
**BALANCE
DE GESTIÓN INTEGRAL
AÑO 2007**

FONDO NACIONAL DE SALUD

SANTIAGO DE CHILE

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

Índice

1. Presentación	02
2. Resultados de la Gestión 2007	04
3. Desafíos 2008	18
4. Anexos	24
• Anexo 1: Identificación de la Institución.....	25
• Anexo 2: Recursos Humanos.....	31
• Anexo 3: Recursos Financieros.....	36
• Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2007.....	52
• Anexo 5: Programación Gubernamental	57
• Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas.....	59
• Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2007.....	68
• Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	66
• Anexo 9: Proyectos de Ley.....	67

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos.....	34
Cuadro 2: Recursos Presupuestarios 2007.....	36
Cuadro 3: Ingresos y Gastos años 2006 – 2007, Ley de Presupuestos 2008.....	37
Cuadro 4: Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2007.....	44
Cuadro 5: Indicadores de Gestión Financiera.....	49
Cuadro 6: Transferencias Corrientes.....	50
Cuadro 7: Cumplimiento de Indicadores de Desempeño año 2007.....	52
Cuadro 8: Cumplimiento Programación Gubernamental año 2007.....	57
Cuadro 9: Cumplimiento Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas.....	59
Cuadro 10: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2007.....	66

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Dotación Efectiva año 2007 por tipo de Contrato (mujeres y hombres)	31
Gráfico 2: Dotación Efectiva año 2007 por Estamento (mujeres y hombres)	32
Gráfico 3: Dotación Efectiva año 2007 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)	33

1. Presentación



DR. HERNAN MONASTERIO IRAZOQUE
DIRECTOR FONDO NACIONAL DE SALUD

Este Balance de Gestión Integral (BGI) da cuenta de la gestión de Fonasa durante el año 2007 de acuerdo con los principios gubernamentales establecidos por la Presidenta de la República Dra. Michelle Bachelet Jeria, especialmente en relación a la transparencia en la información y utilización de los recursos fiscales. En el documento se destacan los aportes que esta institución hace a la gestión en salud, presentando los principales logros obtenidos en el año 2007 y mencionando algunos de los hitos y desafíos que se espera desarrollar en el año 2008.

En 2007 se desarrollaron e implementaron iniciativas tendientes a continuar aumentando la Protección Social en salud, así como la cobertura en acceso y oportunidad en la entrega de atenciones de salud, principalmente a través del aumento en el número de convenios con prestadores públicos y privados, una red de sucursales más grande y eficiente, sistemas de información en línea, capacitación permanente a nuestros funcionarios dando cuenta del compromiso que tiene FONASA con sus 11.740.688 beneficiarios, es decir, el 70% de la población del país.

Coherente con la misión institucional "Asegurar a los beneficiarios del FONASA el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud, con atención de excelencia. Ser la Institución de Seguridad Social Pública en Salud para los habitantes del país, que garantiza a sus beneficiarios la protección social en salud de manera universal, solidaria y equitativa, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población" y con la Reforma de Salud, FONASA asegura el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, para patologías incluidas en el AUGE las que poseen un alto impacto sanitario y alto costo financiero para la población. Hoy el AUGE asegura 56 patologías y de acuerdo con lo comprometido por la presidenta Bachelet, el 2010 asegurará 80 problemas de salud.

En términos financieros el devengado real 2007, fue de M\$ 2.015.060.351, un 10.4% más que el devengado real del año 2006. Este gasto del 2007 se devengó mayoritariamente en servicios y atenciones de salud en el Nivel Primario de Atención con M\$ 406.010.743, que significó un 15% más que 2006, y Nivel Secundario y Terciario de Atención de Salud, a través de los Programas de

Prestaciones Valoradas (PPV) y el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), con devengados reales de M\$ 589.316.555 y M\$ 575.919.113, y crecimientos de 17,5% y 0,7% respectivamente, más que el 2006.

Los logros obtenidos a través de las acciones realizadas para mejorar la Gestión de FONASA en relación a sus Productos Estratégicos durante el año 2007, se reflejan en los resultados de la encuesta de opinión dirigida a usuarios del Sistema, en donde, el 76% de los encuestados se sienten protegidos por su Seguro de Salud. También se destaca la creación de una nueva sucursal y la reducción del horario de atención en éstas, tiempo que se utilizara para capacitar al personal en protocolos de atención y norma ISO 9001-2000, con lo que se espera reducir aún más los niveles de reclamos por atención en sucursales y, además, transformarlas en centros de orientación al usuario.

En el ámbito de la Fiscalización, durante el año 2007 se formuló un Plan Nacional de Monitoreo y Fiscalización, que consideró priorizar en aquellos problemas y garantías que cuentan con variables que alertan mayor criticidad. Ejemplo de esto lo constituyen problemas como, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico Uterino, Cataratas, Insuficiencia Renal Crónica, Cáncer de Testículo, Cáncer Gástrico, entre otras. Se realizaron 11.743 fiscalizaciones, de las cuales 871 corresponden a áreas críticas.

En el marco del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), es preciso señalar que para el año 2007, se obtuvo un cumplimiento de un 88%, lo anterior, dado que la meta de Planificación y Control de Gestión no fue validada por el comité de expertos. Esto nos obliga a continuar trabajando para fortalecer nuestra gestión, y volver a alcanzar el 100% en el cumplimiento de las metas comprometidas para 2008.

Finalmente, recalcar que nuestro trabajo y esfuerzo continuará enfocado en aumentar la Protección Social en Salud con énfasis en los grupos vulnerables, seguir mejorando nuestros servicios de atención en busca de la excelencia, continuar en la mejora de los procesos a través de la certificación de nuestros sistemas bajo Norma ISO 9001:2000 y por último, seguir capacitando y fortaleciendo las capacidades y destrezas de nuestros funcionarios, quienes son el rostro y pilar de nuestros servicios de atención.



Dr. Hernan Monasterio Irazoque
Director Fondo Nacional de Salud

2. Resultados de la Gestión 2007

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos por FONASA, durante el año 2007, en los siguientes ámbitos:

- Programación Gubernamental con la SEGPRES
- Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2007
- Principales Productos Estratégicos
- Resultados de los Indicadores de Desempeño Institucional (H) y Colectivos(MEI)
- Compromisos de Programas Evaluados
- Prioridades Ministeriales y del jefe de Servicio

- **Programación Gubernamental con la SEGPRES**

Esta herramienta de gestión tiene como objeto apoyar el cumplimiento de las prioridades gubernamentales mediante su seguimiento y evaluación continua. FONASA para el año 2007 definió indicadores asociados a 3 objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud (MINSAL), en concordancia con las prioridades gubernamentales de la Presidenta M. Bachelet. Como resultado al 31 de diciembre 2007, se obtuvo un 100% de cumplimiento de estas metas.

A continuación se detalla el cumplimiento de cada indicador

Objetivo MINSAL:

Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable. Con equipos de salud en formación continua, orgullosos de su quehacer y en ambientes laborales saludables y participativos. Estimular la participación social, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias.

Productos:

- Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días. La meta para este indicador fue de un 94%, obteniendo un cumplimiento de un 102,5% (96,4%). Hay que recordar que se está en proceso de implementación de la norma ISO 9001:2000 en las sucursales, lo que ayuda a mejorar la gestión y los servicios para nuestros beneficiarios.
- Responder oportunamente los reclamos AUGE ingresados al sistema, dentro de los plazos establecidos (15 días). Este indicador por ley se debe cumplir al 100%, objetivo cumplido por FONASA este año. El universo de medición fue de 384 reclamos por Garantías Explícitas en Salud (GES) "a lugar"¹ recibidos (los reclamos que no son a lugar GES, tienen el mismo tratamiento

1 "a lugar": El reclamo procede a lo solicitado por el beneficiario.

y se resuelven o derivan al servicio de salud según la tipificación del reclamo). Todos estos reclamos fueron respondidos en el tiempo de medición que la ley señala.

Objetivo MINSAL:

Mantener la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía, fomentando el autocuidado y la red de protección social de su entorno inmediato.

Producto:

- Estudio levantamiento de costo-beneficio de las acciones y programas en curso dirigidos a los adultos mayores. Durante 2007 FONASA realizó un estudio (cumpliendo en un 100% el objetivo propuesto) respecto de la prestación de cataratas en la Modalidad de Atención de Libre Elección (MLE), el que dio como resultado que a pesar de que el sector Salud ha garantizado el tratamiento quirúrgico de las cataratas en el AUGE, existe un importante número de beneficiarios que optan por la alternativa de la MLE de FONASA (en una cifra cercana a las 10.000 cataratas anuales). Lo anterior, nos obliga a avanzar hacia estudios que evalúen la satisfacción y las expectativas de los beneficiarios y beneficiarias en ambas Modalidades de Atención.

Objetivo MINSAL:

Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y con calidad, otorgando una atención integral a la población en un proceso de garantías crecientes.

Productos:

- Diseñar y ejecutar campaña de información AUGE a beneficiarios del Fonasa. El compromiso de esta meta fue realizar el 100% las actividades definidas en el Plan Global de difusión de la información AUGE, cumpliéndose cabalmente con lo proyectado. Es así como se instalaron afiches en el metro, spot publicitarios del AUGE la televisión y campañas radiales en donde se informaba a la ciudadanía sobre las nuevas patologías y los derechos asociados a este programa.

- Diseño y Ejecución Plan de Monitoreo y Fiscalización Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). Este indicador tiene por objetivo cumplir en su totalidad el programa de Fiscalización por Fonasa definido, con el objeto de fortalecer la red asistencial. La evaluación de este indicador es de un 100% cumpliéndose la meta definida para el año 2007.

- **Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2007.**

1.- Fonasa contrae compromisos a partir de la aprobación del presupuesto anual. El Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2007 consideró \$ 1.880.042 millones, lo que representó un incremento de \$ 162.866 millones (9,48%) con respecto a 2006.

2.- El crecimiento del presupuesto 2007 se da principalmente en las transferencias para las atenciones primaria, secundaria y terciaria de salud por un monto de \$137.976 millones, lo que representa un 10,45%.

3.- El Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2007, incorporó 16 nuevos problemas de salud con garantías explícitas que, sumadas a las 40 vigentes, permiten cumplir con el compromiso de tener funcionando el Plan AUGE con 56 patologías a partir del 1 ° de Julio de 2007.

Para este efecto, se destinan recursos adicionales por un total de \$ 62.868 millones, de los cuales \$ 36.975 millones se ejecutaron en el nivel secundario y terciario de atención y \$ 25.893 millones se ejecutaron en el nivel primario.

Además, y con el fin de ir preparando la incorporación de futuras prestaciones al AUGE se destinaron recursos para Avance AUGE por \$ 47.454 millones, de los cuales \$ 10.060 millones se ejecutaron en el nivel primario y \$ 37.394 millones en el nivel secundario y terciario.

Por otro lado, se sumaron recursos en el nivel primario para la creación de Centros comunitarios de Atención familiar – CECOF por \$ 8.733 millones y para aumento del 5% en la población inscrita y validada por \$ 10.243 millones.

4.- En el marco de las prestaciones de seguridad social, se destinan un presupuesto para la Modalidad Libre Elección de \$ 278.293 millones y para Subsidios de Incapacidad Laboral, tanto de las CCAF como de Servicios de Salud por \$168.581 millones.

5.- Por otro lado, en materia de recursos operacionales (subt.21 y 22), se destinaron recursos por \$ 25.902 millones, de los cuales \$ 7.882 son para Subt.21 gastos en personal y \$ 18.020 millones para subt.22 gastos en bienes y servicios de consumo. La expansión asociada a estos ítem corresponde a: Difusión AUGE, medios masivos, tácticas y producción de campañas de información y educación por \$ 305 millones; Campañas de información y educación hacia grupos vulnerables socialmente, beneficiarios actuales y potenciales de Fonasa por \$ 102 millones; Habilitación sistema de reclamos AUGE en APS (Call Center) por \$ 7 millones; Sistema de Información de Salud SIGGES (Modelo de Registro y monitoreo AUGE) por \$ 592 millones; Sistema de Certificados Digitales por \$ 207 millones; Apoyo a Contralorías Médicas de las COMPIN por \$ 278 millones; y mayor gasto en personal por \$ 130 millones.

- **Principales Productos Estratégicos**

- Régimen General de Garantías en Salud.

El principal logro asociado a este producto es la puesta en marcha del Régimen de Garantías Explícitas en Salud RGES, que partió como piloto en el año 2002, con tan solo 3 problemas de salud. A través del tiempo se han ido incorporando gradualmente nuevos problemas de salud pasando a 5 en el año 2003, 17 en el año 2004 y entrando en plena vigencia a partir del año 2005 con 25 problemas, 40 para el año 2005 y 56 en 2007.

Para el año 2007 el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES), asegura el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención, para los siguientes problemas de salud definidos:

1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal	20. Neumonía	39. Asma Bronquial
2. Cardiopatías Congénitas Operables	21. Hipertensión arterial esencial	40. Síndrome de Dificultad Respiratoria
3. Cáncer Cervicouterino	22. Epilepsia No Refractaria	41. Tratamiento Médico Artrosis de Rodilla Leve o Moderada
4. Alivio del Dolor	23. Salud Oral	42. Hemorragia por Aneurismas Cerebrales
5. Infarto Agudo del Miocardio	24. Prematurez	43. Tumores Primarios SNC
6. Diabetes Mellitus Tipo 1	25. Marcapaso	44. Hernia Núcleo Pulposo Lumbar
7. Diabetes Mellitus Tipo 2	26. Colectomía Preventiva	45. Leucemia Adulto Aguda
8. Cáncer de Mama	27. Cáncer Gástrico	46. Urgencias Odontológicas
9. Disrrafias Espinales	28. Cáncer de Próstata	47. Salud Oral Adulto
10. Escoliosis	29. Vicios de Refracción	48. Politraumatizado Grave con Lesión Medular
11. Cataratas	30. Estrabismo	49. Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave
12. Artrosis de Cadera	31. Retinoptia Diabética	50. Trauma Ocular Grave
13. Fisura Labiopalatina	32. Desprendimiento de Retina	51. Fibrosis Quística
14. Cáncer en Menores de 15 Años	33. Hemofilia	52. Artritis Reumatoide
15. Esquizofrenia.	34. Depresión	53. Dependencia de Alcohol y Drogas
16. Cáncer de Testículo (Adultos)	35. Hiperplasia de Próstata	54. Analgesia del Parto
17. Linfoma en Adultos.	36. Ortesis	55. Gran Quemado
18. VIH (Tratamiento triterapia)	37. Accidente Carebrovascular	56. Hipoacusia Bilateral
19. Infección Respiratoria Aguda	38. Enfermedad Pulmonar Instructiva Crónica	

En materia de orientación e información del RGES, se recibieron 37.027 contactos AUGE en el periodo 2007, a través de la red de sucursales (132), web y Call Center, de las cuales el 76,9 % fue recibido vía Call Center.

En cuanto a la difusión del RGES, se logró que el 100% de funcionarios accediera a la información pertinente sobre el GES, además se cuenta para la información de los beneficiarios en la totalidad de la Red Pública con gigantografía informativa de los 56 problemas de salud y un Plan de Difusión en medios de comunicación masivos (T.V, radio y vía pública).

Con respecto al Monitoreo de Garantías, se utiliza a nivel nacional el Sistema Informático SIGGES, Sistema de Información para la Gestión de las Garantías Explícitas en Salud (Ex SIS Sistema de Información en Salud) disponible vía web, que permite monitorear en línea la gestión de las garantías a nivel nacional.

En relación al tercer decreto que rige el AUGE, al 31 de diciembre de 2007 se recibieron 4.209 reclamos asociados a problemas de salud GES, con una tasa promedio diaria de 11,5 reclamos/día, de los cuales 3.662 se encuentran resueltos en un plazo promedio de resolución de 12 días.

Durante el año 2007, se fortalecieron los Directorios de Compra, existiendo esta instancia por Servicio de Salud y se constituyen además Directorios de Compra Regionales y Macro regionales, que han permitido mejorar la oportunidad de la compra y por ende, resolver en forma más eficiente la exigencia de la demanda conforme a la oferta pública existente y su complementación con oferta privada, de modo tal que se cumpla la garantía de oportunidad. Es así como respecto del año 2006, se aumentaron las compras programadas para satisfacer brechas de demanda, y también las compras ante un inminente riesgo de incumplimiento y que actúan en forma preventiva. Esto se complementa además con una disminución en las compras por garantías retrasadas e incumplimientos respecto del año anterior.

La principal compra programada es la hemodiálisis para beneficiarios con insuficiencia renal crónica terminal. En segundo lugar de importancia se ubica la radioterapia para los casos de cáncer y en tercer lugar, están las cirugías de cataratas.

Respecto de las compras por anticipación al incumplimiento legal en el sector público, destacan las compras de 1.747 mamografías en cáncer de mama y 1.286 cirugías de cataratas, que se gestionan en los Directorios de Compra a través de los Servicios de Salud de la red pública.

Las principales compras anticipadas al incumplimiento legal en el sector privado son las 2.876 cirugías de cataratas, 949 tratamientos de retinopatía diabética, 696 radioterapias en cánceres y 768 accesos vasculares para la administración de la hemodiálisis en insuficiencia renal crónica terminal.

Las principales compras a la red pública relativas a los retrasos en la entrega de la garantía de oportunidad, son 446 cirugías de cataratas, 184 confirmaciones diagnósticas y 37 cirugías en estrabismo, 137 cirugías de hiperplasia de próstata y 125 colecistectomías.

