Comisión Técnica de la DIPRES, la que puede pedir mayores antecedentes si lo estima necesario. Luego la DIPRES comunica las cifras aprobadas para el año t+1, y se apertura el presupuesto por unidad administradora de presupuesto del FONASA y para el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Gestionar ingresos

Administrar financiamiento de la MAI

Al hablar del financiamiento MAI, se puede hablar en cuanto a la gestión de ingresos, o a la gestión de pagos. En cuanto a la Gestión de Ingresos, la Administración del Financiamiento MAI se encuentra dentro del Proceso de Negocio Gestionar Beneficios.

La administración de Financiamiento MAI es llevada a cabo por el Subdepartamento de Programación Financiera y está formada por la fase Programar y Negociar el Aporte Fiscal, la cual tiene como objetivo procurar los recursos desde DIPRES que permitan el adecuado financiamiento de los gastos estimados del periodo.

La Programación y Negociación del Aporte Fiscal se hace según el Presupuesto Vigente, la Ejecución Presupuestaria Mensual, y las Solicitudes de Programación Mensual de Ingresos y Gastos realizadas a las unidades administradoras de presupuesto. Dado esto, se estiman los flujos mensuales de ingresos y gastos del FONASA, se actualiza el Programa Financiero, y dada la situación financiera existente y presupuestada, se solicita el Aporte Fiscal Mensual. La DIPRES recepciona y analiza la solicitud e informa cual será el aporte fiscal, dado lo cual FONASA ve si hay déficit presupuestario en el mes.

Cuando existe déficit presupuestario, el FONASA puede pedir un mayor aporte fiscal a la DIPRES, solicitar mayores aportes con el IPS, o conseguir suplir el déficit al gestionar y controlar las transferencias y pagos a Prestadores Públicos y Privados. Si es que no se consigue cubrir el déficit presupuestario se ajustan los gastos a los ingresos mensuales informados, y se actualiza el Programa Financiero.

De este proceso se obtiene el Programa Financiero del FONASA, así como el financiamiento de los gastos del FONASA y de las transferencias a los Servicios de Salud.

Recaudar Ingresos

Cobranza copago GES

A nivel de procesos, para poder entender cómo se recaudan los copagos GES, hay que situarse en el Proceso de Negocio Gestionar Beneficios. Dentro de la Gestión de Beneficios, se encuentra la Gestión de Ingresos que cuenta entre sus etapas relevantes con la Recaudación de Ingresos, que a su vez consta de la fase Recaudar Copago GES. Esta última fase tiene como objetivo realizar la recuperación respecto a los copagos GES adeudados.

Para poder ir monitoreando los copagos GES se utiliza un indicador que mide el porcentaje de garantías de protección financiera cumplidas a los asegurados en el año t , respecto del total de garantías de protección financiera registradas a los asegurados en el año t .

El Subdepartamento encargado de Recaudar el Copago GES es Recaudación y Cobranzas, para lo cual Monitorea las Garantías de Protección Financiera, Cobra y Recauda los Copagos GES, y Gestiona Solicitudes Ciudadanas en el Ámbito de Garantía de Protección Financiera. Toda esta información es registrada en el Sistema GGPF.

En cuanto al Monitoreo de Garantía de Protección Financiera, se revisan las bases de datos de beneficiarios y cotizaciones, junto a la normativa GES vigente y al facturador, para proceder a la creación y actualización de las cuentas GES que correspondan. Luego se debe revisar si se generan cuentas GES con copago cero o mayor, para luego facturar las cuentas GES, generando un Archivo de Facturación Copago GES.

En la Gestión de Cobranza y Recaudación Copago GES se ejecuta la facturación, para luego generar y enviar los Archivos de Cobranzas a la Empresa de Distribución de Cobranza. El titular al recibir la cuenta GES puede pagar la deuda, efectuar un reclamo, o sino la deuda puede ser condonada. Si no paga, no reclama y la deuda no es condonada, se genera un Archivo de Deudas Vencidas con Gestión de Deuda.

Por último al Gestionar Solicitudes Ciudadanas en el Ámbito de Garantía de Protección Financiera, se recibe una Solicitud Ciudadana de un asegurado afecta a Garantía, se analiza si efectivamente es de garantía, si requiere re-cálculo, si

implica devolución y si el beneficiario tiene otros folios vencidos, para luego generar y enviar una respuesta al asegurado acerca de su solicitud.

Gestionar Préstamos Médicos

Con respecto a la gestión de préstamos médicos se debe entender el Proceso de Negocio Gestionar Beneficio.

El proceso comienza en la sucursal donde un profesional atiende al asegurado y lo asesora en esta modalidad de financiamiento. Una vez que el asegurado decide tomar este préstamo médico (PM), en la sucursal se realiza el otorgamiento del préstamo médico y se registra el cobro. Luego, se debe proceder a recuperar el PM y controlar los descuentos superiores a los registrados en el FONASA por pago de empleadores, devolviendo las cuotas pagadas en exceso por PM, para luego rebajar la cuota en la cuenta por asegurado. En seguida, se realiza la cobranza de los PM morosos, ya sea si el asegurado esté vivo o fallecido mediante sus familiares.

Por otra parte, es importante destacar que por ley existe el encolamiento, por lo tanto no se puede cobrar un préstamo médico del periodo actual si el beneficiario posee un préstamo anterior, por lo cual el orden de cobranza es desde el más antiguo, afectando a los índices actuales de la gestión del ingreso por concepto de PM.

El Subdepartamento encargado de recaudar el préstamo médico es Recaudación y Cobranzas, en julio 2012 implementó en la página web una aplicación para que las partes que interactúan puedan realizar el trámite de forma online, lo que permite agilizar e integrar el proceso, fase inicial para el mejoramiento continuo.

Gestionar presupuesto

El Proceso de Gestionar el Presupuesto forma parte del Proceso de Negocio de Gestionar Beneficios y se compone de 2 etapas relevantes: Controlar el Presupuesto del FONASA, y Gestionar y Controlar Presupuesto del FONASA y Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El proceso de Gestionar el Presupuesto es llevado a cabo por el Subdepartamento de Recaudación y Cobranza, y por el de Programación Financiera.

Para Controlar el Presupuesto del FONASA, se llevan a cabo 2 fases, Analizar Estados Financieros Contables, y Consolidar Estados Financieros (Contabilidad), para así poder lograr analizar y consolidar la información relativa a los estados financieros de la institución para enviarla a instituciones externas. Explicado un poco más en profundidad, dado la normativa de la Contraloría General de la

República un analista contable del FONASA elabora las instrucciones para el Balance institucional, luego de lo cual hace un análisis financiero-contable de la información de la Institución. Luego de esto consolida los estados financieros, los emite, se firman por el Director y Jefe de Finanzas del FONASA, y son enviados a Entidades Externas e Internas.

En cuanto a Gestionar y Controlar Presupuesto del FONASA y Sistema Nacional de Servicios de Salud también se cuenta con 2 fases, una para Analizar y controlar Financiera y Presupuestariamente al FONASA, y otra para Analizar y monitorear Financiera y Presupuestariamente a los Servicios de Salud.

En esta última etapa de Gestionar y Controlar el Presupuesto del FONASA y del Sistema Nacional de Servicios de Salud dado el presupuesto vigente y las solicitudes de requerimientos de modificaciones presupuestarias, el equipo AFP hace un análisis financiero del FONASA y de los Servicios de Salud (Programa Financiero) y analiza los requerimientos solicitados. Si se requiere marco adicional desarrollan y envían una solicitud de modificación presupuestaria a DIPRES. Si no se requiere marco adicional, revisan si se reasigna presupuesto, y en caso de hacerlo se modifica internamente el presupuesto vigente. El presupuesto actualizado es comunicado a cada Servicio de Salud y al Jefe de Departamento del FONASA que corresponda. Además, el Equipo AFP, va desarrollando contantemente informes de la situación financiera-presupuestaria del FONASA y de los Servicios de Salud.

Gestionar pagos

Administrar el Financiamiento de la MAI

A nivel de procesos, para poder entender las transferencias tanto a prestadores públicos como privados MAI, hay que situarse en el Proceso de Negocio Gestionar Beneficios. Dentro de la Gestión de Beneficios, se encuentra la Gestión de Pagos que cuenta entre sus etapas relevantes con la Administración del Financiamiento MAI, el que a su vez consta de la fase Gestionar y controlar las transferencias a Prestadores Públicos y Privados. Esta última etapa tiene como objetivo ejecutar y controlar el financiamiento y pago a prestadores públicos y privados, que es en definitiva el proceso de transferencias MAI.

Las transferencias a prestadores públicos y privados MAI están a cargo del Subdepartamento de Programación Financiera. El proceso se inicia a medida que los distintos prestadores MAI realizan las solicitudes de pago para transferencias ya sea por PPI, PPV, APS, SIL o, PPV privados, Compra directa y Bono AUGE. Estas solicitudes se analizan y se cuadran con los antecedentes disponibles, para así, en caso que estén correctos, se ingresen como requerimientos presupuestarios, todo

esto considerando el presupuesto vigente. En caso de que las solicitudes no cuadren, son devueltas a los solicitantes.

De todo este proceso se obtiene un Formulario de Solicitud Conformidad de Pago Autorizado, y un Certificado de Transferencia Mensual.

Cabe decir que los Pagos MAI privados se pagan contra factura, y que las transferencias a los Servicios de Salud, tienen fechas previamente estipuladas.

Administrar el Pago MLE

A nivel de procesos, para poder entender el pago a prestadores MLE, hay que situarse en el Proceso de Negocio Gestionar Beneficios. Dentro de la Gestión de Beneficios, se encuentra la Gestión de Pagos que cuenta entre sus etapas relevantes con la Administración del Pago de MLE.

El proceso de pago de MLE está a cargo del Subdepartamento de Programación Financiera del FONASA, y su objetivo es cautelar el correcto y oportuno pago a los prestadores del FONASA en la MLE.

La Administración del Pago MLE está compuesta de 3 fases que son: autorizar periódicamente el pago, el control de procesos del pago de MLE y la Gestión de apoyo al cliente.

Para autorizar periódicamente el pago se revisa que el archivo cierre diario cuadre según la información que existe en el Sistema de Pago Prestadores, y en caso de que la validación es correcta, el Subdepartamento de Contabilidad y Tesorería realiza el pago. De este proceso se obtiene un documento formal de Autorización de Pago MLE.

En el control de Procesos de Pago de MLE se recolecta y revisa una muestra de la Empresa Procesadora de Pago, y se verifica que exista consistencia. De no ser así, se elabora una Solicitud de Multa al Administrador del contrato. De aquí se obtienen documentos formales de control.

En la gestión de apoyo al cliente se revisa la normativa vigente, buscando si existe alguna modificación, para así instruir a los Directores Zonales y a una Empresa Externa en implementación de normativa vigente y en la modificación del procedimiento de pago a prestadores. Además, se analizan las solicitudes de los Clientes Externos, así como, los requerimientos internos, para luego emitir una respuesta según corresponda.

Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral

El proceso de Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) es llevado a cabo por el Subdepartamento de Estudios, y está compuesto por 2 fases: Administración y Apoyo a Licencias Médicas, que tiene como objetivo monitorear las variables que explican el comportamiento del uso de Licencias Médicas y el SIL asociado; y, Administración y Financiamiento de SIL Caja de Compensación según Ente Pagador, que tiene como objetivo asegurar el oportuno financiamiento del SIL común de los cotizantes activos del FONASA.

La Administración y Apoyo a Licencias Médicas es un proceso que parte ya sea por un requerimiento de entidades internas y externas, por una solicitud de desbloqueo de cotizantes para licencias médicas, o por una solicitud ciudadana canalizada por call center u otra vía.

En caso del requerimiento de entidades internas o externas, un Analista Financiero SIL-LM lo analiza, luego lo analiza el Jefe de Subdepartamento y se soluciona el requerimiento o se produce la devolución del caso. Para los desbloques, el Analista Financiero SIL-LM ve si corresponde el desbloqueo y procede a mandar un correo de desbloqueo a SONDA, de lo contrario, cuando no corresponda el desbloqueo se devuelve el caso a usuario del COMPIN y se cierra el ticket. Por último para las solicitudes ciudadanas, el Analista Financiero SIL-LM la recepciona y analiza, y elabora una respuesta la cual es analizada por el Jefe de Subdepartamento, generándose la respuesta al solicitante.

En la Administración y Financiamiento de SIL Caja de Compensación según Ente Pagador el Analista Financiero SIL-LM compara el gasto SIL informado con el presupuestado, para poder realizar una solicitud de transferencia para la Subsecretaría de Salud Pública. También en el proceso se puede generar una solicitud de adelanto de transferencia en el caso que se justifique.

Dentro del proceso el Analista Financiero SIL-LM también compara el gasto SIL de las cajas de compensación y genera una solicitud de pago del déficit de la Caja de Compensación.

Por último en el proceso de la Administración y Financiamiento de SIL Caja de Compensación según Ente Pagador el Analista Financiero SIL-LM realiza una estimación del gasto anual SIL CCAF y SSP para la ley de presupuesto desarrollando una memoria de cálculo.

Disponer de Información de Prestaciones Médicas Entregas a Asegurados (Privados y Públicos) en Convenio MAI y GES

El proceso de Disponer de Información de Prestaciones Médicas Entregadas a Asegurados Privados y Públicos en Convenio MAI y GES es parte de la Gestión de Pagos, y su principal objetivo es disponer de información actualizada de las estadísticas y aranceles en la gestión de compra pública, en forma trimestral, a través de una interacción del SIGGES y el DATAMART.

Este proceso es llevado a cabo por los Subdepartamentos de Gestión Comercial Pública y de Gestión Comercial Privada, y está compuesto de 2 fases: Gestionar Carga de prestaciones en Sistema de información Público, y Revisar facturación Prestadores Privados en Convenio MAI o GES.

Para la fase de Gestionar Carga de prestaciones en Sistema de información Público un analista de Gestión Comercial Públicos carga los contratos PPV de la actividad comprometida, y las actividades PPV realizadas en el mes, según lo cual genera un Informe de Brechas entre la actividad nominal y la real.

En la Revisión de la facturación de Prestadores Privados en Convenio MAI o GES un Profesional de Gestión Comercial Privada registra y revisa las atenciones efectuadas con Prestadores Privados en Convenios MAI, así como también carga los Prestadores y Convenios Marco (Diálisis) en el Prefactorador MAI. Luego el Prefactorador MAI genera un Reporte de Facturación Mensual y el Profesional revisa todos los antecedentes físicos recibidos en relación a las condiciones de negociación y cobros efectuados, para finalmente generar la Solicitud de Pago.

Gestionar el Financiamiento Operativo

Otra etapa dentro de la Gestión de pagos es la Gestión de Financiamiento Operativo, cuyo principal objetivo es pagar en los plazos convenidos, según la normativa vigente. Para cumplir dicho objetivo existen 5 fases: Pagar a Proveedores, Prestadores, Asegurados, Remuneraciones y Otros; Gestionar Pago de los Convenios DFL 36 (COANIQUEM, TELETON, CONIN, DIRECSAN); Gestionar Pago de los Exámenes de Carga Viral; Gestionar Oferta de Prestadores y Pago de Camas derivados por la Unidad de gestión Centralizada de Camas (UGCC) y; Gestionar Oferta de Prestadores, derivar a Asegurado y Pagar las Atenciones Asociadas a Bono AUGÉ o Reclamos con Designación de Segundo Prestador.

Para Pagar a Proveedores, Prestadores, Asegurados, Remuneraciones y Otros, el analista contable analiza el tipo de pago, para que se lleve a cabo el correspondiente subproceso. Al ser remuneraciones ejecuta el Subproceso de Administración de Remuneraciones que desencadena en el pago al funcionario; al ser proveedores se ejecuta el Proceso Administrativo de los Recursos Económicos

Operacionales del NC y devolución de cotizaciones que desencadena el pago a proveedores; al ser asegurados se ejecuta el Subproceso de devolución de préstamos médicos que desencadena en el pago al asegurado; y al ser prestador ejecuta el Subproceso Pago MLE que desencadena en el pago al prestador.

Para Gestionar Pago de los Convenios DFL 36 se analizan los respaldos y facturas de los convenios correspondientes, y si está todo en orden se genera la Conformidad de Pago y se devuelven las facturas y respaldos.

Para Gestionar Pago de los Exámenes de Carga Viral el Prestador envía los antecedentes para el pago, los que son recibidos por la Oficina de Partes y luego revisados por el Subdepartamento de Gestión Comercial Públicos para poder generar el pago. Además los antecedentes son revisados por el MINSAL quien genera un Informe de Conformidad.

Al Gestionar Oferta de Prestadores y Pago de Camas derivados por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), DECOM recepciona y revisa la precuenta enviada por el Prestador Privado en relación a la nómina de pacientes derivados generada por la UGCC, y en caso de estar correcta el Prestador desarrolla y envía la factura para que el FONASA proceda con el correspondiente pago.

Para Gestionar Oferta de Prestadores, derivar a Asegurado y Pagar las Atenciones Asociadas a Bono AUGE o Reclamos con Designación de Segundo Prestador GES DECOM junta la información de los reclamos vía *web*, *call center* o sucursal, junto al reporte de bonos emitidos y analiza la información. Luego solicita los antecedentes al prestador, los analiza, ve que estén correctos, si es convenio marco o trato directo y se procede a la generación y autorización del pago bono AUGE o la designación de un segundo prestador GES.

Fiscalizar prestaciones

Dentro del Proceso de Negocios Gestionar Beneficios se encuentra la Fiscalización de Prestaciones que a su vez está compuesta por Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Prestaciones, y por Instruir Proceso Administrativo Prestador. A su vez el Diseño y Ejecución de la Fiscalización de Prestaciones cuenta con 4 fases que son: Diseñar Plan de Fiscalización (MLE y MAI); Realizar e Iniciar la Ejecución de la Fiscalización de la MLE y MAI; Informar Resultados de la Fiscalización MAI y MLE y; Cerrar la Fiscalización MAI y MLE. Por su parte Instruir Proceso Administrativo Prestador consta de 5 fases que son: Formular y Notificar cargos en MLE; Analizar Descargos; Presentar Casos a Comisión; Emitir resolución de Absolución o Sanción a Prestador y; Monitorear los Recursos de los Prestadores.

Al Diseñar Plan de Fiscalización MLE y MAI lo que se busca es estandarizar la fiscalización de prestaciones a nivel nacional para asegurar el uso correcto del seguro público de salud. Para esto, dado los estándares de selección de

prestadores, las prestaciones a fiscalizar, y los lineamientos estratégicos, se elabora por parte del Subdepartamento de Fiscalización de Prestaciones una Propuesta de Plan de Fiscalización, el cual es revisado por el Jefe del Departamento de Control y Calidad de Prestaciones, obteniendo el Plan de Fiscalización, que es enviado a los Coordinadores de Control de las Direcciones Zonales para que se desarrollen los Planes Zonales de Fiscalización. Finalmente al reunir todos los planes se obtiene el Plan Nacional de Fiscalización.

Al Realizar e Iniciar la Ejecución de la Fiscalización de la MLE y MAI; Informar Resultados de la Fiscalización MAI y MLE y; Cerrar la Fiscalización MAI y MLE, lo que se hace es analizar, definir e ingresar Prestadores MLE y MAI a fiscalizar. Luego el fiscalizador recibe esta información y prepara la fiscalización, la lleva a cabo, diseña acta de inspección e ingresa resultados de la fiscalización al sistema. Luego el fiscalizador realiza un informe el cual si no es rechazado y además no se encuentra una infracción para el prestador es almacenado e ingresado en el expediente de fiscalizaciones para luego notificar los resultados al prestador. En cambio, si existe infracción, se debe analizar si es MLE o MAI. Si es MLE se debe aprobar la propuesta del fiscalizador de formulación de cargos. Si es MAI se almacena y se crea una Nota Interna de resultado con prestaciones observadas y un ordinario con resultados para los Servicios de Salud.

Para Formular y Notificar cargos en MLE se deben revisar los antecedentes (acta, informe de fiscalización, evidencias), y ver si se está dentro de los plazos legales para formular cargos. Si no se está en el plazo se desarrolla Resolución de Prescripción. Si se está en el plazo se prepara el oficio de cargos y se ingresa en el expediente del fiscalizador. Luego el prestador es notificado personalmente o a través de una carta.

En la fase de Analizar Descargos el prestador fiscalizado puede presentar antecedentes los cuales son analizados por el Encargado de Procesos a Prestador, y en caso de no ser aceptados, estos antecedentes pasan a la fase de Presentar Cargos a la Comisión de Sanción, donde la Comisión emite una resolución de Sanción la cual es enviada al Prestador, el cual puede realizar nuevamente sus reclamos siendo absuelto o finalmente sancionado.

En Monitorear los recursos interpuestos por los Prestadores, si el Prestador fiscalizado presenta un Recurso de Reposición dentro de 5 días después de ser notificado de la sanción, el Encargado del Proceso Administrativo a Prestador recibe el recurso e informa mensualmente el estado de cumplimiento de plazos. Si los plazos no se cumplieron debe informar a prestadores con vencimiento de plazo para apelar, y luego el Jefe del Departamento de Control y Calidad de Prestaciones toma medidas de acuerdo a causal de incumplimiento. Por otro lado si el prestador presentó Recurso de Reclamación a MINSAL dentro de 15 días de ser notificado, el MINSAL resuelve, informa resultado de decisión final y el

Encargado del Proceso Administrativo a Prestador gestiona las acciones correspondientes.

ANEXO N° 10: INDICADORES DE PROCESOS Y PRODUCTO 2008-2012.

En la tabla N° A10.1 se desglosan los indicadores de procesos por producto estratégico, unidad responsable, nombre, fórmula y tipo del indicador, y su evolución desde el año 2008 al 2012, según corresponda.

Tabla N° A10.1

Matriz de indicadores de Procesos existentes desde el 2008 al 2012.

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
1-Plan de salud	Gestión Comercial Públicos	Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas según contrato en el año t.	(N° total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t, en cumplimiento a lo establecido en Contrato/N° total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas según Contrato en el año t)*100	T01-H	102%	97,51%	99,10%	110%	99,3%
	MARKETING	Continuidad de Campaña Informativa AUGE.	(N° de actividades de diseño e implementación del Plan Global de medios AUGE ejecutadas) / (N° de actividades planificadas en el plan Global de medios AUGE)	T06-SEGP RES	N.E.	100%	100%	N.E.	N.E.
	AUDITORIA INTERNA	Porcentaje de recomendaciones indicadas por el Departamento de Auditoría Interna, aceptadas e implementadas por las áreas auditadas en año t-1	(N° total de recomendaciones implementadas por las áreas auditadas en año t / N° total de recomendaciones aceptadas por las áreas auditadas en año t-1)*100	T07-MEG	N.E.	N.E.	N.E.	92,9%	91,2%

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
	COMUNICACIONES Y RELACIONES INSTITUCIONALES	Tasa de variación de las apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación en año t	$(N^{\circ} \text{ apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación, en año t}) / (N^{\circ} \text{ apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación, en año t-1}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	117,8%
	CONTROL DE GESTIÓN	Porcentaje de recomendaciones implementadas por CR producto del monitoreo de la planificación institucional	$(N^{\circ} \text{ de recomendaciones implementadas por CR producto del monitoreo año t} / N^{\circ} \text{ total de recomendaciones sugeridas por Control de Gestión en año t}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	100%
	FISCALIA	Porcentaje de respuesta a solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas, en 5 días hábiles, año t.	$(N^{\circ} \text{ de respuestas a solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas en 5 días hábiles, año t} / N^{\circ} \text{ total de solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas, en 5 días hábiles, año t}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	97,2%
	GESTIÓN DE PERSONAS	Tasa de Accidentabilidad año t	$(\text{Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el período} / \text{Promedio Mensual de Funcionarios(as) en el período}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	2,1%

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
	GESTIÓN DE PERSONAS	Porcentaje de funcionarios capacitados y encuestados que declaran estar satisfechos con las actividades de capacitación otorgadas en año t	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios capacitados y encuestados que declaran estar satisfechos con las actividades de capacitación otorgadas en año t} / \text{Total de funcionarios capacitados y encuestados, en año t}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	95,7%
	PLAN DE BENEFICIOS	Porcentaje de prestaciones analizadas por estudio de Grupos y/o Subgrupos del arancel en un contexto de reestructuración /modernización	$(\text{N}^\circ \text{ de Prestaciones analizadas de Grupos o Subgrupos del arancel estudiados, según grupos o subgrupos priorizados en año t} / \text{N}^\circ \text{ de Prestaciones de Grupos o Subgrupos del arancel planificados para su estudio, según grupos o subgrupos priorizados en año t}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	100%
	ESTUDIOS	Variación porcentual del gasto real en licencias médicas pagadas por CCAF en relación al gasto estimado en licencias médicas para las CCAF, según modelo de estimación y validación durante el año t	$(\text{Total Gasto real pagado a CCAF por Licencias Médicas en el año t} / \text{Gasto estimado en licencias Médicas a pagar a CCAF en el año t} - 1) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	0,27%
	FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES	Porcentaje de empresas capacitadas en programa de evasión año t-1, que no presentan evasión año t	$(\text{Número de empresas capacitadas en año t-1, que no presentan evasión en año t} / \text{Número de empresas capacitadas en programa evasión en año t-1}) * 100$		N.E	N.E	N.E	N.E	92,3%

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
	INTERMEDIACIÓN DE COMPRA	Porcentaje de casos GES con garantía de oportunidad incumplida resueltos en los que interviene FONASA para la designación del segundo prestador.	(Nº de casos GES con garantía de oportunidad incumplida conocidos por FONASA resueltos por compra en los que interviene FONASA para la designación del segundo prestador/ Nº de casos GES con garantía de oportunidad incumplida conocidas por FONASA) *100		N.E	N.E	100%	N.E	N.E
	ESTUDIOS	Porcentaje de cumplimiento del programa de investigación anual del Subdepartamento de Estudios.	(Número de proyectos de investigación realizados/ Número de proyectos de investigación programados)*100		100%	100%	100%	N.E	N.E
	ESTUDIOS	Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Actividades (PAA), del Subdepartamento de Estudios.	(Número de actividades PAA realizados por el Subdepto. de Estudios/ Número de actividades PAA programados por el Subdepartamento de Estudio)*100		N.E	N.E	100%	N.E	N.E
	MARKETING	Cumplimiento del 100% de las campañas de difusión planificadas para el año	(Nº de campañas de difusión realizadas) / (Nº de campañas de difusión planificadas)		N.E.	100%	100%	N.E.	N.E.
	TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN	Porcentaje de crecimiento en automatización de Servicios Electrónicos	((Nº de Transacciones electrónicas año t/ Nº Transacciones Electrónicas t-1)-1)*100	T08-INTE RNO	N.E	N.E	N.E	30,9%	21,9%
	CONTROL DE GESTIÓN	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de seguimiento para los indicadores H del año t	(Nº de acciones implementadas del Plan de seguimiento para los indicadores H año t/ Nº de acciones comprometidas en		N.E	N.E	N.E	100%	N.E

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
			Plan de seguimiento para los indicadores H año t)*100						
	MARKETING	Porcentaje de sucursales operando con la nueva imagen corporativa.	(Nº de sucursales operando con la nueva imagen corporativa / Nº total de sucursales definidas en Plan de Implementación)*100		N.E	N.E	N.E.	100%	100%
2-Gestión financiera	FISCALIZACIÓN DE PRESTACIONES	Porcentaje de prestadores visados para Bono Electrónico en año t	(Nº de solicitudes visadas para convenio Bono Electrónico en año t / Nº de solicitudes presentadas para visación de convenio Bono Electrónico en año t)*100		N.E	N.E	N.E	N.E	94,2%
	PROGRAMACIÓN FINANCIERA	Asegurar la disponibilidad de recursos mensuales para el programa de Prestaciones Valoradas (PPV) realizada por Servicio de Salud	(Transferencias realizadas PPV a Servicios de Salud en el mes n año t/ Transferencias solicitadas de PPV a Servicios de Salud para el mes n año t)*100	T07-MEG	N.E.	N.E	N.E.	N.E.	100%
	GESTIÓN DE CLIENTES	Porcentaje de bonos Electrónicos emitidos en año t	(Nº de Bonos electrónicos emitidos en año t / Nº total de Bonos emitidos en año t)*100		N.E	N.E	N.E	53,6%	57,1%
	TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN	Porcentaje de Cumplimiento de Plan de Trabajo requisito Norma de Seguridad de la información	(Número de actividades plan de trabajo cumplidas/Número total de actividades del plan de trabajo)		N.E	N.E	N.E	110%	96,4%