En lo concerniente a compras a privados por retrasos en la entrega de la garantía de oportunidad están en el área de oftalmología: 2.750 prestaciones para resolver vicios de refracción, 1.849

cirugías de cataratas, 334 vitrectomías para retinopatía diabética y 269 confirmaciones diagnóstica en estrabismo.

El número de casos Auge 2007 registrados desde el 01 de Enero al 31 de Diciembre corresponde a 1.571.344, alcanzándose a un total para el periodo de vigencia del sistema AUGE de 4.344.276, siendo los problemas de salud que presentan una mayor incidencia los asociados a la Hipertensión Arterial (31%), la Infección Respiratoria Aguda (20%) y la Diabetes Mellitus Tipo 2 (10%).

El Porcentaje de casos AUGE en las que se cumplen las garantías de oportunidad en la atención corresponde a un 101%, logrando la meta propuesta para el año 2007. De esta manera, el AUGE ha permitido un acceso oportuno a la atención en salud a los grupos más necesitados, contribuyendo a una mayor equidad en salud.

En la Modalidad de Atención Institucional, se devengó un monto de M\$ 1.571.464.813 un 10,2% más que el año 2006, siendo su desglose en: atención primaria M\$ 406.010.743, con un crecimiento de 15,07%, en prestaciones valoradas M\$ 589.316.555, con un crecimiento de 17,54% y prestaciones Institucionales M\$ 575.919.113, que representa un crecimiento de 0,68% respecto del año anterior.

En Relación a los Préstamos Médicos, en los últimos años se ha mantenido un aumento constante en su recuperación alcanzando para este periodo un porcentaje de 84,9%, respecto del monto total de lo otorgado en el año, lo que equivale a un 109,5% del cumplimiento respecto de la meta comprometida. La razón principal de este resultado se explica por la entrada en vigencia del decreto 369, que regula los requisitos para acceder a dicho beneficio y a los efectos de la incorporación de la patología Insuficiencia Renal Crónica al AUGE.

En Cuanto a la Modalidad de Libre Elección, durante el año 2007 se entregaron un total de 34.361.809 prestaciones, aumentando un 4,4 % respecto del año 2006. El gasto MLE fue de M\$ 278.292.545 año 2007, en donde se ha observado un aumento sostenido del uso del mecanismo de pago PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), el que tiene un peso relativo dentro del gasto total de la MLE de un 18%. Complementario a lo anterior, la cantidad de PAD realizados durante el año 2007 ascendió a 85.290, que al ser comparados sobre la totalidad de prestaciones entregadas a través de la la MLE y que resuelven un diagnóstico (prestaciones Trazadoras), arrojan un porcentaje de cobertura de 84,4%, alcanzando un nivel de cumplimiento de este indicador, respecto de la comprometido, de un 100,3%. Es importante señalar que este tipo de prestaciones genera dos efectos, ahorro de recursos para el sector (contención de costo) y un beneficio importante para el beneficiario en términos de transparencia de los copagos.

En consecuencia, los logros obtenidos a través de las acciones realizadas para mejorar el Producto Estratégico Plan de Salud con Régimen de Garantías y Beneficios Adicionales durante el año 2007, se reflejan en los resultados de la encuesta de opinión dirigida a usuarios del Sistema en donde el 76% de los encuestados se sienten protegidos por su Seguro de Salud.

En cuanto a otros logros, en materia de programas y convenios, se puede señalar la ampliación del convenio con el Hogar de Cristo, realizándose atenciones de salud para personas de escasos recursos habitualmente ancianos terminales, con un costo de \$795 millones, lo que se traduce en un crecimiento de un 122% respecto de 2006.

Por su parte, en el ámbito del mejoramiento de acceso y cobertura para las minorías étnicas, se mantuvieron los siguientes convenios: Convenio con Cruz Roja y GTZ para la resolución dental y oftalmológica de sectores mapuches de Araucanía Sur; Convenios para la resolución dental, otorrinolaringológica y oftalmológica de comunidades ADI, Tami Mapu Arauco y Alto Bio Bio y Tirúa Sur, en la VIII Región.

En lo que se refiere a acercar la atención de salud a nuestros beneficiarios de zonas extremas, se siguieron desarrollando: a) Convenio con el Centro de Rehabilitación Cruz del Sur perteneciente al Club de Leones de Punta Arenas y Puerto Natales b) Convenio entre el Servicio de Salud Llanquihue, FONASA y el Hospital de Esquel, convenios Directos de FONASA para la compra de scanner en Aysén y Magallanes; Protocolo de Acuerdo con el Ejército de Chile para realizar cirugías electivas y no complejas en las zonas apartadas, a través del Hospital de Campaña.

Adicionalmente, se avanzó en el programa de Fertilización Asistida, existiendo Convenios con IDIMI de la U. de Chile, con Clínica Reñaca, Sanatorio Alemán de Concepción, cubriendo con ello a 235 parejas de todo el país, con un gasto en el año 2007 de M\$ 410.000.-

En junio del 2005 se dio inicio a un Piloto del Programa Hepatitis C, que al año 2007 benefició a un total de 100 pacientes en 17 Servicios de Salud, con un gasto año de M\$ 900.-

Durante el transcurso del año 2007, se fue implementando gradualmente el Programa de Medicamentos de Alto Costo, abarcando el tratamiento farmacológico de enfermedades como Distonía (161 pacientes por M\$ 151.068), Hormona de Crecimiento (73 pacientes y M\$ 155.555), Guillén Barré (52 pacientes y M\$ 177.840), Enfermedades Lisosomales (8 pacientes con M\$ 164.000) y Esclerosis Múltiple que se inició piloto en diciembre con 80 pacientes.

En lo que respecta al programa de Estilos de Vida Saludable cuyo objetivo es combatir la obesidad, durante el año 2007 se atendieron 11.424 pacientes adultos y niños, con un gasto año de M\$ 648.202.-

Adicionalmente existen convenios para mejorar el acceso y cobertura de las atenciones de salud entre los que se encuentran:

a.- Convenios Marco Chile Compra, a diciembre del 2007 se encuentran vigentes a nivel nacional los siguientes Convenios Marco a través de Chile compra: a.- Cataratas: a partir de octubre 2005, adjudicaron un total de 42 prestadores de salud los que representan 47 centros de atención para resolución del problema de salud Cataratas, lo que implicó en el año 2007 un gasto de M\$ 1.089.888, atendiendo a 3.998 beneficiarios . b.- Accesos Vasculares: En marzo de 2006 se adjudicaron 20 prestadores con 21 centros de atención, lo que implicó un gasto el año 2007 de M\$

161.749, atendiendo a 636 beneficiarios c.- Radioterapia con vigencia a contar de abril de 2006, el convenio cuenta con 10 prestadores, e implicó un gasto del año 2007 de M\$ 801.957, atendiendo a 1.738 beneficiarios d.- Tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, vigente a contar de julio de 2006, se adjudicaron un total de 177 ofertas para tratamientos de hemodiálisis y 46 Centros para tratamientos de peritoneo diálisis implicó un gasto en el 2007 de M\$ 57.996.534, atendiendo a 10.217 beneficiarios, e.- vitrectomía en el mes de septiembre de 2006 se adjudicó la licitación a 10 prestadores con 13 centros de atención, lo que implicó un gasto en el 2007 de M\$ 489.129, atendiendo a 847 beneficiarios. Por otra parte, se implementó en el 2007 un Convenio Marco de días camas, financiándose el programa de externalización de pacientes crónicos, con un gasto por días camas de M\$ 794.489 el año 2007, para un total de 62 beneficiarios.

En el mes de Abril del 2007 entró en vigencia el Convenio Marco para la realización de exámenes de Carga Viral del VIH, generando un gasto de M\$ 124.810. En el mes de julio de 2007 se implementó el convenio marco de Endoprotesis de caderas, con 14 prestadores adjudicados. Se inició además la materialización del Convenio Marco de Procedimientos de Alta Complejidad, que entrará en vigencia el 2008.

b.- Convenio con Fundación Pro Dignitate Hominis (Clínica la Familia) La evolución de este convenio ha sido importante, pasando de \$ 25 millones en el año 2003 a \$100 millones en el año 2007, atendiendo 103 personas.

c.- Convenio con Clínica Alemana de Santiago. El gasto del 2007 fue de M\$ 234.600, tiene la cobertura a beneficiarios de la Región Metropolitana, V y VI regiones, atendándose a aproximadamente 1.955 pacientes.

d.- Convenio con Clínica Antofagasta. Atendió a 306 pacientes por un gasto total de M\$ 347.520.

f.- Convenio con Sociedad Profesional Scanner Sur, este convenio tiene un marco presupuestario anual de 60 millones, durante el 2007 el gasto fue de M\$29.207.

g.- Seguro contra Riesgos Vitales. En el año 2007 los recursos demandados alcanzaron a la suma de M\$ 9.138.821, beneficiando a 2.909 personas.

- Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud

La entrada en vigencia del Tercer Régimen de Garantías Explícitas en Salud julio del 2007, mantiene activo al personal de Control del País, para fiscalizar su cumplimiento. Recogiendo la experiencia de los años anteriores. A partir del año 2007 el Plan de Monitoreo y Fiscalización considera priorizar en aquellos problemas y garantías que cuentan con las variables que alertan mayor criticidad (Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico Uterino, Cataratas, Insuficiencia Renal Crónica, Cáncer de Testículo, Cáncer Gástrico, entre otras) . Para ello se ha establecido un Plan Nacional con incorporación de criterios de selección Regional que favorezcan y aseguren el cumplimiento del derecho garantizado a los beneficiarios. Los resultados de fiscalización de Garantías de Oportunidad para el año 2007, corresponden a:

Problema de Salud	N° Garantías fiscalizadas
✓ Insuficiencia renal Crónica Terminal	5.012
✓ Cáncer cervicouterino	565
✓ Cáncer de Mama	220
✓ Cataratas	2.123
✓ Cáncer Testículo	100
✓ <u>Cáncer Gástrico</u>	<u>238</u>
Total Garantías IAR (Información Área Crítica)	8.258

También se realizaron actividades que permitieron mejorar la gestión y resolución de reclamos por Garantía de Oportunidad y Calidad reclamada por Beneficiarios, efectuada por parte de los Subdptos. de Control Regionales, logrando mejorar la coordinación y la resolución con los prestadores públicos.

Por otra parte, se incorpora un nuevo énfasis en la fiscalización a la Ley de Urgencia y Modalidad Libre Elección respecto al control de la notificación que deben efectuar los prestadores de la Modalidad Libre Elección a los beneficiarios en aquellos casos que el diagnóstico corresponda a un problema de Salud con GES.

El número total de fiscalizaciones por fiscalizador para 2007 fue de 335, logrando superar lo programado gracias a un esfuerzo adicional por parte de los Fiscalizadores.

Por otra parte, dada la importancia que reviste la Fiscalización de la Modalidad Libre Elección, se logró un porcentaje de prestadores fiscalizados en áreas críticas de un 28,3% superior a la meta fijada de 26%. De los procesos de fiscalización se cursaron 368 oficios de advertencia, se absolviéron 27 prestadores y sancionaron 476 prestadores, de los cuales 26 (5.5%), producto de la gravedad de las irregularidades detectadas se resolvió cancelar o suspender (13) la inscripción de convenio con el FONASA.

En cuanto a la Fiscalización de las Cotizaciones, el promedio de empresas fiscalizadas (cotizaciones) por fiscalizador fue de 202 empresas, logrando cumplir en un 101% la meta fijada, esto se debe a las mayores competencias adquiridas por parte de los profesionales que realizan estas labores como por la mayor focalización del plan de acción que se orientan a sectores que históricamente han sido más vulnerables al incumplimiento previsional laboral. Como fruto de esta fiscalización, se obtuvo un porcentaje de recuperación de la evasión de cotizaciones de un 5,2%, resultado que cumple en un 100% con la meta comprometida para el año.

Los resultados obtenidos en este Producto, se deben a la calidad creciente de nuestras bases de datos, las que continuamente están siendo mejoradas gracias a la serie de convenios suscritos con distintas Instituciones Públicas, como por Ejemplo: Servicio de Impuestos Internos, Registro Civil e Instituto de Normalización Provisional, a la incorporación de tecnologías de información y a la continua capacitación del personal involucrado.

- Servicios de atención al Beneficiario/a

Corresponde al servicio entregado a través de los distintos canales de contacto con los que cuenta el Seguro y que permiten entregar Información respecto del Plan de Salud, la emisión de bonos, gestión de reclamos y participación ciudadana. La medición general del Servicio entregado por FONASA, se mide a través de una encuesta de percepción, y que para este año el porcentaje de encuestados que considera satisfactoria la entrega de este servicio fue de un 76%, alcanzando un nivel de cumplimiento respecto a la meta comprometida de un 105,6%.

En este punto cabe destacar que como parte de la Meta PMG SIAC (ex OIRS), hemos comenzado la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001:2000, en los tres canales de contactos (Web, Call Center y Sucursales) que FONASA coloca a disposición de sus clientes, con el objetivo de normalizar, según el sistema de certificación internacional Normas ISO 9001:2000, el funcionamiento de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), logrando así facilitar a nuestros clientes el acceso oportuno a la información y el ejercicio de los derechos ciudadanos/as.

En consecuencia con las mejoras introducidas, el 75% de los encuestados califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales, presentado un leve aumento en relación al resultado 2006 y superando la meta propuesta para el año en un 6,0%.

En cuanto al proceso de mejora continua de los estándares de calidad y tiempos para el usuario, desde hace ya tres años que se está incentivando la venta del Bono Electrónico, que es un servicio de venta de bonos en el mismo lugar de atención del prestador, convirtiéndose en un poderoso mecanismo de simplificación de trámites. Del total de bonos emitidos en el 2007, el 40,7% se efectuó por vía electrónica, lo que se traduce en ahorro de tiempo y dinero para los beneficiarios que hacen uso de este servicio.

Para el Servicio entregado a través de la Web, el tiempo de respuesta a las consultas realizadas por esta vía se mantuvo en 1 día, cumpliendo en un 100% la meta propuesta para este año.

En relación a otros logros, FONASA en su rol de Seguro Público de Salud ha fortalecido su Red de Canales de Contactos con el propósito de facilitar el acceso de todos los beneficiarios a la información de sus derechos y obligaciones que mantienen con el Seguro y a los servicios de intermediación que estos requieren para el acceso a las atenciones de salud.

El proyecto de expansión de nuevas sucursales y puntos de servicios se ha orientado a diversificar la distribución territorial de los centros de atención incorporando criterios como satisfacer vacíos de cobertura, densidad poblacional, zonas rurales y extremas.

En esta línea, se puede destacar que en el transcurso de 2007 se abrió una nueva sucursal llegando a un total de 132 los puntos de atención a lo largo del territorio nacional. También continúan en pleno funcionamiento cuatro oficinas móviles que dan servicio y orientación a nuestros usuarios en todo el territorio nacional.

Por su parte, el Proyecto Titularidad de Derechos -cuyo eje central es la oportuna y correcta identificación de los beneficiarios de FONASA a objeto que puedan efectivamente hacer realidad sus derechos en salud-, mantienen sus cuatro ejes centrales:

- a) La Integración de bases de datos con que cuenta FONASA.
- b) El Nuevo sistema de identificación de beneficiarios de los grupos B, C y D.
- c) La Calificación de beneficiarios carentes de recursos desde FONASA.
- d) La nueva credencial para todos los beneficiarios, sin distinciones.

- **Indicadores de Desempeño Institucional (H) y Colectivos(MEI)**

Respecto del cumplimiento de los Indicadores de Desempeño 2007, asociados a la Metas PMG de Planificación y Control de Gestión, FONASA alcanzó un 87% de cumplimiento, inferior a lo que había ocurrido en los años 2005 y 2006, donde se cumplió con el 100% de ellos.

Indicadores de Desempeño (H)

En cuanto al producto estratégico *Régimen General de Garantías en Salud* cabe destacar el indicador relativo a la acreditación de indigentes o personas carentes de recursos, ya que el año 2007 se logró llegar al 97% de acreditación respecto al número de indigentes estimados por FONASA periodo 2006-2010, por lo que restando dos años de gobierno sólo faltaría acreditar a un 3%, es decir, 70.494 personas.

Siguiendo con el producto estratégico *Régimen General de Garantías en Salud* en cuanto al indicador relativo a la acreditación de temporeros, éste llegó al 65,5% el año 2007 (el 2005 era de 35,5% y el 2006 era de 57,7%) destacando la acreditación de 305.933 mujeres temporeras las que representan el 75,6% del total de temporeros acreditados hasta 2007.

Además se puede mencionar el alto porcentaje de usuarios de FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de Salud, indicador que el 2007 llegó a un 76% lo que representa no sólo un alto estándar sino que además genera un gran desafío en torno a la capacidad para mantener dicho indicador el año 2008. El 2005 este indicador alcanzó el 74% y el 2006 el 73%.

En relación al producto estratégico *Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud* durante el año 2007 FONASA fiscalizó a 871 prestadores en áreas críticas lo que significó un ahorro de \$326.172.092 para el estado, subiendo el indicador de 3,3% del año 2006 a un 5,2% en 2007. Además se dio cumplimiento a un total de 3.585.169 Garantías de Oportunidad de Tratamiento lo que representa el 95.9% del total de garantías. El año 2005 el total de Garantías de Oportunidad cumplidas fueron de un 94,8% y el 2006 alcanzaron al 95%.

Por su parte, el producto estratégico *Servicios de atención al Beneficiario/a* muestra un excelente avance en lo relacionado a Reclamos por mala calidad de atención los cuales representan tan sólo el 4% del total de 14.156 reclamos recibidos en sucursales. El año anterior este indicador era de un

13% y el 2005 era de un 24%. Igualmente el porcentaje de Reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales, resueltos dentro de 15 días subió a un 97% lo que representa un alza importante respecto del 95% del año 2006 y del 92% del año 2005.

El total de Bonos Electrónicos emitidos el año 2007 (8.327.760) representó el 41% del total de Bonos emitidos superando largamente la meta establecida y los porcentajes de los años anteriores que eran de 31% el 2005 y de 34% el 2006.

Cumplimiento de Convenio de Desempeño Colectivo

En el marco de lo dispuesto por la Ley N° 20.212 del 2007, sobre Metas de Desempeño Colectivo, el Fondo Nacional de Salud a través de la Resolución Exenta 3.3D/N° 2080 del 15.09.2007; constituyó los equipos de trabajo para el cumplimiento del Convenio de Desempeño Colectivo al cual se incorporó recién en 2007. Este Convenio de Desempeño Colectivo se formalizó a través de la Resolución Exenta 3.3D/N° 3845 del 22/11/2007, en la que el Director de FONASA establece las metas para el 2° semestre del año 2007 y para el año 2008.

En cuanto al proceso relacionado al Convenio de Desempeño Colectivo, el año 2007 fue anormal, ya que la Ley 20.212 que rige estas metas fue publicada en el mes de agosto de 2007, lo que afectó aspectos tales como la definición de equipos, la determinación y medición de metas y la definición de medios de verificación.

A pesar de esto se logró el objetivo de cumplir con el 100% de los indicadores asociados a los 6 equipos de trabajo definidos (uno por cada una de las cinco Direcciones Regionales y uno en el Nivel Central).

- **Compromisos de Programas Evaluados**

El Programa de Préstamos Médicos constituye uno de los beneficios pecuniarios del Fondo Nacional de Salud para los afiliados al régimen de prestaciones establecidas en el DFL N° 1, del Ministerio de Salud del año 2005. En el decreto se estable que los afiliados al régimen podrán solicitar a FONASA el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que les corresponde co-pagar bajo la Modalidad de atención Institucional o de Libre Elección.

En relación al Programa de Préstamos Médicos, podemos mencionar que de los seis compromisos inicialmente establecidos, sólo se encuentran pendiente el compromiso que dice relación a "Continuar avanzando en la política de recuperación de préstamos médicos", en dos ámbitos: Evaluar técnicamente la cartera de préstamos, en términos de riesgo, y licitar, si corresponde, un seguro de desgravamen que permita asegurar la recuperación de los préstamos ante fallecimiento del beneficiario y Definir los criterios de incobrabilidad. De acuerdo al DS 369, que reglamenta los préstamos médicos; el año 2007 FONASA debería exigir como requisito para los préstamos médicos de diálisis 2 codeudores solidarios, y a los pensionados un codeudor solidario. Sin

embargo, y dado que sobre el 85 % de los préstamos es solicitado por pensionados, y junto a los dializados constituyen dos de los grupos más vulnerable de la comunidad; la dirección de FONASA instruyó que antes de implementar dicho requisito, se debía contactar al mayor número posible de dializados que aún no se han incorporado al AUGÉ, de manera de minimizar en lo posible el efecto de esta medida sobre este grupo de beneficiarios. FONASA solicitará la modificación del DS 369 respecto del requisito de los codeudores. Conjuntamente se ha continuado trabajando en la definición de los criterios para la incobrabilidad. En efecto, se presentó una propuesta a DIPRES, quien observó el documento en algunos puntos específicos, que están siendo estudiados por FONASA para su incorporación y elaboración de una nueva propuesta. Cabe recordar que el Porcentaje de la recuperación de Préstamos Médicos sobre el Monto total de préstamos médicos otorgados, alcanzó para el año 2007 un 84.9%, lo que equivale a un cumplimiento del indicador de un 109,5% respecto de la meta fijada.

- **Prioridades Ministeriales y del jefe de Servicio**

Sistema de gestión de calidad: certificación según norma ISO 9001:2000

El año 2007, FONASA logró la certificación de calidad de dos de los sistemas transversales que son parte del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) del sector público, llegando a un total de cuatro procesos certificados según norma ISO 9001:2000 (Auditoría Interna, Planificación/Control de Gestión, Capacitación y Evaluación del Desempeño) de un total de 7 sistemas certificables actualmente (marco avanzado). Además se inició la implementación para la certificación de los tres sistemas restantes (Higiene y Seguridad, Compras y Contrataciones Públicas y Sistema Integral de Atención al Cliente, Usuarios y Beneficiarios todos a certificar durante el año 2008).

Si bien el compromiso de mejora en la gestión a través de la certificación está acotado a los sistemas que pertenecen al PMG, se decidió a nivel institucional implementar voluntariamente la norma ISO 9001:2000 en las líneas de negocios de Fiscalización de Prestaciones, Red de Conocimiento y Extensión e Investigación de Economía de la Salud, iniciativas que ayudan a internalizar con más fuerza el concepto ISO, y que sin lugar a dudas, permitirá una mejora en los procesos y gestión de estos sistemas.

Responsabilidad Social: norma ISO 26000

FONASA participó durante 2007 en el Comité Espejo Nacional que es responsable de establecer el punto de vista nacional, sobre el trabajo llevado a cabo por la organización internacional ISO, para este caso en particular, en lo referente a la Responsabilidad Social. Este Comité Espejo está integrado por instituciones de sectores representativos que identifican los grupos de interés (stakeholders) tales como Gobierno, Trabajadores, ONG's, Industria, Consumidores y Otros (tecnológicos, consultores, etc.).

FONASA participó en el grupo de Gobierno entregando los aportes para la formulación de la Norma ISO 26.000, Responsabilidad Social, que será aplicada a nivel internacional.

Gestión participativa:

Firma de protocolos de acuerdo con las Asociaciones de Funcionarios de FONASA, donde se establece el marco de acción y pautas de trabajo futuro en las que se desarrollara el trabajo Gremial-Institucional. Dicho protocolo se basa en el establecimiento de una Alianza Estratégica orientada a generar un cambio cultural dentro de la organización, a través de una gestión Participativa.

Mejora en condiciones laborales:

FONASA procedió a modificar el horario establecido para sucursales acortándolo en media hora. Este cambio horario brinda la posibilidad a todos los funcionarios de sucursales de acceder a espacios de capacitación, formación u otros para fortalecer sus capacidades y destrezas. Lo anterior, en consecuencia con la transformación de las sucursales de lugares de venta de bonos a Centros de Orientación, con lo que cada trabajador de sucursal deberá transformarse en un Ejecutivo Orientador.

Este cambio horario implica también un beneficio directo a los usuarios ya que los trabajadores tienen mayor capacidad para acoger las inquietudes de los usuarios y dar respuestas precisas y oportunas a los beneficiarios, quienes de este modo se sienten más protegidos en cuanto a sus derechos y obtienen un servicio más eficiente.

3. Desafíos 2008

Los Desafíos para FONASA para el año 2008 son:

- **Programación Gubernamental con la SEGPRES**

Un desafío especial para FONASA, es dar continuidad y seguimiento a los compromisos gubernamentales contraídos, especialmente en los que se refiere a los SEGPRES, que en nuestra institución están centrado en nuestros beneficiarios, específicamente en la lógica de mejorar en la atención, dar respuesta oportuna a sus consultas, informar y resguardar sus derechos, como también, asegurar la protección social a todos los chilenos.

Para el 2008, contamos con cinco indicadores o productos asociados a tres objetivos Ministeriales, que a continuación se detallan:

Objetivo Minsal:

Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable. Con equipos de salud en formación continua, orgullosos de su quehacer y en ambientes laborales saludables y participativos. Estimular la participación social, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias.

Productos:

- Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días. Como compromiso alcanzar para el próximo año es de un 95% de respuesta. Este indicador es un desafío, ya que se está en procesos de cambio, tanto en la estandarización de los procesos, horario en las sucursales, capacitación a nuestros funcionarios y certificación en la norma ISO 9001:2000.
- Responder oportunamente los reclamos AUGE por Garantía de Oportunidad incumplida. El valor esperado a medir el 2008 es del 100% (tal como la ley lo señala), este indicador tiene como objeto reforzar la entrega de garantías en los tiempos que se señalan.

Objetivo Minsal:

Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y con calidad, otorgando una atención integral a la población en un proceso de garantías crecientes.

Productos:

- Campaña de información sobre el sistema AUGE a beneficiarios FONASA ejecutada y evaluada. Indicador que tiene como desafío para el próximo año, realizar el 100% de las actividades del Plan Global e informar sobre la evaluación de impacto de las acciones comprometidas. Para ello, se van a realizar durante los primeros meses del año salidas en terrenos efectuadas en las direcciones regionales, realizando un diagnóstico de los resultados de la campaña 2007 con el objeto de definir nuevas estrategias a implementar.

-
- Diseño y Ejecución Plan de Monitoreo y Fiscalización Programa de Prestaciones Valoradas. Este indicador, tiene como desafío cumplir el 100% del programa de fiscalización en el programa de prestaciones valoradas, para así contribuir a fortalecer la red asistencial de salud.

Objetivo Minsal:

Mejorar la justicia financiera en la previsión de salud, incorporando "planes estandarizados", mayor transparencia e información a los afiliados de las Isapres, ampliando la cobertura de FONASA dirigida a los trabajadores precarios.

Producto:

- Tasa de aumento de la población beneficiaria FONASA temporera respecto del año anterior. Indicador nuevo, que tiene como desafío para el 2008 aumentar en un 6% la afiliación de temporeros en el país. Lo que hace generar acciones y trabajo en terreno para la afiliación y reafiliación de estos trabajadores. Esto en la lógica de protección social y aumentar la cobertura en salud a los grupos vulnerables.

- **Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2008.**

El proyecto de Ley de Presupuestos del FONASA para el año 2008 contempla un fuerte énfasis en: equipamiento y calidad de la atención; consolidación del Plan AUGE incluyendo la incorporación de recursos para la realización de un programa piloto que abarca siete nuevas patologías. En este contexto, el proyecto de Presupuestos 2008 considera recursos por \$ 2.138.276 millones, lo que representa un incremento de 8,273%.

Mejor Atención

Se contemplan recursos adicionales para el Programa Red de Urgencia por \$ 9.764 millones, lo que permitirá seguir avanzando en el cumplimiento de estándares internacionales para las Unidades de Pacientes Críticos, permitiendo aumentar en 106 las camas de cuidados intermedios y en 6 las camas de cuidados intensivos, junto con el 100% de su reforzamiento. Además se destaca la implementación de 23 nuevos Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y un centro regulador; la contratación de 65 cargos para las Unidades de Emergencia Hospitalaria; la creación de 12 nuevos Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y 9 nuevos Servicios de Urgencia Rural (SUR). Para la transformación de 144 camas de pacientes agudos, la renovación de 1.299 camas que corresponden al 20% de las más deterioradas de los Hospitales tipo 1 y 2, y la reposición de 6 camas para obesos mórbidos se contemplan \$ 4.213 millones. Asimismo, se consideran recursos por \$ 2.408 millones para el seguimiento y control de Gestión Clínica GRD'S.

Se asignan \$8.803 millones para el cierre de brechas y prestaciones complejas. Para tal efecto, se plantea un aumento de \$4.664 millones para la reducción de listas de espera para intervenciones quirúrgicas electivas de coleditiasis, hernia abdominal y várices, lo que permitirá realizar más de 13 mil cirugías adicionales. A ello se suman \$4.138 millones adicionales para prestaciones complejas

cardiovasculares, cánceres, programas pilotos para enfermedades con medicamento de alto costo, tratamiento de la obesidad y de violencia intrafamiliar, entre otros.

Consolidación AUGE

El Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet ha consolidado la reforma a la salud iniciada en la administración anterior, no sólo cumpliendo con su cronograma de implementación, que entró en régimen en julio de 2007 con garantías explícitas para la atención de 56 problemas de salud, sino que además, de acuerdo a los compromisos contraídos en su Programa se intenta alcanzar al año 2010 un total de 80 problemas de salud en el marco del plan AUGE. Así, el Proyecto de Presupuestos 2008 compromete \$13.697 millones adicionales para cubrir el 100% de las garantías asociadas a las 56 patologías vigentes y, adicionalmente, considera \$24.128 millones para realizar un programa piloto que incorpora siete nuevos problemas de salud al Plan AUGE.

Por otra parte, se sigue avanzando en mejorar la calidad en los diferentes niveles de atención de salud. En este contexto, para el nivel de atención primaria se consideran \$6.680 millones adicionales que permitirán aumentar en un 3% la población inscrita y validada para 2008, alcanzando así a más de 10,3 millones de personas.

Además, se consideran \$3.307 millones para incrementar los programas odontológicos para mujeres y hombres de escasos recursos, programas de especialidades y cirugía menor; así como \$2.314 millones para la operación de 14 clínicas dentales triples destinadas a las regiones de la Araucanía y de los Lagos. A lo anterior se suman \$1.055 millones para el Programa Salud Mental, que considera su reforzamiento y la creación de 8 Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM); \$ 951 millones para formación de 51 especialistas en APS; \$ 1.562 millones para Programa de Salud Amable permitiendo la adquisición de 40 vehículos, 15 clínicas móviles y equipamiento; \$ 4.035 para el Sistema Integral de la Infancia (Chile Crece Contigo); \$ 519 millones para 11 nuevos CECOF que entran en operaciones en el año 2008 y 6 nuevos CECOF del Plan Chiloé.

Finalmente, se incorporan recursos para Mantenimiento de equipamiento y conservación de infraestructura para Establecimientos de Atención Primaria de Salud y Hospitalarios por \$1.350 millones y \$ 7.442 millones respectivamente; \$ 1.110 millones para programa de mejoramiento de la atención oncológica y \$1.753 millones para la implementación de dos polos de atención de alta complejidad en los Hospitales Pedro Aguirre Cerda y Peñablanca.

Más Personal para la Salud

Las inversiones en equipamiento e infraestructura y en recursos humanos son todos insumos relevantes para brindar prestaciones de salud de calidad a la ciudadanía. En este sentido, se plantea el fortalecimiento de la dotación de personal para: aumento de recursos para la puesta en marcha de los proyectos de inversión por \$ 5.635 millones correspondientes a la contratación de 366 persona; cierre brechas de especialistas por \$ 3.445 millones lo que permitirá la especialización de 350 personas y el financiamiento de becas y el financiamiento correspondiente; asignación de estímulo ley 19.664 por \$ 3334 millones recursos que forman parte de los compromisos con el Colegio Médico; programa de exposición a formaldehído en salas de anatomía patológica por \$ 326

millones; traspaso de personal a honorarios a calidad de contrata por \$ 953 que equivale a 478 personas en los servicios de salud; asignación de urgencia no médica por \$ 501 millones lo que permitirá ampliar en 788 cupos; Efecto Ley 20.209 mas incremento bonificación por desempeño colectivo institucional ley N° 19.664 por \$ 20.244.

Prestaciones de seguridad Social

Para el año 2008 en prestaciones de seguridad social se contemplan recursos por un total de \$442.694 millones lo que representa un incremento de 9,83% respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del año 2007.

Déficit CCAF.

Considera recursos totales por \$ 81.177 lo que significa un aumento de un 21,32 % equivalentes a \$ 14.266 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuestos del 2007.

Subsidios por incapacidad laboral curativo común SS.

El pago de los SIL considera recursos por \$ 66.520 millones lo que significa un aumento de 19,61% respecto de la ley de presupuesto del año 2007.

Modalidad Libre Elección.

Para el año 2008 considera recursos por \$ 294.997 millones para la MLE, lo anterior representa un incremento de 5,15% respecto de los recursos contemplados en la ley de presupuesto 2007. Dentro de estos recursos se consideran \$ 2.230 millones para la incorporación de nuevas prestaciones al arancel de la MLE.

Recursos Operacionales

Por otro lado, en materia de recursos operacionales, se destinaron recursos de expansión para: Agenda Digital (Puntos de autoatención, sistema de certificados electrónicos y SIGGES) por \$ 654 millones; Norma ISO por \$ 81 millones; Comunicaciones (Difusión Auge, Campaña de información y educación hacia grupos vulnerables socialmente y promoción de la protección social en salud) por \$ 365 millones; prestaciones de servicios personales por \$139 millones; 7 cargos para la nueva región de Los Rios por \$ 202 millones; renovación de 2 Fonasa Móviles por \$ 63 millones; y convenio INP por \$ 86 millones.

- **Principales Productos Estratégicos**

En la definición de la Planificación Estratégica Institucional para el año 2008, se constató que los productos estratégicos existentes en Fonasa, no daban cuenta en su totalidad de los alcances de la misión y visión institucional. Es por ello, que luego de un trabajo participativo con la Alta Dirección del Fondo se definieron dos nuevos productos, que empiezan a regir desde este año.

Los productos estratégicos son:

- Régimen General de Garantías en Salud

El Régimen General de Garantías en Salud especifica los beneficios y prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios del FONASA, de carácter integral, universal, colectivo, solidario y equitativo, el cual ofrece grados crecientes de cobertura y garantías de atención (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) para toda su población beneficiaria. Cuenta con un porcentaje del 98,59% del presupuesto 2008, lo que nos hace concentrar nuestro mayor esfuerzo en este producto. Este es el gran desafío para Fonasa en el 2008, con la implementación de los nuevos problemas de Salud en el AUGE, siguiendo con la evaluación de los Prestamos Médicos, y generando las acciones para lograr la cobertura en salud de todos nuestros beneficiarios.

- Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud

El gran desafío de este producto para el 2008 es lograr resguardar el correcto uso del Seguro Público de Salud por prestadores y beneficiarios, asegurando el cumplimiento de los deberes y el ejercicio de los derechos de todos los actores del sistema en la entrega de las prestaciones, así como del correcto y oportuno pago de las cotizaciones de empleadores y de afiliados cuando corresponda.

- Servicios de atención al Beneficiario/a

Siempre es un desafío mejorar los servicios que están relacionados con la atención de nuestros beneficiarios, es por ello, que el 2008 se realizan acciones en el marco de la implementación y certificación en la Norma ISO 9001:2000, también en la entrega la orientación y los servicios necesarios para que el beneficiario acceda al Régimen General de Garantías en Salud, promoviendo el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones. Gestiona el desarrollo de relaciones de confianza y credibilidad con los beneficiarios/as fortaleciendo los espacios de participación.

- Gestión Financiera

Este producto está orientado en recaudar, administrar y distribuir los recursos, además de financiar, total o parcialmente, a través de aportes directos, per cápita, pagos directos por prestaciones o asociados a diagnósticos, convenios u otras modalidades que a futuro se establezcan; las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del Régimen en cualquiera de sus modalidades, sean estas a través de organismos, entidades y/o personas del ámbito público o privada; además de

financiar la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos del Sistema.

- Plan Nacional de Afiliación y Acreditación

Este producto se forma en el contexto de la protección social en salud, ya que está orientado a la identificación de nuestros beneficiarios, además de la entrega de documentos que los identifica como tal. Pero también, en el desafío que exista equidad en salud para todos los chilenos, lo que nos hace trabajar en la afiliación y acreditación de temporeros, carentes de recursos y otros grupos vulnerables

- **Indicadores de Desempeño Institucional (H) y Colectivos(MEI)**

Indicadores de desempeño Institucional (H)

Los principales desafíos 2008 apuntan a mantener los índices de satisfacción de los beneficiarios. En este año, además se espera subir el indicador de "encuestados que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA" ya que a pesar que el 2006 y 2007 fue de 73% y de 72% respectivamente, el año 2008 está comprometido un porcentaje de 76% para este indicador.

Por otro lado, este año 2008 se espera cumplir con las expectativas en torno al Régimen General de Garantías Explícitas ya que las Garantías de Acceso, Oportunidad y Protección Financiera deben ser cumplidas en un 100%.

Finalmente durante 2008 se espera seguir incrementando el indicador relativo al número de Prestaciones Asociadas al Diagnóstico (PAD) otorgadas en la Modalidad Libre Atención (MLE) que ha ido creciendo desde el año 2004 (76%) al 2007 (84,4%); este año se espera llegar a un porcentaje superior al 84%.

Indicadores de Desempeño Colectivo (MEI)

Para este año 2008 se espera mantener el nivel de cumplimiento de 100% para metas de Desempeño Colectivo. En ese sentido se espera tener mayor claridad en la definición del estándar a alcanzar, ya que el proceso del año 2007, fue catalogado como un proceso fuera de lo normal, por la premura en tiempo para la formulación y medición de los indicadores comprometidos.

Lo anterior, implicó que algunas áreas no tuviesen la claridad necesaria para definir un estándar objetivo, que puede afectar el cumplimiento de las metas 2008. Por ello se tendrá una mayor rigurosidad para la definición y revisión de los medios de verificación presentados, estableciendo además un criterio formal para la definición de muestras en los casos que corresponda.

Finalmente es necesaria la revisión de las tareas de los equipos en cuanto a su aporte como Meta de Eficiencia Institucional, para la formulación de las metas del año 2009.

4. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2007
- Anexo 5: Compromisos Gubernamentales
- Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas
- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2007
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
- Anexo 9: Proyectos de Ley

- **Anexo 1: Identificación de la Institución**

- a) **Definiciones Estratégicas**

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

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

D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, (cuyo Libro I refunde el ex Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y su Libro II contiene la Ley N° 18.469, actualizada); Ley 19.966 sobre Régimen de Garantías en Salud, publicada el 03.09.2004; ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937 publicada el 24.02.04; Res. Ex 3A N° 1455 de 29.05.02; modificada por las RES. EX. 1G N° 3709 de 27.12. 02, por la 3A 1814 de 02.07.03 y por la 3A N° 1738 de 13.06.06, todas del Fondo Nacional de salud, que contienen Funciones y estructura de la institución.

- **Misión Institucional**

Asegurar a los beneficiarios del FONASA el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud, con atención de excelencia. Ser la Institución de Seguridad Social Pública en Salud para los habitantes del país, que garantiza a sus beneficiarios la protección social en salud de manera universal, solidaria y equitativa, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

- **Aspectos Relevantes Contenidos en Proyecto de Ley de Presupuestos- Año 2007**

Número	Descripción
1	El Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2007 considera \$ 2.219.272 millones lo que representa un incremento de 13% en el gasto de salud respecto al 2006, uno de los incrementos más alto que ha tenido el Ministerio de Salud desde los años 90. En términos netos el incremento de recursos alcanza la suma de \$ 252.302 millones para dicho sector.
2	El Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2007, continua con la implementación del Plan AUGE, es por ello que se incorporan 16 nuevos problemas de salud con garantías explícitas que sumadas a las 40 vigentes, permiten cumplir con el compromiso de tener funcionando el Plan AUGE con 56 patologías a partir del 1° de Julio de 2007. Es así, como se destinan recursos adicionales para el cumplimiento de las 56 garantías por un total de \$ 62.868 millones, de los cuales \$ 36.975 millones se ejecutan en el nivel secundario y terciario de atención y \$ 25.893 millones se ejecutan en el nivel primario.
3	En el Proyecto de Presupuestos para el año 2007, un aspecto relevante es la Atención Primaria en Salud, considerando que es la puerta de entrada al sistema y el nivel donde se solucionan la mayor parte de los requerimientos de salud de la población. Para 2007 se propone un gasto total en

atención primaria que asciende a \$ 485.200 millones, lo que representa un crecimiento de un 18%, considerando las transferencias a las entidades municipales, la actividad de consultorios dependientes de los Servicios de Salud, la inversión en consultorios, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, el Programa de Alimentación complementaria del Adulto Mayor y el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Si se considera sólo la transferencia del Programa de Atención Primaria incorporado en el Presupuesto del Fondo Nacional de Salud, el incremento corresponde a un 16% al compararlo con el año 2006.

4 Otro aspecto de gran relevancia a destacar, es el nivel de crecimiento para el año 2007 de la inversión en infraestructura y equipamiento para el nivel de atención hospitalario y primario en salud. Esto representa un aumento de un 109% real respecto del año 2006, es decir, los recursos destinados a inversión pública en salud, más que se duplican el próximo año. Lo anterior significará un presupuesto en inversión en salud de \$ 112.061 millones, lo que representa una de las cifras más altas en comparación al periodo 1990-2006, esto permitirá seguir avanzando con el compromiso de otorgar una atención de mayor calidad a los beneficiarios del sistema público de salud, es por ello que se invertirán \$ 60.957 millones en infraestructura y equipamiento para la red hospitalaria de salud, \$ 8.856 millones en equipamiento AUGÉ de alta y mediana complejidad, \$ 31.477 millones para la construcción de 21 nuevos consultorios y 31 centros comunitarios de atención familiar y \$ 10.771 millones en equipamiento médico en pabellones e instrumental quirúrgico, normalización de laboratorios ambientales e infraestructura para la instalación de equipamiento de radioterapia.

5 Por otro lado, en materia de salud pública, adicionalmente a los programas mencionados que se entregan en Atención Primaria, se pueden destacar recursos para la Campaña del Tabaco con M\$ 414.000, refuerzo en las actividades de la Comisión de Medicina Preventiva y de Invalidez COMPIN con M\$ 1.090.269, Prevención y respuesta Influenza Aviar y Pandemia con M\$ 2.111.146 y Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud con un total de recursos para el año 2007 de M\$ 323.149, entre otras.

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Extender la Protección Social en Salud a los potenciales beneficiarios, con énfasis en los grupos vulnerables.
2	Aumentar los niveles de satisfacción usuaria y mantener a la población informada y educada para el ejercicio de sus derechos y obligaciones, en el ámbito de la protección social en salud.
3	Mejorar el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por la población
4	Propender hacia la eficiencia financiera en las fuentes y en el uso de los recursos del FONASA, en el marco de los servicios entregados a los beneficiarios, por prestadores públicos y privados.
5	Asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías.
6	Propender hacia la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión innovadora y participativa, fortaleciendo las Competencias de las personas que trabajan en el FONASA generando las condiciones necesarias para su desarrollo integral.

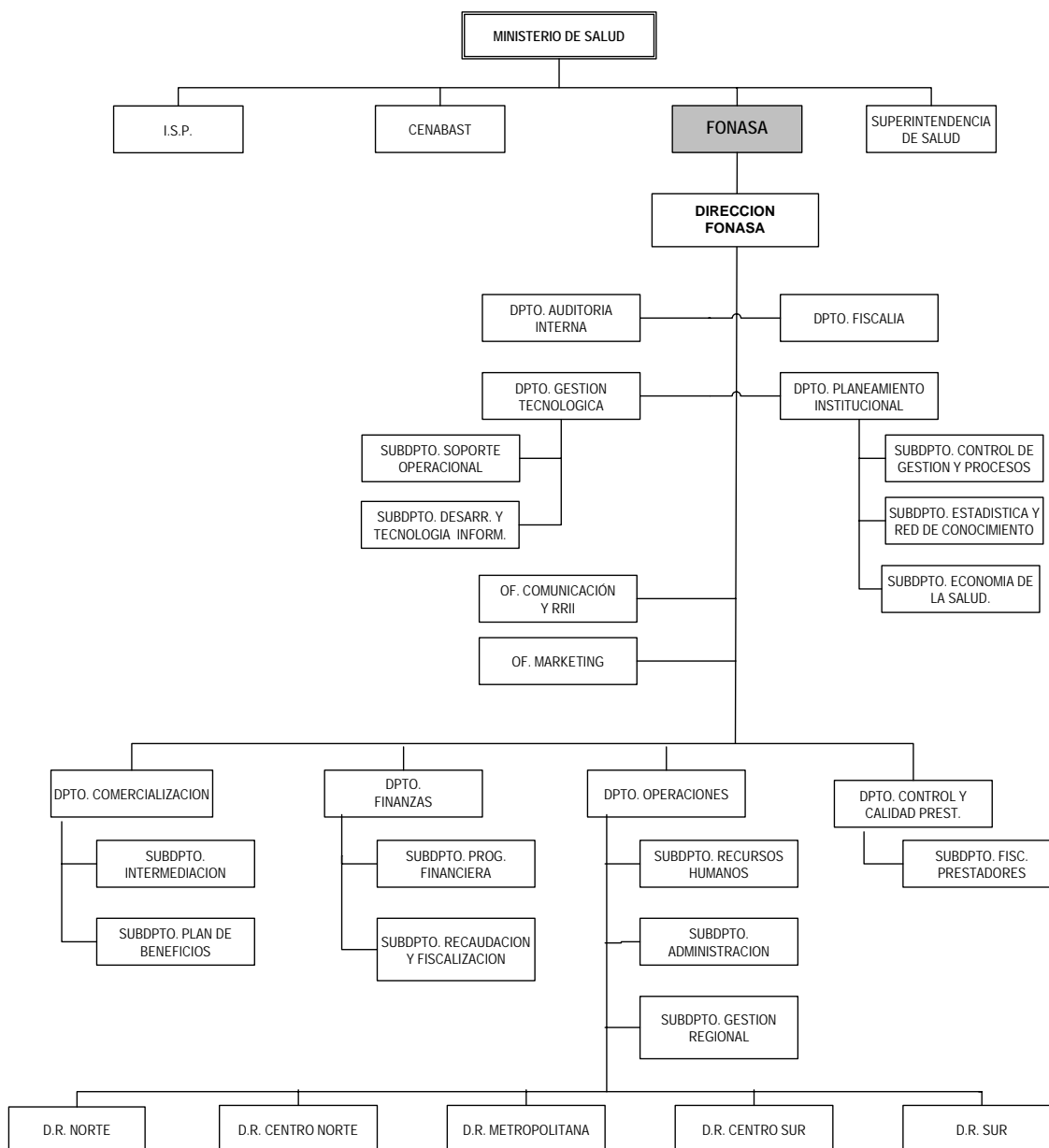
- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	<u>Régimen General de Garantías en Salud</u> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen de Garantías Explícitas, AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) <ul style="list-style-type: none"> - Garantías explícitas (acceso, oportunidad, cobertura financiera, calidad) para los problemas de salud definidos por la autoridad sanitaria que se implementan gradualmente • Modalidad de Atención Institucional (MAI) <ul style="list-style-type: none"> - Acceso y disponibilidad de prestaciones de Salud (niveles primario, secundario y terciario) - Acceso a Programas Especiales (POA, PAM, SIDA, Complejas, Urgencia, Salud Mental, Partos) - Préstamos médicos • Modalidad Libre Elección (MLE) <ul style="list-style-type: none"> - Acceso y disponibilidad a las prestaciones de Salud otorgadas por los Prestadores privados o públicos en convenio con FONASA - Acceso a Programas especiales (Cuenta Conocida) - Préstamos médicos • Prestaciones Previsionales 	1,2,3,4,5,6
2	<u>Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fiscalización y Control de Prestaciones • Fiscalización de Cotizaciones 	2,4,5,6
3	<u>Servicios de atención al Beneficiario/a</u> <ul style="list-style-type: none"> • Información del Régimen General de Garantías en Salud (a través de la Red de Sucursales, Web, Call Center, FONASA - Móvil) • Emisión de Ordenes de Atención en Salud • Solución de sugerencias y reclamos • Acceso a participación ciudadana 	1,2,5,6

- **Clientes / Beneficiarios / Usuarios**

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

b) Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio



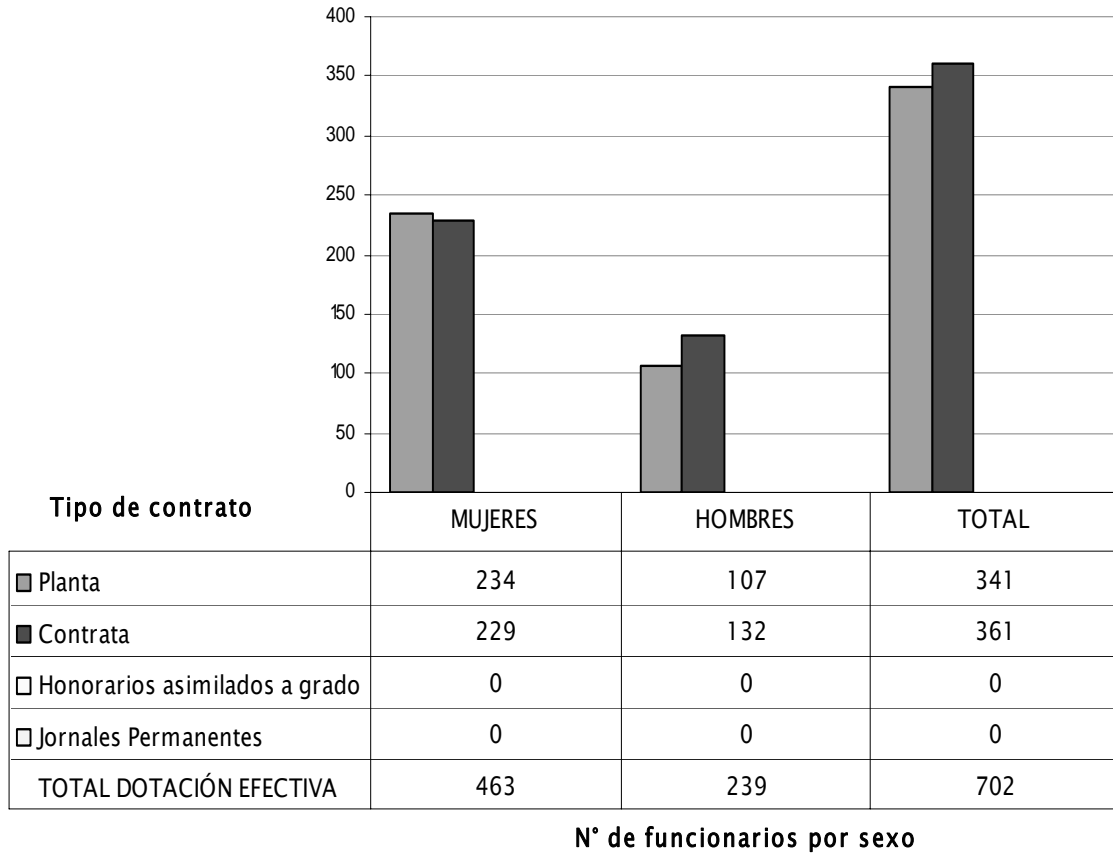
c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Director Nacional	Hernán Monasterio Irazoque
Jefa Departamento de Auditoría	María Isabel Rodríguez Miranda
Jefa Departamento Fiscalía	Erika Díaz Muñoz
Jefe Departamento Gestión de Tecnologías de Información	Rodrigo Castro Apablaza
Jefe Departamento Planeamiento Institucional	Rafael Urriola Urbina
Jefe Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales	Ignacio Vidaurrezaga Manríquez
Jefa Oficina de Marketing	Roxana Muñoz Flores
Jefa Departamento Comercialización	Cecilia Jarpa Zúñiga
Jefe Departamento Finanzas	Pablo Venegas Díaz
Jefe Departamento Operaciones	Lorena Osorio Díaz
Jefa Departamento Control y Calidad de Prestaciones	Gladys Olmos Gaete
Directora Dirección Regional Norte	Viviana Porcile Navarrete
Director Dirección Regional Centro Norte	Eduardo Bartolomé Bachelet
Director Dirección Regional Metropolitana	Roberto Muñoz Bustos
Director Dirección Regional Centro Sur	Arturo San Martín Guerra
Directora Dirección Regional Sur	Wilma Berg Kroll