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
	TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN	Porcentaje de Cumplimiento de funcionalidades entregadas para certificar según plan	(Número de funcionalidades entregadas para certificar / Número de funcionalidades comprometidas para certificar según plan)*100		N.E	N.E	N.E	N.E	92,0%
	ADMINISTRACIÓN	Días promedio de duración del ciclo de compras	(Total de días del ciclo de compras para CM y Licitaciones / Total de procesos de CM y licitaciones)		N.E	N.E	N.E	6,99	N.E
	GESTIÓN DE PERSONAS	Porcentaje de abordaje de brechas de competencias, derivadas de la evaluación de competencias del año anterior, con presupuesto asignado	(Brechas de competencias abordadas en año t / brechas de competencias detectadas año t-1, con presupuesto asignado)*100		N.E	N.E	N.E	80%	N.E
	PROGRAMACIÓN FINANCIERA	Porcentaje de Informes de Transferencias remitidos mensualmente a los Servicios de Salud y CRS.	(Nº de informes enviados a las Unidades Administradoras de Presupuesto en junio y diciembre / Total de Unidades Administradoras de Presupuestos multiplicado por el número de hitos transcurridos a la fecha) * 100		N.E.	N.E	100%	N.E.	N.E.
	ADMINISTRACIÓN	Porcentaje de cumplimiento de planificación de compras	Total OC Planificadas/Total de Oc Emitidas	T08-INTE RNO	N.E	N.E	N.E	N.E	41,8%
3-Atención al asegurado	ADMINISTRACIÓN	Porcentaje de cumplimiento de planificación, mantenciones preventivas del FNS	Total de actividades realizadas / Total actividades planificadas	T08-INTE RNO	N.E	N.E	N.E	N.E	N.E

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
	ADMINISTRACIÓN	Porcentaje de Ejecución según planificación presupuestaria (análisis trimestral)	Devengado real mes T/ Devengado proyectado Mes T		N.E	N.E	N.E	N.E	91,2%
	AUDITORIA INTERNA	Porcentaje de cumplimiento del plan anual de auditoría interna en el período	(N° de auditorías realizadas y planificadas en período t / N° de auditorías planificadas y realizadas en período t)*100		N.E.	N.E.	100%	S/D	95,5%
	COMUNICACIONES Y RELACIONES INSTITUCIONALES	Promedio de visitas a la sección de noticias de la Intranet por número de usuarios con acceso a la plataforma	Número de visitas a la sección de noticias de intranet/ número de usuarios con acceso a la intranet.		N.E	N.E	N.E	N.E	5,7
	COMUNICACIONES Y RELACIONES INSTITUCIONALES	Número de publicaciones de FONASA informas	Número de publicaciones de FONASA informas realizadas en el año t/ Número de publicaciones de FONASA informas comprometidas en el año t		N.E	N.E	N.E	150%	N.E
	CONTROL DE GESTIÓN	Porcentaje de satisfacción del Centro de Responsabilidad , respecto del servicio entregado por el Subdpto. Control de Gestión	Nº Centros de Responsabilidad (Jefes y contraparte técnica) que se sienten satisfechos con el servicio entregado por el Subdpto control de Gestión, en el año t		N.E	N.E	N.E	N.E	71,4%
	GESTIÓN DE PERSONAS	Recuperación de subsidios por incapacidad laboral año t	(Montos recuperados de subsidios por incapacidad laboral año t / Montos totales a recibir de		N.E	N.E	N.E	N.E	97,4%

Producto Estratégico	Unidad Responsable	Descripción Indicador	Formula	Tipo Ind	2008	2009	2010	2011	2012
			subsídios por incapacidad laboral año t)*100						
	GESTIÓN DE PERSONAS	Porcentaje de completitud de campos en SIRH respecto de la dotación efectiva año t	(Nº de funcionarios con datos completos en SIRH en año t / dotación efectiva año t)*100		N.E	N.E	N.E	N.E	100%
	PLAN DE BENEFICIOS	Porcentaje de solicitudes ciudadanas que corresponden al Subdpto. Plan de Beneficios, respondidas en 10 días	(Número de Solicitudes Ciudadanas que corresponden al Subdepartamento Plan de Beneficios respondidas en 10 días/ Número total Solicitudes Ciudadanas que corresponden al Subdepartamento Plan de Beneficios)*100		N.E	N.E	N.E	N.E	100%
	ESTUDIOS	Número de días para el pronunciamiento de Licencias Médicas Electrónicas en FONASA	Nº de días promedio desde la recepción en el Sistema de LM Electrónica en FONASA hasta su pronunciamiento, en el año t		N.E	N.E	N.E	N.E	N.E
	COMUNICACIONES Y RELACIONES INSTITUCIONALES	Porcentaje de publicaciones externas planificadas y realizadas	(Nº de publicaciones externas realizadas/Nº de publicaciones externas planificadas		100%	70%	124,6%	N.E	N.E

Fuente: Planillas maestras de indicadores de gestión para cada año, Control de Gestión, FONASA.

Tabla A10.2
Matriz resumen de análisis de indicadores existentes en FONASA.

Nombre Indicador	Pertinencia	Evolución	Validez	Cumplimiento
Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas según contrato en el año t.	Si	No	Si	Si
Continuidad de Campaña Informativa AUGE.	Si	No	No	Si
Porcentaje de recomendaciones indicadas por el Departamento de Auditoría Interna, aceptadas e implementadas por las áreas auditadas en año t-1	Si	No	No	Si
Tasa de variación de las apariciones del Director de FONASA en medios de comunicación en año t	No	No	No	Si
Porcentaje de recomendaciones implementadas por CR producto del monitoreo de la planificación institucional	Si	No	No	Si
Porcentaje de respuesta a solicitudes de análisis jurídicos y visación, ambos referidos a Bases Administrativas, en 5 días hábiles, año t.	Si	No	No	Si
Tasa de Accidentabilidad año t	Si	Si	No	Si
Porcentaje de funcionarios capacitados y encuestados que declaran estar satisfechos con las actividades de capacitación otorgadas en año t	Si	Si	No	Si
Porcentaje de prestaciones analizadas por estudio de Grupos y/o Subgrupos del arancel en un contexto de reestructuración/modernización	Si	No	No	Si
Variación porcentual del gasto real en licencias médicas pagadas por CCAF en relación al gasto estimado en licencias médicas para las CCAF, según modelo de estimación y validación durante el año t	Si	Si	No	Si
Porcentaje de empresas capacitadas en programa de evasión año t-1, que no presentan evasión año t	Si	No	No	Si
Porcentaje de casos GES con garantía de oportunidad incumplida resueltos en los que interviene FONASA para la designación del segundo prestador.	Si	No	No	Si
Porcentaje de cumplimiento del programa de investigación anual del Subdepartamento de Estudios.	Si	No	No	Si
Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Actividades (PAA), del Subdepartamento de Estudios.	Si	No	No	Si
Cumplimiento del 100% de las campañas de difusión planificadas para el año	Si	No	No	Si
Porcentaje de crecimiento en automatización de Servicios Electrónicos	Si	Si	No	No
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de seguimiento para los indicadores H del año t	Si	No	No	Si
Porcentaje de sucursales operando con la nueva imagen corporativa.	Si	No	No	Si
Porcentaje de prestadores visados para Bono Electrónico en año t	Si	Si	No	Si
Asegurar la disponibilidad de recursos mensuales para el programa de Prestaciones Valoradas (PPV) realizada por Servicio de Salud	Si	No	No	Si
Porcentaje de bonos Electrónicos emitidos en año t	Si	Si	No	Si
Porcentaje de Cumplimiento de Plan de Trabajo requisito Norma de Seguridad de la información	Si	No	No	Si
Porcentaje de Cumplimiento de funcionalidades entregadas para certificar según plan	Si	No	No	Si
Días promedio de duración del ciclo de compras	Si	Si	No	Si
Porcentaje de abordaje de brechas de competencias, derivadas de la evaluación de competencias del año anterior, con presupuesto asignado	Si	Si	No	Si
Porcentaje de Informes de Transferencias remitidos mensualmente a los Servicios de Salud y CRS.	Si	No	No	Si
Porcentaje de cumplimiento de planificación de compras	Si	Si	No	Si
Porcentaje de cumplimiento de planificación, mantenciones preventivas del FNS	Si	Si	No	Si

Nombre Indicador	Pertinencia	Evolución	Validez	Cumplimiento
Porcentaje de Ejecución según planificación presupuestaria (análisis trimestral)	Si	Si	No	Si
Porcentaje de cumplimiento del plan anual de auditoría interna en el período	Si	No	No	Si
Promedio de visitas a la sección de noticias de la Intranet por número de usuarios con acceso a la plataforma	Si	No	No	Si
Número de publicaciones de FONASA informa	Si	No	No	Si
Porcentaje de satisfacción del Centro de Responsabilidad, respecto del servicio entregado por el Subdpto. Control de Gestión	Si	Si	No	Si
Recuperación de subsidios por incapacidad laboral año t	Si	Si	No	Si
Porcentaje de completitud de campos en SIRH respecto de la dotación efectiva año t	Si	Si	No	Si
Porcentaje de solicitudes ciudadanas que corresponden al Subdpto. Plan de Beneficios, respondidas en 10 días	Si	No	No	Si
Porcentaje de publicaciones externas planificadas y realizadas	Si	No	No	Si

ANEXO N° 11: ANÁLISIS ORGANIZACIONAL DEL FONASA

Cambios en la organización del FONASA, seguimiento de resoluciones de cambios organizacionales

La Ley N° 18.570, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado del Ministerio del Interior (1986) establece en su artículo 28 que será el Jefe de la entidad (servicio) a quién le corresponderá dirigir, organizar y administrar la institución, controlarla y velar por el cumplimiento de sus objetivos; responder de su gestión, y desempeñar las demás funciones que la ley les asignen. En los artículos 25 al 35 se mencionan las características orgánicas que las instituciones pueden adoptar.

En consecuencia, el Director del FONASA tomando como referencia, además, el Decreto Ley 2763 de 1979, y el DFL N° 1 de 2005 tiene atribuciones y facultades para definir y re-estructurar la orgánica de la institución, las que están exentas de toma de razón de Contraloría General de la República como lo establece la Resolución N° 520 de 1996 de ese organismo contralor.

Bajo este marco legal y normativo, se observa que FONASA ha modificado su estructura y funcionalidad a través del tiempo, con el objetivo de adaptarse a los cambios de política del Estado, del sector y de los propios desafíos organizacionales que ha enfrentado en sus reformulaciones estratégicas. Con el objetivo de conocer los principales cambios orgánicos y funcionales que ha implementado la institución, se hizo una revisión documentada de las resoluciones exentas de la institución comprendidas entre los años 2002 y 2011.

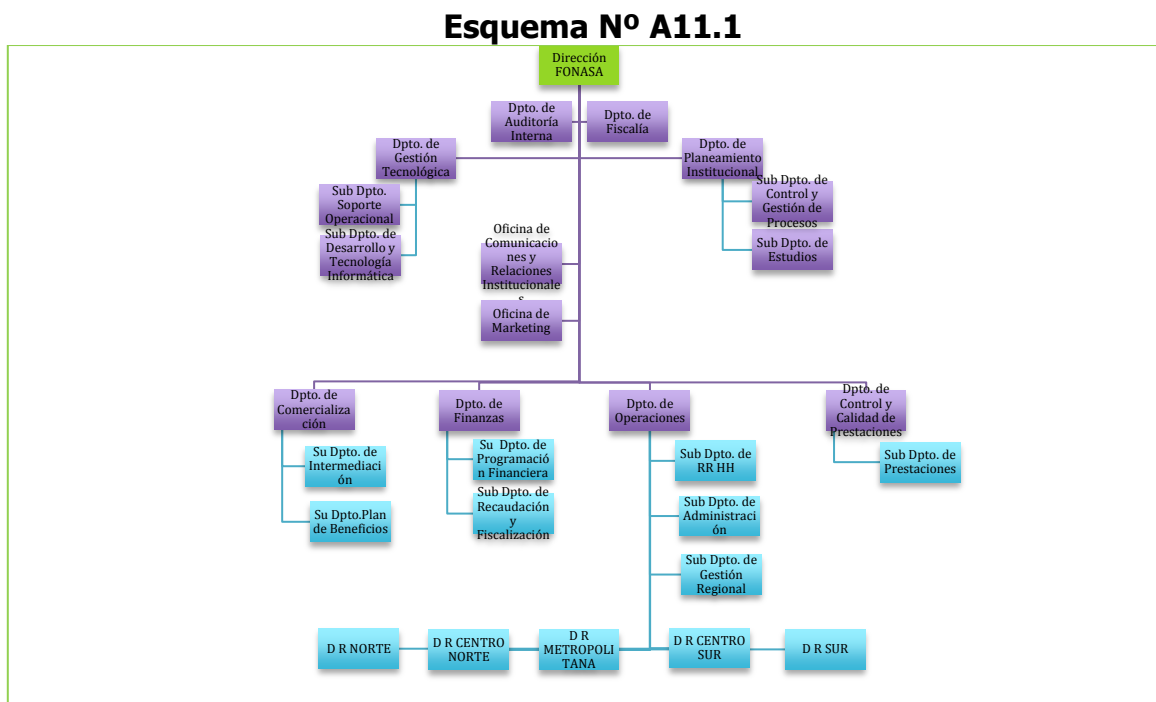
La revisión se inicia el año 2002, período anterior al foco de análisis global de este estudio. Al constatarse que ese año es el último que registra la definición completa de la estructura y funciones del FONASA, se podría señalar que esta es la "*resolución madre*" que ha dado la base para todas las resoluciones posteriores que comprenden modificaciones parciales.

Desde la "*resolución madre*" 2002 y hasta el 2008 se tiene conocimiento de 5 cambios orgánicos, que se describen a continuación, de los cuales se pudo tener acceso a dos resoluciones, de los años 2006 y 2008, las otras referidas fueron realizadas en los años 2002, 2003 y 2008. Tomando en cuenta esta cronología, se podría señalar que el 2002 fue un año de re-estructuración global, seguido de nuevos cambios el 2006, que afectan a tres departamentos y el 2008 al departamento de planeación estratégica.

Para tener una visualización de la estructura orgánica del FONASA al inicio del estudio, se presenta el organigrama vigente en el año 2008.

Organigrama 2008

En esquema N° A11.1 se presenta el Organigrama del año 2008 del FONASA.



Fuente: BGI FONASA 2008.

A partir de diciembre del 2010 y concordante con la nueva administración que asume la institución, se observa un conjunto de cambios en la organización y funcionalidad, los que se formalizaron desde esa fecha hasta junio del año 2011, mediante 7 resoluciones que han definido cambios estructurales por departamentos. Como

Seguimiento a Resoluciones que dan Origen a Cambios Organizacionales en el FONASA

A continuación se presenta la nómina de las resoluciones exentas del FONASA revisadas, señalando el contenido principal de las modificaciones que comprenden. Se consignan las resoluciones que no tuvimos a la vista al cierre del presente informe, y que son referidas en otras posteriores.

a) Período 2002-2010

29 de Mayo 2002, Resolución Exenta N° 1455

Materia: Aprueba Reglamento Orgánico del FONASA, que regulará estructura y organización

Contenido resumen: el FONASA se organiza con 8 departamentos: Fiscalía, Gestión de Tecnologías de la Información; Comercialización, Operaciones; Finanzas, Control y Calidad de Prestaciones; Auditoría Interna, Planeamiento Institucional y dos oficinas asesoras: Comunicaciones y Relaciones Institucionales y Oficina de Marketing. Se define la dependencia del Director y la consideración de línea a los Departamentos de Comercialización, Operaciones, Finanzas y Control y Calidad de prestaciones, los otros Departamentos se consideran "Unidades de Apoyo".

Se constituye el área de Comunicaciones del FONASA integrada por Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales y la Oficina de Marketing. Se describe para cada Departamento sus funciones y las estructuras de dependencia, sin el detalle de las funciones para éstas.

Se describen de manera genérica las funciones y dependencia Direcciones Regionales. No menciona cuáles son.

2002, Resolución Exenta: N° 3709, no disponible.

2003, Resolución Exenta N° 1814, no disponible

13 de Junio 2006, Resolución Exenta N° 1738, Modifica Resolución 1455

Contenido Resumen: Departamento de Gestión Estratégica (TI): reasigna funciones en dos dependencias, a lo menos, complementarias.

Área de comunicaciones: elimina párrafo "mantener las relaciones del Fondo con los medios de comunicación social y la opinión pública, como también con los demás organismos, instituciones y empresas, sean públicos o privados, de interés para la institución".

Departamento de Finanzas: asume función de definir y supervisar procesos de pago a prestadores públicos y privados de la MLE traspasada desde Departamento de Comercialización. Se responsabiliza al mismo departamento del proceso y autorización de pago de MLE y MAI."

15 de Octubre de 2008, Resolución Exenta: N° 3573, Modifica Resolución 1455 y Resolución 1738

Contenido Resumen: Departamento de Planeación Institucional: Fortalecimiento de las funciones estratégicas, ahora es encargado de asesorar a la Dirección en el desarrollo de los objetivos estratégicos que aseguren el cumplimiento la visión y misión del FONASA. Se agregan coordinaciones en aspecto de control con el

Minsal, DIPRES, SEGPRES y el Sistema de Excelencia Gestión Institucional. Evaluar. Contribuir a la Cuenta Pública con la elaboración y difusión de BGI.

19 de Diciembre de 2008 Resolución Exenta: N° 4494, Complementa Resolución Exenta IG/N° 3709 y 1455 de 2002.

Contenido Resumen: Departamento de Auditoría. Incorpora nuevas funciones, prestar asesoría directa a Jefe Superior en materias de auditoría interna, gestión, gobierno y control interno; participar en Comité de Auditoría del Ministerio de Salud y otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de gestión de riesgos de la institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría.

b) Período Diciembre 2010 – Junio 2011.

29 de Diciembre 2010, Resolución Exenta: N° 5318, Complementa Resolución Exenta 3709 y 1455 del 2002 y 4494 de 2008.

Contenido Resumen: el Departamento de Auditoría Interna: se agrega función de prestar toda la colaboración que el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno solicite, especialmente, respecto de información del trabajo realizado y sus resultados.

14 de Marzo de 2011, Resolución Exenta: N° 1163, Establece Nueva Estructura Departamento de Planeamiento Institucional.

Contenido Resumen: El Departamento de Planeamiento Institucional cambia su denominación a Planificación Institucional.

El Subdepartamento de Beneficios deja de depender del Departamento de Comercialización y forma parte de la estructura jerárquica de Departamento de Planificación Institucional.

17 de Marzo de 2011, Resolución Exenta N° 1388, Establece Nueva Estructura Departamento de Comercialización.

Contenido Resumen: El Departamento de Comercialización: Subdepartamento de Intermediación pasa a llamarse Subdepartamento de Gestión Comercial Privados.

Se crea el Subdepartamento de Gestión Comercial Públicos dependiente de Departamento de Comercialización.

06 de Abril de 2011, Resolución Exenta N° 1937, Modifica Organización del Departamento de Operaciones, Elimina Dirección Regional Metropolitana y VI Región y crea Centros de Gestión Regional

Contenido Resumen: Se cambia la denominación del Subdepartamento de Recursos Humanos y del Subdepartamento de Gestión Territorial, por la de Subdepartamento de Gestión de Personas y Subdepartamento de Gestión de Clientes, con mismas funciones y atribuciones.

Se suprime la Dirección Regional Metropolitana y VI Región.

La denominación de Dirección Regional pasa a llamarse Dirección Zonal. Se determina la existencia de 4 Direcciones Zonales: Zonal Norte, Zonal Centro Norte, Zonal Centro Sur y Zonal Sur.

Se instruye que las Direcciones Zonales se organizarán con las funciones asesoras: jurídica, comunicacional y control de gestión, y funciones de línea: comercial, control, operaciones, administración y finanzas. Que deberán actuar coordinadamente con los lineamientos impartidos por los departamentos, subdepartamentos y unidades de la Dirección Nacional en sus respectivas materias.

Contarán con un Director Zonal, superior jerárquico de la dirección zonal a cargo, y ejercerán las funciones asignadas por el Jefe del Departamento de Operaciones en su ámbito territorial.

Se crean 10 Centros de Gestión Regional dependientes administrativa y funcionalmente de las Direcciones Zonales.

Contarán con una jefatura que tendrá la administración de las Sucursales presentes en la región donde se ubica el Centro de Gestión Regional.

Se crea un Centro de Gestión Regional ubicado en la Región VI que depende administrativa y funcionalmente del Subdepartamento de Gestión de Clientes.

23 de Mayo de 2011, Resolución Exenta N° 2847, Establece Nueva Estructura Interna y Actualiza Funciones Departamento de Gestión de Procesos y Tecnología

Contenido Resumen: Se modifica el nombre del Departamento desde Departamento de Tecnologías de la Información a Departamento de Tecnología de Información y Procesos. Se establece nueva estructura del Subdepartamento de Tecnologías e Información con dependencia de las siguientes Secciones: Gestión de Información, Implementación y Calidad de Proyecto; Diseño de Procesos; Sistemas y Plataformas y Gestión de Proyectos. En las funciones se integran

aspectos de política de uso y aplicación de tecnologías, aspectos de calidad, seguridad y detección de riesgos, antes ausentes, entre otros.

06 de Junio de 2011, Resolución Exenta N° 3016, Distribución interna de funcionarios del Subdepartamento de Gestión de Personas

Contenido Resumen: Se indica distribución de funcionarios en las secciones de Desarrollo de Personas y Administración de personal para poder cumplir nuevo rol del Subdepartamento de Gestión de Personas, orientado al desarrollo de personas con visión estratégica y de futuro.

09 de Junio de 2011, Resolución Exenta: N° 3148, Establece Nueva Organización Interna Departamento de Finanzas

Contenido Resumen: El Departamento de Finanzas se conforma por los siguientes Subdepartamentos: Programación Financiera; Recaudación y Cobranzas; Contabilidad y Tesorería y Fiscalización de Cotizaciones. Se describen funciones por Subdepartamentos.

A continuación se relaciona la estructura actual del FONASA con los Productos Estratégicas.

Relación entre Productos Estratégicos y Organigrama del FONASA 2012

Para volcar el análisis hacia los Productos Estratégicos se relacionan éstos con las principales estructuras del FONASA.

Tabla N° A11.1
Relación entre Productos Estratégicos y organigrama del FONASA 2012

Productos Estratégicos	Departamento/Oficina	Subdepartamentos
Plan de Salud	Planificación Institucional	Control de Gestión y Procesos Estudios Planificación de Beneficios
	Comercialización	Gestión Comercial Público Gestión Comercial Privado
Gestión Financiera	Finanzas	Contabilidad y Tesorería Fiscalización y Cotizaciones Programación Financiera Recaudación y Cobranzas
	Control y Calidad de prestaciones	Fiscalización de prestaciones
Atención al asegurado	Comunicaciones y Relaciones Institucionales Marketing Operaciones	Gestión de Clientes

Un análisis más detallado de la relación entre los Productos Estratégicos y la estructura del FONASA se puede observar en la Tabla N° A11.2

Si bien es cierto, la organización concurre en su conjunto al diseño y operación de los PE, existen algunos que calzan más directamente con la estructura. Es el caso de Plan de Salud, que se relaciona directamente con el Departamento de Planificación Institucional y, particularmente, con el Sub-departamento Plan de Beneficios, al estar relacionado principalmente con la fase de diseño y evaluación, la que tiene un período anual para su redefinición, así como con el departamento de comercialización en los ámbitos de gestión comercial con los prestadores de las redes pública y privada.

En el PE Gestión Financiera, que se relaciona con fases de diseño, implementación y evaluación del Plan, la estructura se especializa y divide funciones en los departamentos de Finanzas, Comercialización y Control y Calidad de Prestaciones, incluidos todos sus sub-departamentos. Esto refleja la complejidad operacional para dar respuesta a un volumen de actividad tan importante a nivel nacional.

Para el PE Atención al Asegurado se ha definido la participación de las oficinas de Comunicaciones y Relaciones Institucionales, Marketing y el Sub-departamento de Gestión de Clientes. Valoramos el trabajo conjunto de estas tres instancias, sobretudo la inclusión de Gestión de Clientes, que recoge la visión de atención directa a los asegurados.

Funcionalidad y relaciones del FONASA con entidades de otros sectores

El FONASA, se relaciona con múltiples actores del sector salud como se describió en el capítulo II Diseño Institucional, en este apartado se revisarán los convenios que el FONASA ha suscrito con diferentes reparticiones del Estado y otras organizaciones nacionales e internacionales.

La principal entidad de vinculación es con el Ministerio de Hacienda a través de la DIPRES, en el marco de las atribuciones que le competen respecto a la correcta aplicación de la política fiscal del país con las instituciones del estado. En este proceso mantiene una relación permanente a través del todo el ciclo presupuestario lo que impacta en todos los productos estratégicos del FONASA.

El análisis de los convenios del FONASA con otras entidades, nos permite observar que el FONASA desde el año 2002 ha desarrollado una política colaborativa en aspectos estratégicos y operativos que se ha enmarcado en cuatro ámbitos principales: a) fortalecimiento del correcto uso de los recursos públicos y del otorgamiento de los beneficios conforme lo establece la Ley N° 18.469; b) entrega de información para mejorar eficiencia de otras entidades del Estado; c)

ampliación de red de atención de asegurados; y d) colaboración técnica internacional para consolidar el rol del FONASA como administrador del seguro público de salud.

En este contexto, en el período 2002-2005, se establecieron alianzas con el Ministerio del Trabajo, Registro Civil, Servicio de Impuestos Internos, Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Esto ha permitido el intercambio de bases de datos disponibles en esas organizaciones para fortalecer el conocimiento de la cartera de asegurados del FONASA, evitar subsidios cruzados a población no asegurada por FONASA, y la correcta entrega de los beneficios. Todos estos elementos que permiten fortalecer el conocimiento de la cartera de asegurados de FONASA para el diseño del PE Plan de Salud, su adecuada implementación y otorgamiento de beneficios mediante el PE Gestión Financiera.

En el ámbito de entrega de información, el FONASA suscribió convenio con la Defensoría Penal Pública y la Policía de Investigaciones de Chile, permitiendo la emisión por parte de esas instituciones de Certificador Previsional.

En el área de apoyo técnico, se firmaron convenios con CEPAL, Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña y Universidad Pompeu Fabra, para capacitaciones en fortalecimiento del rol del seguro, desarrollo de Programa de Trabajo con actividades formativas relacionadas principalmente con gestión de servicios a usuarios, relación directa con PE Atención al Asegurado y la realización de estudios sobre de mecanismos de pago, vinculado al PE Plan Gestión Financiera.

En el período posterior, se han suscrito convenios con nuevas instituciones en el ámbito de velar por el uso adecuado de recursos y el otorgamiento de los beneficios a los asegurados del FONASA, como son el Ministerio de Educación y el Instituto de Seguridad Laboral. Adicionalmente, se han realizado actualizaciones de convenios vigentes con el Ministerio de Educación para el adecuamiento al uso de datos bajo la Ley N° 19.628 de Protección a la Vida, y con MIDEPLAN sobre uso de la información y conectividad.²³³ En este estudio sugerimos revisar los convenios vigentes y analizar si se deben actualizar respecto al uso de datos que regula la Ley de Protección a la Vida.