- **Anexo 2: Recursos Humanos**

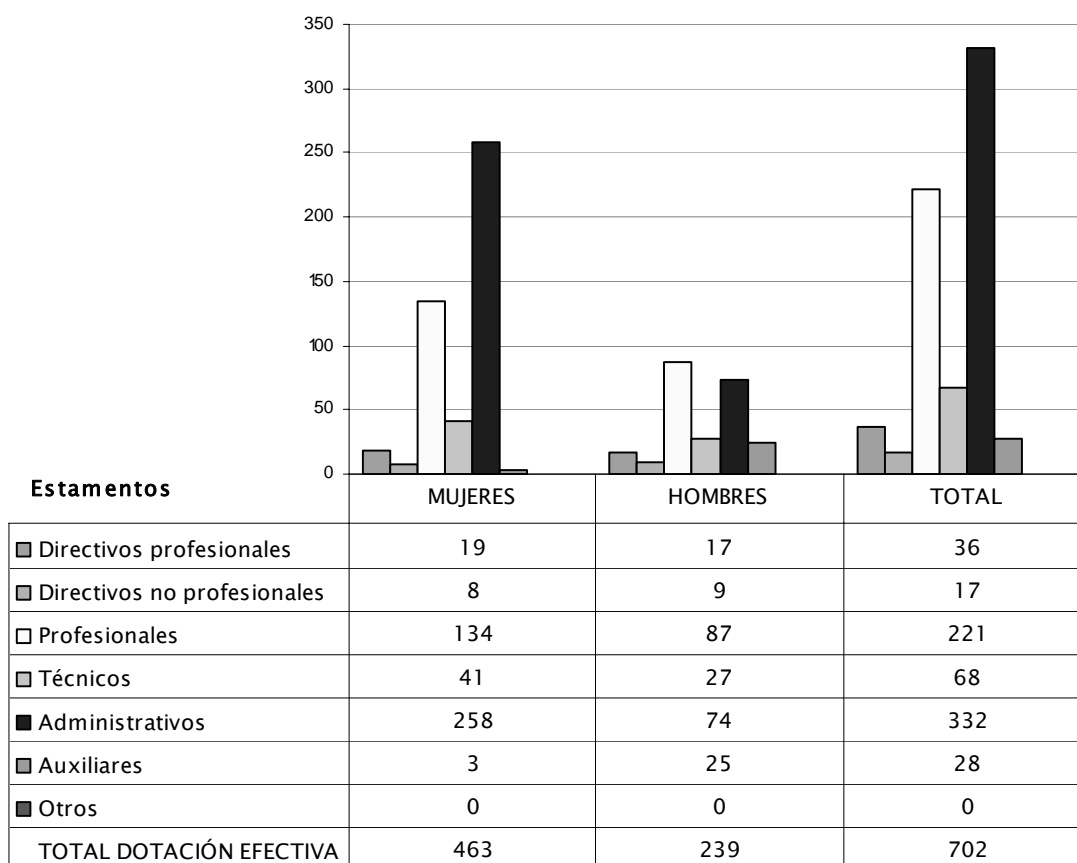
- a) **Dotación de Personal**

- **Dotación Efectiva año 2007² por tipo de Contrato (mujeres y hombres)**



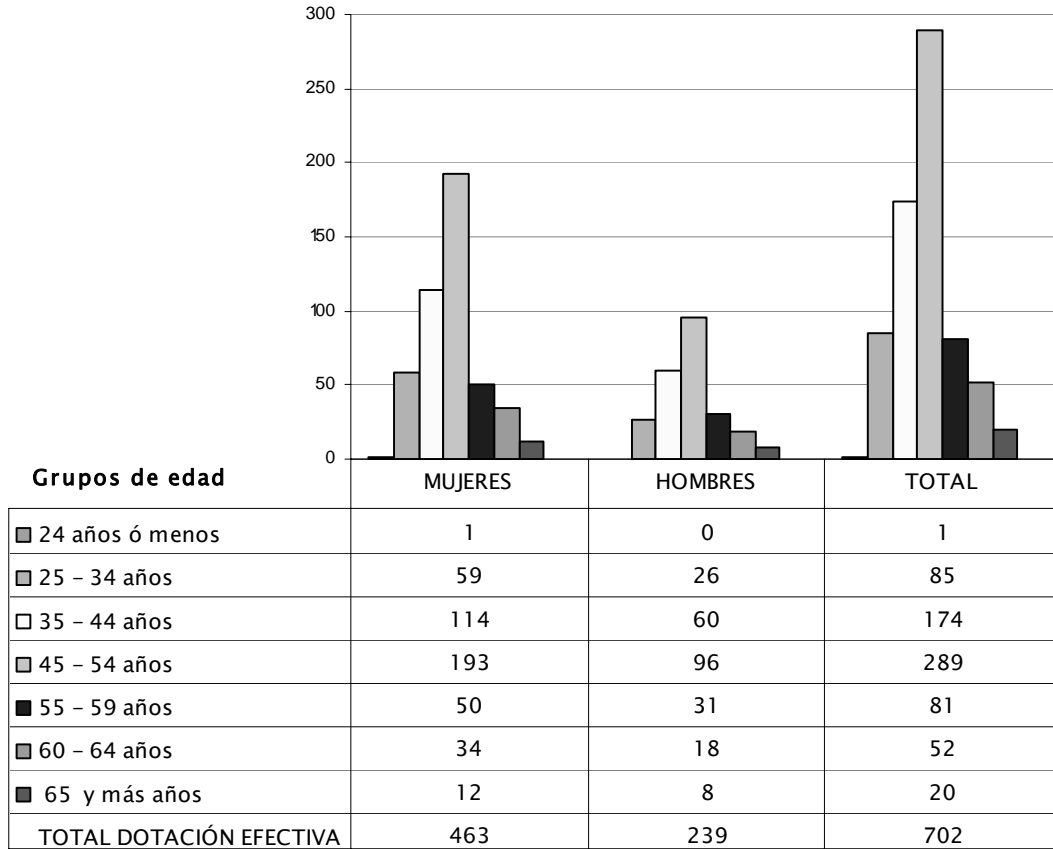
2 Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de la ley N° 15.076, jornales permanentes y otro personal permanente, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2006. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no corresponde a la dotación efectiva de personal.

Dotación Efectiva año 2007 por Estamento (mujeres y hombres)



N° de funcionarios por sexo

- Dotación Efectiva año 2007 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



N° de funcionarios por sexo

b) Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Cuadro 1 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2006	2007		
Días No Trabajados	(N° de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año t/12)/ Dotación Efectiva año t	1,5	2,1	70,5	Desc.
Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.					
Razón o Tasa de Rotación de Personal	(N° de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año t/ Dotación Efectiva año t) *100	3,6	2,3	156,9	Desc.
Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.					
Movimientos de Personal					
Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios jubilados 	(N° de funcionarios Jubilados año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0,0	0,0	0,0	Desc.
<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios fallecidos 	(N° de funcionarios fallecidos año t/ Dotación Efectiva año t)*100	0,3	0,1	290,0	Desc.
<ul style="list-style-type: none"> Retiros voluntarios 	(N° de retiros voluntarios año t/ Dotación efectiva año t)*100	2,9	1,9	145,2	Desc.
<ul style="list-style-type: none"> Otros 	(N° de otros retiros año t/ Dotación efectiva año t)*100	0,4	0,1	307,0	Desc.
<ul style="list-style-type: none"> Tasa de recuperación de funcionarios 	N° de funcionarios ingresados año t/ N° de funcionarios en egreso año t)	0,5	1,2	43,3	Desc.
Grado de Movilidad en el servicio					
Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	(N° de Funcionarios Ascendidos y promovidos) / (N° de funcionarios de la Planta Efectiva)*100	3,4	3,5	102,4	Asc.
Grado de Movilidad en el servicio					
Porcentaje de funcionarios a contrata recontractados en grado superior respecto del N° de funcionarios a contrata Efectiva.	(N° de funcionarios recontractados en grado superior, año t)/(Contrata Efectiva año t)*100	27,4	2,8	10,2	Asc.

3 La información corresponde al periodo Enero 2006 - Diciembre 2006 y Enero 2007 - Diciembre 2007.

4 El avance corresponde a un índice con una base 100, de tal forma que un valor mayor a 100 indica mejoramiento, un valor menor a 100 corresponde a un deterioro de la gestión y un valor igual a 100 muestra que la situación se mantiene. Para calcular este avance es necesario, previamente, determinar el sentido de los indicadores en ascendente o descendente. El indicador es ascendente cuando mejora la gestión a medida que el valor del indicador aumenta y es descendente cuando mejora el desempeño a medida que el valor del indicador disminuye.

Cuadro 1
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos

Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2006	2007		
Capacitación y Perfeccionamiento del Personal Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	94,8	97,6	102,9	Asc.
Porcentaje de becas ⁵ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	2,0	1,0	49,5	Asc.
Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / \text{N}^\circ \text{ de funcionarios capacitados año t})$	23,4	35,1	150,0	Asc.
Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t} / 12) / \text{Dotación efectiva año t}$	4,5	4,3	105,4	Desc.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del Desempeño⁶ Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Lista 1 % de Funcionarios	98,3	98,3	100,0	Desc.
	Lista 2 % de Funcionarios	1,8	1,7	98,3	Asc.
	Lista 3 % de Funcionarios	0,0	0,0	0,0	Asc.
	Lista 4 % de Funcionarios	0,0	0,0	0,0	Desc.

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

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

• Anexo 3: Recursos Financieros

a) Recursos Presupuestarios

Cuadro 2 Recursos Presupuestarios 2007			
Ingresos Presupuestarios Percibidos		Gastos Presupuestarios Ejecutados	
Descripción	Monto M\$	Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal	1.043.494.251	Corriente ⁷	1.984.356.728
Endeudamiento ⁸	0	De Capital ⁹	7.823.893
Otros Ingresos ¹⁰	971.512.496	Otros Gastos ¹¹	22.826.126
TOTAL	2.015.006.747	TOTAL	2.015.006.747

Cuadro 2 Recursos Presupuestarios 2007			
Ingresos Presupuestarios Devengados		Gastos Presupuestarios Devengados	
Descripción	Monto M\$	Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal	1.043.494.251	Corriente ¹²	1.988.527.165
Endeudamiento ¹³	0	De Capital ¹⁴	7.861.731
Otros Ingresos ¹⁵	971.566.100	Otros Gastos ¹⁶	18.671.455
TOTAL	2.015.060.351	TOTAL	2.015.060.351

- 7 Los gastos Corrientes corresponden a la suma de los subtítulos 21, 22, 23 y 24.
- 8 Corresponde a los recursos provenientes de créditos de organismos multilaterales.
- 9 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29, subtítulo 31, subtítulo 33 más el subtítulo 32 ítem 05, cuando corresponda.
- 10 Incluye el Saldo Inicial de Caja y todos los ingresos no considerados en alguna de las categorías anteriores.
- 11 Incluye el Saldo Final de Caja y todos los gastos no considerados en alguna de las categorías anteriores.
- 12 Los gastos Corrientes corresponden a la suma de los subtítulos 21, 22, 23 y 24.
- 13 Corresponde a los recursos provenientes de créditos de organismos multilaterales.
- 14 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29, subtítulo 31, subtítulo 33 más el subtítulo 32 ítem 05, cuando corresponda.
- 15 Incluye el Saldo Inicial de Caja y todos los ingresos no considerados en alguna de las categorías anteriores.
- 16 Incluye el Saldo Final de Caja y todos los gastos no considerados en alguna de las categorías anteriores.

b) Resultado de la Gestión Financiera

Cuadro 3 Ingresos y Gastos devengados años 2006 – 2007, y Ley de Presupuestos 2008				
Denominación	Monto Año 2006 M\$ ¹⁷	Monto Año 2007 M\$	Monto Ley de Presupuestos Año 2008 M\$	Notas
INGRESOS	1.824.315.295	2.015.060.352	2.138.276.030	
Imposiciones Previsionales	772.962.635	835.864.302	930.086.196	(1)
Transferencias Corrientes	8.619.258	5.483.365	9.711.889	(2)
Ingresos de Operación	196.126	165.579	212.733	
Otros Ingresos Corrientes	119.045.241	117.751.998	126.287.523	
Aporte Fiscal	905.172.878	1.043.494.251	1.064.647.254	(3)
Venta de Activos no Financieros	0	4.445		
Recuperación de Préstamos	7.114.591	6.665.411	7.329.435	
Saldo Inicial de Caja	11.204.566	5.631.001	1.000	(4)
GASTOS	1.824.315.295	2.015.060.352	2.138.276.030	
Gasto en Personal	7.442.096	7.881.713	6.651.661	(5)
Bienes y Servicios de Consumo	15.568.728	18.019.984	19.721.878	(6)
Prestaciones de Seguridad Social	359.634.954	391.160.655	376.173.795	(7)
Transferencias Corrientes	1.426.477.206	1.571.464.813	1.726.711.764	(8)
Integros al Fisco	8.698	7.841	6.706	
Adquisición de Activos no Financieros	90.081	214.015	163.840	(9)
Préstamos	9.012.082	7.647.716	8.844.386	(10)
Servicio de la Deuda	1.027.063	785.870	1.000	
Saldo Final de Caja	5.054.387	17.877.745	1.000	

Notas Ingresos y Gastos

Nota N°1.

Las mayores imposiciones previsionales recepcionadas por el Fondo en el año 2007 respecto del año 2006 fueron MMS 62.902.- correspondientes principalmente a mayores cotizaciones provenientes del INP.

17 La cifras están indicadas en M\$ del año 2007. Factor de actualización es de 1,044 para expresar pesos del año 2006 a pesos del año 2007.

Evolución Cotizaciones por Entidad Recaudadora 2006-2007				
Imposiciones Previsionales	Año 2006 en M\$ (inflactado en 1,044)	Año 2007 en M\$	Crecimiento en M\$	
INP	704.470.800	768.065.461	63.594.661	
AFP Y OTROS	65.009.544	64.155.686	-853.858	
7% SIL	3.482.291	3.643.155	160.864	
TOTAL	772.962.635	835.864.302	62.901.667	

Sin embargo, si consideramos cifras nominales de gastos para ambos años el aumento corresponde a un 12,9%.

Evolución Cotizaciones por Segmento Previsional 2006-2007				
Imposiciones Previsionales	Año 2006 en M\$	Año 2007 en M\$	Crecimiento en M\$	Tasa de Crecimiento
Dependientes	583.465.352	670.230.382	86.765.030	14,87%
Independientes	14.765.244	15.551.019	785.775	5,32%
Pensionados	142.155.070	150.082.901	7.927.831	5,58%
TOTAL	740.385.666	835.864.302	95.478.636	12,90%

Esta mayor recaudación de cotizaciones es el resultado del incremento en el Número de Cotizantes (Efecto Cantidad) y en las Rentas Promedio de dichos cotizantes (Efecto Precio).

Efecto Cantidad (evolución número de cotizantes):

Para el año 2007 el número de cotizantes promedio estimado de 4.606.033 implica una tasa de crecimiento de un 4,23% respecto del año 2006, explicada principalmente por el incremento de afiliados en el segmento dependientes e independientes.

Evolución Cotizantes Promedio 2006-2007			
Imposiciones Previsionales	Cotizantes 2006 Real	Cotizantes 2007 Real	Tasa Crecimiento
Dependientes	2.981.028	3.153.941	5,80%
Independientes	129.985	137.403	5,71%
Pensionados	1.308.148	1.314.689	0,50%
TOTAL	4.419.161	4.606.033	4,23%

Efecto Precio (rentas promedio cotizantes):

Para el año 2007 se estima un crecimiento en el ingreso promedio de 8,32%, con la siguiente apertura por segmento previsional.

Evolución del Ingreso Promedio 2006-2007			
Imposiciones Previsionales	2006 Real	2007 Real	Tasa Crecimiento
Dependientes	244.256	265.898	8,86%
Independientes	133.110	134.736	1,22%
Pensionados	129.260	135.903	5,14%
TOTAL	199.452	216.038	8,32%

Efecto Densidad de cotizaciones

Para el año 2007, de acuerdo a las estimaciones la densidad de cotizaciones para cada segmento de cotizantes tiene el siguiente comportamiento:

Evolución Densidad de Cotizaciones 2006-2007		
Imposiciones Previsionales	2006 Real	2007 Real
Dependientes	7,8	7,9
Independientes	8,1	8,1
Pensionados	11,4	11,4

Nota N° 2

Subtítulo 05 Transferencias Corrientes: la disminución que se observa de 63.62% con respecto al año 2006 se produce debido a que en el año 2007 se dejó de percibir ingresos por la Ley de Accidentes del Trabajo ya que estos recursos en el año 2007 pasaron a formar parte del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública y al mismo tiempo se comenzaron a recibir recursos desde Mideplan por concepto de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo).

Nota N° 3

Subtítulo 09 Aporte Fiscal, el incremento en este subtítulo del año 2007 con respecto al año 2006 en MM\$ 138.321 se debe principalmente a incrementos para transferencias a los Servicios de Salud, destinados principalmente a los Programas de Prestaciones Valoradas, Institucionales y Atención Primaria.

El aumento en las prestaciones Valoradas y Atención Primaria corresponde a \$ 87.953 millones y \$ 53.164 respectivamente, el cual se explica por aumentos en el Auge tanto en las 40 patologías vigentes como en las 16 nuevas y en los Avances Auge.

Conceptos	2006 Real M\$ 2007	2007 Real	Crecimiento
Atención Primaria	352.846.398	406.010.743	53.164.345
Programa Prestaciones Valoradas	501.363.153	589.316.555	87.953.402
PPV Servicios de Salud	449.474.578	526.018.973	76.544.395
Convenios Compra de Prestaciones	51.888.575	63.297.582	11.409.007
TOTAL	854.209.551	995.327.298	141.117.747

Nota N°4

Saldo Inicial de Caja: El menor saldo inicial de caja del año 2007 con respecto al año 2006 por MM\$ 5.574, se debe a que en el 2006 este saldo fue alto por concepto de compra de prestaciones médicas directas del Fonasa.

Nota N°5

Subtítulo 21 Gasto en Personal: El gasto en este Subtítulo del año 2007 con respecto al 2006 presenta un aumento de 5,9%. Sin embargo, si consideramos cifras nominales de gastos para ambos años el aumento corresponde a un 10,57%. Este mayor gasto se explica principalmente por un aumento en el porcentaje del Bono Institucional (18% en el año 2006 a un 20% en el año 2007), la incorporación de la nueva Ley 20.212 la cual modifica el porcentaje del ítem Zonas Extremas y otorga un bono especial a los funcionarios públicos, y por un aumento en la base por sobre el 5,2% del inflator específicamente en personal a contrata. Se muestra cuadro con la comparación del gasto de ambos años.

Subt.21 Gasto en Personal M\$			
Conceptos	2006 Real	2007 Real	Tasa Crecimiento
Honorarios	71.591	66.265	-7,44%
Horas Extras	87.270	91.808	5,20%
Viáticos	195.580	196.442	0,44%
12 cargos críticos	93.547	98.186	4,96%
Asig. Alta Dirección	10.997	15.199	38,21%
Zonas Extremas	9.188	22.003	139,48%
Bono Individual	210.342	220.680	4,91%
Resto	5.431.812	5.814.324	7,04%
BASE	6.110.327	6.524.907	6,78%
Contratos Cortos	113.284	125.960	11,19%
Fondo Bonif. Por retiro	69.144	90.960	31,55%
Bono Institucional	717.624	861.414	20,04%
Bono Escolar	23.548	24.234	2,91%
Bono Especial	56.200	214.385	281,47%
Aguinaldo Septiembre	21.620	22.177	2,58%
Aguinaldo Navidad	16.698	17.676	5,87%
TOTAL	7.128.445	7.881.713	10,57%

Nota N° 6

Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo

El incremento de este subtítulo en el año 2007 con respecto al año 2006 se produce por un mayor gasto en Fonasa Digital, Convenio INP y Programa SIGGES tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Subt.22 Bienes y Servicios de Consumo M\$			
Conceptos	2006 Real	2007 Real	Tasa Crecimiento
Unidades Pptarias. (NC + DR)	4.716.920	4.659.941	-1,21%
Operación	3.670.854	3.776.131	2,87%
EEDD	1.046.066	883.810	-15,51%
Proyectos Transversales	10.195.654	13.360.043	31,04%
Fonasa Digital	2.181.430	3.445.694	57,96%
Publicidad y Difusión	571.626	547.809	-4,17%
Convenio INP	616.868	1.028.194	66,68%
Call Center Línea 1	467.683	508.346	8,69%
Call Center Línea 2		587.491	100,00%
Apoyo Servicios Personales (Serviland)	2.404.683	2.729.201	13,50%
Servicios de Vigilancia (Prosegur)	774.298	807.053	4,23%
Programa SIGGES	2.618.423	3.439.551	31,36%
Arreglos Moneda 1040 (Apoyo Compín)		165.000	100,00%
Resto	560.643	101.704	-81,86%
TOTAL	14.912.574	18.019.984	20,84%

El aumento en el SIGGES se debe al desarrollo y ajuste del sistema por incorporación de nuevas patologías GES y para la mantención de la plataforma, ambos conceptos significaron una expansión en el año 2007.

El Convenio INP en el año 2006 se pago un monto de M\$ 616.868, correspondiente a los meses de septiembre 2005 a junio 2006, mientras que en el año 2007 se pago M\$ 1.028.194, correspondiente a los meses de julio 2006 a diciembre 2006, más enero 2007 a octubre 2007.

Nota N° 7

Prestaciones de Seguridad Social: el crecimiento de este subtítulo con respecto al año 2006 es de un 8,77% el que obedece principalmente al ítem Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar CCAF.

Se puede mencionar que el crecimiento del déficit de las CCAF, se explica por un efecto neto en el aumento del ingreso y del gasto en las CCAF.

En los ingresos se produce un aumento en el número de cotizantes de un 9,2% y en la renta diaria promedio de un 7%, mientras que en los gastos se produce un aumento en la tasa de uso de un 14,9%, en los cotizantes de un 9,2% y el costo diario promedio del SIL un 4,4%.

Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social				
Conceptos	Año 2006 en M\$ 2007	Año 2007 en M\$	Crecimiento en M\$	Tasa de Crecimiento
MLE	274.121.721	278.292.545	4.170.824	1,52%
Déficit CCAF	85.485.934	112.868.110	27.382.176	32,03%
Fondo al Retiro	27.299	0	-27.299	-100,00%
TOTAL	359.634.954	391.160.655	31.525.701	8,77%

Nota N°8

Transferencias Corrientes: el incremento de 10,16% corresponde a:

Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$				
Conceptos	2006 Real en M\$ 2007	2007 Real	Crecimiento	Tasa Crecimiento
Atención Primaria	352.846.398	406.010.743	53.164.345	15,07%
Programa Prestaciones Valoradas	501.363.153	589.316.555	87.953.402	17,54%
PPV Servicios de Salud	449.474.578	526.018.973	76.544.395	17,03%
Convenios Compra de Prestaciones	51.888.575	63.297.582	11.409.007	21,99%
Programa Prestaciones Institucionales	572.047.355	575.919.113	3.871.758	0,68%
SIL Común	49.758.527	55.713.293	5.954.766	11,97%
SIL Acc. T°	3.336.790	0	-3.336.790	-100%
Resto	518.952.038	520.205.820	1.253.782	0,24%
ISP	220.301	218.402	-1.899	-0,86%
TOTAL	1.426.477.207	1.571.464.813	144.987.606	10,16%

El aumento en las prestaciones Valoradas y Atención Primaria corresponde a \$ 87.953 millones y \$ 53.164 respectivamente, el cual se explica por aumentos en el Auge tanto en las 40 patologías vigentes como en las 16 nuevas y en los Avances Auge.

La variación de los convenios de provisión de prestaciones médicas se puede apreciar en el siguiente cuadro:

PROGRAMA PRESTACIONES VALORADAS				
CONVENIO DE PROVISIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS				
Concepto	Real 2006	Real 2006 en M\$ 2007	Real 2007	Diferencia
Hemodiálisis	46.330.868	48.369.426	57.996.534	9.627.108
Corp. Nac. Fomento Trasplante (procuramiento de organos)	100.450	104.870	83.733	(21.137)
Hospital Clínico FACH (Escoliosis)	18.149	18.948	4.992	(13.956)
Compra IQ Cataratas	791.810	826.650	1.089.888	263.238
Compra Accesos Vasculares		0	161.749	161.749
Convenio COALIVI	12.046	12.576	37.955	25.379
Compra Radioterapia	501.114	523.163	801.957	278.794
Compra Vitrectomias	60.000	62.640	489.129	426.489
Convenio Marco Exámenes de Cargas Virales		0	124.810	124.810
C.Oftalmológico del Maule (Vicios de Refracción)		0	8.458	8.458
Resonancias Magallanes		0	29.207	29.207
Convenio CEM Radioterapia	60.000	62.640		(62.640)
Inst. Oncológico de Viña	294.600	307.562		(307.562)
Convenio Scanner y mamografías Aysén (Centro Radiológico)	95.783	99.997	117.997	18.000
Convenios Directos AUGE	48.264.820	50.388.472	60.946.409	10.557.937
FALP (oncología tratamiento del cáncer)	68.220	71.222	10.188	(61.034)
Clinica Antofagasta (Cardiovasculares)	330.200	344.729	348.781	4.052
Hogar de Cristo (pacientes terminales y con hospitaliz. prolongadas)	650.000	678.600	795.000	116.400
Convenio Marco Externalización de Pacientes Crónicos		0	794.489	794.489
Clinica Alemana (Gastroenterología)	222.900	232.708	234.600	1.892
Fundac.Pro Dignitate Hominis, La Familia (Cuidados paliativos del dolor a paciente)	100.000	104.400	100.000	(4.400)
Dipreca	14.300	14.929		(14.929)
Corporación Mater (Nefrología y Urología de niños)	51.260	53.515	68.115	14.600
Convenios Directos NO AUGE	1.436.880	1.500.103	2.351.173	851.070
Total	49.701.700	51.888.575	63.297.582	11.409.007

Respecto a los SIL SS, se puede mencionar que el crecimiento se explica por el aumento en la tasa de uso de un 14%, el número de cotizantes 0,3% y renta promedio de los cotizantes 3,4%.

Nota N° 9

Adquisición de Activos no Financieros: el incremento de este subtítulo corresponde principalmente al gasto de M\$ 128.757 por la habilitación de mobiliarios y estaciones de Trabajo en Moneda 1040, insertos en el Proyecto de Centralización de la Contraloría Médica de licencias de cotizantes FONASA.

Nota N°10

Préstamos Médicos: El menor gasto del año 2007 versus el año 2006 de MM\$ 1.364 se explicaría por el menor otorgamiento de Préstamos Médicos a causa de una disminución en la demanda de préstamos de diálisis como consecuencia del traspaso de los beneficiarios a la MAI con garantías Explícitas del 100% en protección financiera en este problema de salud.

c) Comportamiento Presupuestario Año 2007

Cuadro 4								
Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2007								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁸ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁹ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
			INGRESOS	1.880.042.334	2.022.497.971	2.015.060.352	7.437.619	
04			Imposiciones Previsionales	817.546.547	834.828.224	835.864.302	-1.036.078	
05			Transferencias Corrientes	5.103.169	5.439.762	5.483.365	-43.603	
07			Ingresos de Operación	174.227	174.227	165.579	8.648	
08			Otros Ingresos Corrientes	119.517.882	117.864.484	117.751.998	112.486	
09			Aporte Fiscal	930.005.364	1.051.858.083	1.043.494.251	8.363.832	(1)
10			Venta de Activos No financieros	11.465	11.465	4.445	7.020	
12			Recuperación de Préstamos	7.383.680	6.690.725	6.665.411	25.314	
15			Saldo Inicial de Caja	300.000	5.631.001	5.631.001	-	
			GASTO	1.880.042.334	2.022.497.971	2.015.060.352	7.437.619	
21			Gastos en Personal	6.117.270	7.657.272	7.881.713	-224.441	(2)
22			Bienes y Servicios de Consumo	18.586.839	20.58.641	18.019.984	2.563.657	(3)
23			Prestaciones de Seguridad social	331.588.187	389.772.000	391.160.655	-1.388.655	(4)
24			Transferencias Corrientes	1.514.669.388	1.595.195.245	1.571.464.813	23.730.432	(5)
25			Integro al Fisco	6.436	6.436	7.841	-1.405	
29			Adquisición de Activos No Financieros	89.318	218.074	214.015	4.059	
32			Préstamos	8.643.896	7.979.432	7.647.716	331.716	
34			Servicio a la Deuda	41.000	785.871	785.870	1	
35			Saldo Final de Caja	300.000	300.000	17.877.745	-17.577.745	(6)

Notas a las Diferencias: Comparación Presupuesto Final versus Devengado año 2007

Nota N° 1

Aporte Fiscal : en el año 2007 el Aporte Fiscal, fue menor en M\$ 8.363.832 si se compara con el presupuesto final. Estos menores ingresos están dados por M\$ 8.071.866 para PPI Servicios de Salud los cuales no fueron finalmente enviados al Fonasa por la Dirección de Presupuestos y M\$ 291.966 para Fondo Incentivo al Retiro de Fonasa, Ley 20.212.

18 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

19 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2007

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

Nota N° 2

Gasto en Personal: El porcentaje de gasto ejecutado en personal fue de un 102,93%, respecto del presupuesto final.

Subt.21 Gasto en Personal en M\$				
Conceptos	Ppto. Decretado 2007	Devengado 2007	Diferencia	% Ejecutado
Honorarios	76.777	66.265	10.512	86,31%
Horas Extras	91.819	91.808	11	99,99%
Viáticos	218.856	196.442	22.414	89,76%
12 cargos críticos	99.913	98.186	1.727	98,27%
Asig. Alta Dirección	14.954	15.199	-245	101,64%
Zonas Extremas	8.417	22.003	-13.586	261,41%
Bono Individual	227.089	220.680	6.409	97,18%
Resto	5.523.599	5.814.324	-290.725	105,26%
BASE	6.261.424	6.524.907	-263.483	104,21%
Contratos Cortos	154.000	125.960	28.040	81,79%
Fondo Bonif. Por retiro	89.727	90.960	-1.233	101,37%
Bono Institucional	862.729	861.414	1.315	99,85%
Bono Escolar	24.602	24.234	368	98,50%
Bono Especial	222.060	214.385	7.675	96,54%
Aguinaldo Septiembre	24.065	22.177	1.888	92,15%
Aguinaldo Navidad	18.665	17.676	989	94,70%
TOTAL	7.657.272	7.881.713	-224.441	102,93%

Al realizar una comparación entre el gasto devengado real del Fonasa versus el presupuesto final aprobado, podemos observar que el mayor gasto del año 2007 fue de 224 millones de pesos. Como se puede apreciar, en el cuadro anterior, de no haber contado con superávit presupuestario en los contratos cortos y algunas glosas, el déficit total hubiese sido aún mayor, ya que el déficit de la base supera al total.

La evolución de los mayores gastos respecto del presupuesto, desde el año 2003 al 2007 se presenta en el siguiente cuadro:

Presupuesto y Devengado Subt.21 (M\$ de cada año)						
Años	Ppto. Final	Devengado	Diferencia	% Var. Ppto.	% Var. Dev.	Var. Del Déficit
2003	5.594.828	5.765.444	-170.616	6,51%	6,56%	
2004	5.934.067	6.298.984	-364.917	6,06%	9,25%	194.301
2005	6.503.027	6.780.950	-277.923	9,59%	7,65%	-86.994
2006	6.823.325	7.128.445	-305.120	4,93%	5,12%	27.195
2007	7.657.272	7.881.713	-224.441	12,22%	10,57%	-80.679

Este déficit presupuestario se justifica principalmente por el efecto que han provocado en el desarrollo del gasto los componentes de:

- Profesionalización del Fonasa.
- Política De Aumento De Grados A Contrata
- Asignación Profesional Funcionarios Recién Titulados

Nota N° 3

Bienes y Servicios de Consumo: el menor gasto respecto del presupuesto final en este concepto fue de M\$ 2.563.657 y está dado principalmente a menores gastos por:

- Fonasa Digital por M\$ 2.052.022 principalmente por no pago de los costos asociados al diseño
- Call Center Línea 2 Salud Responde del Ministerio de Salud por M\$ 269.349

Nota N° 4

Prestaciones de Seguridad Social, este mayor gasto con respecto al Presupuesto obedece a al mayor gasto en la Modalidad Libre Elección.

Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social en M\$			
Conceptos	Ppto. Final 2007	Devengado Año 2007	Diferencia
MLE	276.732.026	278.292.545	-1.560.519
Déficit CCAF	112.748.008	112.868.110	-120.102
Fondo al Retiro	291.966	0	291.966
TOTAL	389.772.000	391.160.655	-1.388.655

Nota N° 5

Transferencias Corrientes: El menor gasto de MM\$ 23.730 se muestra en el siguiente cuadro:

Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$			
Conceptos	Ppto. Final 2007	Devengado 2007	Diferencia
Atención Primaria	409.936.546	406.010.743	3.925.803
Programa Prestaciones Valoradas	591.184.075	589.316.555	1.867.520
PPV Servicios de Salud	527.677.702	526.018.973	1.658.729
Convenios Compra de Prestaciones	63.506.373	63.297.588	28.791
Programa Prestaciones Institucionales	593.856.222	575.919.113	17.937.109
ISP	218.402	218.402	0
TOTAL	1.595.195.245	1.571.464.813	23.730.432

Este menor gasto está dado por:

- Programa Atención Primaria año 2007, el cual arroja un superávit correspondiente al Fondo Incentivo al Retiro APS de la Ley 20.212 por M\$ 3.925.803, el cual se pagará durante el año 2008.
- La diferencia entre el Presupuesto y el Gasto que muestra el Programa de Prestaciones Valoradas Servicios de Salud de M\$ 1.658.729 corresponde a:
 - M\$ 1.269.888 Rebalses Ley Urgencia
 - M\$109.857 Conin
 - M\$ 199.843 Proanil (Teletón)
 - M\$ 79.123 Direcsan
 - M\$ 18 Otros
- La diferencia entre el Presupuesto y el Gasto que muestra el Programa de Prestaciones Institucionales corresponde a:
 - M\$ 8.071.866 Base PPI, la cual no fue enviada en Aporte Fiscal.
 - M\$ 8.235.302 de Fondo Incentivo al Retiro PPI, Ley 20.212. Esto se pagará en el año 2008.
 - M\$ 15.000 Sur Oriente,
 - M\$ 1.582.985 gasto SIL,
 - M\$ 31.956 Pasajes y Fletes e Insico

Nota N°6

Saldo Final de Caja: El mayor saldo final de Caja real en relación al presupuestado obedece a:

Saldo Final de Caja 2007 en M\$	
Conceptos	M\$
Subt.04 Mayores Imposiciones Previsionales	1.036.077
Subt.08 Menor ingreso KFW Crédito Alemán	-427.838
Subt.21 Mayor gasto en personal	-224.441
Subt.22 Menor gasto	2.563.657
Subt.23 Mayor FAM MLE	-1.273.013
Subt.23 Mayor gasto SIL CCAF	-120.102
Subt.24 Menor gasto Convenios Compras Sector Privado	208.791
Subt.24 APS: Ley 20.212 Fondo Incentivo al Retiro	3.925.803
Subt.24 PPV: M\$ 1.269.888 Rebases, M\$ 109.857 CONIN, M\$ 199.843 PROANIL (TELETON), M\$ 79.123 DIRECSAN, M\$ 18 Otros	1.658.729
Subt.24 PPI: M\$ 8.235.302 FIR SS Ley 20.212, M\$ 15.000 SSM Surorientado, M\$ 1.582.986 SIL, M\$ 31.956 Pasajes y fletes e Insico.	9.865.243
Subt.32 Menor gasto Préstamos Médicos	331.716
Otros	33.123
TOTAL	17.577.745

d) Indicadores de Gestión Financiera

Cuadro 5 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²¹			Avance ²² 2007/ 2006	Notas
			2005	2006	2007		
Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes	$[\text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios} - \text{N}^\circ \text{ de decretos originados en leyes}^{23} / \text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios}] * 100$	%	55,6	65,0	56,25	86.54%	
Promedio del gasto de operación por funcionario	$[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)} / \text{Dotación efectiva}^{24}]$	M\$	33.450	32.873	36.897	112,24%	
Porcentaje del gasto en programas del subtítulo 24 sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en Programas del subt. 24}^{25} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}] * 100$	%	-	-	-		(1)
Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en estudios y proyectos de inversión}^{26} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}] * 100$		NA	NA	NA		

21 Los factores de actualización de los montos en pesos es de 1,079 para 2005 a 2007 y de 1,044 para 2006 a 2007.

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

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

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

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

26 Corresponde a la totalidad del subtítulo 31 "Iniciativas de Inversión".

e) Transferencias Corrientes²⁷

Cuadro 6 Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2007 ²⁸ (M\$)	Presupuesto Final 2007 ²⁹ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ³⁰	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros (Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas)	56.139.373	63.506.373	63.297.582	208.791	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros ³¹					
TOTAL TRANSFERENCIAS	56.139.373	63.506.373	63.297.582	208.791	

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

28 Corresponde al aprobado en el Congreso.

29 Corresponde al vigente al 31.12.2007.

30 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

31 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

f) **Iniciativas de Inversión**³²

FONASA NO REALIZA INICIATIVAS DE INVERSION

1. Nombre:

Tipo de Iniciativa:

Objetivo:

Beneficiarios:

2. Nombre:

Tipo de Iniciativa:

Objetivo:

Beneficiarios:

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

● Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2007

- Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2007

Cuadro 7 Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2007										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2007	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2005	2006	2007				
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de la recuperacion de prestamos medicos sobre el monto total de prestamos medicos otorgados	(Ingresos por recuperación de Préstamos en el año/Monto Préstamos Médicos otorgados en el año)*100	%	60.7% (6775229623.0/ 8769175722.0)	77.3% (6775229623.0/ 8769175722.0)	84.9% (6634225020.0/ 7817128115.0)	77.5% (7076019.0/ 9130347.0)	SI	110%	1
Régimen General de Garantías en Salud				*100	*100	*100	*100			
Enfoque de Género: No										
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA respecto al total encuestado	(Encuestados que califica como satisfactorio el servicio entregado por FONASA/Total de encuestados)*100	%	76% (631/864)*100	73% (631/864)*100	72% (648/900)*100	76% (760/1000)*100	SI	95%	2
Enfoque de Género: No										
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de encuestados que califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)	(Encuestados que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)/Total de encuestados)*100	%	71% (258/374) *100	69% (258/374) *100	75% (668/890) *100	69% (690/1000) *100	SI	109%	3
Enfoque de Género: No										
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Promedio de empresas fiscalizadas (cotizaciones) por fiscalizador de cotizaciones	(Número total de empresas fiscalizadas/Número total de fiscalizadores de cotizaciones)		208 (4265/21)	203 (4265/21)	202 (4238/21)	200 (4200/21)	SI	101%	4
Enfoque de Género: No										
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de recuperación de evasión de cotizaciones	(Monto de cotizaciones evadidas recuperadas/Monto total de cotizaciones evadidas)*100	%	3.7% (1699734.0/ 42400000.0) *100	4.0% (1699734.0/ 42400000.0) *100	5.2% (941804818.0/ 18238318000.0) *100	5.2% (1696000.0/ 32542000.0) *100	SI	99%	5
Enfoque de Género: No										

33 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2005 es igual o superior a un 95% de la meta.

34 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2005 en relación a la meta 2005.

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2007

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2007	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2005	2006	2007				
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de prestadores fiscalizados en la Modalidad Libre Elección en áreas críticas	(N° de prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados en áreas críticas/N° total de prestadores vigentes según área crítica, de la modalidad libre elección)*100	%	30% (763/2991) *100	26% (763/2991) *100	28% (871/3080) *100	26% (786/3080) *100	SI	111%	6
Enfoque de Género: No										
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de Salud	(N° de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de Salud/Total de usuarios FONASA encuestados)*100	%	74% (631/864)*10 0	73% (631/864)*10 0	76% (684/900)*10 0	72% (720/1000)*1 00	SI	106%	7
Enfoque de Género: No										
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud.	N° fiscalizaciones de las prestaciones médicas del Plan de Salud/N° fiscalizadores		455 15994/35	457 15994/35	336 11743/35	285 9980/35	SI	118%	8
Enfoque de Género: No										
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de Reclamos por mala calidad de atención en sucursales respecto del total de reclamos recibidos	(N° de Reclamos por mala calidad del servicio año/N° total de Reclamos realizados año)*100	%	24% (1242/9361) *100 H: 0 M: 0	13% (1242/9361) *100 H: 0 M: 0	4% (632/14156) *100 H: 4 (394/9032) *100 M: 5 (238/5124) *100	15% (1800/12000) *100 H: 16 (684/4394) *100 M: 15 (1116/7608) *100	SI	336%	9
Enfoque de Género: Si										
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de Bonos Electrónicos emitidos respecto del total de Bonos emitidos en el año.	(N° de Bonos electrónicos emitidos/N° de Bonos emitidos)*100	%	31% (7191569/ 20927234) *100	34% (7191569/ 20927234) *100	41% (8327760/ 20483196) *100	32% (5800000/ 18100000) *100	SI	127%	10
Enfoque de Género: No										
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de Reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales, resueltos dentro de 15 días	(N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales resueltos dentro de 15 días/N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales)*100	%	92% (1184/1242) *100 H: 0 M: 0	95% (1184/1242) 100 H: 0 M: 0	97% (611/632) *100 H: 97 (230/238) *100 M: 97 (381/394) *100	94% (2915/3100) *100 H: 94 (1108/1178) *100 M: 94 (1807/1922) *100	SI	103%	11
Enfoque de Género: Si										

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2007

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2007	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2005	2006	2007				
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas según contrato.	(N° total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas, en cumplimiento a lo establecido en Contrato/N° total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas según Contrato)*100	%	96% (11954302/ 12423661) *100	96% (11954302/ 12423661) *100	96% (11229451/ 11741446) *100	100% (1/1) *100	SI	96%	12
		Enfoque de Género: No								
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de Prestaciones PAD otorgadas en la MLE respecto del total de Prestaciones que resuelven un diagnóstico PAD en la MLE (PAD + PPP)	(N° de Prestaciones PAD otorgadas en la MLE/N° Total de Prestaciones (PAD + PPP) que resuelven un diagnóstico PAD en la MLE)*100	%	80.5% (81992.0/ 99359.0) *100	82.5% (81992.0/ 99359.0) *100	84.4% (85290.0/ 101078.0) *100	84.1% (85600.0/ 101764.0) *100	SI	100%	
	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de garantía de acceso cumplida respecto del total de garantías registradas.	(N° de casos creados/N° de casos creados + reclamos)*100	%	99.99% (3218609.00/ 3220609.00) *100	99.94% (3218609.00/ 3220609.00) *100	100.00% (1571344.00/ 1571344.00) *100	100.00% (4436500.00/ 4436500.00) *100	SI	100%	
	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas respecto del total de garantías de tratamiento.	(N° de garantías de tratamiento de oportunidad cumplidas/N° total total de garantías de tratamiento)*100	%	94.80% (3365527.00/ 3542660.00) *100	95.00% (3365527.00/ 3542660.00) *100	95.92% (3585169.00/ 3737780.00) *100	95.00% (4636143.00/ 4880150.00) *100	SI	101%	
	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de garantía de protección financiera cumplida respecto del total de garantías registradas.	(N° de estados de cuenta GES correctamente cobradas - reclamos garantía protección financiera ha lugar/N° de estados de cuentas GES cobradas)*100	%	S.I.	S.I.	S.I.	100.00% (40000.00/ 40000.00) *100	NO	0%	13
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2007

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta " 2007	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2005	2006	2007				
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de ahorro en cuenta médica por fiscalización de prestaciones del plan de salud respecto del total facturación fiscalizada.	(Monto rebajado por fiscalización de prestaciones del plan de salud/Monto total de facturación fiscalizada)*100	%	N.C.	3.3% (444060305.0/ 13662251964.0) *100	5.2% (326172092.0/ 6299301720.0) *100	4.5% (601609830.0/ 13369107343.0) *100	SI	115%	
	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de Temporeros beneficiarios de FONASA según estimado temporeros nivel País.	(N° total de temporeros beneficiarios del FONASA/N° total estimado de Temporeros a nivel País)*100	%	35.5% (356337.0/ 617640.0) *100	57.7% (356337.0/ 617640.0) *100	65.5% (404771.0/ 617640.0) *100	64.8% (400000.0/ 617640.0) *100	SI	101%	14
	Enfoque de Género: Si									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de indigentes o personas carentes de recursos, acreditados con nuevo sistema de acreditación de FONASA respecto al número de indigentes estimados por FONASA periodo 2006-2010.	(N° de indigentes o personas carentes de recursos con credenciales del nuevo sistema de acreditación/N° de indigentes estimados por Fonasa periodo 2006-2010)*100	%	42% (2100000/ 2400000) *100	88% (2100000/ 2400000) *100	97% (2329506/ 2400000) *100	95% (2280000/ 2400000) *100	SI	102%	
	Enfoque de Género: No									
Porcentaje de cumplimiento informado por el servicio:						95 %				
Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas:						0 %				
Porcentaje de cumplimiento global del servicio:						95 %				

Notas:

- 1.- Los montos están expresados en miles de pesos. Debido a las acciones realizadas para la recuperación de Préstamos, este indicador ha aumentado desde el año 2000 a la fecha. Además, considera aumento de bonificación en prestaciones que ya no solicitarán financiamiento por esta vía.
- 2.- La encuesta de opinión es realizada por Empresa Externa. Anualmente se realiza un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio.
- 3.- La encuesta de opinión es realizada por Empresa Externa. Anualmente se realiza un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio.
- 4.- El promedio de empresas fiscalizadas se ha mantenido constante en estos años, considerando que ha existido cierta variación en el número de fiscalizadores efectivamente trabajando, lo que significa que se ha mantenido la eficiencia en los recursos.

- 5.- Los datos están expresados en miles de pesos. El concepto recuperado corresponde a la detección de evasión que implica la generación de un acta de fiscalización la cual el empleador deberá pagar en el INP y dar aviso de actualización de las planillas declaradas y no pagadas al INP. Posterior a ello, se realizan las acciones de cobranza efectuado por el INP, organismo delegado por Fonasa para la gestión de cobranza de estos valores.
- 6.- Dada la reforma de salud impulsada por el Gobierno, la Institución a trabajado enfocando sus recursos, hacia las GES. Es por este motivo, que el Dpto. a mantenido la meta de este indicador constante, ya que éste, está limitado plenamente a la MLE.
- 7.- Se evaluó el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud. La encuesta se realiza anualmente por tanto no hay mediciones intermedias. Anualmente se realiza un llamado a Licitación Pública para adjudicar la Empresa de Investigación que estará encargada de llevar a cabo la aplicación del estudio.
- 8.- Este indicador evalúa la producción de cada Fiscalizador de prestaciones de salud, ayudando con ello al correcto uso del seguro, tanto a nivel de prestadores como de beneficiarios, materializando el Rol del Departamento de Control de Calidad y Prestadores de FONASA.
- 9.- Las Razones del Sobrecumplimiento de un 170%, esto se debe en gran medida a la reestructuración en el trabajo de las sucursales, la capacitación integrada realizada a los ejecutivos de salud que atienden directamente al público y al levantamiento e implementación de procesos y protocolos de atención con la lógica de la norma ISO 9001:2000.
- 10.- Las Razones del sobrecumplimiento de un 127.1%, se debe a la gran cantidad de bonos que se han emitido electrónicamente en las unidades prestadoras, las cuales se justifican en mayor medida por las acciones que ha generado Fonasa por masificar la emisión del Bono Electrónico, ya que la adquisición de este presenta mayores beneficios para sus beneficiarios, tanto por la ampliación de la cobertura que ofrece el servicio como por la relación con la simplificación del trámite.
- 11.- A partir del año 2005, se mejoró la aplicación del sistema de reclamos, permitiendo su tipificación (Consultas, solicitudes, reclamos sugerencias, felicitaciones y denuncias). Se considera disminuir el tiempo de resolución de reclamos dentro de 15 días sólo a aquellos que son atinentes a la gestión directa de FONASA. Los reclamos por mala calidad de atención en sucursales se clasifican en: Tiempos de demora en Atención, cajero cobra de más, Documentos mal emitidos, Falta de Personal, Falta de información / información errónea, instalaciones e Infraestructura, Procedimiento engorroso, Servicio no Disponible, Trato del Personal, otros. Se entiende por reclamo resuelto, el momento cuando se le comunica por escrito o verbalmente la respuesta al usuario; esta actividad tiene como hito de verificación el cambio de estatus a solucionado, en el Sistema de Gestión de Reclamos, registrando para este evento la acción específica realizada.
- 12.- Considerando que la actividad finalmente comprometida a realizar durante el año 2008, se obtiene de procesos de negociación a realizar en los primeros meses del año, quedando establecido en un contrato entre el Seguro Público de Salud y los Servicios de Salud. Sin embargo, durante el año se pueden producir cambios derivados de los procesos de evaluación, reprogramación, reasignación y liquidación (esto último válido también para el año 2007).
- 13.- El Fondo Nacional de Salud no hizo efectiva la cobranza de los Estados de Cuenta de Garantías Explícitas en Salud (GES) comprometidos en los decretos N° 170 y N° 228, debido a una decisión Ministerial basada en los principios que rigen el accionar del Supremo Gobierno y el quehacer sectorial, en orden a propender a la Protección Social en Salud, esto señalado en Ordinario N° A1 6323 del 14 de diciembre 2007, donde nos señala la instrucción de condonar totalmente las deudas por copago a beneficiarios atendidos por los decretos antes mencionados. Se adjunta Ordinario del Ministerio de Salud como medio de verificación.
- 14.- El programa de trabajadores temporeros, se creó en el año 2001, asegurando la protección en salud tanto al trabajador como a su familia, con el objetivo que el beneficiario acceda a la afiliación extendida con solo cotizar por 60 días o 4 meses en el lapso de un año, asegurándole a él y a sus cargas durante los doce meses posteriores a la última cotización presentada. El estimado nivel país (617.640) se logra de acuerdo a información recogida desde el INE (estadística de ocupación y desocupación ago-oct05) y la encuesta Casen 2000.. Este Plan ha incluido las siguientes acciones: a.- Fortalecimiento interno, mejorando procesos y fortaleciendo capacitaciones al personal de atención de sucursales y Call Center Fonasa. b.- Acercamiento a la red empresarial y social, a través de: Sindicatos, organizaciones sociales representativas y Empresarios (empresas, organizaciones de empresas y subcontratistas). c.- Trabajo intersectorial: Nacional y regional.