En la Tabla N° A11.3 se relacionan los Productos Estratégicos con las principales entidades externas con las que se coordina para el diseño y operación de los PE.

²³³ Ver detalle de resoluciones en Anexo N° 7.

Tabla N° A11.2
Relación entre funciones críticas y organigrama del FONASA 2012

	Funciones Críticas	Estructura organizacional FONASA y participación de otras Instancias sectoriales
Regulatorias	Diseño del seguro, incluidos los métodos de financiación, criterios de elegibilidad, paquete de beneficios.	Departamento de Planificación Institucional – Sub-departamento Plan de Beneficios - Estudios Departamento Control de Calidad y Prestaciones Ministerio de Salud, definición de Plan AUGÉ ¹ , Programas de Atención Primaria. Prestadores de Salud ¹ .
	Identificar la institución que administra el seguro (por ejemplo, Ministerio, fondo de seguro semiautónomo, organización comunitaria)	Corresponde a FONASA como Institución en su globalidad.
	Establecimiento de normas de calidad de proveedores	Departamento de Control y Calidad de Prestaciones – Regulación y Calidad de Prestaciones
	Establecimiento de normas para las comunicaciones con los beneficiarios	Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales- Oficina de Marketing- Departamento de Operaciones –Sub-departamentos Gestión al cliente y Administración. Ministerio de Salud en campañas sanitarias.
	Establecer reglamentos financieros para garantizar la solvencia y protección de los consumidores (por ejemplo, requisitos de reserva, normas relativas a los procedimientos de entrada y salida).	Departamento de Planificación Institucional – Sub-departamento Plan de Beneficios Departamento Control de Calidad y Prestaciones
	Promoción de la calidad a través de mecanismos de pago, acreditación de proveedores, auditorías de calidad y otros métodos.	Abordaje parcial ¹ Departamento de Finanzas – Sub-departamento de Programación Financiera, Departamento de Control y Calidad de Prestaciones- Sub-departamento de fiscalización de prestaciones.
Gestión con proveedores	Negociación con proveedores y otras entidades, incluyendo negociación del sistema de pagos.	Departamento de Comercialización- Sub-Departamento de Gestión comercial pública – Sub-Departamento de Gestión comercial privada Departamento de Control y Calidad de Prestaciones - Sub-departamento de fiscalización de prestaciones Participación en MAI –PPV y Per cápita de Minsal.
	Gestionar el cumplimiento con los parámetros establecidos en el contrato y presupuesto.	Departamento de Comercialización- Sub-Departamento de Gestión comercial pública – Sub-Departamento de Gestión comercial privada Departamento Control y Calidad de prestaciones- Sub-departamento de fiscalización de prestaciones Participación de los Servicios de Salud en monitoreo de Per Cápita.
	Procesamiento de reclamaciones médicas, incluido el control para el cumplimiento de horarios de tarifas y reglamentaciones de beneficio, asegurando que los pacientes tienen derecho a los beneficios reclamados y prevenir el fraude y controlar los costos a través de otras medidas.	Abordaje parcial ¹ Departamento de Comercialización- Sub-Departamento de Gestión comercial pública – Sub-Departamento de Gestión comercial privada Departamento de Control y calidad de prestaciones - Sub-departamento de fiscalización de prestaciones Departamento de Planificación Institucional Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales- Oficina de Marketing- Sub-departamento de Gestión de cliente
	Pago de proveedores a tiempo y según la base de pago acordado.	Departamento de Finanzas- Sub-departamento de gestión financiera – Contabilidad y Tesorería Departamento de Comercialización- Sub-Departamento de Gestión comercial pública – Sub-Departamento de Gestión comercial privada

	Gestión financiera (además de pago del proveedor) para asegurar la solvencia, incluyendo la gestión de efectivo.	Departamento de Finanzas – Sub-departamento programación financiera
	Realizar análisis actuarial para anticipar y evitar posibles déficit mediante la adopción de medidas preventivas, como aumentar las primas, reducción de las prestaciones, controlar los costos o revisar la cobertura de reaseguro	Abordaje parcial ¹ Departamento de Planificación Institucional – Todos sus sub-departamentos Departamento de Finanzas – Sub-departamento programación financiera
	Asegurar la información financiera precisa y transparente a todos los interesados; incluyendo una auditoría anual por una firma independiente de contabilidad.	Abordaje parcial ¹ Departamento de Planificación Institucional Departamento de Finanzas – Sub-departamento programación financiera
	Aplicar, si es necesario, ajuste el riesgo.	Para los asegurados de FONASA existe solo un Plan de Salud, sin consideración de pre-existencias y que acoge a todas las personas, independiente de su nivel de riesgos, con iguales beneficios para todos ¹ .
Gestión de beneficiarios	Educar al público sobre el plan de seguros	Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales- Oficina de Marketing- Departamento de Operaciones -Sub-departamento de Gestión al cliente
	Generación de demanda para incorporarse al seguro (en sistemas voluntarios); llegar a poblaciones especiales.	Planificación Institucional - Sub-departamento de Plan de Beneficios Departamento de Operaciones – Gestión al cliente
	Educar a los miembros sobre sus derechos	Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales- Oficina Marketing- Departamento de Operaciones -Sub-departamentos de Gestión al cliente y de Administración
	Inscripción de beneficiarios elegibles	Departamento de Operaciones – Administración
	Recolección de impuestos y/o primas	Departamento de Finanzas - Sub-departamento de recaudación y cobranzas
	Revisar y corregir quejas	Departamento de Operaciones- Sub- departamento de Gestión al cliente Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales Departamento de Planificación Institucional ¹
	Asegurar que los empleadores incorporan a sus empleados y que la deducción de las contribuciones se realiza correctamente.	Departamento de Finanzas – sub-departamento de recaudación – sub-departamento de Fiscalización de cotizaciones – sub departamento de Contabilidad y Tesorería
Monitoreo y sistemas de información	Diseño (o compra) de sistemas de información y la utilización de la información para todas las funciones enumeradas anteriormente: gestión de clientes, proveedores y financiera.	Departamento de Tecnología de Información y Procesos Departamento de Operaciones – Sub departamento de Administración
	Captura de datos de proveedores en cuanto al uso de los servicios, diagnósticos, pautas en la práctica, los resultados clínicos	Abordaje parcial ¹ Departamento de Planificación Institucional –Sub departamento de Estudios
	Apoyar el análisis de estos datos para tomar decisiones de gestión mejorar la calidad, equidad y eficiencia	Departamento de Planificación Institucional – Sub departamento de Estudios Departamento de Control y Calidad de Prestaciones – Sub departamento de Regulación y Calidad de Prestaciones
	Desarrollo de sistemas de apoyo al control de costos y aseguramiento de calidad (como la revisión previa de autorización y utilización), y de seguimiento del cumplimiento de los proveedores y beneficiarios de las normas de referencias, copagos, períodos de espera y manejo de casos.	Abordaje parcial ¹ Departamento de Tecnología de Información y Procesos ¹ . Ministerio de Salud ¹ .

Tabla N° A11.3
Relación entre Productos Estratégicos y Principales Entidades Externas Relacionadas

Productos Estratégicos	Principales Entidades Externa Relacionadas	
Plan de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • CEPAL 	Ministerio de Hacienda Dirección de Presupuestos
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Universidad Pompeu Fabra • Servicio de Impuestos Internos • Registro Civil • Instituto de Seguridad Laboral • Ministerio de Planificación • Ministerio de Educación • Servicio Nacional de Menores • Defensoría Penal Pública • Policía de Investigaciones de Chile 	
Atención al asegurado	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto de Previsión Social • Departamento de Seguridad Social y Sanidad Cataluña 	

Detalle de resoluciones de los Convenios FONASA - Entidades Externas de otros sectores

Fecha	12 Diciembre de 2002	24 Junio de 2002	21 Julio de 2003	21 Agosto de 2003	21 Agosto de 2003
Documento de Respaldo	Sin dato	Resolución Exenta FONASA 1B N° 1673	Resolución Exenta FONASA 3B N° 1966	Resolución Exenta FONASA 3B N° 2218	Resolución Exenta FONASA 3B N° 2220
Institución	Ministerio del Trabajo	CEPAL	Registro Civil	Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña	Defensoría Penal Pública
Aspectos Principales del Convenio	Evitar la duplicidad de fiscalizaciones a empleadores en mismo período impositivo respecto a las cotizaciones de salud a FONASA de sus trabajadores . Se establece la coordinación y unidad de acción entre ambas instituciones.	Asistencia Técnica de CEPAL en el fortalecimiento de la capacidad técnica de las personas y FONASA en el ámbito de la consolidación del Fondo como Seguro Público de Salud, en el marco de la Reforma del Sector Salud Chileno.	Traspaso de bases de datos entre ambas instituciones para fortalecer la correcta aplicación de los beneficios de sus asegurados y evitar subsidios cruzados a personas no beneficiarias de FONASA.	Desarrollo de Programa de Trabajo con actividades formativas relacionadas principalmente con gestión de servicios a usuarios; desarrollo de tecnologías de información, compra de servicios sanitarios y desarrollo de marketing social y público.	Mejorar la eficiencia en las labores que comparten ambas instituciones y las obligaciones que sus normas le han encargado. Posibilita la entrega a la Defensoría Penal por parte de FONASA de claves de acceso de Certificador Previsional.

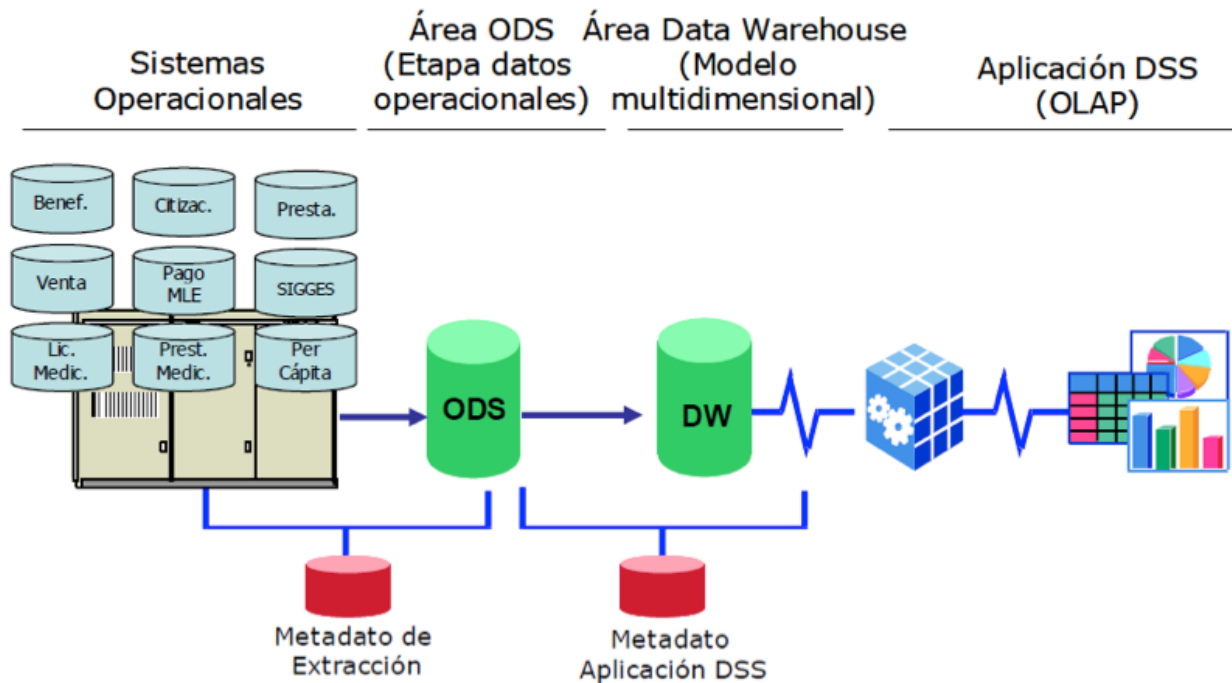
Fecha	21 Agosto de 2003	27 Abril de 2004	20 Mayo de 2004	31 Marzo de 2005	29 Diciembre de 2005
Documento de Respaldo	Resolución Exenta FONASA 3B Nº 2221	Resolución Exenta FONASA 3B Nº 1158	Resolución Exenta FONASA 3B Nº 1440	Resolución Exenta FONASA 2D Nº784	Resolución Exenta FONASA 3B Nº3733
Institución	Servicio de Impuestos Internos	SUBDERE - MIDEPLAN	JUNAEB	SENAME	Policía de Investigaciones de Chile
Aspectos Principales del Convenio	Intercambio de información y colaboración bases de datos ambas instituciones para salvaguardar el correcto uso del seguro público de salud, especialmente en la obligación de recaudar, fiscalizar las cotizaciones, administrar y distribuir sus recursos.	Acceso de FONASA a información de ficha CAS para fortalecer el correcto otorgamiento de los beneficios a los asegurados y evitar subsidios cruzados. Serán los Municipios los responsables de enviar semestralmente esta información a FONASA.	Contar con la información del segmento de población estudiantil de Enseñanza Básica y Enseñanza Media para usar correctamente los recursos públicos. Capacitación mutua de Programas de Salud de FONASA y Programas de JUNAEB.	Facilitar el acceso a los beneficios de salud de la Ley 18.469, tramo A a los menores de edad y adolescentes que carezcan de protección en salud, conforme los criterios de carencia de recursos correspondientes.	Posibilita la entrega a la Policía de Investigaciones de Chile por parte de FONASA de claves de acceso de Certificador Previsional de su cartera de asegurados. Información de utilidad para la verificación de los datos socio-económicos que requieren los funcionarios de Investigaciones de Chile para simplificar los trámites y obtener beneficios.

Fecha	10 Marzo de 2006	30 Marzo de 2006	28 Julio de 2006	10 Marzo de 2008	4 Febrero de 2011
Documento de Respaldo	Resolución Exenta FONASA 3B Nº 804	Resolución Exenta FONASA 3B Nº963	Resolución Exenta FONASA 4H Nº 2251	Resolución Exenta FONASA 4H Nº 0668	Decreto 013 MIDEPLAN
Institución	Universidad Pompeu Fabra	Hogar de Cristo	JUNAEB Addendum	Ministerio de Educación	Mideplan
Aspectos Principales del Convenio	Realización de un Estudio sobre los Mecanismos de pago para el Sistema Nacional de Servicios de Salud Chileno.	Favorecer la incorporación a los beneficios de la Ley Nº 18.469 de las personas adultas mayores de los Programas de Residencia Protegidas del Hogar de Cristo.	Amplía convenio a población estudiantil de nivel superior, se suscribe el envío de información a FONASA de postulantes a becas, incluyendo aquellas para rendir la PSU.	Intercambio de registros e Información de estudiantes, establecimientos educacionales reconocidos por el Ministerio de Educación y docentes. Específicamente en relación a los estudiantes la información permite la aplicación correcta de los beneficios de FONASA a extranjeros y la extensión de la condición de carga familiar a alumnos entre 18 y 24 años.	Traspaso de bases de datos de beneficiarios entre ambas instituciones y conectividad. Provee información necesaria para adecuada asignación y racionalización de las prestaciones sociales que el Estado otorga, junto con apoyo en diseño de políticas y estudios estadísticos.

Fecha	13 Abril de 2011	5 Octubre de 2011	7 Septiembre de 2012	13 Septiembre de 2012
Documento de Respaldo	Resolución IPS N° 161	Resolución Exenta FONASA N° 409	Resolución Exenta FONASA 3G N° 272	Resolución Exenta FONASA 1C N° 5422
Institución	Instituto de Previsión Social	Instituto Seguridad Laboral	Addendum Convenio Hogar de Cristo	Modificación Convenio Ministerio de Educación
Aspectos Principales del Convenio	Contrato de prestación de servicios de IPS para la emisión y venta de bonos de atención en salud, la valorización y pago de programas médicos y la recaudación de valores por concepto de copagos GES de los beneficiarios de la Ley N° 18.469.	Intercambio de Información de Bases de datos de carácter previsional por parte de ISL y Licencias Médicas desde FONASA.	Ajusta el precio y tope financiero al convenio de Prestaciones de Día Cama Integral entre el FONASA y el Hogar de Cristo.	Introduce aspectos relativos al uso de información en conformidad con la Ley 19.628 de Protección Vida Privada por parte de ambas instituciones y un Protocolo de Seguridad para el envío de información.

Revisión y Análisis del uso y propiedad de las bases de datos administradas por el FONASA y sus relaciones internas o con otras instituciones.

1. Arquitectura de información del flujo BGI



Fuente: Subdepartamento de Estudios, FONASA

El **Área ODS (Etapa datos operacionales)**, cumple el rol de extraer y organizar la información, preparándola para ser consultada por la siguiente etapa (Data Warehouse).

El **Área Data Warehouse (ver anexo) Modelo multidimensional**, Construye una serie de tablas basadas en la información obtenida de los sistemas operacionales, optimizada en la segunda etapa, que permite realizar consultas de forma rápida y precisa, logrando tener una visión concreta de los datos requeridos por parte de los usuarios interesados. Esta visión abarca la información trabajada el mes anterior al proceso.

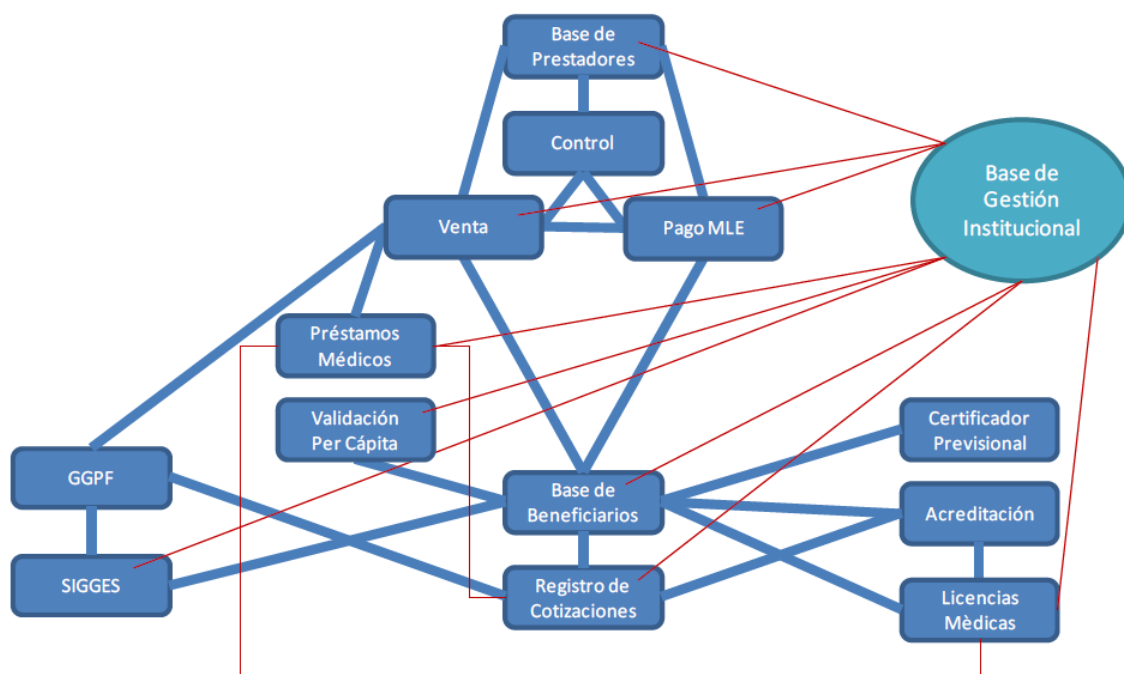
El **Área de Aplicación DSS (OLAP)**, es donde se concreta el acceso a la información. En esta etapa los usuarios, bajo los permisos respectivos, pueden visualizar la información requerida.

Sistemas Operacionales

Los sistemas operacionales son fundamentales en el sistema de información de FONASA, pues contienen las transacciones de datos de todos los beneficiarios y sus relaciones: prestaciones, prestadores, venta, licencias médicas, SIGGES, etc.

Todos los sistemas vigentes están bajo la modalidad de Contrato para darle continuidad al funcionamiento de FONASA básicamente y se incluyeron algunas mejoras posibles y son estas empresas quienes tienen bajo su responsabilidad la explotación y administración de los mismos.

2. Modelo del Sistema e Integración de Componentes



Fuente: CD Entregado por Subdepartamento TI del FONASA, marzo 2013.

El CD contiene además un detalle de los manuales de cada uno de los sistemas o componentes, que están bajo el contrato con "el Consorcio", información que está orientada a los niveles operativos.

Este diagrama no permite realizar ningún análisis concluyente.

3. Evolución Situación Contratos del FONASA con sus proveedores de Servicios Informáticos

De la información proveniente de las copias de los tres contratos que se dispone, dos de ellos son los que permiten la operatividad actual (no entregaron los anexos) y el tercero corresponde al nuevo Contrato con Adexus para el nuevo Proyecto de Modernización denominado Sistema Corporativo Integrado (SCI), para el cual no se dispone de las bases técnicas que nos permitirían conocer los requerimientos técnicos que este nuevo sistema considera. Los contratos del resto de los sistemas operativos que son "menos relevantes", no están disponibles para análisis.

Evolución de Contratos entre el FONASA y empresas de TI desde octubre 2008.

A marzo del año 2013, FONASA trabaja con un Sistema de Información que está compuesto por diferentes softwares (sistemas o componentes), cuyo desarrollo se realizó entre el año 1999 y el año 2010.

Octubre 2008

En esta fecha fue desahuciada la licitación que se adjudicó mediante Contrato a la empresa Entel para la ejecución de los "Servicios Informáticos de Operaciones Básicas del Seguro Público de Salud", que constituía una modernización de los sistemas de información vigentes. Esta situación generó una disputa de tipo legal entre ambas instituciones, que tardaría en tener una resolución.

En este escenario, no era posible suspender las funciones del Fondo de Salud, en tanto se resolviera la situación legal, y se decidió que los diferentes sistemas debían seguir funcionando en forma permanente y continua, de modo que fue necesario suscribir dos contratos fundamentales que siguen vigentes hasta esta fecha (marzo 2013).

Enero 2009 – Enero 2011

En este período rigen los contratos con la empresa Entel por una parte y por otra parte con el Consorcio de Empresas Informáticas (Orden S.A. Adexus S.A, Medical Trends y Proinfo Ltda), los que fueron autorizados para licitación privada por la necesidad de la institución de funcionar con continuidad.

Marzo 2010

La nueva administración revisa las bases en construcción para una nueva licitación pública que se estaban desarrollando, para reemplazar el Proyecto de nuevos sistemas de información que involucran todo el funcionamiento del FONASA y considera, que estas bases adolecen de las mismas fallas que ocasionaron el problema que implicó terminar el Contrato con Entel.

Se decide preparar nuevas bases, las que se estiman requieren de un período no inferior a dos años para entrar en operación, lo que implica nuevo contrato con las empresas informáticas, que mantienen la continuidad del funcionamiento de los sistemas de información fundamentales para el FONASA, más algunas mejoras consideradas para ese período.

Enero 2011 – Enero 2013

Este período corresponde a la renovación de los mismos contratos anteriores, con el propósito de dar continuidad al funcionamiento del FONASA, hasta la puesta en marcha del nuevo Proyecto SCI.

Las fechas de término de cada contrato, varían dependiendo de la fecha efectiva de “toma de razón” del Contrato.

Nuevo Sistema Corporativo Integrado (SCI)

Producto de la última licitación de las Bases para un Proyecto de Sistema Corporativo Integrado de Información (SCI), en las que la principal diferencia con el proyecto de modernización previo, es la definición de un trabajo por etapas o fases y no en forma total, FONASA se encuentra a fines de marzo de 2013 en un proceso de implementación y puesta en marcha de la etapa 1, del Contrato con la empresa adjudicada para este desarrollo, Adexus S.A.,

Este contrato considera que en 16 meses a contar de la fecha de “Toma de razón” de la resolución respectiva, se estará implementada la 3era y última fase en que se dividió el desarrollo de los Sistemas. Posteriormente, el contrato de explotación, que involucra el software desarrollado por Adexus y la provisión del hardware, estipula 8 años de duración (año 2021) y puede extenderse por 1 año más solamente.

La diferencia fundamental entre la arquitectura de los sistemas en operación a marzo de 2013 y el nuevo Sistema Corporativo Integrado, como lo dice su nombre, es que este último fue concebido para que integre todos los sistemas bajo la perspectiva de los procesos necesarios para que el FONASA cumpla su misión.

Los juicios respecto de las diferencias entre los proyectos de modernización licitados por el FONASA, obedecen a lo manifestado por el Jefe del Sub departamento Tecnología y Procesos, don Álvaro Flores y el detalle está en el contenido del Contrato entre el FONASA y Adexus S.A.

Situación en Marzo del 2013:

Según información proporcionada por el Jefe del Sub departamento de TI ¹ en entrevista personal, la situación de los contratos es la siguiente:

- Con Entel se extenderá el contrato, hasta fin de año, para conectarse en ese momento con la red de telecomunicaciones del MINSAL.
- Con el Consorcio, el Contrato está vigente hasta Mayo de 2013. (fecha en que se cumplen 24 meses desde la fecha de toma de razón de la Resolución correspondiente a este contrato)
- A mediados de marzo 2013 se implementarían los sistemas incluidos en la Etapa 1 del proyecto SCI por lo tanto se deberán extender los contratos con las empresas correspondientes, por todos los sistemas que no han sido considerados en la Etapa 1.

4. Objetivos y costos de los contratos vigentes

A continuación se entrega un resumen con información general de los tres contratos que se identifican en el punto anterior.

i. Contrato entre el FONASA y la Empresa Nacional de Telecomunicaciones S.A.

Este contrato es para la provisión del servicio de comunicaciones, equipos con continuidad operativa, renovación tecnológica, alojamiento y administración de datacenter, SISGES (Sistema asociado a garantías explícitas de salud).

- **Vigencia:** 6 enero 2011 al 6 enero del 2013.-
- **Monto:** UF424.152, pagado en 24 cuotas.-

ii. Contrato entre el FONASA y el "Consortio Informático de empresas".

El Consorcio de empresas está conformado por las empresas Adexus S.A., Orden S.A., ProInfo Ltda. y Medical Trends, mantiene un contrato con el FONASA, por la prestación de servicios destinado a la explotación, operación, mantención y mejora de las operaciones básicas del Seguro Público de Salud. Se asocia la responsabilidad de los sistemas, llamados componentes, a cada una de las empresas de software, quienes son responsables en forma directa e individual frente al FONASA, del cumplimiento del mismo.

- **Vigencia:** 6 enero 2011 al 6 de enero 2013
- **Monto:** US 19.410,06 c/IVA mensual total, más precios fijos más precios variables por mes por cada empresa.
- Consorcio no cubre todas las funcionalidades de los sistemas existentes.
- Vigencia 7 enero 2011 al 7 enero 2013

iii. Contrato Sistema Corporativo de Información entre el FONASA y Adexus S.A.

El objeto de este contrato es disponer de una solución basada en aplicaciones y servicios computacionales integrados, para el soporte de los procesos de negocios definidos como esenciales para FONASA, que permitan asegurar a sus beneficiarios el acceso a las prestaciones de salud, y focalizar de manera eficiente el uso de los recursos públicos en salud.

- **Vigencia:** 19 de marzo 2012 por 8 años más 1 extensión posible de 1 año.
- **Monto:** UF: 1.070.348,22 IVA incluido, valor para las fases de implementación y explotación por un período de 8 años posterior a la finalización de la etapa 3.
- Las fases de explotación consideran IVA x el total del contrato, fase I (8 meses), II (12 meses) y III (16 meses).

5. Productos estratégicos y sistemas

La Tabla N° A.11.3 fue elaborada considerando las entrevistas con personal del área TI, que indicó la forma como visualizan los sistemas operacionales desde la perspectiva del negocio y su relación entre los productos estratégicos, subproductos y sistemas relacionados que están operando hasta enero del año 2013.

La tabla representa los productos estratégicos, subproductos y los sistemas operacionales asociados desde la perspectiva de los especialistas del área de Tecnología y Procesos. Solo establece esta correlación entre sistemas y productos y subproductos estratégicos de los sistemas que incorporan las principales transacciones. Cada "producto estratégico" como lo identifican los profesionales de TI, se relaciona con uno de los procesos de negocios relevantes que realiza el FONASA. Se logra identificar entonces, que desde la perspectiva estratégica, los sistemas actuales abordan la información de los Planes de Salud, la Gestión Financiera y la Atención al Asegurado

Tabla N° A11.3.
Productos estratégicos y sistemas de información

Productos estratégicos	Subproductos	Sistemas relacionados	
		Sistema	Empresa
Plan de salud	Arancel de Prestaciones	Se genera un archivo Excel desde el Plan de Salud	FONASA, área de plan de beneficios
	Garantías explícitas en salud	SIGGES	Medical Trends
Gestión financiera	Pago y transferencia a prestadores de salud	MLE	Proinfo
		MAI (sin sistema específico)	
	Recaudación y fiscalización de cotizaciones	Sistema de cotizaciones	Sonda
	Fiscalización de prestaciones y licencias médicas	Sistema de prestaciones y licencias médicas	Sonda
	Mecanismo de pago a prestadores	Pago prestadores	Proinfo
	Gestión de convenio con prestadores de salud públicos y privados (previa suscripción de Convenio)	Pago prestadores	Proinfo
Ventas (se comunica con sistema de prestadores)		Sonda	
Atención al asegurado	Servicios al asegurado Gestión de Reclamos, transparencia	Sitio Web (muchos sistemas)	no converge en una sola empresa, pero Adexus es la base natural para algunos servicios
	Información al asegurado	Sitio Web	No converge en una sola empresa Adexus es la base natural de información ..

Fuente: Elaboración Propia en base a antecedentes entregados en entrevistas con personal del área TI de FONASA.

6. Operaciones del Data Warehouse

Un Data Warehouse es un espacio de memoria virtual, que representa un lugar de depósito de la información integrada, disponible para búsqueda y análisis. Los datos y la información del Data Warehouse provienen frecuentemente de múltiples fuentes u orígenes, como también relaciona datos de diferentes tipos, lo que hace más fácil ejecutar búsquedas ya que dicha tecnología permite aplicar mecanismos de estructuración y organización.

Este espacio puede contratarse en forma externa a la institución como en este caso. El Data Warehouse del FONASA es un servicio realizado por la empresa Medical Trends. El servicio que presta es facilitar la forma de visualizar los datos almacenados en las distintas bases de datos del sistema operacional, para facilitar las búsquedas de información, toda vez que se requiera elaborar informes o atender consultas.

Con el tiempo se han adaptado los acuerdos con las distintas empresas, para facilitar los datos al Data Warehouse de las demás bases de datos, permitiendo

generar una estructura de datos consistente con información actualizada de forma mensual.

Habitualmente se puede obtener información de gestión solicitándola por intermedio del área, que administra como contraparte interna del FONASA. Cada vez con menos frecuencia se requiere solicitar informes específicos a las empresas que explotan los sistemas operacionales y por ende tienen acceso a las bases de datos correspondientes.

7. Análisis del equipo especialista en TI del FONASA

En el área Tecnologías de la Información, los cambios ocurren con mucha rapidez, lo que significa que las características del equipo de trabajo, son fundamentales para enfrentar los cambios con éxito.

Para poder analizar el equipo de trabajo actual, es importante no solamente conocer sus currículos vitae, sino también, conocer la evolución de su desempeño al interior del área e idealmente tener entrevistas grupales que permitan completar los antecedentes para entregar conclusiones respecto de las posibilidades de éxito de la implementación y puesta en marcha de los nuevos proyectos al interior del área.

Muchos proyectos informáticos fracasan, no porque el proyecto sea débil, incompleto, mal enfocado, mal concebido, sino porque el equipo de trabajo, no está alineado con él. El desalineamiento puede venir de temores personales, cuando este es muy innovador, o se proyecta con mucha complejidad, o el estilo de liderazgo no es el adecuado para enfrentarlo.

Lamentablemente, no fue posible obtener al menos información curricular de los integrantes de la unidad que nos permitieran concluir al menos respecto de las capacidades técnicas y experiencia, compatible con los nuevos desafíos.

Catastro de Sistemas Operacionales Vigentes del FONASA

Catastro de Sistemas Operacionales Vigentes del FONASA								
Información hasta marzo 2013.-								
1.- Nombre del sistema	3.- Sub producto	4.- Empresa	5.- Inicio	6.- Base de Datos	7.- Desarrollo			8.- Descripción
					Marca	Modelo	RAM	
Acreditación (Afiliación)	Servicios al Asegurado	Adexus	1999	Apache Tuxedo 8.1	SUN	SPARC E T2000	16 GB	Control de certificación de afiliados. Realiza Ingreso y modificación directa y automática de información de beneficiarios. Apoya proceso de afiliación directa (sucursales, direcciones regionales y hospitales) Esta orientado a llevar un control en la certificación de los afiliados de FONASA encargándose del ingreso y modificación directa de la información de los beneficiarios.
				Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
Certificación	Información al Asegurado	Adexus	1999	Apache Tuxedo 8.1	SUN	SPARC E T2000	16 GB	Su objetivo general es permitir a las instituciones como Hospitales, Consultorios, e instituciones autorizadas y beneficiarios consultar por la pertenencia a FONASA.
				Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
Titularidad de Derecho (Carencia de Recursos)	Servicios al Asegurado	Adexus	2004	IIS 6.0 SQL Server, Java	HP	BL480 G5 (VM) VV1 de CGSI	1 GB	Permite acceder a consultar, ingresar, modificar y actualizar la condiciones calificación los beneficiarios tramo FONASA A que tienen gratuidad, en la modalidad de atención institucional (MAI). Se accede desde sucursales y establecimientos de salud pública.
				Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
Recién Nacidos	Servicios al Asegurado	Adexus	2005	IIS 6.0 SQL Server	HP	BL480 G5 (vW3 de CGSI)	1 GB	Aplicación que utiliza servicio que se conecta en línea con el registro civil y permite incorporar recién nacidos a BD beneficiarios. Se accede desde sucursales y servicios de salud.
				Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
Cargas batch	Servicios al Asegurado	Adexus	1999	Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	Conjunto de programas que permiten actualizar masivamente grandes volúmenes de datos de la base de beneficiarios: Afiliados de Isapres, Fallecidos, Pension Básica Solidaria,
Registro de Cotizaciones	Gestión Financiera: Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones	Orden	1999	Adaptive Server Enterprise Sybase 12.5.4 Tuxedo 8.1	Sun	Sparc Enterprise M4000		Registrar las cotizaciones previsionales de salud de los beneficiarios FONASA, velando porque la información esta materia sea coherente, oportuna, integra, y confiable, tanto de los cotizantes como de los entes afectos al pago de cotizaciones (empleadores, entidades pagadoras de subsidios, entidades pagadoras de pensiones, afiliados independientes, etc).
					Sun	Sparc Enterprise M4000 (Espejo)		
Validación Per Cápita	Pago y Transferencias a Prestadores de Salud	Medical Trends	2000	Cobol Tomcat; Tuxedo A	SUN	Ultra 5	528 MB	Permite el procesamiento nacional de la Validación per Cápita: Identifica inscritos duplicados, dobles inscripciones. Verifica la calidad de beneficiarios, determinándose la población autorizada por establecimientos de atención primaria.
WEB Per Cápita	Pago y Transferencias a Prestadores de Salud	Medical Trends	2006	IIS 6.0, SQL Server, Red Hat Applic Snack, JBoss Enterprise	HP	BL 480 G5 (VM2 de GSCI)	1GB	Mediante ésta, desde las municipalidades envían la información de inscritos, a considerar en el proceso de validación.
Administración Base de Prestadores	Gestión de Convenios con Prestadores en Salud	Proinfo	1999	Apache Tuxedo 8.1	SUN	SPARC E T2000	16 GB	Cumple dos funcionalidades principales: 1.- Ingreso y mantención de la base de prestadores. 2.- Suscripción Convenios: Permite ingresar y consultar estado de convenios y las prestaciones autorizadas que puede realizar un prestador dado.
				Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
				IIS 8i Server Oracle 8i Client	HP	PL 1600		
					HP	Compaq Proliant DL 380		

Componentes de control.	Fiscalización de Prestaciones, Prestadores y Licencias Médicas	Orden	1999	Adaptive Server Enterprise Sybase 12.5.4 Tuxedo 8.1	Sun	Sparc Enterprise M4000		Cumple dos funcionalidades principales: 1.- Administrar componentes de Control y Fiscalización de Proveedores y la creación y Mantenión de las Condiciones Administrativo-Técnicas (CAT), con las reglas de negocio asociadas a las prestaciones pertinentes. 2.- Componente CAT : Permite levantar restricciones impuestas por sistema a la venta de bonos, para manejo de excepciones.
					Sun	Sparc Enterprise M4000 (espejo)		
SIGGES	Garantías Explícitas en Salud (AUGE)	Medical Trends	2004	Weblogic 8.1 sp4	HP	Proliant DL 380	4 GB	El Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas de Salud, SIGGES es un sistema en línea para la captura de datos relevantes del ciclo de atención de un paciente que permite la gestión, control y seguimiento de las garantías explícitas de salud, otorgadas en el primer prestador de acuerdo a protocolos establecidos en el reglamento del régimen GES.
				Oracle 9i rel 2 EE	HP	RP 7420	8 GB	
				Oracle 9i rel 2 EE	HP	RX 4640	24 GB	
				Oracle 9i rel 2 EE	HP	RX 4641	24 GB	
				Oracle 9i rel 2 EE	HP	RX 6600	25 GB	
				Weblogic 8.1 sp5	HP	Proliant DL 380	2 GB	
Weblogic 8.1 sp5	HP	Proliant DL 381	4 GB					
GGPF	Garantías Explícitas en Salud (AUGE)	Medical Trends	2007		HP	BL 480 G5 (VM2)		Sistema responsable del cálculo de los deducibles y de la gestión de las garantías explícitas de los pacientes GES.- Valoriza prestaciones, calcula copagos, condona, factura, cobra y recauda.
Sistema Acreditador Histórico (SAH)	Garantías Explícitas en Salud (AUGE)	Medical Trends	2009					Entrega información a GGPF.En especial certifica si cuando se realizó una prestación, el paciente era o no beneficiario Fonasa.
Ley de Urgencia	Mecanismos de Pago a Prestadores	Software AG	2009	Apache 2.0; WebLogic 9; DB Tamino 4.1	3 servidores HP	DL 380 G4	2 GB	Sistema que permite controlar a Fonasa que se cumpla con lo establecido en la "Ley de Urgencia" en relación a los pacientes que deben ser trasladados a un recinto público o al que corresponda , una vez que su situación de gravedad pasa a estado estabilizado.
Prefactorador MAI Registro y prefacturación	Pago y Transferencias a Prestadores de Salud	Quintec	2009	JBoss Application Platform; JBoss SOA Platform; Jasper Standard Edition; Oracle Database Standard Edition	HP	ProLiant DL360G6 (12 servers)		Permite: • Administración de convenios con los prestadores; • Registro en línea de prestaciones ejecutadas por prestadores ; • Proceso de facturación de prestaciones ; • Proceso de extracción de prestaciones para el cobro de copagos ; • La extracción de prestaciones facturadas para el DataMart; • Seguimiento a los compromisos de gestión; • Las tareas de fiscalización y de gestión institucional; Disponible bajo ambiente Web tanto para prestadores, como para los ejecutivos de Fonasa.
Venta Tradicional	Plan de Salud / Arancel de Prestaciones de Salud	Orden	1999		HP	RX 1600 (2) DL 380 (2) Rx 4640 (2)		Programas de Venta Tradicional de Bonos de Atención de Salud en sucursales y entidades delegadas de Fonasa.
Venta Innovadora	Plan de Salud / Arancel de Prestaciones de Salud	I-Med	2003					Es la emisión electrónica de bonos Fonasa en los centros de salud autorizados. Sustituye el modo de venta tradicional de bonos de atención de salud (BAS) que efectúan las sucursales y otras entidades de venta de esta institución.; Su emisión es directa en el mismo lugar y momento en que el prestador (centro médico) otorga la atención.
Solicitud y Otorgamiento Préstamos Médicos	Plan de Salud / Gestión Financiera	Orden	1999		HP	ML 530		Apertura solicitudes ; Administra Montos otorgados a un beneficiario para que este haga frente al copago de un Programa Médico.
Administración Préstamos Médicos	Gestión Financiera	Medical Trends	1999	Oracle DB Std Edition 10.0	HP	Proliant ML 350 G5	4 GB	Administra la cartera de PM, con detalle de c / u de los movimientos e información de deudores, codeudores y empleadores. Soporta el back office en los procesos de generación y envío de planillas de cobro, registro de recaudación de cuotas, reajustes y otras.

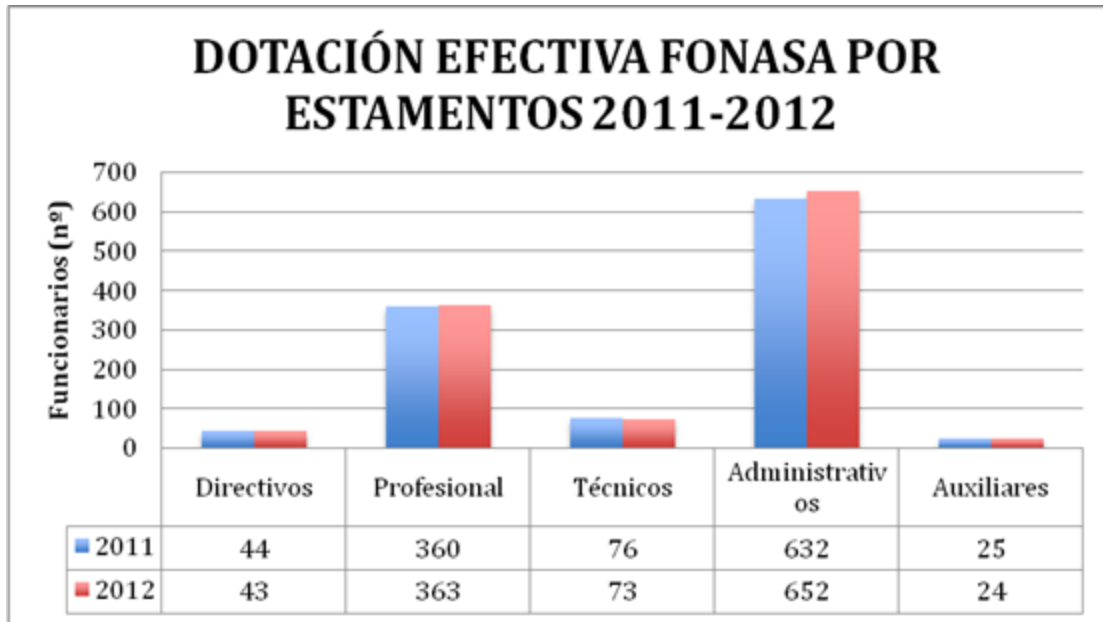
Pago Prestadores MLE	Mecanismos de Pago a Prestadores	Proinfo	1999		Sun	Sparc Enterprice		Recepciona y valida sobres con BAS y PAS.; Administra ventas asociadas a proceso de pago (ingreso, validación, autorización, resoluciones); Emite órdenes de pago a prestadores y genera estadísticas.
					Sun	Sparc Enterprice M4000 (espejo)		
				Non Stop SQL; Tuxedo 8.0	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
				IIS 8i Server Oracle 8i Client	HP	PL 1600		
					HP	Compaq Proliant DL 380		
Licencias Médicas	Plan de Salud	Orden	1999	Tuxedo Sybase	Sun	Sparc Enterprice M4000 Sparc Enterprice M4000 (espejo)		Aplicación orientada a procesar, administrar y controlar las Licencias Médicas, entendiéndose por ellas al derecho que tiene todo trabajador para ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo en cumplimiento de una indicación profesional (de parte de un médico, dentista o matrona), producto de una incapacidad temporales . Durante su vigencia podrá gozar de un subsidio por enfermedad si reúne los requisitos provisionales.; Se tramitan a través de dos sistemas de salud: 1.-El Público, representado por FONASA y 2.-El Privado, representado por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES.
Licencia Médica Electrónica	Plan de Salud	Orden; SOAINT	2010	Vordel Reporter Vordel Policy Director Vordel XML Gateway Vordel SOAPbox Oracle SE; HP Data Protector; HP Data Protector Online Backup; HP Operations; HP Oracle SP1; Red Hat Enterprise Linux; Microsoft Windows Server Standard 2008 R2				La LME facilita el proceso de otorgamiento y tramitación de las licencias médicas, mediante el uso de tecnologías de información, proporcionando múltiples beneficios a los distintos actores vinculados al proceso, además de disponer de información detallada en línea para monitoreo y gestión del proceso. La arquitectura del sistema es SOA lo que permite el intercambio de datos vía web service que permiten el envío y rescate de documentos electrónicos en XML, de manera segura, con firma avanzada, encriptación, mecanismos biométricos de identificación (huella digital) y interfaces complementarias de gestión. El Modelo Tecnológico esta focalizado en la interoperabilidad y automatización, lo que permite interactuar con el Profesional que la otorga hasta la entidad que la paga, pasando por el empleador que la tramita y por la entidad (Compin) que la pronuncia.
Sucursal Virtual	Información al Asegurado	Adexus; Proinfo	2004	IIS 6.0, SQL Server, Red Hat Applic Snack, JBoss Enterprice Platform Std	HP	BL 480 G5 (VM2 de GSCI)	1GB	Reside en el sitio WEB de Fonasa – Entrega información y permite realizar transacciones a los beneficiarios y prestadores.; Desde Opción Beneficiarios: Certificados de Afiliación, Buscar Médicos e Instituciones en Convenio, Consultorios y Hospitales, Obtener Aranceles MAI o MLE; Valorización de Prestaciones Médicas.; Desde Opción Prestadores: Certificados de Renta, Cartola de Prestadores, Arancel MAI o MLE, Per Cápita, Certificador Provisional y Postulación al bono electrónico.
				Motor de BD MySQL	HP	NS1200 H06.16	4 GB	
Gestión de reclamos: Remedy	Servicios al Asegurado	Entel	2004					Sistema que permite la recopilación y resolución de consultas y reclamos de la ciudadanía en general como los beneficiarios y prestadores en particular. La información se almacena para su posterior derivación y seguimiento mediante workflow propio de la aplicación.
WEB Fonasa	Servicios al Asegurado	Entel	2009		HP	Proliant DL 380	2 GB	Web con información institucional, del sector salud y acceso a aplicaciones orientadas al beneficiario y prestadores.
Sistema de Autoconsulta (Kioscos)	Servicios al Asegurado	Ingelan	2009		Lenovo	T2330	2 GB	Es un canal de contacto- Su Objetivo es entregar servicios a través de medios electrónicos, permitiendo el acceso a información sanitaria y completando transacciones en cualquier lugar, en cualquier momento.
Firma Electrónica	Servicios al Asegurado		2009	Lotus Domino; Lotus designer con BD: DB2 XML y Lotus workflow; Plataforma JBoss	2 servidor es : AMD Opteron	Sun fire X42000 M2	8GB	Permite la generación de los certificados de: Afiliación, Cartola Prestadores, Honorarios, Cotizaciones, Cupon de copagos GGPF. A todos ellos se les incorpora firma electrónica avanzada del sr. Director.

Sistema de Autoconsulta (Kioscos)	Servicios al Asegurado	Ingelan	2009		Lenovo	T2330	2 GB	Es un canal de contacto- Su Objetivo es entregar servicios a través de medios electrónicos, permitiendo el acceso a información sanitaria y completando transacciones en cualquier lugar, en cualquier momento.
Firma Electrónica	Servicios al Asegurado		2009	Lotus Domino; Lotus designer con BD: DB2 XML y Lotus workflow; Plataforma JBoss	2 servidores : AMD Opteron	Sun fire X42000 M2	8GB	Permite la generación de los certificados de: Afiliación, Cartola Prestadores, Honorarios, Cotizaciones, Cupon de copagos GGPF. A todos ellos se les incorpora firma electrónica avanzada del sr. Director.
Portal del Paciente (Portal del AUGE)	Garantías Explícitas en Salud (AUGE)	Adexus	2008	Jboss Sql Server	HP,	RX66600	32 GB	1.- Aplicación en ambiente WEB que entrega información a los Usuarios y en particular a los Pacientes Ges de Fonasa, en relación al cumplimiento de Garantías de Oportunidad y de Protección Financiera, ambas incluidas en AUGE. 2.- Entrega información utilizando como base los registros de los actuales sistemas de Fonasa, junto a temas de orientación básica al paciente.- 3.- Contar con mecanismos de Alerta temprana ante posible incumplimiento de garantías de aquellos Pacientes GES que consultan. 4.- Contar con mecanismos de autenticación, para garantizar la confidencialidad de la información. En resumen, permite colocar a disposición de los usuarios, nuevos canales de contacto (Portal) con las cuales puedan interactuar con entidades de Fonasa ya sea para informarse, conocer sus derechos y/o deberes o para realizar comentarios.
Base de Gestión Institucional (BGI) (Data Warehouse)	Apoyo a Gestión Financiera y Atención al Asegurado	Medical Trends	2003	Oracle 10i ; Enterprise Edition 10 Oracle Discoverer Server 10g	HP	Proliant ML 370 G5 Proliant DL 380 G5	32 GB	Apoyo a la gestión Integra los distintos componentes operacionales por medio de un modelo multidimensional ; La aplicación permite a los usuarios crear y consultar informes OLAP
1.-	(Identificación del sistema operacional)							
3.-	(Nombre del sub producto al que pertenece el sistema operacional)							
4.-	(Nombre de la empresa que entrega el producto/servicio)							
5.-	(Año en el que comenzó el contrato con la empresa)							
6.-	(Motor de base de datos sobre el que trabaja el sistema operacional)							
7.-	(Lenguaje en el cual está elaborado el sistema operacional, si corresponde)							
8.-	(Breve descripción de la finalidad del sistema operacional)							

Análisis Organizacional de Recursos Humanos

La composición de la dotación efectiva total ajustada por los cambios de política en 2009 y por estamentos en los últimos dos años no ha mostrado cambios significativos, como se muestra en el Gráfico N° A11.1 los estamentos de mayor representación son los de administrativos y profesionales.

Gráfico N° A11.1
Dotación efectiva de personal del FONASA por estamentos
2011-2012

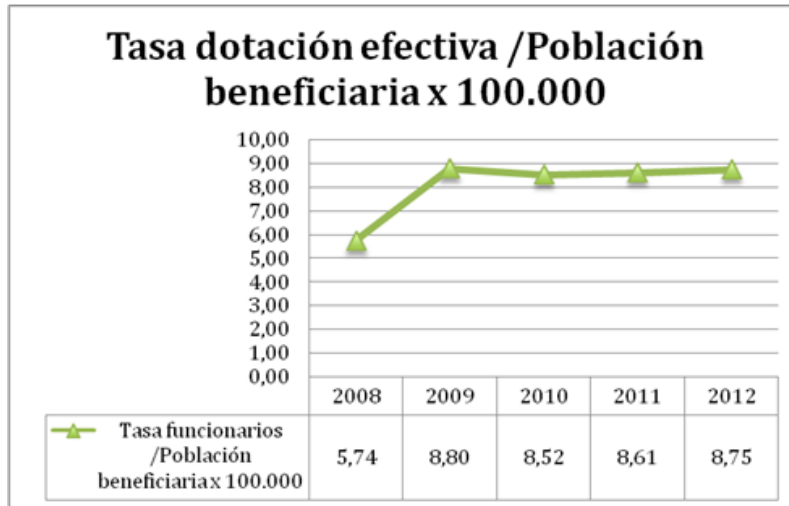


Fuente: BGI FONASA 2011 y Base de datos RR.HH FONASA 2012.

Para conocer si estos cambios de dotación de Recursos Humanos han tenido alguna correlación con los aumentos de la cartera de asegurados, se presenta en el Gráfico N° A7.2 la evolución de la tasa de personal del FONASA por 100.000 beneficiarios en el período que comprende el estudio.

En el año 2009 se observa un cambio importante en la tasa de funcionarios por 100.000 beneficiarios, pasando de 5,74 a 8,8 producto de cambios de política de contratación que pasa desde compra de servicios a pago de remuneraciones de personal a contrata. El año 2010 muestra un descenso debido a aumentos en la estimación de población asegurada, manteniéndose dicha tasa con leves aumentos en los últimos dos años.

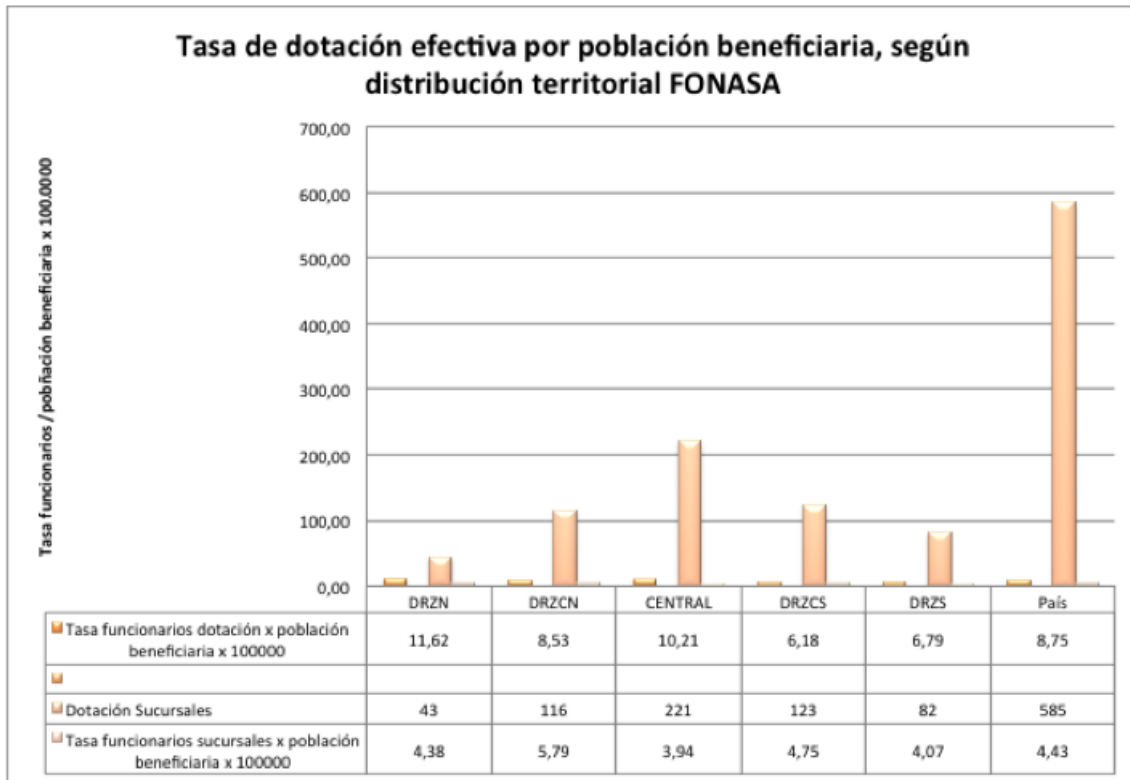
Gráfico N° A11.2
Evolución tasa de personal FONASA por 100.000 beneficiarios
2008-2012



Fuente: BGI FONASA 2008 al 2011. Dotación de Recursos Humanos aportada por FONASA. Población beneficiaria 2008 al 2011. Boletín Estadístico de FONASA. Población beneficiaria 2012, se utiliza Población al 31 de diciembre del 2011 de la Cuenta Pública FONASA 2011-2012.

Con el propósito de establecer si la dotación es adecuada para el otorgamiento de los PE de FONASA, y considerando la regionalización con que opera la institución, se calculan a continuación las tasas de dotación total de personal según esta división territorial. Adicionalmente se efectúa una segunda medición tomando como referencia solo el personal asignado a las sucursales, intentando reflejar su relación directa con el PE la Atención al Asegurado, ver Gráfico N° A11.3.

Gráfico N° A11.3
Evolución tasa de personal total y sucursales
por 100.000 beneficiarios, según distribución territorial, 2012



Fuente: Elaboración Propia en base dotación de recursos humanos 2012 aportada por el FONASA; población beneficiaria 2012, se utiliza población al 31 de diciembre del 2011 de Cuenta Pública FONASA Nacional, Central y de Direcciones Zonales 2011-2012.

La dotación efectiva total por población muestra dimensiones distintas en todas las zonas, con un rango mínimo de 6,18 en la Dirección Regional Zonal Centro Sur y una tasa máxima de 11,62 en la Dirección Regional Zonal Norte, diferencias difíciles de justificar en principio.

Al considerar los funcionarios de las sucursales para relacionarlos específicamente con la entrega del PE Atención al asegurado, observamos que el ordenamiento anterior se modifica. Los valores tienen menor dispersión, el valor inferior se encuentra en el área Central (Región Metropolitana y VI Región) y el mayor en la Dirección Regional Zonal Centro Norte, lo que avalaría que el PE Atención al asegurado se entrega de manera relativamente homogénea a nivel nacional²³⁴. Aspecto que se valida con la investigación de campo de sucursales en cuanto a

²³⁴ Aspecto que se valida con el estudio de campo de sucursales, que demuestra baja dispersión en el tiempo promedio de atención de las sucursales, pero con condiciones muy heterogéneas de volúmenes de atención y sin seguir una tendencia concordante entre este y la dotación de personal. Ver detalles en anexo N° 12.

que existe un rango pequeño en los tiempos de atención de asegurados (3-18 minutos), sin embargo esto se logra con dotaciones y volúmenes de atención muy diversos (ver detalle en Anexo N° 7).

Plan de Capacitación

Se analiza el Plan Anual de Capacitación del FONASA en relación a los productos estratégicos. De acuerdo a lo informado por el FONASA²³⁵, el programa de capacitación hasta el año 2010 se definía a través de un instrumento que levantaba las necesidades de capacitación junto con los resultados que arrojaba la evaluación de desempeño. El año 2010, se realizó un diagnóstico organizacional por parte de una institución externa al FONASA, que recomendó que el eje de la capacitación fuera el fortalecimiento del liderazgo de las jefaturas de toda la institución, lo que generó la prioridad de capacitación para el período 2011-2013²³⁶. Además de ello, las prioridades de capacitación 2012 se definieron de acuerdo a la planificación estratégica del FONASA y fueron priorizadas en los siguientes ámbitos: Atención al asegurado; fiscalización de cotizaciones y prestaciones; comercialización y funciones de apoyo. En la Tabla N° A11.4 se relacionan las actividades de capacitación del año 2012 con los PE, los datos demuestran consistencia entre lo expuesto por el FONASA y lo ejecutado. Sin embargo, se observa que el Plan de Capacitación es acotado a un número muy restringido de actividades, que de éstas tres son transversales a la Institución y no vinculadas a sus productos estratégicos y que hay ausencia de capacitación para el PE Plan de Salud, aspecto vital de un seguro de salud.

**Tabla N° A11.4²³⁷
Programa de Capacitación 2012 y su relación con los productos estratégicos**

Nombre	Objetivos	N° de participantes	PE
Taller Asesores II	Conocer y desarrollar estrategias específicas en Asesores, para el manejo de situaciones especiales o difíciles tanto racional como emocional, dirigido al logro de la satisfacción de nuestros Asegurados, en el marco del autocuidado e identidad de género.	451	Atención al asegurado
Coaching para Jefaturas	Apoyar el proceso de mejoramiento organizacional del FONASA, a través de asesoría en Coaching, fortaleciendo las habilidades de liderazgo de equipo de los participantes.	41	Transversal a todos los productos estratégicos

²³⁵ Entrevista con Jefe de Gestión de Personas, realizada el lunes 12 de diciembre 2012.

²³⁶ Información solicitada a FONASA el 12 de diciembre de 2012 y no disponible para equipo consultor.

²³⁷ Base de datos Programa de Capacitación 2012, es excluyeron dos capacitaciones relacionadas con manejo de Excel y contabilidad general de la nación por estar destinadas solo a un funcionario.

Nombre	Objetivos	Nº de participantes	PE
Taller Fiscalizadores	Dar cumplimiento al mandato legal de fiscalizar la MLE, además de la necesidad de avanzar en la modernización de los procesos fiscalizativos.	73	Gestión Financiera
Nuevo Reglamento Especial de calificaciones	Entregar los lineamientos del nuevo Reglamento Especial de Calificaciones de FONASA, en base al Decreto N° 106/2011	948	No relacionado a PE. Función interna FONASA
Ley N° 20.285, Acceso a la Información	Fortalecer el principio de transparencia de la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.	422	Atención al asegurado
Ley N° 16.744, Accidentes del Trabajo y Enfermedad Profesional	Sensibilizar a los funcionarios de FONASA respecto de la prevención de accidentes del trabajo y enfermedad profesional.	125	No relacionado a PE. Función interna FONASA

Fuente: Elaboración Propia a partir de base de datos Programa de Capacitación 2012.

ANEXO N° 12: MINUTAS DE REUNIONES DE PROCESOS EN TERRENO REALIZADAS

1. MINUTA SUBDEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN

Departamento: Operaciones

Asistentes:

- Felipe Vega
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 07-dic-2012

Hora inicio: 10:00

Hora término: 11:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

La Unidad de Administración se sitúa dentro del Departamento de Operaciones, y cuenta con 3 áreas: Oficina de partes, Recursos Físicos y Compras, quien es el encargado de abastecer.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos?

Los clientes internos son todas las unidades de FONASA.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

En el Subdepartamento de Administración son 5 personas, en Oficina de parte 7 personas, en Abastecimiento 6 personas, y en Recursos Físicos 18 personas.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Entre los indicadores que maneja la unidad, están las mantenciones planificadas v/s las realizadas, el cual tiene como objetivo evaluar el área de recursos físicos (antes no existía este indicador); también existe un indicador de ejecución presupuestaria que mide el gasto según lo presupuestado; y un indicador de tiempo de respuesta, encargado de evaluar el área de Compras. Un indicador que sería bueno medir, según la propia opinión de la Unidad, es uno que tenga relación las compras específicas.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Dentro de los cambios que están existiendo, se espera contar prontamente con un manual de procedimiento de la oficina de partes, puesto que aun no ha sido levantado, así como tener un software de control del inventario.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

FONASA cuenta con 107 sucursales, y todos los flujos de la unidad están relacionados con la matriz de riesgos. Dentro de la matriz propia de Administración se puede reconocer el riesgo de demoras.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 108 "Gestionar buzones acorazados, gestionar alarmas, gestionar guardias de seguridad y gestionar transportes de valores":

El diagrama va a ser modificado.

- Diagrama 109 "Gestionar el inventario del Nivel Central":

El diagrama está relacionado a los productos de consumo.

- Diagrama 110 "Planificar compra":

El plan de compras se publica en febrero-marzo y no es de consumo, es de proyectos a largo plazo. Cabe decir que GTI²³⁸ tiene la mayor cantidad de recursos.

- Diagrama 111 "Gestionar compra":

En programar consumo mensual e ir realizando las compras requeridas, son los montos los que van dando las atribuciones.

- Diagrama 112 "Gestionar contratos":

El diagrama debe ser modificado cuando se suba la información.

²³⁸ Gestión Tecnología de Información.

- Diagrama 113 "Monitorear indicadores de gestión, Portal Mercado Público":

El Informe final cierre de brechas ve la desviación del SLA, y es por la Norma ISO 9001.

- Diagrama 115 "Administrar los Servicios Generales":

El diagrama va a cambiar cuando comience a funcionar la empresa licitada Sodexo, es importante mencionar que ya están establecidos los acuerdos de nivel de servicio con Sodexo.

- Diagrama 116 "Administrar los inventarios de bienes muebles e inmuebles":

El diagrama va a ser modificado por el software.

- Diagrama 117 "Recepcionar y distribuir correspondencia y documentos internos":

El diagrama va a cambiar puesto que el archivo de documentos no sea de consulta inmediatamente.

- Diagrama 118 "Recepcionar y distribuir correspondencia externa":

En el diagrama hay que entender cuando el documento es reservado.

- Diagrama 119 "Pago de facturas (Chile paga en 30 días)":

La ley establece los acuerdos de nivel de servicio de tiempo, que son en 30 días y asocia todas las multas con una resolución exenta.

- Diagrama 120 "Administrar recursos operativos":

El presupuesto operativo toca a casi todas las unidades y se carga por Departamento.

2. MINUTA SUBDEPARTAMENTO PROGRAMACIÓN FINANCIERA

Departamento: Finanzas

Asistentes:

- Gloria Sepúlveda
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 10-dic-2012

Hora inicio: 09:00

Hora término: 10:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Programación Financiera es una unidad de FONASA que depende del Departamento de Finanzas. Sus principales funciones son el control financiero presupuestario y control de gestión en redes, y los niveles de endeudamientos, a través de inyectar cotizaciones. Lo principal es el tema operativo, informar, recolectar y enviar información. Actualmente, los subsidios se traspasaron al Subdepartamento de Estudios y copagos ges al Subdepartamento Recaudación y Cobranzas.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Sus principales clientes internos son las Unidades administradoras de presupuesto, y los externos son Prestadores, DIPRES, Subsecretarias, y Cajas de Compensación.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación es de 22 personas, hay 2 para pago prestadores MLE, para MAI: 2 profesionales en contraparte APS, 2 PPI y 2 PPV, y 1 más que ve control de transferencias, a parte del control que hace presupuesto de las transferencias. PPV lo administra comercialización, PPI es histórico así que lo analiza Programación financiera, a la División de Atención Primaria le corresponde APS.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

La unidad no tiene PMG (en su momento control financiero, y copago GES medidos hasta 2011, pero ahora es de Recaudación). No existe

retroalimentación por parte de Control de Gestión de los indicadores internos, es solo por cumplir. La ejecución de transferencia siempre se va a cumplir. Sería bueno ver el% de cumplimiento de la programación de las unidades administradoras de presupuesto. La gestión se mide con los programas financieros de los servicios y de FONASA. El principal indicador presupuestario que utilizan es el Programa financiero.

e) Montos presupuestados y ejecutados.

En FONASA no se gasta ni un peso fuera del presupuesto, a diferencia de los Servicios de Salud.

f) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Los procesos están actualizados, el que falta es lo que compete a los Servicios de Salud.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 39 "Diseñar Presupuesto Institucional":

En relación con las otras Unidades para la definición de las necesidades de financiamiento y los presupuestos asignados: las unidades administradoras de presupuesto son Operaciones (casa, 22, 29 y 21), GTI todo lo que es informática (22), Marketing, Finanzas y Comercialización. A ellos se les da un presupuesto y se va monitoreando.

La expansión presupuestaria generalmente se hace contra el tiempo.

El programa GES no está en el Presupuesto Institucional, pues funciona como transferencia y está radicado en las PPV y APS.

Monitorean marco y flujos, Comercialización valida la actividad que los servicios dicen que hicieron.

La relación con Salud Pública tiene que ver por las transferencias por concepto de subsidios de incapacidad laboral, así como reembolsos de funcionarios públicos.

FONASA, Servicios, Redes Públicas, Instituto de Salud Pública, Superintendencia y todos los entes que tienen Ley de Presupuesto.

Los formularios financieros de presupuestos A2 y A3 están relacionados, puesto que uno va a nivel de subtítulo y el otro a nivel de ítem de asignación, y se refieren al proyecto de presupuestos de ley.

- Diagrama 41 "Gestionar Ingresos-Programas y Negociar Aporte Fiscal":

Los tiempos de los procesos para la solicitud de aporte fiscal tiene que estar el día 20 del mes anterior en DIPRES, cabe destacar que antes estaba asociado a un PMG. En función de eso se analiza si se necesita más aporte fiscal, si no se puede mandar todas las transferencias, por lo que Contabilidad y Tesorería realizan el cierre.

El campo de negociación es una tarea a nivel operativo, salvo que falten recursos donde se sube de jerarquía. El Instituto de Previsional Social al primero que entrega la cifra de recaudación de cotizaciones es a DIPRES.

Las principales partidas de ingresos y gastos a nivel de transferencias son el aporte fiscal un 52%, de ahí cotizaciones, después copago MLE, y luego transferencias del MIDEPLAN. Gastos de transferencias a los servicios (80%), siendo 1/3 a APS, y los otros 2/3 de PPV y PPI, donde es una relación entre cada uno de 60 – 40; luego MLE, déficit CAV, Gastos de CASA (2%).

- Diagrama 58 "Administrar el Financiamiento MAI-Gestionar y controlar las transferencias a Prestadores Públicos y Privados":

Los plazos son para las transferencias a prestadores públicos el 23. PPV se va al 23, PPI el 9 y el 23. En cuanto a privado se paga según las solicitudes que llegan de pagos de comercialización, Contraloría es más acuciosa, junto con un tema interno, provoca que el flujo de contratos sea más lento.

Para lo público y lo privado se destina 900 mil millones, v/s 20 mil se transfiere a privado (12% aproximadamente).

El procedimiento de transferencias no está aprobado por resolución. El único es el de pago a prestadores.

- Diagrama 59, 60 y 61 "Administrar el Pago la MLE-Gestionar y Controlar la Autorización de Pago Prestadores MLE/Gestionar y Apoyar a Clientes":

El pago MLE es diario, prestadores mandan sobre al Banco BBVA. Diariamente llega un archivo que se revisa y se manda a pago Luego el Banco BBVA deposita el pago en cuenta corriente o vale vista. En total son 6 días. Para bono electrónico 3 días.

Las diferencias que se dan principalmente en la gestión MAI privada y MLE son quien compra. También MLE debe estar inscrito en FONASA y el paciente dice donde se quiere atender, en cambio, MAI privada es la red quien está comprando. En MLE el departamento de CC revisa los programas (Control de Prestaciones), y en ámbito de red de compras, es la misma red.

- Diagrama 82 "Analizar y controlar Financiera y Presupuestariamente al FONASA":

Se hace al menos al cierre, día 8 del mes siguiente, además de un informe previo para ver cómo vas a hacer la solicitud de caja, y un informe a fin de mes. Los pagos centralizados son el 25.

- Diagrama N "Analizar y monitorear Financiera y Presupuestariamente":

Se hace casi todos los días, analizando el nivel de la deuda y gasto. Hay 6 profesionales que están como contraparte directo de los Servicios (por zona, 3).

- Diagrama 119 Pago de facturas (Chile paga en 30 días):

Los tiempos de los procesos están establecidos por resolución, y según el requerimiento si lo analiza o no Programación Financiera, por ejemplo pagos de sala cunas no le corresponde. Además la coordinación va por las Jefas de sección.

3. Información adicional:

- ¿Cuánto tiempo se demora y en qué periodo se realiza el proceso para generar el presupuesto institucional?

Para generar el presupuesto institucional se parte en Mayo, aunque en rigor en julio los proyectos se presentan a DIPRES. La Ley de Presupuesto debe estar aprobada a más tardar en 30 de noviembre, y divulgada 1 de diciembre.

3. MINUTA DEPARTAMENTO AUDITORÍA INTERNA

Departamento: Auditoría Interna

Asistentes

- Isabel Rodríguez
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 10-dic-2012

Hora inicio: 11:00

Hora término: 12:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Auditoría Interna es un Departamento de Steffi dentro de FONASA, que depende directamente del Director. Su principal objetivo es velar por el cumplimiento de la Normativa y los procedimientos internos, leyes y probidad. Sus principales procesos son programación, ejecución y seguimiento de auditoría. Se auditan principalmente procesos internos, leyes, buen uso financiero y económico de los recursos, y la probidad administrativa. Con Contraloría participan en las respuestas que se dan, y hacen seguimiento de los acuerdos con ellos. Asimismo, se audita el cumplimiento de contratos con los Servicios de Salud en las transferencias que se deben realizar. Por otra parte, la planificación incorpora las observaciones de contraloría (en cuanto a seguimiento), pero se define según la matriz de riesgo. El Consejo de Auditoría tiene definido algunas auditorías recurrentes. El Jefe de Auditoría participa en la creación de la matriz de riesgos.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos son todas las unidades y los externos son la Contraloría, Consejo de Auditoría y Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?:

Las cargas de trabajo son asignadas por el Jefe de Auditoría, y existen 5 auditores internos, siendo 6 para el próximo año, la Jefa y una secretaria. Auditoría solo está a nivel central, por lo cual se deben hacer visitas a los centros regionales y Fiscalía tiene abogados en regiones.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Funcionan con un indicador interno MEG de cumplimiento de los compromisos por parte de los auditados (comprometido v/s realizado de los auditados). Todos los hallazgos tienen un compromiso relacionado. Los compromisos los define el auditado y Auditoría Interna los revisa.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Antes la mayor preocupación era relacionada con la gestión, hoy es el tema financiero. El foco externo es de cumplimiento de compromisos y el interno es por el cumplimiento del plan. Con respecto a los indicadores, antes existía un indicador para velar por el cumplimiento del plan, actualmente ya no está, sin embargo de igual manera se tiene que reportar todo al Consejo de Auditoría, es decir, se informa el plan, lo que se hizo y se envía el plan para el próximo año, entre otras.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

El Jefe de Auditoría participa en la creación de la matriz de riesgos. Todos los años hacen una auditoría a la matriz de riesgos, sobre todo a la gestión de riesgos en un tema metodológico, revisar la validez de los controles y riesgos. Se auditan los riesgos más críticos y estratégicos, además Auditoría participa en las reuniones de los 20 riesgos top. En la auditoría basada en riesgos, el riesgo viene de la matriz, en cambio las tradicionales son las típicas como cumplimiento de Ley de Transparencia, auditar Balance de Bienestar, es decir, durante la auditoría identifica los riesgos. En cuanto a los formatos la diferencia es la misma, es decir, que uno tiene identificado el riesgo, y el otro (tradicional), no. El plan es único y los programas son los específicos. El documento técnico n°25 es una guía para hacer informes de auditoría (un formato de informe).

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 8 "Evaluar antecedentes" y 9 "Generar plan anual de auditoría":

En el Diagrama 8 y 9 existen auditorías planificadas y no planificadas. La idea es que lo no planificado no supere el 30%. Las no planificadas solo ven cumplimientos. Ahora se ve el porcentaje de cumplimiento interno como el porcentaje de cumplimiento de los compromisos, y también el % de cumplimiento del plan. De forma externa se analiza un indicador MEG de cuantos compromisos efectivamente se realizaron de acuerdo al programa de seguimiento. En las auditorías no planificadas no se lleva control e indicadores sobre eso y todo se incorpora en los seguimientos.

En Diciembre de cada año se define la planificación y los primeros días de enero se manda al Consejo de Auditoría. Cuando existía un indicador PMG relacionado, el 31 de diciembre se debía enviar todo, por lo que las personas ya se acostumbraron a enviar la información en la fecha y a tiempo.

- Diagrama 10 "Programas auditorías" y 11 "Realizar auditorías":

En cuanto al diagrama 10 y 11, las auditorías que se hacen afuera duran 10 días y luego 6 días para hacer el informe. Las auditorías internas se planifican según estimaciones de horas hombre. Las auditorías de nivel central son según el alcance, pero generalmente duran entre 10 a 15 días hábiles. El proceso de auditoría fue certificado por la Norma ISO 9001 cuando era PMG. Ahora siguen haciendo los mismos procesos pero no se exige tener la certificación.

- Diagrama 12 "Planificar seguimiento" y 13 "Ejecutar seguimiento":

En el diagrama 12 y 13 los informes de seguimientos se mandan al Director y a todas las jefaturas involucradas.

4. MINUTA SUBDEPARTAMENTO RECAUDACIÓN Y COBRANZA

Departamento: Finanzas

Asistentes:

- Francisco Bravo
- Carmen Postius
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 11-dic-2012 pendiente

Hora inicio: 9:00

Hora término: 11:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Recaudación y Cobranza es una unidad de FONASA que depende del Departamento de Finanzas. Sus principales procesos vienen dados por administrar la recaudación y cobranza de cotizaciones (40%). Los otros fondos vienen de aporte fiscal, recaudación directa por Previred, y recaudación indirecta del IPS (80%). Existe recaudación electrónica y manual (electrónica 90%). El Soporte tecnológico lo ve CONSORCIO (ORDEN, SONDA). Actualmente se hace casi todo manual.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos son Gestión de Clientes que con los datos de la Unidad generan el tramo de acreditación. Los externos es la Superintendencia de Salud, por las solicitudes ciudadanas.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación de la unidad es de 14 personas (todas tienen contraparte), existiendo 2 en proceso de recaudación, 1 en condonación MAI, 1 en condonación GES, 2 en Préstamos Médicos, principalmente.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Tienen un indicador MEG y un H. La unidad viene arrastrando indicadores, sin evaluar su pertinencia actual. La calidad se mide con volumen de actividad (indicador interno).

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 42 "Cobranza Copago GES":

Recaudar Copago GES ahora se puso al día la cobranza desde el 2008. Hay una empresa atrás que apoya todo esto, que es MEDICAL TRENDS.

- Diagrama 43 "Recaudar Copago MAI":

No se encuentra levantado.

- Diagrama 44 "Gestionar Préstamos Médicos":

Los PM han bajado por ingreso AUGE. La cantidad es muy baja, pero hay que responder por ellos. Antes no había gestión en lo que es la cartera de PM (gente fallecida, gente que no se le había cobrado). Los PM son un subsidio encubierto.

- Diagrama 51 "Devolver Cotizaciones de Salud Pagadas en excesos":

Los tiempos antes eran de 6 meses a 1 año. Ahora son entre 60 días y 90 días.

- Diagrama 56 "Regularizar Cotizaciones Mal Enteradas en ISAPRES":

Antes se recuperaban 600 millones ahora 3000, y además la plata se quedaba en la ISAPRES.

- Diagrama RC1 "Controlar de Cobranza Judicial efectuada por IPS (no se encuentra levantado)":

Recaudación solo genera el control de cuánta plata se ha recuperado, el proceso lo lleva el IPS. Antes la BD de beneficiarios alimentaba la acreditación, ahora la de cotizaciones (antes no había completitud de datos).

- Diagrama RC2 "Controlar cartera morosa de cotizaciones (no se encuentra levantado)":

En el diagrama RC2 el IPS tiene el convenio con PREVIRED para recaudación, no con FONASA.

3. Información adicional:

- *La Unidad con cada convenio se tiene un presupuesto definido, además es una unidad transversal. Con fiscalización de cotizaciones lo proveen de información, hay relación con control y calidad en cuanto a las multas que se cobran, entre otros.*
- *La Unidad actualmente está preocupada de las interacciones entre la gente, es decir, que la gente vea como lo de uno afecta al otro.*

5. MINUTA SUBDEPARTAMENTO FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES

Departamento: Finanzas

Asistentes:

- Denise Mejías
- Carmen Postius
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 12-dic-2012

Hora inicio: 9:30

Hora término: 10:30

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Es una unidad de FONASA que se encuentra dentro del Departamento de Finanzas y cuyo principal objetivo es reducir evasión (antes existía un indicador de nivel de evasión que iba en contra de los objetivos de la unidad, y otro de recaudación que no tenía que ver con lo que hacen, según la opinión de la unidad). Para el caso de las ISAPRES no necesitan fiscalizar.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos son Operaciones (revisar reclamos y metas), Recaudación (pero también se requiere mucho de Recaudación), asegurados (Gestión de Clientes), pero el principal es Recaudación. Su principal socio es el IPS pues le compran sus servicios. Los clientes externos son los asegurados y empleadores. Fiscalizan a trabajadores a través de los empleadores.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

Hace 2 años se aumentó al doble la dotación por la importancia que se le empezó a dar a la fiscalización.

Las cargas de trabajo son según el plan. Cuando son trabajos en terreno se focaliza por un tema territorial y los reclamos se entregan a todos. Que la fiscalización sea presencial depende de la efectividad (por ejemplo el caso de los temporeros es en terreno, ya que trabajan juntos, y principalmente en verano). Muchas veces cuesta mucho identificar la información, domicilio u otros. Hay veces que se va una vez, y de ahí se cita.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Tienen un PMG de descentralización (hace 2 o 3 años) y una meta MEG (del año pasado) que mide la efectividad de la educación y capacitación que se da a empleadores. Anteriormente había otro MEG de capacitación.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Desde este año cada zona hizo su propio plan para el 2013 (alrededor de un 30% del plan), para poder focalizarlo a las necesidades de cada zona. Hace años era todo manual, la información estaba incorrecta y desactualizada. Ahora la base del IPS está en línea y actualizada.

Lo que aún falta por mejorar es el hecho de relacionarse con los otros sistemas, y que conversen correctamente.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

No existe un riesgo top 20. Los principales riesgos de la unidad son la disponibilidad de buenas bases de datos, y de manera oportuna (depende mucho del IPS), también sistemas de información internos donde se recoge toda la información (a veces no funciona). No existe un riesgo dentro del top 20.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 64 "Plan de Fiscalización de Cotizaciones":

En octubre se juntan a revisar objetivos, metas del año anterior y se hacen proposiciones. El 30 de noviembre se manda al jefe y se ven observaciones, y a fin de año deben estar formalizados. Ellos mandan informes trimestrales, pero les llegan mensuales. A parte ven el día a día.

- Diagrama 65, 66, 67 "Ejecutar la fiscalización de cotizaciones" "Determinar resultados de la fiscalización" "Resultado sin observaciones/con observaciones":

El informe de resultado formulario 16 se puede hacer en terreno o no, se demora cuando se tiene que hacer un acta, con plazos de entrega, una vez

al mes cerrado al mes con la producción. Los plazos para corregir las observaciones, afecta a la producción, siempre se tiene q trabajar con una semana de anticipación

- Diagrama 68, 69, 70 "Aplicación de Multas Administrativas" "Notificación de resolución de Multas Administrativas" "Seguimiento de Pago":

Los planes en terreno son los tradicionales en que se va una vez a terreno y los planes especiales es por un programa específico como lagunas previsionales o como una visita determinada a constructoras por un tema específico.

3. Información adicional:

- ¿Qué se fiscaliza de las cotizaciones?

Se fiscaliza que el descuento previsional esté de acuerdo con la Normativa vigente (personas naturales y jurídicas). Ahora con el cambio de Norma va a aumentar el universo (Independientes deben cotizar). Ya se empezaron a hacer capacitaciones en el tema, ya que hasta ahora a los independientes solo se les podía fiscalizar por el monto que cotizaba, que generalmente era el mínimo.

La fiscalización se focaliza por actividad económica, territorio, número de asegurados por empresa, y además hay un programa que ve laguna previsionales (se encuentra en PYMES). Las multas administrativas se pueden forzar cuando no se permite la fiscalización (por diversos motivos). Dado los programas de lagunas previsionales, este tema se disparó, ya que el programa manda una citación, no es con visita en terreno.

- *La cantidad de planes especiales como el caso de las lagunas previsionales son 100 al mes aproximadamente. Antes existía una producción de 21 empresas al mes. Además, antes había que ir 3 veces a terreno, ahora va la primera vez y se deja notificado inmediatamente, con lo cual la producción subió a 30. Se redujeron formularios, y se ingresaron al sistema, quedando disponibles cuando se necesiten. (TI dispuso una persona que trabajo con la unidad todo el año).*
- *Las metas internas van por producción, el 2011 se fiscalizaron 13000 (antes 4 mil), este año ya van 15000. Es decir, la meta es que dado el plan hay que hacer un cierto número de empresas.*
- *Lo principal es que se cuenta con todo el país con las 5 direcciones zonales y coordinan el trabajo a nivel de las zonas, las cuales tienen un plan anual de fiscalización que incluyen los objetivos institucionales y metas asociadas.*

Cada dirección zonal realizó un plan más especializado y realista en cada región, por temas geográficos y cantidad de dotación de personal, lo que anteriormente era a nivel más macro.

6. MINUTA DEPARTAMENTO CONTROL Y CALIDAD DE PRESTACIONES

Departamento: Control y Calidad de Prestaciones

Asistentes:

- Gladys Olmos
- Marcela Camerati
- Fabiola Rubio
- Carmen Postius
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 11-dic-2012

Hora inicio: 11:30

Hora término: 13:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Control y Calidad de Prestaciones es un Departamento de FONASA que posee las unidades de Fiscalización de Prestaciones, y Regulación y Calidad de Prestaciones. Su principal objetivo es cautelar que los beneficiarios reciban las prestaciones que corresponden, salvo licencias médicas que las analiza el COMPIN. Las funciones del departamento se reparten un 70% del tiempo en fiscalizar, y un 30 % en aspectos técnicos, ya sea convenios para la libre elección o visaciones técnicas. Cabe decir que la Acreditación exige su entrada en vigencia el próximo año, es decir, si el 2013 el prestador no está acreditado, no puede atender AUGE. El contexto está dado por calidad, oportunidad, acceso y financiación.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

El primer cliente interno es el Director Nacional. Luego Gestión de Clientes por las solicitudes ciudadanas escalables y ley de transparencia; Departamento de Comercialización por visación de convenios y fiscalización diálisis; Finanzas por pago rechazado a prestadores y multas de sanciones y Compañías de Seguro. Además con Planificación Institucional, específicamente Plan de Beneficios, por la comisión de arancel; con el área de Estudios; con GTI para el Sistema Corporativo Integral; y finalmente con las Sucursales.

Los clientes externos son el MINSAL, Parlamento, DIPRES, Superintendencia de Salud, Contraloría por fiscalizar SIG, CAIG, prestadores, Servicios de Salud, SEREMI, COMPIN, Ministerio Público, SUSESO, Tribunales, ISAPRES y todos los Seguros.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación es de 100 personas a nivel país, pero no son del centro de costos (pero son evaluados los 100 y asignados al centro de costos de Control y Calidad). Del centro de costos son 60. Además en cada región del país, el 80% son profesionales de salud y el 20% técnicos en salud y administrativos. La carga laboral se mide según producción, es decir, los 67mil significa 24mil procesos de fiscalización, 3 mil reclamos, 4 mil convenios. Un fiscalizador hace todo el proceso.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Actualmente el centro tiene 100% de garantías de oportunidad cumplidas, y se fiscalizan a 67.000 personas naturales y jurídicas, que sus prestaciones estén bien dadas (85%).

Los indicadores son un MEG que es visación de convenios, un H de fiscalizaciones MLE (los 67.500), y otro de AUGÉ que es cumplir con garantías. También tienen el PMG de descentralización, que no se sabe si va a seguir el próximo año.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Se está buscando renquear los prestadores en cuanto a la calidad que percibe el usuario, no solo considerar garantías de calidad. El proyecto debería tener 3 lógicas, la legal como garantía, la calidad técnica, y calidad desde la perspectiva del asegurado.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

Con respecto a los riesgos inherente de la Unidad dentro de los top 20 de la Institución como input para el plan de tratamiento para el segundo semestre del 2012, se encuentra la deficiencia en los mecanismos de control de la recaudación que realizan las sucursales. Asimismo, a nivel de Subdepartamento el proceso para realizar el análisis financiero contable y la conciliación de la recaudación, a través de recopilación y cruce de información interna y externa de la institución, para obtener la cuadratura presupuestaria, tiene un riesgo asociado a la falta de conciliación bancaria automatizada, lo que provoca lentitud y control a destiempo de la recaudación BAS MLE. Por otra parte, se pueden estandarizar solos los planes tradicionales, no los por excepción. En cuanto a los riesgos en los

PAE (emergencia) hoy día no hay riesgo. Si la comisión funciona bien, no hay problema, sino hay que hablar y tratar con expertos sin saber bien del tema. A veces la BD de prestadores está desactualizada (por ejemplo domicilios) lo que no permite ubicar a prestadores, pero este riesgo está empezando a desaparecer dado que el CSI está trabajando en eso.

2. Preguntas específicas:

En la entrevista en terreno no se alcanzó por tiempo revisar las consideraciones específicas de cada diagrama, por lo que no se pudo validar.

3. Información adicional:

- *Los reclamos de MLE y de emergencia son de la Unidad, pero al estar todo relacionado con prestaciones y prestadores, muchas veces se les asignan tareas que no corresponden, esto según la propia Unidad.*
- *La Superintendencia "copia" los modelos de fiscalización de la Unidad, debería fiscalizar al seguro, es decir, terminan fiscalizando lo mismo. La gran diferencia es que la Superintendencia está sobre FONASA, e independiente de la calidad de la fiscalización, se le da la razón a la Superintendencia, el 98% de los juicios arbitrales los pierde el Departamento.*
- *La mayor cantidad de reclamos son asociados a emergencia, con respecto a la gente que está en riesgo vital o con riesgo de secuela funcional grave, y merece una mayor cobertura. Los reclamos son porque el prestador no lo certificó, es decir, no dijo que era emergencia, son 2.500 reclamos aproximadamente.*
- *El resultado de la fiscalización varía según MAI o MLE: en MAI no se puede desvincular al prestador, y en MLE sí; cobros malos de MAI los tiene que devolver el prestador, en cambio, MLE se multa, se devuelven, y se puede prescindir.*

7. MINUTA SUBDEPARTAMENTO CONTABILIDAD Y TESORERÍA

Departamento: Finanzas

Asistentes:

- Jorge Aguilera
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 12-dic-2012

Hora inicio: 15:30

Hora término: 16:30

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Contabilidad y Tesorería es una Unidad de FONASA que depende del Departamento de Finanzas. Sus principales objetivos son adecuarse a las Normas contables que dice la Contraloría de la República y registrar todos los hechos económicos como pagar a prestadores y pagar gastos generales. Procesan documentación para compras y egresos, e información para pagos transferencias a servicios, pago a prestadores privados MLE, pago a proveedores, pago subsidios como SIL.

Contabilidad y Tesorería tiene la subdivisión de presupuesto en CASA e institucional (como se asignan las platas, es decir, cada uno tiene asignado un presupuesto).

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Su principal Cliente externo es el BBVA, y los internos son todas las unidades.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

Dentro de la Unidad son 21 personas, uno que paga MLE, otro contabilización de remuneraciones, otro de facturas (revisarlas), entre otros. La carga se asigna por personas encargadas de temas, se realiza el tema, y existen contrapartes en las zonas.

- d) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

La Licitación de sistemas no va a significar un gran cambio para el Subdepartamento, puesto que trabajan en el último eslabón; el pago y la información para este caso ya vienen preparados.

- e) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

Los principales riesgos vienen dados por pagar cosas que no corresponde o imputarlas mal. Para el pago a prestadores existe una metodología que el pago se hace antes de 7 días. Con los pagos solo ha habido problemas con los temas de autorización de pago.

Todos los procedimientos están con resolución (o alguna autorización). No se puede pagar más allá de 30 días.

2. Preguntas específicas:

En la entrevista en terreno existían preguntas específicas de los diagramas, no obstante por tiempo no se pudo realizar las preguntas. Sin embargo, la Jefatura validó los diagramas levantados por procesos a cargo de Roderick Astorga.

3. Información adicional:

- *Existe de manera centralizada un Sistema de Control Interno y la rendición de cuentas. Se descentralizan cajas chicas y diálisis. Para el Control Interno a nivel nacional, inicialmente se tenían Direcciones Regionales, pero para dar uniformidad a FONASA faltaba mayor centralización. Se han ido delegando responsabilidades y por eso se ha ido tomando la descentralización de a poco.*
- *Las fechas de pago están normalizadas. En las Direcciones Zonales el principal problema es con los ingresos de copagos por venta de bonos (BAS). Los copagos GES están externalizados, al igual que los por Prestamos Médicos.*
- *El principal producto de la Unidad es la ejecución presupuestaria, y el objetivo es no sobre ejecutarse. Esto lo ve Presupuesto, que está en Programación Financiera. Para la ejecución del presupuesto se lleva un control mensual. El Presupuesto interno son 5 mil millones. El pago a prestadores le corresponde a Tesorería.*

8. MINUTA DEPARTAMENTO MARKETING

Departamento: Marketing

Asistentes:

- Roxana Muñoz
- Carmen Postius
- Paola Tapia
- Andrés Labarca
- Verónica Loyola

Fecha: 17 de Diciembre

Hora inicio: 10:30

Hora término: 11:30

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones).

Marketing es un área de staff dentro de FONASA. Existe un área de Comunicaciones y la de Marketing que son independientes.

Todas las cosas nuevas de FONASA se respaldan con material gráfico para comunicarlo. Dentro del modelo de negocio está el transformarse en orientadores de salud, que va ligado a fortalecer el módulo de acreditación (responder a cualquier requerimiento del usuario), y usar cada vez menos el de caja (lograr que casi todos los prestadores tengan bono electrónico).

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Sus principales clientes externos son la población asegurada.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación de personal viene dada por 4 profesionales, un técnico y un administrativo. Para campañas se contratan a agencias, para estudios empresas de investigación de mercado, para temas de imagen a las empresas del convenio. El tema de la campaña este año ha sido fin de lista de espera AUGE.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

En cuanto a los indicadores, existen 2 indicadores H, así como Indicadores internos relacionados con la imagen. Además hay varios compromisos como el de género. Se va a evaluar cómo se llega a los asegurados (que decir, como decirlo).

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Los principales cambios en los últimos años son de diversa índole. En términos de imagen Marketing nunca había tenido voz, pero del 2010 cualquier cosa de imagen corporativa debe ser validada por ellos. Actualmente existe mucha coordinación con las Direcciones Zonales. También existía un manual de imagen pero no se usaba. Un proyecto 2013 es lograr que arancel converse con prestadores.

Gracias al SCI se espera que en el proceso de acreditación el riesgo de falsos indigentes desaparecerá, existirá mayor presencia comunicacional y se automatizarán muchos trámites.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

Marketing no tiene riesgos en el top 20. Este año hubo un plan de tratamiento para que se desplegara la misma información en todos los canales. Se está trabajando con Control y Comercialización para hacer un triángulo en cuanto a prestadores (como se están comportando).

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 14 "Establecer Estrategia Comunicacional":

El call center tiene sus KPI por contrato y en cuanto a los usuarios. Además es bien evaluado al igual que la red de sucursales. Lo peor evaluado son los tiempos de espera. De aquí nace el gestor de filas.

El Lineamiento actual de comunicación y de imagen es explicitar y profundizar las grandes líneas de trabajo para que la gente sepa sus derechos, y ser orientadores de salud.

- Diagrama 21 "Desarrollar la Marca y Homogenización de Imagen Corporativa, Diseño de Soportes y Servicios":

Existe el indicador de imagen nombrado anteriormente así como encuestas.

- Diagrama 24 "Desarrollar y Ejecutar Estudios de Investigación de Mercado":

Existen distintos resultados de los estudios según las características de dicho estudio (satisfacción del usuario está en todos). Del 2010 a la fecha han trabajado con ADIMARK.

- Diagrama 89 "Gestión Portal Web Institucional":

No existe un indicador de visitas al portal. El portal lleva 1 año (la herramienta es Google Analytics), se están recién viendo la implementación de KPI. Hay aproximadamente 250 mil usuarios entre prestadores, asegurados (180mil). Antes era 1 millón pero se bajó por temas de seguridad.

- Diagrama 90 "Ejecutar el Programa de Difusión":

Los programas de difusión no tienen un indicador específico, pero si se ve la difusión a todo el país según distribución de población.

3. Información adicional:

- *Una vez al mes llega un informe consolidado de Gestión de Clientes donde aparecen las solicitudes más recurrentes (nuevo insumo). La idea actual es focalizar información mediante el Sistema Gestor de filas, llamado total pack.*
- *Marketing determina requerimientos técnicos de la Sucursal, y Administración se encarga de comprar y de la relación con proveedores.*

9. MINUTA SUBDEPARTAMENTO GESTIÓN DE CLIENTES

Departamento: Operaciones

Asistentes:

Alexander Koning

Carmen Postius

Paola Tapia

Andrés Labarca

Fecha: 08-dic-2012

Hora inicio: 10:00

Hora término: 11:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

GC se desprende de operaciones, y ven 5 tareas: Gestión de Clientes es una Unidad de FONASA que se encuentra en el Departamento de Operaciones. Ve principalmente 5 tareas: canales, acreditación, gestión de sucursales, solicitudes ciudadanas, y entidades delegadas (todas las instituciones que venden bonos de FONASA). Gestionan las sucursales en términos administrativos, entrega de información, procedimientos y operación de la sucursal (se contactan con jefe de sucursales). Las solicitudes ciudadanas las ven a través de página web, call center, y tienen un especialista en ley de transparencia y un área que ve todos los reclamos del AUGE. (15 días para presentar el reclamo el beneficiario). Por último hay un área de proyectos (la misma de EEDD).

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos de la Unidad son los Jefes de sucursales, ya que todo el resto de las áreas son proveedoras de ellos, es decir, Administración, Finanzas, Contabilidad, TI, Control de Gestión (por PPV). El cliente externo es el asegurado. Proveedores externos son el MINSAL por programa Price, el SII, IPS, y algún otro en temas de acreditación.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación es de 48 personas, además 180 ejecutivos y 30 jefes de sucursales dependen de ellos.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Gestión de Clientes tiene indicadores H, PMG y MEG. Un problema siempre han sido los tiempos de espera por lo que ahora se está implementando Total Pack, que es un gestor de turno, para poder solucionarlos (hasta ahora en 46 sucursales). Se fijó la meta de 85-10 (85% clientes esperen menos de 10 minutos), y luego de 3 meses ya van sobre 90%. Además ha disminuido la cantidad de reclamos. Se está viendo todo el tema de indicadores mediante causa efecto (en proceso).

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

El SCI que los ayuda a tener una sola base de datos, no hartas que alimenten una. También se está categorizando el modelo de atención a las distintas sucursales, las funciones, y protocolos mínimos para atender, las que van a partir con actitud y presencia personal.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional:

La unidad tienen varios riesgos dentro del Top 20, en cuanto a BD, solicitudes ciudadanas y seguridad de la información (para caídas del sistema, y contingencias).

2. Preguntas específicas:

En la entrevista en terreno existían preguntas específicas de los diagramas, sin embargo por tiempo no se pudo realizarlas.

3. Información adicional:

- *Este año se inventó un Sistema para hacer cruces con otros Sistemas como con el Ministerio de Educación y el Registro Civil. También se modificó el acreditador, y mediante el RUT se pregunta si es carente o no de recursos. El Jefe de la Unidad descarga toda la información a las Direcciones Zonales como lineamientos. En cada Dirección Zonal hay un encargado de Operaciones.*
- *Actualmente el Control a Entidades Delegadas está siendo más sencillo, esto dado que el proceso de compra de bonos ha cambiado. Antes eran triplicados, y se pareaba el pre folio con el bono impreso, en cambio ahora, apareció el bono electrónico y no es necesario tenerlo pre impreso, y el que pone la huella es el titular. Además un tercero puede comprar a nombre de otra persona, y queda registrado el prestador, médico tratante, el que*

compra y el que atiende. La otra forma para controlarlas es una pauta de fiscalización respecto de la calidad de la atención (dentro de contrato, a parte del resto de las cláusulas que se ponen). También existe un control de los depósitos que las entidades reciben.

- *Las capacitaciones se van haciendo según lo que surge, no son planificadas.*
- *Existe un Sistema de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, donde a la información se le hace seguimiento y monitoreo, luego se genera un informe todos los meses, y se lleva un control diario. Cada Departamento gestiona su reclamo y lo cierra en el sistema. Además existe un algoritmo que sirve para ver si la persona es o no carente. Puede ser una persona o un grupo pero no necesariamente sanguíneo.*
- *Los profesionales de participación ciudadana son un equipo que tiene un plan anual que depende de un PMG. El plan es dar información de FONASA a lugares alejados.*

10. MINUTA SUBDEPARTAMENTO TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y PROCESOS

Departamento: Tecnologías de Información y Procesos

Asistentes:

Álvaro Flores

Carmen Postius

Paola Tapia

Andrés Labarca

Fecha: 18 de Diciembre

Hora inicio: 12:00

Hora término: 13:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área):

Tecnología de Información y Procesos es un Departamento de FONASA que cuenta con Subdepartamento de Tecnología e Información. Los procesos están dentro de 4 ámbitos: Unidad de Procesos, gestión por procesos, que ve especificación y catálogo de procesos para identificar mejoras; continuidad operativa para la gestión de niveles de servicio con proveedores; PMO que ve cartera de proyectos y mejoras; y gestión de información.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?:

Los principales clientes internos son todas las Unidades, y externos Red de Salud Pública, ya sea Hospitales y APS. Otro cliente externo son los prestadores privados. Los convenios son principalmente con instituciones del estado, ya sea MIDEPLAN o Educación. Con Control de Gestión se estudian los compromisos de gestión.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación permanente son 20 personas.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Tienen indicadores MEG (uno de SCI, otro de tasa de crecimiento servicios electrónicos y PMG de seguridad) y un H. Además tienen indicadores internos de ellos por cada Unidad. Los procesos están categorizados por madurez, y a principio de año se establecen cuáles van a subir de nivel, y

los que llegan a nivel superior pasan a nivel de control a través de BPM. El gran desafío es hacer los procesos más integrados no fragmentados.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Rehicieron toda la malla de procesos desde el año 2011, existe una malla en curso que no es la formal que parte el 2013. La idea es pensar el rol de TIP y verlo para procesos, ya que casi todas las TI están externalizadas. El foco actual es pesquisar donde sacar cosas, y ver donde hay posibilidad de mejoras. Todo esto lleva a Riesgos por el cambio cultural.

En SCI son 10 procesos: acreditación, recaudación de cotizaciones, presta, prestadores, administración de sucursales, cuentas consolidadas, fiscalización de cotizaciones, entre otros.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

Los Principales riesgos de TIP y de FONASA en que puede intervenir TIP son: en SCI que las entidades externas se acojan a los formatos definidos, puesto que si no cumple con el estándar, la información no se va a cargar; con respecto a la continuidad operativa, un plan de contingencia; en procesos, lo levantado que se use; y en PMO, la incapacidad que la institución se ordene con la peticiones.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 144 "Gestión de SLA":

Lo principal es la mesa de ayuda.

- Diagrama 146 "Gestión y Control de Sistemas en Producción":

La derivación está establecida por protocolo

- Diagrama 157 "Actualizar Arancel MLE y MAI":

Existen diferencias a la hora de actualizar MLE y MAI.

- Diagrama 160 "Ejecutar y Cumplir con Requisitos de Transparencia":

Tienen a su cargo la transparencia pasiva.

- Diagrama 167 "Gestionar Procesos Institucionales":

Dentro del proceso de la matriz de riesgo se plantea la matriz de riesgo al encargado de la Unidad, se hace el levantamiento de procesos, se ven mejoras, y se le intenta hablar de los cambios que vienen. Es decir, hay un levantamiento con responsables de procesos, luego se entrega a un Comité pequeño y se hace un primer barrido de los riesgos y se establecen focos, luego un segundo barrido, y se lleva al Comité de Riesgo. Se intenta establecer un Comité de Proyectos, ya que la cartera de proyectos no se maneja de forma institucional sino muy puntual. Dentro de este punto es que nace un gran problema: no tienen mediciones exactas, no se asumen riesgos, lo que sirve finalmente es ver los requerimientos de usuarios y de ahí identificar riesgos.

Uno de los grandes problemas son las caídas de sistema que va por la dependencia a TI, existen pocos planes de contingencias. Lo primero que se hace es apretar al proveedor, luego multas, y ahora se está buscando que los proveedores sean proactivos. Lo otro es terminar el contrato. Para prevenir se usa la mesa de ayuda, se reciben ticket, se resuelve la gestión de incidencias, pero para la gestión del problema es un poco más complejo. Cuando se requiere la PMO se levanta un proyecto.

- En la entrevista en terreno existían preguntas específicas adicionales de los diagramas, sin embargo por tiempo no se pudo realizarlas.

3. Información adicional:

- *La mesa de ayuda es externa y atiende a usuarios del sistema, no a asegurados los que recurren al call center.*
- *Ha costado mucho con los usuarios definir indicadores. Se está pensando en hacer tableros en las unidades.*

11. MINUTA SUBDEPARTAMENTO PLAN DE BENEFICIOS

Departamento: Planificación Institucional

Asistentes:

- Verónica Veloz
- Robinson Sanhuesa
- Patricio Saravia
- Carmen Postius
- Paola Tapia

Fecha: 13-dic-2012

Hora inicio: 11:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Plan de Beneficios es una Unidad que nace del Departamento de Planificación Institucional, y cuyos principales procesos son diseñar y evaluar el plan de beneficios, incorporar y valorizar prestaciones y copagos, además de valorizar productos AUGE a partir de las prioridades sanitarias. En los años anteriores Plan de Beneficios participaba activamente en decidir que prestación se incorporaría al AUGE, lo cual ha ido disminuyendo. En definitiva el producto es valorizar el paquete de prestaciones y determinar la protección financiera del beneficiario mediante el copago.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos de Plan de Beneficios son Comercialización por PPV y MLE, Control y Calidad, Gestión de Clientes, Marketing, el Director de FONASA. En cuanto a los proveedores internos se destaca Comercialización para hacer el PPV, las Direcciones Zonales, Control y Calidad, entre otros departamentos de la institución. Por el lado clientes externos están el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, la Superintendencia de Salud, y la DIPRES, y entre los proveedores externos se encuentran técnicos y sociedades científicas.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación de personal de la Unidad es de 8 personas y no existe un plan de horas hombre por proyectos.

- d) Indicadores actuales y anteriores, ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Los principales indicadores vienen dados por respuesta a los reclamos (indicador interno cuya meta es contestar el 100% en 10 días); un indicador H de arancel de PPV para nuevas prestaciones y así mejorar la oferta y cobertura; 2 indicadores PMG, uno de tasa de crecimiento promedio de prestaciones, y otro para incorporar al arancel hidrocele y cáncer ovario mayores de 15 años. Cabe decir que no hay un indicador de descentralización, pero que si tienen incorporada una revisión de prestaciones en MLE y de los 7 PAD.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

Durante los últimos años han ocurrido algunos cambios, por ejemplo el hecho de que la Unidad hasta fines del 2010 dependía de DECOM, y ahora del Director de FONASA. También PPV era más integrado con DECOM, y veían más AUGÉ y elaboración de canastas para ser incorporadas al PPV. Por otro lado con el SCI el proceso como tal no cambiará.

El problema más grave que enfrentan es la oportunidad en que les entregan las definiciones. Además falta control sobre el arancel y el día q entra en vigencia, ya que aparece con errores y muchas veces estos errores son de la empresa q cargo el arancel. Por último les ayudaría mucho contar con una gestión documental así como un control de la trazabilidad.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos institucional.

En cuanto a la matriz de riesgos, los principales riesgos de la Unidad son la deficiencia en el estudio de la comisión arancel, y la elaboración del decreto AUGÉ.

2. Preguntas específicas:

En la entrevista en terreno existían preguntas específicas de los diagramas, sin embargo por tiempo no se pudo realizarlas. No obstante la Jefatura validó los diagramas.

3. Información adicional:

- *El presupuesto MLE es anual y vence julio y agosto, y el presupuesto de GES también es anual y DIPRES impone fechas finales, aunque coincide con el ciclo presupuestario.*

- *El MINSAL toma la inscripción per cápita para asignar un presupuesto basal. Este tema debe ser bien controlado ya que una persona independiente de la zona donde viva, puede alguna vez atenderse en otra localidad (por ejemplo por vacaciones), y quedar registrado en dicha localidad. La idea es separar las poblaciones según una estimación. El proceso comienza cuando las personas se inscriben en un centro de APS, con el documento de acreditación y se realiza una ficha. Para el mecanismo de pago se hacen 2 cortes al año con una lógica exploratoria y se corre un proceso de validación y certificación. El proceso definitivo se corre a fines de 30 septiembre, se valida la carga y una vez finalizado se disponen los resultados a las comunas.*

12. MINUTA SUBDEPARTAMENTO GESTIÓN COMERCIAL PÚBLICA Y PRIVADA

Departamento: Gestión Comercial Pública y Privada

Asistentes:

- Soledad Mena
- Rolando Leyton
- Paquita Azocar
- Carmen Postius
- Liliana Neriz
- Paola Tapia

Fecha: 14 – ene - 2013

Hora inicio: 11:00

Hora término: 12:00

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Comercialización es un Departamento que depende directamente del Director, el cual se divide por el Subdepartamento de Gestión Comercial Pública y Gestión Comercial Privada. El principal objetivo de Gestión Comercial Pública es gestionar la oferta pública, gestionar el pago de convenios DFL 36 (Coaniquem, Teletón, Conin y DIRECSAN) y carga viral. Asimismo, los objetivos de Gestión Comercial Privada son: gestionar la oferta privada, formalización de los convenios con privados, revisión facturación de privados en convenio MAI y GES, y las atenciones asociadas a bono AUGÉ.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Gestión Comercial Pública: los principales clientes internos son las Unidades de Finanzas, Estudios, Marketing y Relaciones Institucionales; y los clientes externos son los Servicios de Salud de todo el país.

Gestión Comercial Privada: los principales clientes internos son las Unidades de Estudios, Marketing y Relaciones Institucionales; y los clientes externos son los Prestadores Privados.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La carga de trabajo es asignada de acuerdo a las contingencias, sin embargo existen grupos de trabajo establecidos por funciones o temas específicos, por ejemplo en Gestión Comercial Público, existe un equipo GES y otro Diálisis. En Gestión Comercial Pública existen 5 funcionarios y 1

secretaria. Por el contrario, en Gestión Comercial Privada son 15 funcionarios y 1 secretaria.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

*Gestión Comercial Público: posee un indicador H de la gestión de convenios.
Gestión Comercial Privada: posee 2 indicadores MEG relacionados con la disponibilidad de oferta de prestaciones de salud y para asegurar la disponibilidad de recursos mensuales para PPV.*

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

En el año 2011 el Departamento de Comercialización deja de tener la función de situar los productos como oferta pública, mediante la gestión de la intermediación de compras con los prestadores; transfiriéndose esta responsabilidad a Planificación Institucional.

Asimismo, el mayor cambio ha sido la incorporación de la libre elección, la compra centralizada de camas, el bono AUGÉ a privados y el aumento de los PPV.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos Institucional.

El principal riesgo del Departamento tiene relación con las falencias del Sistema de Información, puesto que no permite una fluidez de los procesos de la Unidad y existe gran parte que se realiza de forma manual.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 33 y 34 "Gestionar la Compra Privada" "Formalización de Convenio con Privado":

Existe un indicador MEG asociado al aumento de la oferta privada con respecto al índice de contratos privados.

- Diagrama 36 "Administrar la Base de Prestadores MLE":

No existe una evaluación formal de los prestadores MLE, sin embargo este año 2013 en el SCI se categorizará al prestador y se incluirá en los convenios.

- Diagrama 37 "Gestión de carga de prestaciones en sistema de información público":

No existe algún indicador que monitoree la tasa de error de carga de prestaciones en el Sistema de información y actualmente se hace una carga en Excel. Se debe actualizar el diagrama.

- Diagrama 38 "Revisión facturación Prestadores Privados en Convenio MAI o GES":

En general el proceso de facturación es difícil puesto que depende de que el prestador envíe las facturas, por ejemplo los prestadores AUGÉ se demoran y los prestadores de Diálisis se demoran poco, por el alto costo.

- Diagrama 122 "Gestionar pago de los convenios DLF 36":

El monitoreo de la eficiencia y cumplimiento del proceso de acuerdo a los tiempos se controla mediante las exigencias legales.

- Diagrama 123 "Gestionar Pago de los exámenes de carga viral":

El monitoreo de la eficiencia y cumplimiento del proceso de acuerdo a los tiempos se controla mediante las exigencias legales, es parecido al convenio DFL 36, sin embargo no está establecido como PPV, pero está dentro de PPV asociado a FONASA.

- Diagrama 124 "Gestionar Oferta de Prestadores y Pago de Camas derivadas por la Unidad de gestión Centralizada de Camas (UGCC)":

La gestión es similar a Diálisis, la orden de compra la emite FONASA.

- Diagrama 125 "Gestionar Oferta de Prestadores, derivar a Asegurado y Pagar las Atenciones Asociadas a Bono AUGÉ o Reclamos con Designación de Segundo Prestador":

Solo se sabe las reclamaciones por segundo prestador, no del Universo que debiese reclamar.

3. Información adicional:

- Base de datos internas y externas utilizadas en el área.
- En general la gestión de la información se realiza en tablas Excel, base de datos de control interno y el uso del Sigges.

13. MINUTA SUBDEPARTAMENTO GESTIÓN DE PERSONAS

Departamento: Operaciones

Asistentes

- Mauricio Atenas
- Patricio Correa
- Gustavo Tapia
- Carmen Postius
- Paola Tapia

Fecha: 17 – ene - 2013

Hora inicio: 17:00

Hora término: 18:30

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Gestión de Personas es un Subdepartamento de Operaciones, en donde la Unidad gestiona el presupuesto de Recursos Humanos (ítem 21 y 22). Los Principales procesos tienen relación con la capacitación, reclutamiento y selección, seguimiento de EEDD y como función de soporte u apoyo al ciclo laboral de las personas. En la actualidad, la alineación con los objetivos estratégicos del periodo, tienen relación con el fortalecimiento de la atención al asegurado en los canales presenciales y la fiscalización de cotizaciones y prestadores.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos son todos los funcionarios de FONASA y las Jefaturas de las Unidades, pues son ellos quienes gestionan a su personal. Los clientes externos son el Servicios Civil, la Contraloría, el Sistema de Impuestos Internos y la DIPRES.

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación permanente de la Unidad son 29 en total y 14 son profesionales.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

La Unidad posee indicadores MEG de capacitación y seguridad por el nivel de accidentabilidad. Asimismo cuenta principalmente con indicadores internos que miden la tasa de ausentismo del personal, este énfasis es para gestionar dotaciones, por tema de productividad y atención al asegurado en canales presenciales. Asimismo, es importante mencionar que no se mide

en el plan de capacitación porque no están levantadas las competencias técnicas.

- e) Analizar cambios en los procesos durante los últimos años (ver si han existido mejoras, cambios en las funciones), así como los cambios que vendrán con el SCI.

A fines del 2009, comienza a cambiar la estructura organizacional se inició el proceso de estandarización de las funciones, puesto que se concluyó que existían muchas personas en el área de apoyo y baja dotación en el negocio, además que cada Dirección Zonal era la réplica de FONASA, por lo que la denominación de cargos se redujo en función del trabajo. En el 2011, primero se realizó un levantamiento de competencias conductuales, dando origen la malla de competencias técnicas de todos los perfiles de la Institución. A fines del 2011, culminó la homogeneización de la organización. Sin embargo, en la actualidad el proceso es mas protocolar, de acuerdo a los conocimientos técnicos generales, por lo que falta en los perfiles de cargo definición de conocimiento específicos.

El Sistema de Información que ocupa la Unidad es el SIRH que es ocupado en el Sector Salud y es independiente del SCI. Sin embargo de forma indirecta se verán afectados, puesto que se deberá abordar la gestión del cambio, por medio del entrenamiento y capacitaciones. GTI y la Unidad se coordinará con Adexus para ciertos programas pilotos de capacitación.

- f) Analizar la Matriz de Riesgo de la propia área, así como la relación con la Matriz de Riesgos Institucional.

El principal riesgo del Subdepartamento tiene relación con las falencias en la revisión de las referencias de los oferentes para la capacitaciones, pues solo se estimaba como valido lo expuesto por la empresa capacitadora y no se investiga la veracidad de la información. Asimismo, en Reclutamiento y Selección falta corroborar la documentación del reclutado y falta de monitoreo de las inhabilidades a través de las declaraciones juradas (aplicaciones de patrimonio) y situaciones especiales, pues si no es avisado por los propios funcionarios no se sabe, puesto que el Sistema de Información no permite una fluidez de los procesos de la Unidad y existe gran parte que se realiza de forma manual. Por otra parte, en el proceso de Evaluación del Desempeño existe un riesgo que la persona no sea evaluada, por estar ausente o por otros factores externos. Finalmente, la Unidad no tiene riesgo top 20.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 134 "Planificar Presupuestariamente los Recursos Humanos (RR.HH)":
FONASA cuenta con un bajo presupuesto para temas para poder evaluar el desarrollo de las personas, alrededor de 68 millones de pesos.
- Diagrama 135 "Determinar, actualizar y evaluar perfiles de competencia":
En la plataforma computacional todos los funcionarios pueden ver solo su perfil de cargo. Es importante destacar que con la centralización de la organización antes existía una relación de 3 personas por perfil.
- Diagrama 136 "Administrar de SIRH":
EL SIRH es el Sistemas de Información de Recursos Humanos utilizado en el Sector Salud.
- Diagrama 137 "Administrar Remuneraciones":
Junto con la estandarización de cargos se categorizaron las Sucursales, y de acuerdo a eso es el nivel de renta, este cambio se hizo para incentivar y dar movilidad a los ejecutivos y a las Direcciones Zonales hacia las Sucursales. Por ejemplo a nivel de Sucursales, se evalúa horas trabajadas promedio 2011
- Diagrama 138 "Gestionar Capacitación a funcionarios":
Se evalúa el PAC desde que se ingresó al PMG y con el proceso de centralización hubo un cambio, pues ya no existe comité bipartito.
- Diagrama RR "Gestionar la información del Personal":
No está se encuentra levantado.
- Diagrama 142 "Evaluación del Desempeño":
La nueva evaluación del desempeño la primera vez que se aplicó formal fue a fines de octubre 2011, por lo que se tuvo que cambiar el reglamento. Asimismo, esta nueva evaluación aplicó una escala de evaluación más realista, por ejemplo antes 172 personas obtuvieron el puntaje máximo y ahora solo 22. A nivel de las personas, se observó una buena recepción del instrumento.

4. Información adicional:

- *La Unidad realizó un estudio de dotaciones críticas lo que les permite gestionar mejor la dotación de FONASA. Asimismo, es importante mencionar que cada Jefatura en base a ciertos indicadores de productividad puede solicitar una dotación para su Unidad. Sin embargo, sólo los siguientes Subdepartamentos cuenta con análisis de productividad: Gestión de Clientes, Control de Gestión, Control y Calidad de Prestaciones y Fiscalización de Cotizaciones. Por lo que las demás Unidades, para aumentar su dotación deben presentar una descripción de funciones desempeño.*
- *Los principales cambios en la Unidad son la automatización de algunos procesos, como por ejemplo: las planillas de liquidaciones de forma digital para los funcionarios.*

14. MINUTA SUBDEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN

Departamento: Planificación Institucional

Asistentes:

- Noemí Egaña
- Liliana Neriz
- Paola Tapia
- Andrés Labarca

Fecha: 06-dic-2012

Hora inicio: 09:00

Hora término: 10:30

1. Preguntas generales:

- a) ¿Cómo funcionan los procesos del área? (principales objetivos y funciones del área).

Control de Gestión es un Subdepartamento de Planificación Institucional, Los Principales procesos tienen relación con el diseño, validación y difusión Marco Estratégico, planificación, análisis de la información, seguimiento y monitoreo institucional, y gestión presupuestaria.

- b) ¿Cuáles son los principales clientes internos y externos?

Los principales clientes internos son todas las Jefaturas de las Unidades, pues son ellos quienes deben reportar del desempeño de la Unidad y de los indicadores H, MEG e internos, y el Director. Los clientes externos son DIPRES, Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, entre otros. .

- c) ¿Cuál es la dotación de la Unidad permanente y transitoria?

La dotación permanente de la Unidad son 5 en total y 4 son analistas.

- d) Indicadores actuales y anteriores ¿falta alguno importante de ser considerado? (considerar si tienen MEG, H, Internos u otros).

Desde el año 2006 al 2010, la Unidad gestionaba indicadores de procesos internos, puesto que los procesos no estaban maduros. Por esta razón, desde el 2011, la Unidad posee una orientación a gestionar el desempeño a nivel de resultados, ya que los procesos están en una etapa de madurez.

2. Preguntas específicas:

Algunas consideraciones específicas de cada diagrama son las siguientes:

- Diagrama 1,2, "Diseño, validación y difusión Marco Estratégico":

Los lineamientos de la Alta Dirección vienen por los discursos del Director, los resultados de las encuestas de satisfacción de clientes internos y funcionarios de FONASA vienen de una encuesta realizada por Control de Gestión, y la encuesta de satisfacción clientes externos y asegurados en el año t es ADIMARK.

La diferencia entre instructivo A1t+1/DIPRES y Manual de Usuario definiciones estratégicas año t+1 es que el Instructivo A1 es como se deben hacer técnicamente las definiciones estratégicas, y el otro como se debe subir la información.

El proceso de definición del Marco Estratégico empieza en mayo del t para el t+1. Se toman 2 o 3 semanas en primera propuesta. El proceso completo dura a junio (primera subida), luego vienen las correcciones de la DIPRES, para estar listas definitivamente las definiciones estratégicas el 31 de octubre.

Antes el proceso era más participativo, se realizaban jornadas para difundir el marco, ahora se difunde a los funcionarios en la intranet. Con las asociaciones de los funcionarios hay una reunión, una vez aprobado el presupuesto. Además participan en las reuniones, por ejemplo de MEG. La aprobación de la DIPRES es de mayo a octubre.

El registro CRONOS es un Servidor donde está toda la información de Control de Gestión por año.

- Diagrama 5 "Establecer Planificación Institucional":

En el diagrama 5 RT y MV son requisitos técnicos, dados DIPRES, de los PMG y medios de verificación.

El establecer el Plan Institucional a nivel de diseño y revisión, se demoran el año anterior completo, en junio se definen los indicadores H, entre septiembre y octubre los indicadores MEG y en diciembre los indicadores internos. Es importante mencionar que los indicadores internos tienen que ver con el discurso del Director.

El Jefe en recepcionar y validar los documentos de Planificación se demora 2 semanas, al igual que los Centros de responsabilidad en el proceso de recepción y validación.

Los Compromisos son de planificación que incluyen todo.

Los proyectos se refieren Proyectos de expansión de presupuestos, y proyectos internos que son iniciativas para mejorar la gestión.

- Diagrama 6 "Analizar Información de la Gestión Institucional":

En el diagrama 6 se consideran los informes de gestión PMG, Olmué y de Planificación y otros que puedan solicitar a nivel interno.

En el reporte de brechas se analiza lo comprometido, el proceso es anual, con cortes trimestrales.

- Diagrama 7: Seguimiento y monitoreo de la Gestión Institucional

El calendario de monitoreo lo define el Jefe de Control de Gestión y son 4 en el año. El informe de gestión se demora 10 días y va dirigido a los Jefes de Departamento. Las validaciones y las etapas de seguimientos del proceso desde que llegan los datos, se demoran 1 semana.

- Etapa relevante gestionar la expansión presupuestaria del Marco Estratégico:

Etapa relevante no levantada.

- Etapa relevante gestionar y monitorear procedimientos de la Gestión Institucional:

Etapa relevante no levantada, tiene que ver con documentar los procedimientos de la norma ISO 9001, se hace pero no está documentado.

- Proceso evaluar y tomar decisiones.

Proceso no levantado tiene que ver con una lógica transversal del proceso decisional de la Institución.

3. Información adicional:

- *Algunos Indicadores de resultados son 100% PMG (externo), y 70% satisfacción usuarios internos. Ya no ocupan de procesos, se usaron del 2006 al 2010. **Los procesos están maduros por lo cual se miden puros procesos internos.***

- El hecho de que un proceso sea o no estratégico está basado en la metodología de procesos, antes funcionaban con la Norma ISO que pide procesos estratégicos y de toma de decisión.

- El presupuesto tiene la lógica de formulación de la DIPRES, FONASA como seguro y CASA (para funcionar) como la institución. El presupuesto de FONASA es 3 billones. El presupuesto CASA es histórico más proyectos de expansión que se ganen las unidades (los aprueba la DIPRES). Cuando hay un proyecto con alta prioridad (fuera de lo Normal, como el SCI) se hace específicamente (directamente). El presupuesto de afuera es histórico y por Ministerio de Hacienda, además es sectorial. El 98% del presupuesto es de Plan de Salud.

- El % de los Préstamos Médicos en la recaudación del FONASA es de 123% por un tema legal. La contabilidad gubernamental no hace diferencia de que año vienen los préstamos. Los Préstamos Médicos bajan ya que sube la cobertura del AUGE, por eso se recupera más. DDNP es donde está todo el esfuerzo por recuperar.
- Las NTA son las Normas técnicas actualizadas y sirven para fiscalizar el Plan de salud. Es el concepto de lo mínimo que debe tener esta canasta para ser adecuada. Con las NTA se asegura el buen uso del seguro (que sea lo que se está comprando, es decir, asociado a gestión financiera).
- Existen 4 centros de responsabilidad zonales (tienen presupuestos propios pero administrativamente muchas cosas se rigen por operaciones) y 10 institucionales. Los indicadores se definen por Departamento, no por área.
- Dentro de Control de Gestión existen 4 analistas más la jefatura, los cuales tienen asignadas sus responsabilidades. La dotación es de 6 personas.
- A parte de los indicadores H, MEG, PMG, existen indicadores de seguimiento de proyectos internos y de expansión presupuestaria.
- Los módulos contemplados en el nuevo Sistema constan de 4 fases. Afiliación y Cotizaciones son los primeros en salir, junto a Recaudación. La segunda fase es Prestaciones (para agosto). Tercera fase es Control y la cuarta Apoyo.
- La Gestión de Riesgos (CAIGG) así como la matriz afecta a toda la institución, pero específicamente se piden (CAI) 20 riesgos que deben tener plan de tratamiento y seguimiento. La mayoría va ligado a la atención directa en las sucursales, descoordinaciones con el MINSAL, y riesgos informáticos. No son riesgos estándar.

Tabla N° A12.1
Resumen de reuniones de procesos en terreno realizadas.

fecha	hora	unidad	contraparte
07-nov-12	9:00	Control de Gestión y Procesos	NoemíEgaña - Roderik Astorga
22-nov-12	9:00	Control de Gestión	Noemí Egaña
06-dic-12	9:00	Control de Gestión	Noemí Egaña
07-dic-12	10:00	Administración	Felipe Vega
10-dic-12	9:00	Programación financiera	Gloria Sepúlveda
10-dic-12	11:00	Auditoría interna	Isabel Rodríguez
11-dic-12	9:00	Recaudación y cobranza	Francisco Bravo - Carmen Postius
12-dic-12	9:30	Fiscalización de cotizaciones	Denise Mejías - Carmen Postius
12-dic-12	11:30	Control y calidad (CC) de prestaciones	Gladys Olmos -Marcela Camiratti -Fabiola Rubio -Carmen Postius
12-dic-12	15:30	Contabilidad y tesorería	Jorge Aguilera -Marcelo Rojas -Carmen Postius
17-dic-12	10:30	Marketing	Roxana Muñoz - Carmen Postius
18-dic-12	10:00	Gestión de clientes	Alexander Koning - Carmen Postius
18-dic-12	12:00	Tecnología de Información y Procesos	Álvaro Flores - Carmen Postius
18-dic-12	15:00	Plan de beneficios	Verónica Veloz - Robinson Sanhuesa - Patricio Saravia - Carmen Postius
14-ene-12	11:00	Gestión comercial pública y privada	Paquita Azocar- Rolando Leyton – Soledad Mena – Carmen Postius
17-ene-12	17:00	Gestión de personas	Mauricio Atenas

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° A12.2
Resumen de reuniones de procesos revisados en profundidad.

Fecha	Hora	Unidad	Contraparte	Estado
14-mar	9:00	Recaudación y cobranza- Programación financiera- Contabilidad y tesorería	Francisco Bravo- Jorge Aguilera- Gloria Sepúlveda	Realizada
20-mar	10:00	Control y calidad de prestaciones	Gladys Olmos –Marcela Camerati-Ivonne Espinoza	Realizada
20-mar	12:00	Recaudación y cobranza	Francisco Bravo	Realizada
31-may	10:00	Control de Gestión	Luis Fernandez – Carmen Postius	Realizada
31-may	10:00	Estudios	Felipe del Campo	Realizada
31-may	10:00	Planificación Institucional	Francisco León	Realizada
31-may	10:00	Plan de beneficios	Verónica Veloz	Realizada
04-jun	10:00	Fiscalización de Cotizaciones	Denise Mejías	Realizada
05-jun	10:00	Gestión de Personas	Mauricio Atenas	Realizada
04-jun	12:30	Gestión de Clientes	Alexander Koning	Realizada
05-jun	16:30	Marketing	Roxana Muñoz	Realizada
05-jun	12:00	GTI	Roderick Astorga	Realizada

Fuente: Elaboración Propia.

ANEXO N° 13: ESTIMACIÓN DE TIEMPOS PARA EL CÁLCULO DE PRODUCTIVIDAD

Tiempo destinado para los procesos por Unidad

La metodología para calcular la productividad media de los factores de producción utiliza un tiempo estimado del proceso, subproceso o etapa relevante por Subdepartamento o Departamento, de acuerdo a la información disponible. Por lo tanto, en las entrevistas en terreno se consultó según el juicio experto por jefe de la unidad que tenga relación con el proceso. Esta forma de estimar tiempo se utiliza para calcular productividades de los procesos estudiados en profundidad.

En las Tabla N° A13.1 siguiente se especifican los tiempos estimados en porcentajes según procesos a cada unidad respectiva.

Tabla N° A13.1
Matriz de tiempos estimados por producto estratégico, proceso y unidades

Product o estratégico	Proceso	Progra mación Financie ra	Recauda ción y cobranza	Contabil idad y Tesorería	Comerci alización	Control y Calidad	Estudios	Plan de Beneficios	Gesti ón de Clientes	Market ing	Relaci ones Institucion ales	GTI	Fiscaliza ción de cot.
Gestión Financie ra	Diseño Presupuesto Ins.	**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gestionar Ingresos	30%	70%	30%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gestionar Presupuesto	43%	-	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gestionar Pagos	27%	-	60%	52%	-	25%	-	-	-	-	-	-
	Fiscalizar prestaciones	-	-	-	-	70%	-	-	-	-	-	-	-
	Fiscalizar cotizaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89%
Plan de Salud	Diseñar Plan de Seguro	-	-	-	-	10%	-	70%	-	-	-	-	-
	Gestionar convenios	-	-	-	28%	20%	-	-	-	-	-	-	-
Atención al asegurado	Diseñar Servicios y Canales de atención al Asegurado	-	-	-	-	-	-	-	12,5 %	-	-	-	-
	Acreditar	-	-	-	-	-	-	10%	25%	-	-	-	-
	Entregar Productos	-	-	-	-	-	-	-	50%	-	-	-	-
	Gestionar Solicitudes	-	-	-	-	-	-	-	12,5 %	-	-	-	-

	Ciudadanas												
	Disponer Programa al Asegurado	-	-	-	-	-	-	-	-	80%	80%*	10%	-
Otros (*)		0%	30%	0%	20%	0%	75%	20%	0%	20%	20%	90%	11%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración Propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

*Es importante mencionar que dado los lineamientos del nuevo Gobierno, desde el año 2012 Marketing toma un rol estratégico en la Institución por lo cual los tiempos cambian desde el 2010 al presente año.

** Indica que el proceso Diseño Presupuesto Institucional es muy cíclico, por lo cual sus tiempos deben ser calculados con una metodología distinta.

Tiempos estimados al Producto Gestión Financiera

En la tabla N° A13.2 se ve para el Proceso Gestionar Ingresos los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por los subdepartamentos responsables a nivel de sus 5 etapas relevantes o procesos específicos.

Tabla N°A13.2
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el subproducto estratégico Recaudación.

Subproducto	Proceso	Proceso específico	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA		
			Programación Financiera	Recaudación y cobranza	Contabilidad y Tesorería
Recaudación	Gestionar Ingresos	Administrar financiamiento MAI	30%	-	-
		Recaudar Ingresos	-	21% (70%*30%)	30%
		Gestionar PM	-	7% (70%*10%)	-
		Gestionar Cotizaciones de Salud	-	38,5% (70%*55%)	-
		Multas a empleadores por fiscalización de cotizaciones	-	3,5% (70%*5%)	-
		Total	30%	70%	30%

Fuente: Elaboración Propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

En la tabla N° A13.3 se ve para el proceso Gestionar Presupuesto los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por los subdepartamentos responsables a nivel de sus 2 etapas relevantes o procesos específicos.

Tabla N° A13.3
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el subproducto estratégico Diseño Presupuesto Institucional.

Subproducto	Proceso	Proceso específico	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA	
			Programación Financiera	Contabilidad y Tesorería
Presupuesto Institucional	Gestionar Presupuesto	Controlar el Presupuesto del FONASA MAI	43%	-
		Gestionar y Controlar Ppto FONASA y SNSS (Sistema Nacional Servicio Salud)	-	10%
		Total	43%	10%

Fuente: elaboración propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

En la tabla N° A13.4 se ve para el proceso Gestionar Pagos los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por los departamentos y subdepartamentos responsables a nivel de sus 5 etapas relevantes o procesos específicos.

Tabla N°A13.4
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el subproducto estratégico Pago por Prestaciones.

Subproducto	Proceso	Proceso específico	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA			
			Programación Financiera	Contabilidad y Tesorería	Comercialización	Estudios
Pago por prestaciones	Gestionar pagos	Administrar el Financiamiento MAI	16%		-	-
		Administrar el Pago la MLE	11%		-	-
		Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral	-		-	25%
		Disponer de Información de Prestaciones Médicas Entregas a Asegurados en Convenio MAI y GES	-		26% (50%*52%)	-
		Gestionar el Financiamiento Operativo	-	60%	26% (50%*52%)	-
		Total	27%	60%	52%	25%

Fuente: Elaboración Propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

En la tabla N° A13.5 se ve para el proceso Gestionar Pagos los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por el departamento Control y Calidad de Prestaciones y Fiscalización de cotizaciones a nivel de sus 2 subprocesos correspondientes.

Tabla N° A13.5
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el subproducto estratégico Plan de fiscalización y control.

Subproducto	Proceso	Proceso específico	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA	
			Control y calidad prestaciones	Fiscalización de Cotizaciones
Plan de fiscalización y control	Fiscalizar prestaciones	Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Prestaciones	60%	-
		Instruir Proceso Administrativo Prestador	10%	-
	Fiscalizar cotizaciones	Diseñar y Ejecutar la Fiscalización de Cotizaciones	-	77%
		Determinar y Aplicar Sanciones de Fiscalización de Cotizaciones	-	12%
		Total	70%	89%

Fuente: Elaboración Propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

Tiempos estimados relacionados al Producto Plan de Salud

En la tabla N° A13.6 se ve para el proceso Diseñar Plan de Seguro los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por el departamento Control y Calidad de Prestaciones y Planificación Institucional a nivel de sus 2 subprocesos.

Tabla N° A13.6
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el subproducto estratégico Arancel MAI y MLE.

Subproducto	Proceso	Proceso específico	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA	
			Control y calidad prestaciones	Plan de Beneficios
MAI, Arancel MLE	Diseñar Plan de Seguro	Diseñar las Prestaciones de Salud	10%	30%
		Diseñar la Cobertura Financiera (Determinar Financiamiento)	-	40%
		Total	10%	70%

Fuente: elaboración propia según juicio experto de Unidades de FONASA.

En la tabla N° A13.7 se ve para el proceso Gestionar Convenios los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por los departamentos y subdepartamentos responsables a nivel de sus 2 etapas relevantes o procesos específicos.

Tabla N° A13.7
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el
Subproducto estratégico Convenio con prestadores.

Subproducto	Proceso	Proceso específico	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA		
			Comercialización Público	Comercialización Privado	Control y calidad prestaciones
Convenio con prestadores	Gestionar Convenios	Gestionar los Convenios con Prestadores MAI	8% (50%*16%)	-	-
		Gestionar los Convenios con Prestadores	-	20% (50%*40%)	20%
		Total	8%	20%	20%

Fuente: Elaboración Propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

Tiempos estimados relacionados al Producto Atención al Asegurado.

En la tabla N° A13.8 se ve para el proceso los porcentajes de tiempo utilizados en su ejecución por el departamento Control y Calidad de Prestaciones a nivel de sus 2 subprocesos.

Tabla N° A13.8
Matriz de tiempos estimados por unidades relacionados con el
subproducto estratégico Plan de información y Plan de servicios.

Subproducto	Proceso	Departamentos y/o subdepartamentos de FONASA				
		Planificación Institucional	Gestión de Clientes	Marketing	Relaciones Institucionales	GTI
Plan de información	Disponer Programa al asegurado	-	-	80%	80%	10%
Plan de servicios	Diseñar Servicios y Canales de atención al Asegurado	-	12,5%	-	-	-
	Acreditar	10%	25%	-	-	-
	Entregar Productos	-	50%	-	-	-
	Gestionar Solicitudes Ciudadanas	-	12,5 %	-	-	-
	Total		10%	100%	80%	80%

Fuente: Elaboración Propia según juicio experto de Unidades del FONASA.

ANEXO N° 14: TABLAS DE PRODUCTIVIDAD

Producto Gestión Financiera

En la Tabla N° A14.1 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para administrar el financiamiento MAI para el periodo en estudio, considerando como producción el N° de prestaciones MAI.

Tabla N°A14.1
Matriz de productividad media para el subproceso:
Administrar el financiamiento MAI.

Año	N° total de prestaciones MAI	Dotación de personal P.F.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual ²³⁹	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	60.454.077	13	30%	2288	686,4	88.074	4.650.314	6.774,93
2009	122.427.276	19	30%	2288	686,4	178.361	6.443.541	9.387,44
2010	117.317.323	20	30%	2288	686,4	170.917	5.865.866	8.545,84
2011	133.268.049	21	30%	2288	686,4	194.155	6.346.098	9.245,48

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y DEIS para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.2 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para administrar el financiamiento MAI para el periodo en estudio, considerando como producción el N° de prestaciones PPV.

Tabla N°A14.2
Matriz de productividad media para el subproceso:
Administrar el Financiamiento MAI por PPV.

Año	N° total de prestaciones PPV	Dotación de personal P.F.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	12.764.685	13	30%	2288	686,4	18.596,57	981.898,85	1.430,51
2009	12.741.602	19	30%	2288	686,4	18.562,94	670.610,63	977,00
2010	12.589.611	20	30%	2288	686,4	18.341,51	629.480,55	917,08
2011	5.218.390	21	30%	2288	686,4	7.602,55	248.494,76	362,03

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo n° 14.

En la Tabla N° A14.3 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para recaudar ingresos, para el periodo en estudio.

²³⁹ Se supone que la jornada de trabajo anual se calcula como 44 horas semanales multiplicadas por las 52 semanas disponibles en un año. Es importante mencionar, que luego esta jornada laboral ideal se multiplica por el tiempo en % disponible para el proceso en estudio.

Tabla N°A14.3
Matriz de productividad media para el subproceso:
Recaudar Ingresos

Año	N° de problemas resueltos GES	Dotación de personal R.C.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	2.212.182	23	21%	2288	480,48	4.604,11	96.181,83	200,18
2009	2.175.314	26	21%	2288	480,48	4.527,38	83.665,92	174,13
2010	1.983.968	30	21%	2288	480,48	4.129,14	66.132,27	137,64
2011	2.682.914	36	21%	2288	480,48	5.583,82	74.525,39	155,11

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo n° 14.

En la Tabla N° A14.4 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso generar préstamos médicos, para el periodo en estudio.

Tabla N°A14.4
Matriz de productividad media para el subproceso:
Gestionar Préstamos Médicos

Año	N° de PM otorgados	Dotación de personal R.C.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	31.586	23	7%	2288	160,16	197,22	1.373,30	8,57
2009	25.100	26	7%	2288	160,16	156,72	965,38	6,03
2010	21.367	30	7%	2288	160,16	133,41	712,23	4,45
2011	19.422	36	7%	2288	160,16	121,27	539,50	3,37

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo n° 14.

En la Tabla N° A14.5 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso gestionar cotizaciones de salud, para el periodo en estudio.

Tabla N°A14.5
Matriz de productividad media para el subproceso:
Gestionar cotizaciones de Salud

Año	N° de cotizaciones dependientes	Dotación de personal R.C.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	4.700.648	23	38,50%	2288	880,88	5.336,31	204.376,00	232,01
2009	4.994.892	26	38,50%	2288	880,88	5.670,34	192.111,23	218,09
2010	5.279.626	30	38,50%	2288	880,88	5.993,58	175.987,53	199,79
2011	5.461.510	36	38,50%	2288	880,88	6.200,06	151.708,61	172,22

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año.

En la Tabla N° A14.6 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para administrar el financiamiento MAI (pagos), considerando como nivel de producción el N° de prestaciones MAI para el periodo en estudio.

Tabla N°A14.6
Matriz de productividad media para el subproceso:
Administrar el financiamiento MAI (pagos).

Año	N° total de prestaciones MAI	Dotación de personal P.F.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	60.454.077	13	16%	2288	366,08	165.139	4.650.313,65	12.703,00
2009	122.427.276	19	16%	2288	366,08	334.428	6.443.540,84	17.601,46
2010	117.317.323	20	16%	2288	366,08	320.469	5.865.866,17	16.023,45
2011	133.268.049	21	16%	2288	366,08	364.041	6.346.097,58	17.335,28

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y DEIS para cada año y Anexo N°14.

En la Tabla N° A14.7 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso para administrar el financiamiento MAI (pagos), considerando como nivel de producción el N° de prestaciones PPV para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.7
Matriz de productividad media para el subproceso:
Administrar el financiamiento MAI (pagos).

Año	N° total de prestaciones PPV	Dotación de personal P.F.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	12.764.685	13	16%	2288	366,08	34.868,57	981.898,85	2.682,20
2009	12.741.602	19	16%	2288	366,08	34.805,51	670.610,63	1.831,87
2010	12.589.611	20	16%	2288	366,08	34.390,33	629.480,55	1.719,52
2011	5.218.390	21	16%	2288	366,08	14.254,78	248.494,76	678,80

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.8 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso administrar el pago MLE, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.8
Matriz de productividad media para el subproceso:
Administrar el Pago MLE

Año	N° de prestaciones MLE	Dotación de personal P.F.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	36.170.845	13	11%	2288	251,68	143.717,60	2.782.372,69	11.055,20
2009	36.725.693	19	11%	2288	251,68	145.922,17	1.932.931,21	7.680,11
2010	38.088.665	20	11%	2288	251,68	151.337,67	1.904.433,25	7.566,88
2011	41.587.542	21	11%	2288	251,68	165.239,76	1.980.359,14	7.868,56

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.9 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso entregar el subsidio de incapacidad laboral (SIL) para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.9
Matriz de productividad media para el subproceso:
Entregar el subsidio de incapacidad laboral (SIL)

Año	N° de licencias médicas tramitadas	Dotación de personal Est.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso (horas)	Productividad Media HH (cantidad/horas)	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2011	3.314.937	12	25%	2288	572	5.795,34	276.244,75	482,95

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.10 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso fiscalizar prestaciones, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.10
Matriz de productividad media para el subproceso:
Fiscalizar prestaciones

Año	N° total de fiscalización a prestaciones	Dotación de personal I.C.C.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso (horas)	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	12.568	16	60%	2288	1372,8	9,16	785,50	0,57
2009	10.886	15	60%	2288	1372,8	7,93	725,73	0,53
2010	33.984	17	60%	2288	1372,8	24,76	1.999,06	1,46
2011	25.680	40	60%	2288	1372,8	18,71	642,00	0,47

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.11 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso instruir proceso administrativo al prestador, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.11
Matriz de productividad media para el subproceso: Instruir Proceso Administrativo Prestador

Año	Nº total de fiscalización a prestaciones	Dotación de personal C.C.	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media nº de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	12.568	16	10%	2288	228,8	54,93	785,50	3,43
2009	10.886	15	10%	2288	228,8	47,58	725,73	3,17
2010	33.984	17	10%	2288	228,8	148,53	1.999,06	8,74
2011	25.680	40	10%	2288	228,8	112,24	642,00	2,81

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.12 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso planificar la fiscalización de cotizaciones para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.12
Matriz de productividad media para el subproceso: Planificar la Fiscalización de Cotizaciones

Año	Nº total de fiscalización a cotizaciones empleados	Nº total de fiscalización a cotizaciones trabajadores	Total fiscalización	Dotación de personal fisccot	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso (horas)	Productividad Media HH (cantidad /horas)	Productividad Media nº de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	4.264	253.277	257.541	14	24%	2288	549,12	469,01	18.395,79	33,50
2009	4.047	231.843	235.890	16	24%	2288	549,12	429,58	14.743,13	26,85
2010	4.048	267.414	271.462	16	24%	2288	549,12	494,36	16.966,38	30,90
2011	17.024	148.945	165.969	32	24%	2288	549,12	302,25	5.186,53	9,45

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.13 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso ejecutar la fiscalización de cotizaciones, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.13
Matriz de productividad media para el subproceso:
Ejecutar la Fiscalización de Cotizaciones

Año	Nºtotal de fiscalización a cotizaciones empleados	Nº total de fiscalización a cotizaciones trabajadores	Total fiscalización	Dotación de personal fisccot	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso (horas)	Productividad Media HH	Productividad Media nº de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	4.264	253.277	257.541	14	53%	2288	1.212,64	212,38	18.395,79	15,17
2009	4.047	231.843	235.890	16	53%	2288	1.212,64	194,53	14.743,13	12,16
2010	4.048	267.414	271.462	16	53%	2288	1.212,64	223,86	16.966,38	13,99
2011	17.024	148.945	165.969	32	53%	2288	1.212,64	136,87	5.186,53	4,28

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.14 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso determinar y aplicar sanciones de fiscalización de cotizaciones, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.14
Matriz de productividad media para el subproceso:
Determinar y Aplicar Sanciones de Fiscalización de Cotizaciones

Año	Nºtotal de fiscalización a cotizaciones empleados	Nº total de fiscalización a cotizaciones trabajadores	Total fiscalización	Dotación de personal fisccot	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso (horas)	Productividad Media	Productividad Media nº de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	4.264	253.277	257.541	14	12%	2288	274,56	938,01	18.395,79	67,00
2009	4.047	231.843	235.890	16	12%	2288	274,56	859,16	14.743,13	53,70
2010	4.048	267.414	271.462	16	12%	2288	274,56	988,72	16.966,38	61,79
2011	17.024	148.945	165.969	32	12%	2288	274,56	604,49	5.186,53	18,89

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 14.

Producto Plan de Salud

En la Tabla N° A14.15 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso gestionar los convenios con prestadores MAI, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.15
Matriz de productividad media para el subproceso:
Gestionar los Convenios con Prestadores MAI

Año	N° de prestadores Institucionales	Dotación de personal G.C.P	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo semanal	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	2.351	2	8%	2288	183,04	12,84	1.175,50	6,42
2009	2.288	3	8%	2288	183,04	12,50	762,67	4,17
2010	2.423	3	8%	2288	183,04	13,24	807,67	4,41
2011	2.357	4	8%	2288	183,04	12,88	589,25	3,22

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.16 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso gestionar los convenios con prestadores privados, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.16
Matriz de productividad media para el subproceso:
Gestionar los Convenios con Prestadores Privados

Año	N° total de convenios privados profesionales	N° total de convenios privados Institucionales	N° total de convenios privados	Dotación de personal G.C.Pr	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo semanal	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso	Productividad Media HH	Productividad Media n° de trabajadores	Productividad Media por dotación y horas de trabajo
2008	30.669	5.643	36.312	10	20%	2288	457,6	79,35	3.631,20	7,94
2009	30.670	5.643	36.313	13	20%	2288	457,6	79,36	2.793,31	6,10
2010	25.851	5.475	31.326	13	20%	2288	457,6	68,46	2.409,69	5,27
2011	26.105	5.474	31.579	15	20%	2288	457,6	69,01	2.105,27	4,60

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En las Tablas N° A14.17 y N° A14.18 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso Diseñar las Prestaciones de Salud, para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.17
Matriz de productividad media para el subproceso:
Diseñar las Prestaciones de Salud

Año	N° de prestaciones aranceladas	Dotación de personal Plan	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada al proceso (horas)	Productividad Media HH (cantidad/horas)	Productividad Media n° de trabajadores (cantidad/n° funcionarios)	Productividad Media Nueva
2008	4.452	5	30%	2288	686,4	6	890	1,30
2009	4.447	6	30%	2288	686,4	6	741	1,08

2010	4.148	6	30%	2288	686,4	6	691	1,01
2011	4.149	7	30%	2288	686,4	6	593	0,86

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

Tabla N° A14.18
Matriz de productividad media para el subproceso:
Diseñar las Prestaciones de Salud

Año	N° de prestaciones aranceladas	Dotación de personal CC	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada a al proceso (horas)	Productividad Media HH (cantidad/horas)	Productividad Media n° de trabajadores (cantidad/n° funcionarios)	Productividad Media Nueva
2008	4.452	16	10%	2288	228,8	19	278	1,22
2009	4.447	15	10%	2288	228,8	19	296	1,30
2010	4.148	17	10%	2288	228,8	18	244	1,07
2011	4.149	40	10%	2288	228,8	18	104	0,45

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

En la Tabla N° A14.19 se detallan los datos para obtener la productividad media del subproceso Diseñar la Cobertura Financiera (Determinar Financiamiento), para el periodo en estudio.

Tabla N° A14.19
Matriz de productividad media para el subproceso:
Diseñar la cobertura financiera.

Año	N° de prestaciones aranceladas	Dotación de personal Plan	% tiempo utilizado	Jornada de Trabajo anual destinada (horas)	Jornada de Trabajo anual destinada a al proceso (horas)	Productividad Media HH (cantidad/horas)	Productividad Media n° de trabajadores (cantidad/n° funcionarios)	Productividad Media Nueva
2008	4.452	5	40%	2288	915,2	5	890	0,97
2009	4.447	6	40%	2288	915,2	5	741	0,81
2010	4.148	6	40%	2288	915,2	5	691	0,76
2011	4.149	7	40%	2288	915,2	5	593	0,65

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y BGI para cada año y Anexo N° 14.

A continuación se presentan el análisis de productividad para el producto estratégico Plan de Salud

Proceso Gestionar convenios

En el proceso gestionar convenios, la productividad se analiza por cada subproceso que lo compone: gestionar los convenios con prestadores MAI y gestionar los

convenios con prestadores MLE. En la Tabla N° III.3.8 se muestra un resumen del proceso gestionar convenios, junto a su productividad.

Tabla N° A14.20
Matriz de productividad media para el proceso gestionar convenios

Año	Gestionar los Convenios con Prestadores MAI			Gestionar los Convenios con Prestadores		
	Nº de prestadores Institucionales	Dotación G.C.Pub.	Productividad Media	Nº total de convenios privados	Dotación G.C.Priv.	Productividad media
2008	2.351	2	6,42	36.312	10	7,94
2009	2.288	3	4,17	36.313	13	6,10
2010	2.423	3	4,41	31.326	13	5,27
2011	2.357	4	3,22	31.579	15	4,60

Fuente: elaboración propia en base información entregada por FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.15 y A14.16.

Por lo tanto, en cuanto a la gestión de convenios la productividad se estudia a través del total de convenios con prestadores públicos o privados profesionales e institucionales, según corresponda, junto con la dotación de personal del subdepartamento correspondiente (Gestión Comercial Público o Privado), y el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. De esta manera, se puede decir que la productividad está explicada solamente por la dotación de personal, ya que el nivel de actividad es bastante constante en el tiempo. Dado esto, se puede decir que al ser un personal tan reducido, un aumento en una jornada laboral impacta significativamente en la productividad por número de trabajadores. Asimismo, es importante mencionar que existe una baja en el número de convenios privados profesionales realizados en el período, sin embargo, los convenios con Instituciones se mantienen constantes, lo cual afecta directamente a la productividad. En el Anexo N°14, Tabla N° A14.15, se detallan los datos para obtener la productividad media de gestionar los convenios con Prestadores MAI para el período en estudio y, en la Tabla N° A15.16, se detallan los convenios con privados a nivel de profesionales e instituciones.

Proceso Diseñar Prestaciones de Salud

El diseño de las prestaciones de salud es una etapa relevante dentro del proceso de diseñar el plan de seguro, el cual es llevado a cabo por la Unidad de Plan de Beneficios, y Control y Calidad de Prestaciones. En la Tabla N° III.3.9 se muestra un resumen del indicador de productividad en cuanto al proceso.

Tabla N° A14.21
Matriz de productividad media para el proceso
diseñar prestaciones de salud

Año	Diseñar Prestaciones de Salud				
	N° prestaciones aranceladas	Dotación Plan de Beneficios	Productividad Media de Plan de Beneficios	Dotación Control y Calidad de Prestaciones	Productividad media Control y Calidad de Prestaciones
2008	4.452	5	1,30	16	1,22
2009	4.447	6	1,08	15	1,30
2010	4.148	6	1,01	17	1,07
2011	4.149	7	0,86	40	0,45

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por FONASA y BGI para cada año y las tablas N° A14.17 y A14.18.

En este proceso la productividad se analiza mediante el número total de prestaciones anuales aranceladas, tanto MAI y MLE durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Plan de Beneficios y de Control y Calidad de Prestaciones, junto con el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. Por lo tanto, la productividad para ambos departamentos disminuye durante el período de estudio, principalmente debido al aumento de las dotaciones de personal, ya que el nivel de actividad es bastante constante durante el período. En el Anexo N°14, en la Tablas N°A14.17 y N°A14.18, se puede ver un análisis detallado de la productividad del proceso en análisis.

Proceso Diseñar la Cobertura Financiera

El diseño de la cobertura financiera es una etapa relevante del proceso para diseñar el plan de seguro. Por lo cual, la productividad de este proceso se analizan el número total de prestaciones anuales aranceladas, tanto MAI como MLE, durante el período de estudio, en relación a la dotación de personal anual de Plan de Beneficios y el tiempo respectivo ocupado en el proceso de acuerdo a horas de trabajo estimadas. Así, la productividad presenta una disminución durante el período de estudio debido principalmente a la poca dotación del personal existente en Plan de Beneficios, lo que provoca que un aumento de 1 en la dotación, repercute notoriamente en la productividad. El nivel de actividad se mantiene bastante constante año a año.

En la Tabla N° III.3.10 se muestra un resumen del indicador de productividad en cuanto al proceso y en el Anexo N°14, Tabla N°A14.19, se puede ver un análisis detallado de la productividad del proceso.

Tabla N° A14.22
Matriz de productividad media para el proceso
determinar la cobertura financiera

Año	Diseñar Cobertura Financiera		
	N° de prestaciones aranceladas	Dotación Plan	Productividad Media
2008	4.452	5	0,97
2009	4.447	6	0,81
2010	4.148	6	0,76
2011	4.149	7	0,65

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por FONASA y BGI para cada año y la tabla N° A14.19.

Finalmente, es importante destacar que en el análisis global de cada indicador de productividad se ha supuesto que el tiempo utilizado es igual año a año, o sea, se mantiene constante, lo que puede llevar a considerar que algunas unidades han sido menos productivas, porque con menos personal se realizan el mismo o incluso un menor nivel de actividad, situación que puede estar muy lejos de lo que efectivamente ha ocurrido, porque no se tiene evidencia de la calidad de las actividades, el retraso de las mismas, el mayor requerimiento de horas extraordinarias, o la agilización de tareas que provoca la incorporación de mayor tecnología, entre otros aspectos a considerar. Se sugiere mejorar la medición e información de las horas laborales efectivamente incurridas por cada departamento para así sustentar la significancia del indicador en el tiempo en el indicador de productividad.

Complementando el estudio de productividad, se realizó un análisis de posibles escenarios ante cambios en el número de dotaciones y niveles de producción, con el objetivo de estudiar el impacto antes variaciones posibles. Los escenarios simulados consideraron 2 casos, donde en el caso 1 se estudia el impacto en la productividad si se aumenta en 10% el valor de las dotaciones y se disminuye 10% el valor en el nivel de producción, y viceversa para el caso 2.

Por lo tanto, se puede concluir que, en general, el mejor escenario es el caso 2, puesto que si bien el comportamiento de la productividad en todos los casos tiene una tendencia a la baja, en el escenario 2 la productividad disminuye, pero en menor cuantía con respecto a los demás escenarios. Así se entiende que para que este escenario sea factible, en donde se aumenta el volumen de producción y se disminuye la dotación, es necesario contar con factores externos que faciliten este desempeño. Por ejemplo, automatizando los procesos e integrando los sistemas de información que permitan que los flujos de información sean oportunos, agilizando los tiempos de ciclo y aumentando así el nivel de actividad del proceso. Este escenario es posible dado que la Institución se encuentra implementando el SCI, proyecto tecnológico que comprende los módulos de Acreditación, Cotizaciones, Prestadores y Convenios, y Prestaciones.

ANEXO N° 15: ANÁLISIS DE ESCENARIOS POSIBLES ANTE CAMBIOS EN DOTACIONES Y NIVELES DE PRODUCCIÓN.

Producto Gestión Financiera

En las Tablas N° A15.1, N° A15.2, N° A15.3, N° A15.4, N° A15.5 y N° A15.6 se detalla el análisis de sensibilidad realizado a las productividades del Producto Gestión Financiera, variando las dotaciones y los niveles de producción, en el escenario 1 se aumentó en 10% el valor de las dotaciones y se disminuyó en 10% el valor de la producción, por el contrario en el escenario 2, se disminuyó en 10% las dotaciones y se aumentó en un 10% el valor del nivel de producción.

Tabla N° A15.1
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Gestionar Ingresos

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Gestionar Ingresos												
Año	Administrar Financiamiento MAI (ppv)			Recaudar Ingresos			Gestionar Préstamos Médicos			Gestionar Cotizaciones de Salud		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	1.431	1.170	1.748	200	164	245	9	7	10	232	190	283,57
2009	977	799	1.194	174	142	213	6	5	7	218	178	266,55
2010	917	750	1.121	138	113	168	4	4	5	200	163	244,18
2011	362	296	442	155	127	190	3	3	4	172	141	210,50

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.2
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Gestionar Ingresos

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Gestionar Ingresos												
Año	Administrar Financiamiento MAI			Recaudar Ingresos			Gestionar Préstamos Médicos			Gestionar Cotizaciones de Salud		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	6.775	5.543	8.280	200	164	245	9	7	10	232	190	283,57
2009	9.387	7.681	11.474	174	142	213	6	5	7	218	178	266,55
2010	8.546	6.992	10.445	138	113	168	4	4	5	200	163	244,18
2011	9.245	7.564	11.300	155	127	190	3	3	4	172	141	210,50

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.3
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Gestionar Pagos

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Gestionar Pagos									
Año	Administrar Financiamiento MAI(ppv)			Administrar Pago MLE			Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral (S.I.L.)		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	2682,20	2194,53	3278,24	11055,20	9045,16	13511,91	-	-	-
2009	1831,87	1498,80	2238,95	7680,11	6283,73	9386,81	-	-	-
2010	1719,52	1406,88	2101,63	7566,88	6191,09	9248,41	-	-	-
2011	678,80	555,38	829,64	7868,56	6437,91	9617,13	482,95	395,14	590,27

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.4
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Gestionar Pagos

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Gestionar Pagos									
Año	Administrar Financiamiento MAI			Administrar Pago MLE			Entregar el Subsidio de Incapacidad Laboral (S.I.L.)		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	12703,00	10393,36	15525,89	11055,20	9045,16	13511,91	-	-	-
2009	17601,46	14401,19	21512,89	7680,11	6283,73	9386,81	-	-	-
2010	16023,45	13110,10	19584,22	7566,88	6191,09	9248,41	-	-	-
2011	17335,28	14183,41	21187,56	7868,56	6437,91	9617,13	482,95	395,14	590,27

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.5
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Fiscalizar Prestaciones

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Fiscalizar Prestaciones						
Año	Fiscalizar prestaciones			Instruir Proceso Administrativo Prestador		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	0,57	0,47	0,70	3,43	2,81	4,20
2009	0,53	0,43	0,65	3,17	2,60	3,88
2010	1,46	1,19	1,78	8,74	7,15	10,68
2011	0,47	0,38	0,57	2,81	2,30	3,43

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.6
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Fiscalizar Cotizaciones

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Fiscalizar Cotizaciones									
Año	Planificar la Fiscalización de Cotizaciones			Ejecutar la Fiscalización de Cotizaciones			Determinar y Aplicar Sanciones de Fiscalización de Cotizaciones		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	33,50	27,41	40,95	15,17	12,41	18,54	67,00	54,82	81,89
2009	26,85	21,97	32,82	12,16	12,16	14,86	53,70	53,70	65,63
2010	30,90	25,28	37,76	13,99	13,99	17,10	61,79	61,79	75,53
2011	9,45	7,73	11,54	4,28	4,28	5,23	18,89	18,89	23,09

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Producto Plan de Salud

En las Tablas N° A15.7, N° A15.8 y N° A15.9 se detalla el análisis de sensibilidad realizado a las productividades del Producto Gestión Financiera, variando las dotaciones y los niveles de producción, en el escenario 1 se aumentó en 10% el valor de las dotaciones y se disminuye en 10% el valor de la producción, por el contrario en el escenario 2, se disminuyó en 10% las dotaciones y se aumentó en un 10% el valor del nivel de producción.

Tabla N° A15.7
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Gestionar Convenios

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por subproceso del proceso Gestionar Convenios						
Año	Gestionar los Convenios con Prestadores MAI			Gestionar los Convenios con Prestadores		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	6,42	5,25	7,85	7,94	6,49	9,70
2009	4,17	3,41	5,09	6,10	4,99	7,46
2010	4,41	3,61	5,39	5,27	4,31	6,44
2011	3,22	2,63	3,93	4,60	3,76	5,62

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.8
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Diseñar las Prestaciones de Salud

Análisis de sensibilidad de Productividad Media del proceso Diseñar Prestaciones de Salud						
Año	Plan de Beneficios			Control y Calidad de Prestaciones		
	Actual	Escenario 1	Escenario 2	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	1,30	1,06	1,59	1,22	1,00	1,49
2009	1,08	0,88	1,32	1,30	1,06	1,58
2010	1,01	0,82	1,23	1,07	0,87	1,30
2011	0,86	0,71	1,06	0,45	0,37	0,55

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

Tabla N° A15.9
Matriz de escenarios ante cambios en dotaciones y niveles de producción: Diseñar la Cobertura Financiera (Determinar Financiamiento)

Análisis de sensibilidad de Productividad Media por el proceso Diseñar Cobertura Financiera			
Año	Actual	Escenario 1	Escenario 2
2008	0,97	0,80	1,19
2009	0,81	0,66	0,99
2010	0,76	0,62	0,92
2011	0,65	0,53	0,79

Fuente: Elaboración Propia en base información entregada por el FONASA y Boletines Estadísticos para cada año y Anexo N° 15.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial (2012): "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar". Banco Mundial de la Salud.
2. Bitrán E., Duarte F. y Paraje G., (2012): "Reforma de las Isapres: Tarea para el próximo gobierno", Columna publicada en "El Mostrador"; 27 de diciembre 2012.
3. Cid, (2011): "Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional", Año 6 N° 49, Centro de Políticas Públicas UC.
4. Clínicas de Chile A.G. (2012): "Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile", actualización a cifras del año 2010, enero de 2012.
5. Dirección de Presupuesto (DIPRES): Ficha de Definiciones Estratégicas 2012-2014. Departamento de Planificación Institucional.
6. Miranda, Ernesto (1990): "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno", N°39 (Invierno 1990), CEP.
7. Musgrove, Philip (1996): "Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns", World Bank.
8. Musgrove, Philip (1983): "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación".
9. Newhouse, Joseph (1996): "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection" Journal of Economic Literature, Vol. 34, issue 3, pages 1236-1263.
10. Oficina Regional de la OMS para Europa (1986): "Social Justice and Equity in Health: Report on a WHO Meeting." Copenhagen.
11. Organización Mundial de la Salud (2000): "Informe sobre la Salud en el Mundo". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
12. Organización Mundial de la Salud (2010): Informe sobre la Salud en el Mundo: La Financiación de los Sistemas de Salud: el Camino Hacia la Cobertura Universal. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
13. Organización Mundial de la Salud (2013): Estadísticas Sanitarias Mundiales. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

14. Organización Panamericana de la Salud (2012): "Gasto de Bolsillo en Salud de los Hogares: El Caso de Chile 1997 y 2007".
15. Página institucional Fondo Nacional de Salud (FONASA). 2013.
16. Pepper, S., Sepúlveda, K., Campos, J. (2013): "Programa Compra a Privados del Programa de Prestaciones Valoradas FONASA". Informe Final. Evaluación Programas Gubernamentales DIPRES
17. Plan de Trabajo Participación Ciudadana, FONASA 2012.
18. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (2009): "Evaluación Comprehensiva del Gasto a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)". Centro de Estudios y Asistencia Legislativa.
19. Rothschild, Michael and Stiglitz, Joseph (1976): "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information", MIT Press.
20. Superintendencia de Salud (2006): "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera", Departamento de Estudios y Desarrollo.
21. Superintendencia de Salud (2009): "Análisis de los Precios Establecidos en los Convenios de ISAPRES con los Principales Prestadores". Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.
22. Superintendencia de Salud (2009 b): "Influenza AH1N1 y su Impacto en el Gasto del Sistema Isapre al Mes de Julio del año 2009. Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.
23. The World Bank (2012): "Health Insurance Handbook, How to Make It Work". Hong Wang, Kimberly Switlick, Christine Ortiz, Beatriz Zurita, Catherine Connor. Washington DC, USA.
24. Vargas, I. Vásquez, ML y Jané, E: (2002): "Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica".
25. Vergara, Marcos (2011): "Tesis para obtener el grado de Doctor en Salud Pública: Licencias médicas por enfermedad común en Chile: interpretación, comprensión y reformulación del sistema", Universidad de Chile.

26. Wagstaff, Adam & Eddy van Doorslaer(2000): "Equity in health care finance and delivery", en Culyer, A. J. & J. P. Newhouse (eds.) Handbook of Health Economics, Vol 1B, Elsevier, Amsterdam, pp. 1803-1862.
27. Wagstaff, Adam (2001): "Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index".
28. Yáñez, José (1992): "Bienes Públicos", Documento Serie Docencia N°15, Departamento de Economía, Universidad de Chile.