• Anexo 5: Programación Gubernamental

Cuadro 8
Cumplimiento Programación Gubernamental año 2007

Objetivo ³⁵	Producto ³⁶	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula	Evaluación ³⁷
<p>Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable. Con equipos de salud en formación continua, orgullosos de su quehacer y en ambientes laborales saludables y participativos. Estimular la participación social, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias.</p>	<p>Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días.</p>	<p>Servicios de atención al Beneficiario/a</p>	<p>1º Trimestre: CUMPLIDO</p> <p>2º Trimestre: CUMPLIDO</p>
			<p>3º Trimestre: CUMPLIDO</p>
	<p>Responder oportunamente los reclamos AUGE ingresados al sistema, dentro de los plazos establecidos (15 días)</p>	<p>Servicios de atención al Beneficiario/a</p>	<p>4º Trimestre: CUMPLIDO</p>
			<p>1º Trimestre: CUMPLIDO</p> <p>2º Trimestre: CUMPLIDO</p>
<p>Mantener la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía, fomentando el autocuidado y la red de protección social de su entorno inmediato.</p>	<p>Estudio levantamiento de costo-beneficio de las acciones y programas en curso dirigidos a los adultos mayores.</p>	<p>Régimen General de Garantías en Salud</p>	<p>3º Trimestre: CUMPLIDO</p>
			<p>4º Trimestre: CUMPLIDO</p>
			<p>1º Trimestre: CUMPLIDO</p>
	<p>Diseñar y ejecutar campaña de información Auge a beneficiarios del Fonasa.</p>	<p>Servicios de atención al Beneficiario/a</p>	<p>2º Trimestre: CUMPLIDO</p>

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

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

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

Cuadro 8
Cumplimiento Programación Gubernamental año 2007

Objetivo ³⁵	Producto ³⁶	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula	Evaluación ³⁷
garantías crecientes.			<u>3º Trimestre:</u> CUMPLIDO
Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y con calidad, otorgando una atención integral a la población en un proceso de garantías crecientes.	Diseño y Ejecución Plan de Monitoreo y Fiscalización Programa de Prestaciones Valoradas.	Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	<u>1º Trimestre:</u> BAJO <u>2º Trimestre:</u> BAJO <u>3º Trimestre:</u> CUMPLIDO <u>4º Trimestre:</u> CUMPLIDO

● **Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas³⁸**
(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007)

Programa/Institución: Programa de Préstamos Médicos en Salud
Año Evaluación: 2003
Fecha del Informe: Viernes, 23 de Mayo de 2008 11:43:25

Cuadro 11
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>Continuar avanzando en la implementación de la política de recuperación de préstamos.</p>	<p>Se llamó a licitación de un Seguro de Desgravamen para los afiliados a FONASA que solicitan el otorgamiento de Préstamos Médicos mediante la Resolución N°003175 de fecha 05/11/2004, pero ésta se declaró desierta ya que no hubo recepción de ofertas en el Portal Chile Compras.</p> <p>Dado esta situación el servicio solicitó el análisis jurídico de modificar la normativa vigente y licitar, durante el segundo semestre un seguro de desgravamen para la cartera de menor riesgo.</p> <p>La nueva licitación de Seguro de Desgravamen para préstamos médicos se realizó finalmente en Septiembre del año 2005, esta vez para la cartera de menor riesgo antes definida. No obstante, y si bien se presentaron oferentes, finalmente fué declarada desierta pues las empresas participantes no cumplían con los requisitos mínimos exigidos por las bases de licitación.</p>
<p>- Evaluar técnicamente la cartera de préstamos, en términos de riesgo, y licitar, si corresponde, un seguro de desgravamen que permita asegurar la recuperación de los préstamos ante fallecimiento del beneficiario.</p>	<p>Respecto a este punto, y habiéndose declaradas desiertas dos licitaciones de seguro de desgravamen para los préstamos médicos; la fiscalía del FONASA presentó la solicitud de modificar el Decreto Supremo N° 369, solicitud que fué acogida por la Contraloría General de la República, eliminándose la exigencia de un seguro de desgravamen para los préstamos médicos.</p> <p>Por todo lo anterior, y considerando además que en el ámbito de la recuperación se realizan todas las acciones de cobro pertinentes y autorizadas por Ley; consideramos que sería prudente revisar este compromiso.</p> <p>El Fondo Nacional de Salud está autorizado a realizar el cobro de las cuotas de préstamos médicos a través del envío de planillas de cobro a los empleadores de las personas dependientes, las que el empleador está obligado a descontar de la remuneración y pagar antes del día 10 del mes siguiente en el Banco indicado por FONASA según convenio vigente.</p>

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

Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>En el caso de los pensionados, se le instruye a la empresa pagadora de pensión el descuento de la cuota para luego enterarla en el FONASA.</p> <p>En el caso de las personas que se les otorgó préstamo y que son independientes, imponentes voluntarios o estuviera en goce de subsidio de cesantía, de incapacidad laboral o maternal, el deudor debe pagar en forma directa, utilizando la planilla de pago que se le enviará a su domicilio.</p> <p>En el caso de no pago del titular, el Fonasa está autorizado a realizar acciones de cobro a los codeudores del préstamo, primero al primer codeudor y si este no paga, se procede a cobrarle al segundo codeudor.</p> <p>En el caso de los préstamos de pensionados y dializados, a quienes actualmente no se le exigen codeudores, si el titular fallece, se le envía carta a los familiares para hacerse cargo de la deuda. No obstante, si no existe posición efectiva de los bienes y deudas del fallecido, no se pueden realizar acciones de cobro obligatorias.</p> <p>Cabe señalar, que el FONASA está analizando estrategias para, en un futuro próximo, exigir un codeudor a los pensionados y dos a los dializados. No obstante, el aplicar este requisito tiene un elevado impacto social.</p> <p>A Diciembre 2006:</p> <p>Lograda la aprobación de la Modificación al DS 369 solicitada a la Contraloría General de la República en Julio del 2006; que suprime la exigencia del seguro de desgravamen para un préstamo médico, y permite presentar a los pensionados un solo codeudor solidario mientras que a los beneficiarios activos dos codeudores solidarios, incluidos los dializados; el Fondo Nacional de Salud está analizando la mejor estrategia comunicacional para informar a los afectados de los nuevos requisitos, y encontrar la mejor manera de implementar los cambios. Los nuevos requisitos deben implementarse durante el año 2007.</p> <p>Junio 2007: Analizada por el Comité Ejecutivo la necesidad de implementar la exigencia de dos codeudores solidarios a los dializados que solicitaran préstamo médico; se decidió realizar una estrategia de acercamiento a los dializados a través de comercialización (quiénes tienen el contacto con los centros de diálisis), de manera de trasladar a los dializados que aún no se habían trasladado al AUGE. De tal manera, se está a la espera del traslado del total de dializados al AUGE de manera de no producir un problema social de salud importante, ya que en la práctica nadie sirve de codeudor a un dializado dados los altos costos del tratamiento.</p> <p>Como medio de verificación se enviarán las instrucciones de la</p>

Cuadro 11 Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>dirección de Fonasa respecto de la implementación de exigencia de codeudores para los dializados.</p> <p>Agosto 2007: en los comentarios a Junio 2007 se intentó explicar lo siguiente: Si bien de acuerdo al DS 369, que reglamenta los préstamos médicos, FONASA debe exigir como requisito para los préstamos médicos de diálisis codeudores solidarios; el Comité Ejecutivo del FONASA dió instrucciones de que antes de implementar dicho requisito, se debía contactar al mayor número posible de dializados que aún no se han incorporado al AUGE, de manera de lograr su incorporación, para lograr minimizar en lo posible el efecto sobre los dializados.</p> <p>Cabe aclarar que la incorporación y/o traslado al AUGE no es automática, debiendo cumplirse con ciertos procedimientos.</p> <p>Así, y dado que el compromiso se refiere a implementar el requisito de los codeudores para los préstamos de diálisis; es que se propone como medio de verificación, el documento interno mediante el cual FONASA instruya la fecha de inicio de dicho requisito. Sin embargo, ya que la instrucción aún no se ha dado; el documento se enviará a la Dipres cuando la instrucción sea dada.</p> <p>Marzo 2008 : Debido al fuerte impacto social de aplicar a pensionados y dializados, ambos grupos altamente vulnerables, la exigencia de codeudores para acceder a un préstamo médico; el Comité Ejecutivo de FONASA está evaluando solicitar una nueva modificación al DS 369 de manera de eliminar dicho requisito.</p> <p>Como medio de verificación se enviará el documento en que el Fondo Nacional de Salud, formaliza la solicitud de modificación al DS 369.</p> <p>Calificación: Parcialmente cumplido</p> <p>Observación: A la espera de las gestiones para que los dializados sean incorporados al AUGE y de las gestiones para eliminar el requisito de codeudores a los dializados.</p> <p>Medios de Verificación:</p> <p>Informe de Evaluación de la cartera de préstamos médicos y Bases del llamado a Cotizar Seguro de Desgravamen enviado a DIPRES durante el mes de Julio 2004. Resolución Exenta 4.1D/N° 3428 de fecha 02/12/2004 que declara desierta la licitación.</p> <p>Se adjunta Ord. 3E/N°001381, el que en su punto N°2, define las acciones que se emprendieran en relación a la Licitación del seguro de desgravamen.</p> <p>Se adjunta Decreto modificatorio del Decreto N° 360 de 1985, tomado razón el 16 de Marzo 2006.</p>

Cuadro 11
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
<p>Continuar avanzando en la implementación de la política de recuperación de préstamos.</p> <p>- Definir los criterios de incobrabilidad.</p>	<p>Se establecieron fundamentos para la definición de criterios de incobrabilidad mediante la caracterización de la cartera de préstamos médicos a partir de la información existente en la base de datos denominada Préstamos Médicos del FONDO. De acuerdo a los principios de gestión institucional y las características de las deudas de préstamos médicos vigentes a octubre 2004, se establecieron los siguientes criterios: Préstamos Médicos de Afiliados Fallecidos, Préstamos Médicos Otorgados con anterioridad a Mayo 2000, y los Deudores Morosos que se hayan registrado como beneficiarios Tramo A de FONASA.</p> <p>Durante el segundo semestre del año 2005, el Ministerio sancionó los criterios de incobrabilidad presentados por FONASA. Sin embargo, en su análisis el Ministerio aprobó sólo el criterio de deuda de afiliados fallecidos. Por lo anterior, FONASA envió en Diciembre del 2005 para su autorización el monto a castigar por este criterio.</p> <p>En Junio del 2006 el Ministerio de Salud informó telefónicamente el envío a la Contraloría General de la República la solicitud de autorización para castigar la cartera de deudores de préstamos que están fallecidos.</p> <p>Con fecha 31 de agosto de 2006, se envía Odr. N° 4C/1728, del 31 de julio de 2006, desde el Ministerio de Salud al Ministerio de Hacienda, solicitando autorización para el castigo de créditos por concepto de prestamos medicos incobrables.</p> <p>A Diciembre 2006: No se tiene respuesta desde el Ministerio de Hacienda, aún cuando en forma permanente se a consultado por su estado.</p>
	<p>A Junio 2007: A solicitud de la Dipres, se está trabajando en una caracterización de la cartera solicitada para definir criterios de incobrabilidad, ésta es adicional a la caracterización enviada por el Ministerio de Salud en Agosto 2006 a la Dipres, mediante Ordinario N° 4C/1728. La caracterización solicitada se entregará durante el mes de Julio de este año a la Dipres, y luego de su análisis, se podrán establecer los futuros criterios de incobrabilidad.</p> <p>Como medio de verificación se adjuntará copia del informe que se enviará a la Dipres con la caracterización solicitada.</p> <p>Agosto 2007: La nueva caracterización de la cartera solicitada por la Dipres, será presentada antes de Diciembre del 2007.</p> <p>Marzo 2008: Durante el segundo semestre del año 2007 se trabajó en obtener la información respecto de los deudores cuya deuda se está solicitando castigar, lo que ha significado un trabajo riguroso. Por lo tanto, la caracterización de la cartera será finalmente presentada a la</p>

Cuadro 11
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>Dipres en el próximo mes de Abril.</p> <p>Como medio de verificación se enviará documento formal de envío de la información.-</p> <p>Calificación: Parcialmente cumplido</p> <p>Observación: Para dar por cumplido este compromiso se está a la espera de que se definan los criterios de incobrabilidad que operarán en el futuro, los que se definirán en base a la caracterización de la cartera.</p> <p>Medios de Verificación:</p> <p>Informe Fundamentos de Incobrabilidad de Deudas de Préstamos Médicos enviado a Dipres en enero 2005. Se envió informe que define los criterios de incobrabilidad en Ordinario N° 166 de fecha 31/01/2005.</p> <p>Se adjunta Ord. 3E/N°001381, el que en su punto 3, define y explica los criterios de incobrabilidad definidos por FONASA, los que deberán próximamente ser sancionados por el MINSAL.</p> <p>Se adjunta Odr. N° 4C/1728, del 31 de julio de 2006, desde el Ministerio de Salud al Ministerio de Hacienda, solicitando autorización para el castigo de créditos por concepto de prestamos medicos incobrables.</p>

Los indicadores que están incorporados en el SIG actualmente son representativos de la gestión de recuperación, sin embargo, estos podrían ser complementados por otro indicador existentes en la MML, como es el índice "periodo promedio de cobro, por tipo de préstamo", que actualmente esta siendo medido en la MML.

Evaluar la gestión de recuperación y cobranza en base a indicadores.

- Identificar los aspectos del Sistema de Información para la Gestión (SIG) del PMG en operación necesarios de ajustar para incorporar los indicadores de desempeño relevantes del programa definidos en la Matriz de Marco Lógico.

No obstante, a la fecha no es posible efectuar una definición técnica del estándar o meta esperada de este indicador por cuanto puede sufrir alteraciones por las medidas de gestión implementadas durante los dos últimos años. Por ello se requiere efectuar una evaluación del comportamiento de pago, por al menos dos años desde implementadas estas medidas.

Por todo lo anterior, este indicador se incorporará al SIG durante el año 2006.

En cumplimiento de lo anterior, se espera incorporar el

"índice promedio de cobro por tipo de préstamo " en la medición del primer semestre del año 2006.

Los medios de verificación serán enviados formalmente a través de un

Cuadro 11
Cumplimiento de Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	<p>documento oficial.</p> <p>El indicador promedio de días de cobro por tipo de préstamo está siendo incorporado en el Informe SIG 2006. El medio de verificación será enviado mediante documento oficial.</p> <p>A Diciembre 2006: Como medio de verificación se adjunta Planilla de Planificación 2006, donde están incorporados los indicadores " promedio de cobro por tipo de préstamo", que son los siguientes:</p> <p>Período promedio de cobro con encolamiento de los préstamos de diálisis: A Diciembre 2006 el período promedio de cobro fue de 116,5 años y su formula es la siguiente:</p> <p>$(N^{\circ} \text{ total de cuotas por préstamos de diálisis en el año } t / N^{\circ} \text{ total de deudores por préstamos de diálisis en el año } t * 12)$.</p> <p>Período promedio de cobro con encolamiento de los préstamos del tipo otros: A Diciembre 2006 el período promedio de cobro fue de 3,7 años y su formula es la siguiente:</p> <p>$(N^{\circ} \text{ total de cuotas por préstamos del tipo otros en el año } t / N^{\circ} \text{ total de deudores por préstamos del tipo otros en el año } t * 12)$</p> <p>Período promedio de cobro con encolamiento de los préstamos de urgencia: A Diciembre 2006 el período promedio de cobro fue de 10,1 años y su formula es la siguiente:</p> <p>$(N^{\circ} \text{ total de cuotas por préstamos de urgencia en el año } t / N^{\circ} \text{ total de deudores por préstamos de urgencia en el año } t * 12)$</p> <p>Junio 2007: Como medio de verificación de la incorporación de los indicadores de la MML, se adjunta SIG2006.</p> <p>Calificación: Cumplido (Junio 2007)</p> <p>Medios de Verificación:</p> <p>Se adjunta Planilla de cálculo con información solicitada y resultados de la gestión del año 2006.-</p> <p>Ord. 3E/N°001381. Se adjunta planilla planificación 2006 area finanzas, programa de prestamos medicos y los indicadores asociados. Se adjunta Informe SIG2006</p>

- Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2007 (Programa de Mejoramiento de la Gestión, Metas de Eficiencia Institucional u otro)

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AÑO 2007

I. IDENTIFICACIÓN

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

II. FORMULACIÓN PMG

Áreas de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión										Prioridad	Ponderador	Cumple
		Etapas de Desarrollo o Estados de Avance												
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X			
Recursos Humanos	Capacitación						○					ALTA	12.00%	✓
	Higiene-Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo					○						MEDIANA	7.00%	✓
	Evaluación de Desempeño						○					MEDIANA	8.00%	✓
Calidad de Atención a Usuarios	Sistema Integral de Atención a Cliente(a)s, Usuario(a)s y Beneficiario(a)s								○			ALTA	12.00%	✓
	Gobierno Electrónico					○						ALTA	12.00%	✓
Planificación / Control / Gestión Territorial Integrada	Planificación / Control de Gestión									○		ALTA	12.00%	✗
	Auditoría Interna							○				ALTA	12.00%	✓
Administración Financiera	Gestión Territorial			○								MENOR	5.00%	✓
	Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público							○				MEDIANA	8.00%	✓
Enfoque de Género	Administración Financiero-Contable							○				MENOR	5.00%	✓
	Enfoque de Género			○								MEDIANA	7.00%	✓

Porcentaje Total de Cumplimiento : 88.00

III. SISTEMAS EXIMIDOS/MODIFICACION DE CONTENIDO DE ETAPA

Sistemas	Justificación
----------	---------------

Cumplimiento PMG años 2004 – 2006			
	2004	2005	2006
Porcentaje Total de Cumplimiento PMG	100%	100%	100%

- **Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo**

Cuadro 10 Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2007				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ³⁹	Incremento por Desempeño Colectivo ⁴⁰
EQUIPO N° 1 : Dirección Regional Norte	73	3	100%	5.55%
EQUIPO N° 2 : Dirección Regional Centro Norte	97	4	100%	5.55%
EQUIPO N° 3 : Dirección Regional Centro Sur	93	4	100%	5.55%
EQUIPO N°4 : Dirección Regional Sur	84	3	100%	5.55%
EQUIPO N°5: Dirección Regional Metropolitana	175	6	100%	5.55%
EQUIPO N°6 : Nivel Central	180	8	100%	5.55%

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

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

- **Anexo 9: Proyectos de Ley**

FONASA no tiene proyectos de ley en trámite en el Congreso Nacional al 31 de diciembre de 2007.

BOLETÍN:

Descripción:

Objetivo:

Fecha de ingreso:

Estado de tramitación:

Beneficiarios directos:

BOLETÍN:

Descripción:

Objetivo:

Fecha de ingreso:

Estado de tramitación:

Beneficiarios directos: