

**BALANCE DE GESTIÓN
INTEGRAL
AÑO 2009**

FONDO NACIONAL DE SALUD
Santiago de Chile

Monjitas 665, Fono: 5753121, Fax: 5753126

www.fonasa.cl

Índice

1. Presentación.....	3
2. Resultados de la Gestión año 2009	5
2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2009	5
2.2 Resultados Asociados a la Provisión de Bienes y Servicios	8
3. Desafíos para el año 2010.....	32
Indicadores de Desempeño Colectivo (MEG).....	35
4. Anexos.....	36
Anexo 1: Identificación de la Institución.....	37
Mejor Atención e Infraestructura	37
Nivel atención primaria de salud	38
Anexo 2: Recursos Humanos.....	44
Anexo 3: Recursos Financieros.....	48
Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009.....	70
Anexo 5: Programación Gubernamental	79
Anexo 6: Informe Preliminar de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas.....	82
Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009	84
Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo	86
Anexo 9: Proyectos de Ley en tramitación en el Congreso Nacional.....	87
Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública.....	88

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 2009 de acuerdo con los principios gubernamentales establecidos por la Presidenta de la República Dra. Michelle Bachelet Jeria, especialmente en relación a continuar avanzando en el ámbito de la extensión de la Protección Social en Salud, la transparencia en la información pública y a la correcta utilización de los recursos fiscales. En el documento se destacan los aportes que el FONASA hace a la gestión en salud del país, presentando los principales logros obtenidos durante el año 2009 y los desafíos que se esperan desarrollar en el año 2010.

Tal cual fue señalado anteriormente, uno de los hitos importantes de este año 2009 fue el desarrollo de iniciativas que permitieron continuar avanzando en el ámbito de la Protección Social en Salud, especialmente intentando lograr un mejor acceso y oportunidad en la entrega de atenciones de salud. Un hito significativo fue haber aumentado nuestra población usuaria a más de 12,5 millones de personas, alcanzando una cobertura del 74% de la población nacional.

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", la visión "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 confirmó el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, para todas las patologías incluidas en el AUGE. En efecto, desde su creación en 2005, hasta el 31 de diciembre de 2009 se han registrado 8.616.990 casos AUGE atendidos en el sistema Público, de los cuales un 81% fue entregado a través de la Atención Primaria de Salud y el restante 19% a través de la Atención Secundaria y Terciaria, la cantidad de casos antes señalada se encuentra asociada a la atención de 4.626.231 personas. Adicionalmente para seguir dando impulso a esta iniciativa se mantuvieron los directorios de Compra con los Servicios de Salud, así como también la compra a privado, a objeto de evitar los retrasos en el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

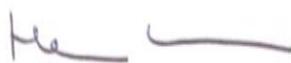
En términos financieros el devengado real 2009, fue de \$ 2.893.887 millones, lo que representa un 20,6% de crecimiento en relación al gasto devengado del año 2008. Los principales conceptos en los cuales se asignaron estos recursos corresponden a: Transferencias Corrientes (80%) y Prestaciones de Seguridad Social (18%).

Respecto de la percepción de los(as) usuarios(as) de FONASA relacionadas a evaluar el Plan Auge en el sistema público, la encuesta ADIMARK mostró que un 79% de los(as) encuestados(as) evalúa positivamente el Plan Auge, destacando la labor de FONASA, la que es evaluada con notas entre 6 y 7 por un 82% de los(as) beneficiarios(as); le siguen los hospitales y consultorios con un 70%; el Ministerio de Salud con un 69% y la Superintendencia de Salud con un 67%.

Asimismo, en el plano interno de gestión se destaca el avance que ha alcanzado FONASA dentro del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), pasando desde el Programa Marco Avanzado (PMA) al Programa Marco de la Calidad (PMC), logro conseguido tan sólo por 15 instituciones públicas del país. Dicho desafío impone la extensión de la certificación de los actuales sistemas que operan bajo Norma ISO 9001:2000 a la totalidad de las regiones del país, además de la certificación de los procesos de Provisión de Bienes y Servicios que FONASA brinda a sus usuarios(as).

FONASA trabajó durante el 2009, en mejorar el acceso de los beneficiarios del Seguro Público en Salud a los productos estratégicos que la institución brinda a la ciudadanía, lo que principalmente se ha logrado mediante la realización de múltiples actividades tendientes a promover el acercamiento de la ciudadanía, una mejora en los canales de contacto y una mayor difusión de los productos y su cobertura, además de generar instancias de trabajo, que han permitido fortalecer el diálogo social y la participación ciudadana.

Finalmente, cabe recalcar que nuestro trabajo y esfuerzo continuará enfocada 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 mejorando los procesos institucionales y certificar a través de la Norma ISO 9001:2008, los procesos de provisión de bienes y servicios, por último, continuar capacitando y fortaleciendo las capacidades y destrezas de nuestros funcionarios(as), quienes son el rostro y pilar en la entrega de los servicios institucionales.



Dr. Hernan Monasterio Irazoque

Director Fondo Nacional de Salud

2. Resultados de la Gestión año 2009

2.1 Resultados de la Gestión Institucional Asociados a Aspectos Relevantes de la Ley de Presupuestos 2009

La ley de Presupuesto de FONASA para el 2009 consideró M\$ 2.525.362.695, lo que representó un incremento de M\$ 209.211.540, un 9% de crecimiento real respecto de presupuesto 2008.

En las fuentes de financiamiento, destaca el crecimiento del Aporte Fiscal MM\$ 71.897 (6,18%) y de Cotizaciones MM\$ 133.479 (13,5%).

En materia de Usos de recursos destaca principalmente:

1.- Crecimiento de la Modalidad de Atención Institucional (Servicios de Salud) MM\$ 128.467 (7,38%) (no considera SIL), dirigido principalmente al AUGE, a reducir el déficit de camas de la Región Metropolitana, Efecto Leyes de Recursos Humanos para beneficios salariales, contratación de 500 médicos especialistas, Gastos de administración para el funcionamiento de los CESFAM y CECOF, aumento tanto en el valor per cápita como en la población inscrita y recursos adicionales para ampliar la cobertura actual del Programa Chile Crece Contigo.

Aumento presupuesto de Transferencias Atención Primaria de Salud por MM\$ 51.190.- Estos mayores recursos permitirán principalmente:

- Cubrir los gastos de administración para los Nuevos CESFAM (Centros de Salud Familiar) y CECOF (Centros Comunitarios de Atención Familiar).
- Aumentar la población inscrita en atención primaria y validada en un 4,02% para llegar a 10,8 millones de personas, aumentar el valor per cápita basal en un 2%, que significa crecer de \$1.905 a \$ 1.943
- Incrementar el Programa integral de la infancia - Chile Crece Contigo.
- Cubrir la continuidad del 100% de las garantías GES asociadas a las patologías vigentes y Piloto para Salud Integral de la embarazada. Lo anterior, avalado en el cumplimiento de los indicadores de desempeño para las garantías de Acceso, Oportunidad y Protección Financiera, con niveles de cumplimiento de 100%, 98% y 100%, respectivamente.

Aumento de Presupuesto Transferencias Programas de Prestaciones Valoradas por MM\$ 13.482.- Estos mayores recursos son destinados a:

- Cubrir la continuidad de las Patologías vigentes del Auge y 2 programas pilotos (Displasia Luxante de Cadera y Salud Oral Integral de la Embarazada). Lo anterior, respaldado en el

cumplimiento del Indicador de Desempeño "Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el PPV", cuyo nivel de cumplimiento fue de un 98%.

Aumento presupuesto Transferencias Programa Prestaciones Institucionales por MM\$ 63.795.- destinado a:

- Contratación de 500 Médicos Especialistas a jornada completa en los hospitales con mayores carencias.
- Efectos de diversas leyes que significan beneficios salariales del personal de salud asociados a la mejora de la gestión. (Ej. Ley 20.209 armonización de la planta, Ley 20.261 incremento de asignación de reforzamiento profesional diurno-médicos, Ley 19.490 aumento del personal beneficiado por esta asignación, Ley 19.664 contratación en etapa de planta superior a funcionarios(as) con mas de 9 años en etapa de Destinación y Formación).
- Incremento de 421 Camas y complejizar 57 reduciendo el déficit en la Región Metropolitana. De estas, 204 camas son destinadas al Hospital Metropolitano (ex Militar).

2.- En el marco de las Prestaciones de Seguridad Social, para el año 2009 se contemplan recursos por un total de MM\$ 470.434 que representa un incremento de 16,7% respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2008.

- Modalidad Libre Elección. Para el año 2009 se consideran recursos por MM\$ 318.713; lo anterior representa un incremento de un 0,6% respecto a la ley de presupuesto del 2008, o sea MM\$ 1.977, por mayor actividad en prestaciones médicas, explicado por un aumento de beneficiarios(as) que hacen uso de esta modalidad de atención. Es importante señalar que durante el periodo 2009 se implemento un plan de fiscalización para esta modalidad de atención, medido a través de tres indicadores de Desempeño, uno de ellos corresponde a "Porcentaje de Prestadores fiscalizados en el año t, en la MLE en áreas críticas", otro a "Promedio de fiscalizaciones en el año t por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud" y el último a "Porcentaje de ahorro en el año t en cuenta medica por fiscalización de prestaciones del plan de salud, respecto del total de facturación fiscalizada en el año t", los que presentaron niveles de cumplimiento respecto de las metas comprometidas para el periodo de 103% ,101% y 105%, respectivamente.
- Déficit CCAF. En el año 2009 considera recursos por MM\$ 151.721, lo anterior representa un incremento de un 76,0%, equivalentes a MM\$ 65.511 respecto a los recursos contemplado en la ley de presupuesto del 2008.
- Subsidios de Incapacidad Laboral pagados (SIL) por los Servicios de Salud. El pago de los SIL por parte de los Servicios de Salud considera recursos para el año 2009 de MM\$ 83.706, lo anterior representa un incremento de un 18,5%, equivalentes a MM\$ 13.062 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2008.

3.- En materia de recursos Operacionales (subtítulo 21, 22 y 29)

Para el año 2009 los recursos operacionales contemplan un monto de MM\$ 29.745 (considera RRHH, Bienes y Servicios de Consumo y Adquisición de activos no financieros). Lo anterior representa un incremento de 4,86%, equivalentes a MM\$ 1.379 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2008.

Estos recursos están destinados para:

- La continuidad operacional de los sistemas de soporte informático del Fonasa (Fonasa Digital y SIGGES) por MM\$ 1.627.
- Aumento por concepto de la Ley 20.212 por MM\$ 35, para bono desempeño colectivo por MM\$ 31 y Zonas Extremas por MM\$ 4.
- Adicionalmente, se considera el traspaso de 397 cargos contratados por medio de la empresa Serviland a la dotación autorizada de FONASA, esta medida no representa un mayor gasto producto que se realiza por medio de reasignación de recursos del subtítulo 22 al 21.

2.2 Resultados Asociados a la Provisión de Bienes y Servicios

Principales Productos Estratégicos

1. Régimen General de Garantías en Salud.

Durante el año 2009, se continúa implementando el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), asegura el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención, para los siguientes problemas:

1. Insuficiencia renal crónica Terminal	20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	39. Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años.
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.	40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
3. Cáncer cervicouterino	22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.	41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	23. Salud oral integral para niños de 6 años.	42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales.
5. Infarto agudo del miocardio	24. Prematurez.	43. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
6. Diabetes Mellitus tipo 1	25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.	44. Tratamiento quirúrgico de hernia núcleo pulposo lumbar
7. Diabetes Mellitus tipo 2	26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.	45. Leucemia en personas de 15 años y más.
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más.	27. Cáncer gástrico.	46. Urgencia odontológica ambulatoria.
9. Disrafias espinales.	28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más.	47. Salud oral integral en adulto de 60 años.
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años.	29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más.	48. Politraumatizado grave.
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas	30. Estrabismo en menores de 9 años.	49. Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave.
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de	31. Retinopatía diabética.	50. Trauma ocular grave.

cadera con limitación funcional severa.		
13. Fisura labio palatina.	32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.	51. Fibrosis quística.
14. Cáncer en menores de 15 años.	33. Hemofilia.	52. Artritis reumatoide.
15. Esquizofrenia.	34. Depresión en personas de 15 años y más.	53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo o moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.	35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la Próstata en personas sintomáticas.	54. Analgesia del parto.
17. Linfomas en personas de 15 años y más.	36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.	55. Gran quemado.
18. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida vih/sida.	37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más.	56. Hipoacusia bilateral en persona de 65 años y más que requieren uso de audífono.
19. Infección respiratoria aguda (ira) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años	38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.	

El año 2009, se dio continuidad a 7 problemas de salud en carácter de piloto se incorporaron durante el año 2008, que corresponden a:

1. Enfermedad de Gaucher.
2. Hernias de Pared Abdominal en beneficiarios de 15 años y más.
3. Epilepsia no refractaria en beneficiarios de 15 años y más.
4. Asma Bronquial en beneficiarios de 15 años y más.
5. Enfermedad de Parkinson.
6. Artritis Idiopática Juvenil.
7. Prevención Secundaria en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

Además, durante el año 2009 se incorporan dos problemas de salud al grupo de problemas piloto, en detalle:

8. Displasia Luxante de caderas.
9. Salud Oral Integral de la embarazada.

Asimismo, se mantuvieron funcionando los Directorios de Compra por Servicio de Salud y además Directorios de Compra Regionales y Macro Regionales, han permitido mejorar la oportunidad de la compra, 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 asegure el cumplimiento de la garantía de oportunidad. Es así como respecto del año 2008, se aumentaron las compras programadas para satisfacer brechas de demanda.

La principal compra programada es la hemodiálisis para beneficiarios(as) con insuficiencia renal crónica terminal. En segundo lugar de importancia están los tratamientos de radioterapia para el cáncer, seguidos de las cirugías de cataratas, y en tercer lugar las cirugías de cardiopatías congénitas por rebalse de la red pública.

Las principales compras por riesgo de retraso en el sector privado son las 1.843 cirugías de cataratas, 338 accesos vasculares para la administración de la hemodiálisis en insuficiencia renal crónica Terminal y, 306 vitrectomías para el tratamiento del desprendimiento de Retina y Retinopatía Diabética.

En lo concerniente a compras a privados por retrasos en la entrega de la garantía de oportunidad son 430 tratamientos de Vicios de Refracción, 169 confirmaciones diagnósticas de Retinopatía y 99 Cataratas.

Respecto a compras por incumplimiento y designación de segundo prestador en el sector privado fueron las 13 cirugías por HNP, y en segundo lugar las 11 cirugías por cataratas y 8 confirmaciones diagnósticas.

El número de casos AUGE 2009 registrados desde el 01 de Enero al 31 de Diciembre corresponde a 2.073.565, alcanzándose a un total para el periodo de vigencia del sistema AUGE de 8.616.990, de los cuales corresponden a Mujeres: 5.139.986 y Hombres: 3.477.004.-

Plan de 90 días

A inicios del año 2009, el Ministro de Salud determinó implementar un Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud, más conocido como Plan de 90 días, el cual entre sus objetivos tenía la resolución de listas de espera prolongadas, tanto en diagnóstico de especialidades como en intervenciones quirúrgicas.

Dentro de los compromisos contraídos en dicho Plan se debe dar resolución al 20% de las listas de espera prolongadas en cirugías y consultas, a más tardar el 30 de marzo 2009.

Para cumplir dichos compromisos, se integrarán 500 especialistas al sector público, mediante una política de recursos humanos flexible para atraer profesionales a lo largo del país.

FONASA tuvo la tarea de levantar la oferta privada existente e intermediar los Convenios de Compra cuando así se requiriese. Es así como FONASA suscribió directamente un Convenio con Hospital Naval Almirante Nef de Valparaíso, para la resolución de Colectectomías y Hernias Abdominales

del Servicio de Salud Viña del Mar. Adicionalmente, se suscribió convenio con Clínica Alemana de Puerto Varas, para la resolución de amigdalectomías del Servicio de Salud Araucanía Sur.

FONASA también coordinó las compras e intermedió con prestadores en los casos en que los Servicios debieron compra directamente a terceros.

Dicho Plan se ejecutó durante el primer trimestre del año 2009, con un costo de M\$ 5.450.000, pero debió ser suspendido a partir del mes de mayo por la ocurrencia de la pandemia H1N1.-

Modalidad de Atención Institucional: Pandemia H1N1 y Campaña de Invierno

La División de Integración de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Salud, ha desarrollado un modelo de gestión centralizada de camas, inicialmente en la Región Metropolitana, el que contempla la incorporación de camas privadas a la Red pública. Este modelo será implementado a partir de la Campaña de invierno y Pandemia 2009.

DEFINICIÓN MODELO GESTIÓN INTEGRADA DE CAMAS HOSPITALARIAS

En el año 2009 la situación de camas hospitalarias a nivel nacional, y en particular en las regiones de mayor densidad poblacional (Metropolitana, V, VIII y IX), fue de déficit permanente en adultos y estacional en niños. Este déficit es mayor cuando se mira la globalidad de la demanda hospitalaria: GES, Electivos y Urgencias; incluso, solo considerando GES y Urgencias la demanda diaria de pacientes esperando camas para hospitalización en los servicios de urgencia de estas regiones es significativa, a ello, se debe agregar el incumplimiento de algunas garantías GES.

Dentro de las camas hospitalarias tiene especial impacto lo que sucede con las camas críticas ya que su disponibilidad oportuna tiene el matiz de "vital" en muchos casos.

Además del déficit estructural ya mencionado del número de camas tenemos déficit de gestión asociado de manera más significativa a "nodos críticos" que capturan muchos días de camas y que se ven amplificadas por la gestión subóptimas de los procesos principales intrahospitalarios

Considerando lo anterior es fundamental el crecimiento estructurado de camas hospitalarias y particularmente de camas críticas de modo tal de ir disminuyendo la brecha actual, así como también la instalación sistemática de estrategias que aborden los nodos críticos detectados en cada red y el rediseño sistemático de los procesos principales intrahospitalarios con adecuada definición de responsables e indicadores.

En este sentido, la División de Integración de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes del MINSAL con FONASA concluyeron desarrollar a partir de mayo del 2009 un modelo de gestión

centralizada de camas, inicialmente en la Región Metropolitana, que luego se expandió a las Regiones V, VIII y IX. Dicho modelo debía permitir dar respuesta al déficit estructural de camas críticas del Sector Público, incorporando redes complementarias del sector privado en aquellos Servicios de Salud en que los déficits son más críticos. La implementación de este modelo dio sustento a la Campaña de invierno y al aumento de demanda derivado de Pandemia "Influenza H1N1 2009".

La intervención de FONASA se concretó en las siguientes acciones:

- a) Programa de Compra Centralizada de Camas Críticas: FONASA solicitó ofertas por días cama integrales, especialmente camas críticas y agudas, a todos los oferentes de Hospitales de las Fuerzas Armadas, Hospitales Universitarios y Hospitales y Clínicas Privadas, los que deberían poner a disposición del modelo una cantidad de camas a actualizar día a día. Con fecha 27 de marzo del 2009, se realizó en FONASA con la participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, una reunión con cerca de 30 prestadores de salud que no pertenecen al S.N.S.S. de la Región Metropolitana, con el objeto de explicar el nuevo modelo de administración centralizada de camas impulsado por SUBRED, y en específico, a objeto de solicitar ofertas de días camas para la Campaña de Invierno 2009.

Todas las ofertas recibidas fueron sometidas a puntaje, elaborándose un ranking de éstas para cada tipo de cama según los siguientes criterios:

- * Exámenes: incluidos habituales o más que éstos
- * Medicamentos: incluidos habituales o más que estos
- * Insumos: incluidos habituales o más que éstos
- * Arancel al cual cobran conceptos no incluidos en el precio: FONASA o particular
- * Precio ofertado
- * En los casos de empate en los conceptos antes detallado, se pondera mejor el prestador que ofrece mayor cantidad de camas

Dicho ranking fue incorporado al Sistema Informático que manejó la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) creada por la Subsecretaría de Redes, de manera tal que debía respetarse en caso de requerirse derivación de pacientes al extrasistema.

FONASA se hizo cargo de las compras y pagos de los gastos incurridos por derivación de pacientes en época de pandemia, esto es entre el 11 de mayo y el 11 de agosto del 2009, con un gasto total aproximado de M\$ 4.800.000.-

- b) Adicionalmente, FONASA desarrolló un programa de gestión de camas agudas en red, con apoyo de camas privadas dentro de la red de los servicios seleccionados que tenían mayor nivel de descompensación y apoyo con compra a privados a través de UGCC. Estos Servicios son el Metropolitano Norte y Metropolitano Central.

Para el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte, se incorporaron 25 nuevas camas privadas a su Red, 15 de la Red Clínica Providencia-Las Lilas y 10 del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Para el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central, se incorporaron 10 nuevas camas privadas a su Red, 10 de la Clínica Los Coihues en el periodo mayo-junio y 10 de la Red Clínica Providencia- Las Lilas para los meses de julio y agosto.

Este programa funcionó hasta el 30 de septiembre del 2009 y su costo fue de M\$ 958.886.-

- c) Por otra parte, se implementó un programa tendiente a resolver los nodos críticos de gestión con impacto en el uso y disponibilidad de camas, siendo la traumatología el área que se determinó intervenir.

En ese contexto, FONASA intermedió los Convenios por los cuales el Servicio de Salud Metropolitano Sur compró resolución de pacientes de traumatología aguda del Hospital Barros Luco a Hospital FACH y Hospital Parroquial San Bernardo, y Convenio del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente con Clínica Las Condes para igual concepto.

Este programa funcionó hasta el 30 de septiembre del 2009 y su costo fue de M\$ 261.812.-

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 aporte desde el FONASA de \$1.106 millones.

Por su parte, en el ámbito del mejoramiento de acceso y cobertura para las minorías étnicas, se desarrollaron los siguientes convenios: Clínica Dental Oftalmológica Mapuche, Convenio Boroa, Convenio con el Hospital De Lanco y con el Hospital Maquehue y Convenio Ruka Lawen para la resolución dental y oftalmológica de sectores mapuches.

En lo que se refiere a acercar la atención de salud a nuestros beneficiarios(as) 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 Reloncaví, FONASA y el Hospital de Esquel de la República de Argentina, c) Convenios Directos de FONASA para la compra de Scanner en Aysén y Magallanes; y d) 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 y Sanatorio Alemán de Concepción, cubriendo con ello a 235 parejas de todo el país, con un gasto en el año 2009 de M\$ 435.420.-

En junio del 2005 se dio inicio a un Piloto del Programa Hepatitis C, que el año 2009 benefició a un total de 62 pacientes, con un gasto año de M\$ 260.492.-

Durante el transcurso del año 2009, el Programa de Medicamentos de Alto Costo, el cual abarca el tratamiento farmacológico de enfermedades raras y poco frecuentes, dio continuidad a sus componentes, entre los que encontramos: Esclerosis Múltiple (94 pacientes y un gasto de M\$155.388), como Distonía (203 pacientes por M\$86.443), Hormona de Crecimiento (75 pacientes por M\$148.006), Guillain Barré (148 casos por M\$703.563), Gaucher (21 pacientes y un gasto de M\$2.117.914) y las Enfermedades Lisosomales, Mucopolisacaridosis I y Mucopolisacaridosis VI, con dos y un paciente respectivamente, presentó un gasto año 2009 de M\$301.196.-

Se incorpora en el Auge en julio del año 2006 el Programa de Hemofilia, que permitió atender a 1.204 pacientes con un gasto en el año 2009 de M\$6.036.064.-

	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Programa de Hemofilia	1.200	99,7%	4	0,3%	1.204

En lo que respecta al programa de Alimentación Saludable y Actividad Física, conocido como Programa PASAF, cuyo objetivo es combatir la obesidad, durante el año 2009 se atendieron 14.151 pacientes adultos y niños, con un gasto de M\$ 1.164.989.-

	Hombres	%	Mujeres	%	Total
PASAF Adultos	903	11,1%	7.232	88,9%	8.135
PASAF Niños y Adolescentes	2.804	46,6%	3.212	53,4%	6.016
Total PASAF	3.707	26,2%	10.444	73,8%	14.151

En agosto del año 2008 se dio inicio a un Piloto de Violencia contra la mujer, y durante el año 2009 se pudo aplicar screening a 16.233 mujeres, de las cuales se pudo otorgar una primera orientación a 2.300 mujeres, y se atendieron con tratamiento a 625 mujeres en los 6 Servicios de Salud de la Región Metropolitana con un gasto anual de M\$ 322.700.-

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 2009 se encuentran vigentes a nivel nacional Convenios Marco a través de Chile Compra por un monto de MM\$ 86.729.-, los cuales se detallan a continuación:
 - i) Cataratas: Para el año 2009 se efectuó un gasto devengado de M\$ 1.947.979.-
 - ii) Accesos Vasculares: Convenio vigente desde marzo de 2006. Para el año 2009, se efectuó un gasto devengado de M\$ 217.106.-
 - iii) Radioterapia: el convenio implicó un gasto en el año 2009 de M\$ 811.120.-
 - iv) Tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica Terminal: vigente a contar de julio de 2009, se adjudicaron un total de 187 centros para tratamientos de hemodiálisis y 31 Centros para tratamientos de peritoneo diálisis, lo que implicó un gasto en el 2009 de M\$ 78.249.978, atendiendo a 12.779 beneficiarios.
 - v) Vitrectomía: Para el año 2009 se efectuó un gasto devengado de M\$ 200.787.-
 - vi) Convenio Marco de Día Cama para Paciente Externalizado: se implementó a contar del año 2007, financiándose el programa de externalización de pacientes crónicos, con un gasto para el año 2009 por días camas de M\$ 4.569.733.-
 - vii) Convenio Marco para la realización de exámenes de Carga Viral del VIH: con vigencia desde el mes de Abril 2007, generando un gasto de M\$ 535.624 en el año 2009.-
 - viii) Convenio Marco de Endoprótesis de Caderas: con vigencia desde julio 2007, con un gasto para el año 2009 de M\$195.216.-
 - ix) Convenio Marco de Procedimientos de Alta Complejidad, el cual entró en vigencia en el año 2008, con un gasto para el año 2009 de M\$1.253.
- b) Convenio con Fundación Pro Dignitate Hominis (Clínica la Familia) La evolución de este convenio ha sido importante debido a que busca mejorar la calidad de vida de pacientes terminales, a través de cuidados paliativos del dolor, entregando 7.289 días cama con un gasto devengado de M\$ 116.640.
- c) Convenio con Clínica Alemana de Santiago. El gasto real del año 2009 fue de M\$ 264.769, atendiéndose a 2.104 pacientes.

- d) Convenio con Clínica Antofagasta. Este convenio tuvo un gasto devengado para el año 2009 de M\$ 10.405.-
- e) Convenio con Corporación Mater. El presupuesto vigente para el año 2009 fue de M\$ 90.000, de los cuales fueron devengados M\$ 89.506.-, pudiendo dar cobertura a 216 beneficiarios.
- f) Convenio con Sociedad Profesional Scanner Sur, este convenio tiene un marco presupuestario anual de 70 millones, de los cuales se gastaron M\$ 41.821.-, atendándose a un total de 291 pacientes.
- g) Rebases. En el año 2009 los recursos demandados alcanzaron a la suma de M\$ 11.313.617, beneficiando a 3.455 pacientes. El rebase corresponde a las sumas transferidas a los servicios de salud para el pago a prestador privado por atenciones de salud de emergencia riesgo vital con paciente estable, que no pudieron trasladarse a hospitales públicos.

Conceptos	Real 2008	Real 2009	Crecimiento	Crecimiento
	M\$ 2009	M\$	M\$	%
Convenio Hogar de Cristo	1.198.709	1.106.098	-92.611	-7,73%
Clínica Alemana	273.486	264.769	-8.717	-3,19%
Clínica Antofagasta	250.532	10.405	-240.127	-95,85%
Fundación p/Dignidad Hombre	88.528	116.640	28.112	31,75%
Clínica Mater	74.127	89.506	15.379	20,75%
Cardiociurgías con Hosp. FACH	67.937	64.427	-3.510	-5,17%
Fundación Las Rosas (Días Cama Pacientes adultos mayores)	0	80.657	80.657	S/I
Clínica Las Condes (Tumores SS Maule y Ar.Sur)	0	4.814	4.814	S/I
Convenio DIRECSAN Hosp. Almirante Neff (Cole y Hernias SSViña)	0	62.202	62.202	S/I
Clínica Pto. Varas (Amígdalas SS Ar.Sur)	0	39.600	39.600	S/I
Camas UGCC	0	2.452.877	2.452.877	S/I
Conv.Marco Camas (Externalización de Pacientes (No Auge))	3.048.657	4.569.733	1.521.076	49,89%
Convenios de Compra No AUGE	5.001.976	8.861.728	3.859.752	77,16%
Corporación del Transplantes Renales	65.381	94.973	29.592	45,26%
Sociedad Inv. Coyhaique (Aysén)	125.315	85.930	-39.385	-31,43%
Hospital Fuerza Aérea de Chile (escoliosis)	0	11.712	11.712	S/I
Soc. Profesional Scanner Sur Ltda.	74.288	41.821	-32.467	-43,70%
Cargas Virales	500.479	535.624	35.145	7,02%
Clínica Alemana (pago caso DR Sur)	18.566	0	-18.566	-100,00%
Corporación Ayuda Niño visual (COALIVI)	16.549	0	-16.549	-100,00%
Accesos Vasculares (Auge)	181.882	217.106	35.224	19,37%
Convenio Radioterapia (AUGE)	1.409.252	811.120	-598.132	-42,44%
Convenio Cataratas (Auge)	1.263.142	1.947.979	684.837	54,22%
Convenio Vitrectomias (Auge)(Panfotocag.)	959.004	200.787	-758.217	-79,06%

Endoprótesis de Cadera	51.183	195.216	144.033	281,41%
Convenio Hemodiálisis (Auge)	68.336.702	78.249.978	9.913.276	14,51%
Procedimientos Alta Complejidad (AUGE)	0	1.235	1.235	S/I
Convenios de Compra AUGE	73.001.743	82.463.026	9.461.283	12,96%
TOTAL CONVENIOS	78.003.719	91.324.754	13.321.035	17,08%

Modalidad Libre Elección:

Respecto de la Modalidad de Libre Elección, durante el año 2009 se realizaron un total de 36.539.286 prestaciones, aumentando en un 0.5% respecto del año 2008. El gasto real total alcanzó la cifra de M\$ 399.753.534 para el año 2009, mientras que el gasto devengado fue de M\$ 324.065.568. La diferencia entre gasto total y gasto devengado, radica en que el gasto devengado no contiene los copagos (aporte de los beneficiarios) que se registran en la emisión de bonos del Sistema de Venta de Bono Electrónico, los cuales son retenidos por el prestador. Para el mismo periodo, se observó un nivel de uso similar al del año 2008 para el mecanismo de pago PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), el que tiene un peso relativo dentro del gasto total de la MLE de un 19.02%. Complementario a lo anterior, fueron realizadas 95.423 prestaciones PAD durante el año 2009, observándose un incremento de un 6.8% respecto del año anterior. Asimismo, del total de casos cuyo diagnóstico pudo ser resuelto opcionalmente a través de dos mecanismos: Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y Pago por Prestación; el 85.81% optó por la resolución vía PAD. 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 conocimiento previo de los copagos.

Se incorporan además, en el Arancel de Libre Elección (MLE), las prestaciones "Examen reacción de polimerasa en cadena (PCR)" y "Procedimiento de aspirado nasofaríngeo", códigos 03-05-182 y 03-07-023, lo anterior para dar respuesta a la necesidad impuesta por la campaña de pandemia del virus H1N1, lo que significó un gasto conjunto por ambas prestaciones de M\$40.000.

Ahora bien, el año 2009 se realizó un estudio y propuesta al Ministerio de Salud de un proyecto de Ley para que todo chileno o chilena residente tenga acceso automático a FONASA al menos en la categoría A. Este anteproyecto implica modificación al DFL 1 de 2005 de Salud, Libro II y fue aprobado por MINSAL, enviado a SEGPRES y desde ahí a Ministerio de Hacienda en cuya cartera se encuentra a partir de Diciembre 2009.

En esta aproximación, si el costo unitario global por beneficiario de FONASA es \$187.873, el costo promedio por beneficiario de tipo A sería de \$147.528 y el costo de universalizar la seguridad social para los 496.200 excluidos sería de \$73.203 millones anuales por concepto de nuevos gastos en la seguridad social (el 3,1% del presupuesto actual)¹.

¹ En un cálculo más fino este valor aún podría reducirse puesto que los no asegurados, como se dijo, corresponden a quienes demandan menos servicios de salud.

2. Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud:

2.1 Fiscalización y Control de Prestaciones

El Departamento de Control de FONASA tiene como función desarrollar y mantener procesos de control y fiscalización a las prestaciones de salud otorgadas por prestadores de salud (públicos o privados) a beneficiarios(as) de FONASA, de forma que éstas se entreguen en cumplimiento a la normativa vigente.

En esta línea de fiscalización, se considera la inclusión de variables e indicadores que midan el comportamiento de las prestaciones, los prestadores y los beneficiarios(as), en el uso de los beneficios no pecuniarios del régimen para las prestaciones de ambas modalidades de atención. La generación de planes nacionales y programas de fiscalización como instrumentos normados en procesos estandarizados de aplicación desconcentrada por los Subdeptos. de Control de las Direcciones Regionales de FONASA. En particular, la fiscalización a prestadores de la modalidad de libre elección fue certificada para el departamento y una Dirección Regional bajo norma ISO 9001-2000.

Fiscalización asociada a objetivo y producto estratégico de FONASA.

Los procesos de fiscalización se gestionan en general, conforme a los principios de transparencia y equidad, con orientación a la prevención y promoción de los deberes y derechos tanto de los prestadores como de los beneficiarios(as), encontrándose asociados a objetivos y productos estratégicos del Fondo.

Objetivo Estratégico FONASA N° 3:

Optimizar la gestión financiera del FONASA, mejorando el nivel de recaudación de cotizaciones y cautelando el buen uso y la distribución eficiente y eficaz de los recursos.

Producto Estratégico FONASA N° 2.

Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud - Fiscalización y Control de Prestaciones.

El programa consta de los siguientes Subprogramas:

1. Fiscalización a Prestadores de la Modalidad de Libre Elección.
2. Fiscalización de Garantía de Oportunidad en AUGE.
3. Fiscalización de Prestaciones P.P.V. en la Modalidad Institucional

Los 3 subprogramas cumplen con etapas de planificación nacional, programación y ejecución regional, evaluación y consolidado nacional. Se asocian a metas con indicadores H (DIPRES) los dos primeros y compromiso SEGPRES el tercero.

Los subprogramas mediante procesos de fiscalización, permiten verificar el cumplimiento de las normas y aranceles vigentes, además de las condiciones de acceso, calidad y oportunidad dictadas por el Ministerio de Salud, todo ello de acuerdo a lo establecido en los convenios firmados con el Ministerio y el Fondo, por prestadores públicos y privados para la entrega de las prestaciones de

salud que requieren los beneficiarios(as) de FONASA en ambas modalidades de atención MLE y MAI-AUGE.

Modelo y Resultados.

En el ámbito de la fiscalización de prestaciones el año 2009, se mantuvo el modelo de gestión integral con énfasis en la distribución territorial por fiscalizador, incorporando programas regionales en concordancia con el lineamiento nacional. Metodológicamente, se ha auspiciado la aplicación multidimensional a la fiscalización del plan de salud, que debe atender a la conducta habitual de beneficiarios y prestadores en una interacción complementaria de las modalidades de atención institucional – incluido el Régimen General de Garantías - y de libre elección, facilitando el cumplimiento de indicadores de gestión comprometidos.

2.1.1 Fiscalización a Prestadores en Modalidad Libre Elección.

La planificación 2009, consideró la orientación y focalización en áreas críticas del gasto MLE (aquellas que representan el 60% del gasto en la modalidad), con énfasis en:

- Grupos arancelarios 01 de consultas médicas, en particular consultas especialidad.
- Grupo 25 Prestaciones asociadas a diagnóstico (PAD) especialmente las asociaciones a cobros complementarios (atenciones emergencia, intervenciones de coleditiasis y cataratas con prestaciones adicionales de otras cirugías.
- Atenciones en MLE en reemplazo de atención AUGE.
- Grupo 04 de exámenes de imagenología.
- Focalización regional para uso de densitometría ósea, atención psicólogos para patologías GES, nutricionistas acceso a inscripción y apego a normas, kinesiólogos registros y máximos autorizados.

Los compromisos año 2009 fueron 960 fiscalizaciones en área crítica / base de prestadores en área crítica de 3.172 = 30,0%. Los resultados fueron de cumplimiento del 100% de lo comprometido.

Complementariamente la fiscalización generó resultados de gestión de cierres de procesos y aplicación de medidas de sanción siguientes:

Tipo de Sanción	Dirección Regional Norte		Dirección Regional Centro Norte		Dirección Regional Metropolitana		Dirección Regional Centro Sur		Dirección Regional Sur		Resume gestión cierres procesos	
	Prof.	Ent.	Prof.	Ent.	Prof.	Ent.	Prof.	Ent.	Prof.	Ent.	Prof.	Ent.
Casos Cerrados:	21	18	54	86	157	135	43	84	25	2	300	325
Con advertencia	10	5	26	36	97	64	21	39	18	-	172	144
Sin infracción	11	13	28	50	60	71	22	45	7	2	128	181
Absueltos	-		1	3	58	89	1	1	2	-	62	93
Amonestación	-		23	9	29	11	8	9	13	9	73	38

Suspensión	-		2		3	1	-	-	-	-	5	1
Cancelación	1		2		1	1	-	-	-	-	4	1
Multa			18	9	28	12	7	6	4	7	57	34
Reintegro			2			1	-	-	-	-	2	1
Devolución	1		1		1	2	-	-	-	-	3	2
Total Sanciones	2	0	48	18	62	28	15	15	17	16	144	77

En materia de **ahorros por fiscalización** en cuentas facturadas por atenciones de emergencia, las cifras positivas de cumplimiento son las siguientes:

Indicador: Porcentaje de ahorro en cuenta médica por fiscalización de facturación.

Resultados de la fiscalización a diciembre de 2009: Se produjo ahorro (por rebajas de cuentas al aplicar normativa MLE vigente) de MM\$ 508 sobre un total facturado de MM\$ 9.698.

2.1.2 Fiscalización de Garantía de Oportunidad en AUGÉ.

Las garantías explícitas en salud, con fuente de registros en SIGGES (sistema de información para gestión de garantía explícita en salud), han mostrado un crecimiento anual sostenido que se detalla en cuadro siguiente:

Año (1)	Nº Problema de Salud por DS	Total Acumulado
2005	25	1.383.090
2006	40	2.969.128
2007	56	4.727.906
2008	56	6.954.139
2009	56	9.236.343

(1) Cifras acumuladas al 31 de diciembre de cada año – Fuente SIGGES

2.1.2.1 Análisis global de las cifras.

- Un total de 7.205.369 garantías (78,01%) se resuelven en Atención Primaria de Salud. El 21,99% restante, con 2.030.974 garantías corresponden a resolución de niveles de atención secundario y terciario.
- El 87,05% de las garantías se distribuyen en 15 problemas de salud: Hipertensión (1.874.997); Infección Respiratoria Aguda (1.492.897); Urgencia Odontológica Ambulatoria (1.246.699); Diabetes Mellitus Tipo 2 (657.644); Depresión (612.146); Vicios de Refracción (440.820), Salud

Oral Integral en Niños (347.240); Catarata (313.199); Infarto Agudo Miocardio (287.938); Cáncer Cervicouterino (162.810); Analgesia del Parto (157.789); Neumonía Adquirida en la Comunidad (128.629); Ortesis (128.098); Asma Bronquial (120.454); Tratamiento Médico Artrosis(115.733).

En cuanto al cumplimiento de plazos máximos garantizados, el sistema registra retrasos de un 2.95% promedio nacional, con 272.278 garantías retrasadas, mostrando niveles específicos por cada Problema de Salud, siendo el 58% (158.844 GO retrasadas) en Cataratas, Vicios de refracción, Hipertensión arterial, Infección Respiratoria Aguda, Diabetes Mellitus tipo 2, Depresión y Retinopatía diabética respectivamente. Debe considerarse que en los registros SIGGES, existen situaciones administrativas, que mantienen retrasos no efectivos.

2.1.2.2 Focalización Nacional de los Planes Anuales de Fiscalización AUGE

La planificación orientó la fiscalización a las áreas de mayor criticidad en el cumplimiento de la garantía de oportunidad, abordándose los problemas de salud más incidentes en las solicitudes ciudadanas referidas a incumplimiento de los plazos. Las comunicaciones de resultados dirigidos a los establecimientos asistenciales y a las áreas de gestión comercial del Fondo, tuvo efecto de corrección y compra.

El total de fiscalizaciones para el año 2009 fue de 6.161 cuyos procesos más relevantes están referidos a la verificación de cumplimiento de los Convenios Marco de Diálisis y Cataratas, cuyas prestaciones han sido compradas para ser ejecutadas por prestadores privados en AUGE. El detalle en tablas siguientes:

Fiscalización Intervenciones Cataratas (prestadores privados en convenio marco 2009)						
D. R.	Serv. de Salud	Razón Social Prestador	RUT	N° Prest fiscalizadas	% Registro de respaldo prestac.	Monto Involucrado Fiscalización \$
Norte	Arica	Corporación Medica de Arica S.A.	86.592.700-2	26	100%	\$ 18.200.000
	Antofagasta	Centro Médico y Oftalmológico del Norte Ltda.	78.107.310-5	12	100%	\$ 5.268.000
	Atacama	Servicios Médicos e Inversiones Leiva y Cía. Ltda.	76.212.930-2	12	100%	\$ 6.996.000
Centro Norte	Viña	ISV	78660200-9	29	100%	\$ 16.530.000
	Valparaíso	Oftalmolaser	99584010-3	17	100%	\$ 8.755.000
Metropolitana	M. Sur	WENDT Y CIA. LTDA.	79.859.890-2	18	100%	\$ 8.883.900

	M. Sur	CLINICA TABANCURA.	78.053.560-1	18	100%	\$ 8.883.900
Centro Sur	Bio-Bio	Corporación de Ayuda al Limitado Visual (COALIVI)	70.829.000- 1	38	100%	\$ 22.078.000
	Arauco			12	100%	\$ 6.972.000
Sur	Osorno	Corporación de Beneficencia Osorno	81.949.100-3	13	100%	\$ 7.605.000
		Oftavisión	76.182.280-2	29	100%	\$14.500.000
TOTAL			10	224		\$ 102.566.800

Fiscalización prestaciones de Diálisis a prestadores privados en convenio marco. Año 2009							
D. R.	Serv. de Salud	Razón Social Prestador	RUT	Cant Benef	Cod. 1901028	Cod. 1901029	Valor Total \$
Norte	Arica	ONG Corporación de dializados y transplantados de Arica	73.601.800-4	3	92	31	20.542.956
	Arica	Soc. Vásquez y Saba Ltda.	77.707.310-9	5	81	58	34.720.624
	Arica	Centro de Diálisis Arica Ltda.	78.400.390-6	3	91	31	20.654.075
	Iquique	Soc. Médica La Tirana S.A.	96.784.380-6	5	23	63	35.130.850
	Antofagasta	Centro Diálisis Ehrlich Ltda.	77.708.620-0	7	73	83	48.001.080
	Antofagasta	Diálisis Nordial Ltda.	79.850.470-3	8	196	85	54.054.382
	Atacama	Diálisis Vallenar Ltda.	77.976.010-3	3	36	23	20.302.718
	Atacama	Inversiones y Prestaciones en Salud Ltda(Dialvida).	78.524.360-9	4	82	45	27.731.498
Centro Norte	Valparaíso	CEMEDIAL LA CALERA	77095130-5	8	0	40	21.427.400
	Viña	CENTRO RENAL VILLA ALEMANA	99524030-0	8	4	40	21.586.348
	Viña	SOCIEDAD HEMODIALISIS VALPARAISO	79672650-4	9	16	40	22.062.528
	Valparaíso	BURGER DIAL LTDA.	78313750-K	8	0	40	21.424.520
	Aconcagua	DIALISIS LOS ANDES LTDA.	76237040-9	9	4	43	23.193.468

	Aconcagua	CENTRO DE DIALISI DIAMAR	77135270-7	8	20	38	21.149.798
	Coquimbo	CLINIDIAL LA SERENA	77645960 - 7	8	0	40	22.582.800
	Coquimbo	CLINIDIAL OVALLE	77645960 - 7	8	0	40	22.582.800
Metropolitana	M. Sur Oriente	Centro Médico y de Diálisis San Gabriel Limitada	78.914.520-2	8	0	48	25.517.280
	M. Sur	Diálisis Renal Dial S.A.	99.551.840-6	8	9	47	26.602.877
	M. Occidente	Centro Médico y Diálisis Quinta Normal Ltda.	77.580.820-9	8	0	48	25.517.280
	M. Central	Centro de Diálisis Albura Ltda.	78.443.860-0	8	0	48	25.517.280
	M. Oriente	CID Servicio integral de Salud S.A.	99.506.200-3	8	0	48	24.951.464
	M. Oriente	Soc. Prest Atenciones Médicas, Clínicas y Hospitalarias.	77.487.850-5	8	0	48	26.760.096
	M. Central	Centro Médico y de Diálisis San Andrés Ltda.	77.683.540-4	12	0	72	38.275.920
	M. Central	Sociedad Centro Médico Futuro Ltda.	79.974.700-6	13	12	77	41.406.530
	M. Oriente	Diálisis 300 S.A.	96.624.580-8	12	0	72	38.275.920
	M. Central	Centro de Diálisis Alfa Dial Ltda.	77.733.150-7	12	0	72	38.275.920
	M. Oriente	Centro de Diálisis Ñuñoa Ltda.	78.102.320-5	13	89	69	42.194.884
Centro Sur	Concepción	CLINICA DE DIALISIS Y CENTRO MEDICO CORDIAL LTDA.	78.154.520-9	27	39	45	25.275.717
	Bío Bío	CLINICA DE DIALISIS LAJA S.A. SUC NACIMIENTO	99.554.350-8	28	102	42	27.935.760
	Arauco	PRESTACIONES MÉDICA DIALISIS CURANILAHUE	76.276.500-4	15	120	68	42.813.772
	Maule	SOCIEDAD HEMODIALISIS TALCA LTDA. SUC. PARRAL	79.673.440-K	20	139	107	68.789.215
	Maule	HEMODIALISIS CURICO S.A.	79.673.440-K	27	184	118	77.242.059
	Maule	SOCIEDAD HEMODIALISI TALCA LTDA. SUC. TALCA	96.856.000-K	25	0	150	87.956.475
	Concepción	SERVICIOS MEDICOS CIDIAL	78.352010-8	26	154	127	77.543.750

		LTDA.					
	Concepción	CLINICA DE DIALISIS Y CENTRO MEDICO CORDIAL LTDA.	78.789.030-9	26	247	25	23.421.808
Sur	Araucanía Norte	Temuco Ltda (Victoria)	78.276.610-4	9	0	54	30.486.780
	Araucanía Sur	Villarrica (Temuco)	77.931.030-2	12	0	72	40.649.040
	Osorno	Dial Sur Ltda.	78.119.450-6	15	0	90	50.811.300
	Del Reloncaví	C.Esp.Me.Pto Varas Ltda.	77.866.060-1	11	0	66	37.261.620
	Del Reloncaví	Unidad Diálisis Hemosur Ltda.	78.185.130-2	11	0	66	37.261.620
		TOTAL	40	466	1.813	2.419	1.417.892.212

3. Plan Nacional de Afiliación y Acreditación

Durante el 2009, el trabajo de las Direcciones Regionales (DR) se focalizó en la identificación e incorporación al Seguro Público de Salud de beneficiarios(as) pertenecientes a grupos desprotegidos del país. Se destaca lo realizado con las comunas más vulnerables (definidas en el Plan de 90 días del Ministerio de Salud) pertenecientes a la jurisdicción de la DR Norte, resaltando las actividades de entrega de credenciales a los(as) pobladores(as) beneficiarios del Sistema Chile Solidario en las comunas de Camiña, Colchane, Huara, Putre, General Lagos, Ollague, San Pedro de Atacama, Tierra Amarilla, entre otras. También se destaca las acciones realizadas en Coyhaique y Punta Arenas con la incorporación al Sistema de Protección Social de Salud a niños pertenecientes a la Corporación Opción y a la Agrupación de Amigos de los Ciegos de Magallanes.

Este año se trabajó con la población temporera, logrando incorporar a nuevos(as) trabajadores(as) por temporada al seguro público de salud, así como también desplegando acciones de información respecto al beneficio de la afiliación extendida al que acceden dichos(as) trabajadores(as).

Respecto de las orientaciones de género al Plan Nacional de Afiliación y Acreditación, las 5 Direcciones Regionales establecieron un plan con actividades. Dentro de estas actividades destacan algunas por su focalización para trabajar con grupos de mujeres, tales como acreditación y difusión de derechos en salud en las regiones del Maule y Bío-Bío (DRCS); y en Punta Arenas (DRS) a mujeres jefas de hogar. En el primero, se realizaron relatorías del Plan de beneficios y AUGE, y cuyo objetivo consistía en informar respecto de los deberes y derechos en salud. En Punta Arenas se acreditaron como beneficiarias de FONASA a Mujeres Jefas de Hogar, y se les entregó información

respecto de sus derechos y deberes en salud, además de información AUGE y beneficios de FONASA.

Además se entregaron insumos para las orientaciones del Plan Nacional de Afiliación y Acreditación, a través de dos estudios de visibilización de la individualización de necesidades de salud con equidad de género. El primero de ellos, "análisis de no acceso a Seguridad Social según sexo (de acuerdo a la CASEN 2006), son los hombres que están en mayor porcentaje fuera del sistema de salud, concentrándose sobre todo entre los 16 y 35 años, un poco menos del 50% de ese intervalo de edad de los hombres está desprotegido en salud. Las mujeres por su lado, si bien aparecen en menor porcentaje desprotegidas en salud, llama la atención el intervalo entre 16 y 25 años con un 26% de mujeres fuera del sistema de salud.

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-15 años	58.735	11,8%	55.886	17,2%	114.621	13,9%
16-25 años	121.676	24,5%	85.893	26,4%	207.569	25,2%
26-35 años	106.018	21,4%	52.530	16,1%	158.548	19,3%
36-45 años	88.954	17,9%	50.532	15,5%	139.486	17,0%
46-60 años	97.318	19,6%	60.729	18,6%	158.047	19,2%
61-65 años	13.265	2,7%	6.812	2,1%	20.077	2,4%
66 años y más	10.547	2,1%	13.428	4,1%	23.975	2,9%
Total	496.513	100,0%	325.810	100,0%	822.323	100,0%

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a CASEN 2006.

El segundo, "Caracterización de los hogares con jefatura femenina y su relación con indicadores de salud (de acuerdo a la CASEN 2006)", los resultados son los siguientes: De las 1.288.493 mujeres que fueron encuestadas, la mayoría dijo no haber tenido un problema de salud en los últimos 30 días de la fecha de la encuesta (más del 70%). Pero del 30% que declaró sí haber tenido algún problema, la mayoría consultó por ello. Y de los que no consultaron casi más del 80% se autoexcluyó (porque no lo consideró necesario, porque utilizó remedios caseros, no tuvo tiempo, no tuvo dinero, le cuesta llegar al lugar). Y el 4% fue excluida por el sistema, es decir, pidió hora pero no se la dieron.

Asimismo, en colaboración con MIDEPLAN y MINSAL, se ha potenciado el trabajo de aseguramiento a los beneficiarios/as del programa Chile Solidario, con el desarrollo de acciones de afiliación al FONASA como educación para el pleno ejercicio de sus derechos en salud.

En el marco del trabajo sectorial, FONASA formó parte del trabajo a nivel del equipo central y de mesas regionales y provinciales del Programa Comunas Vulnerables y el programa Barrios Vulnerables de la Subsecretaría de Salud Pública basándose en un trabajo participativo de identificación de barreras de acceso y trabajo con la comunidad. Producto de la participación de FONASA en la totalidad de los comités regionales, se realizó actividades de capacitación, información, acreditación y afiliación focalizando en la población habitante de las 92 comunas vulnerables. En este marco las personas accedieron a información sobre la Modalidad de Atención Institucional (MAI), Modalidad de Libre Elección (MLE), Garantías Explícitas en Salud (GES), acreditación y afiliación especialmente para el caso de las personas que por su condición de vulnerabilidad social y el efecto de la presencia de barreras de acceso a la salud no han podido acceder a la protección social en salud en el pasado. Se estima que durante el 2009 un total de 10.519 personas habitantes de comunas vulnerables participaron en actividades de información y otras 8.249 fueron acreditadas como beneficiarias en el marco de este programa.

El cuadro adjunto muestra la acreditación distribuida por género.

Comunas Vulnerables por Sexo				
Proyección	Tipo de Actividad	Hombres	Mujeres	Total
Total Acreditados en Comunas Vulnerables	Información	5.575	4.944	10.519
	%	53	47	100
	Acreditadas	4.412	3.837	8.249
	%	53	47	100
Total Nacional en Base de Beneficiarios de FONASA	Información	5.154	5.365	10.519
	%	49	51	100
	Acreditadas	4.042	4.207	8.249
	%	49	51	100

También este plan contemplo una serie de medidas administrativas y técnicas orientadas a mejorar la correcta identificación de los beneficiarios que componen la base de beneficiarios de la institución y que es el punto de partida del acceso a los derechos que FONASA entrega a sus beneficiarios(as).

Así, durante este año se regularizó el proceso de cargas batch (incorporación masiva de personas), actualizando información de las cargas ingresadas mas las nuevas integradas al sistemas.

En el ámbito de Gestión Territorial se abordaron las barreras de acceso (geográficas, culturales, económicas, de falta de información, entre otras) a los servicios de atención de salud que afectan a grupos de habitantes de nuestro país, a través de acciones de información y educación sobre el Plan de Salud (Régimen de Garantías Explícitas en Salud) que dispone FONASA para sus beneficiarios(as), enfatizando los derechos asociados a dicho plan, así como también los medios para acceder y los espacios de atención a los que recurrir. Se resalta el trabajo realizado en la Zona Norte con los Centros de Atención Primaria en Salud, charlas realizadas a grupos vulnerables de la región de Valparaíso y Coquimbo, el Programa "FONASA contigo también en verano" realizado en litoral de la zona central y la labor realizada con las SEREMIAS de Salud y el Instituto Nacional de la Juventud de la Región Metropolitana.

En las regiones del Maule y Bío Bío el 2009 se trabajó en el desarrollo de un programa de trabajo en terreno llamado "FONASA en tu comunidad" que permitió mejorar el acceso a los productos y servicios del FONASA, fomentando la educación en derechos y deberes para la población beneficiaria de dicha zona. Además se mantuvo el programa de atenciones de salud para comunidades mapuches de la provincia de Arauco, el programa Tami Mapu Meu – Arauco ha atendido a 600 beneficiarios(as) en salud de comunidades mapuches.

En materia de complementariedad territorial se puede destacar el trabajo con los Comités Técnicos Asesores de la Provincia de Valparaíso y Limarí, que permitió que los servicios puedan articular su entrega de productos al territorio, generando acuerdos de colaboración entre sí mismos. También se enfatiza lo realizado en la Región Metropolitana con el Comité Técnico Regional del Servicio Nacional del Adulto Mayor, el cual permitió elaborar un programa de formación de monitores(as) en salud, que proporcione la formación de 25 líderes comunitarios mayores de 60 años, quienes replicaran lo aprendido en la comunidad en la que participan activamente.

4. Servicios de Atención al Beneficiario / A

Este producto estratégico dice relación con los servicios que FONASA dispone a sus beneficiarios(as) y a la comunidad en general, y la forma en que provee estos servicios, e incluye la entrega de información sobre el Plan de Salud, la emisión de órdenes de atención, la gestión de reclamos y la participación ciudadana. Según datos aportados por la encuesta de satisfacción ciudadana que realiza FONASA.

Respecto de la Campaña de difusión sobre derechos (AUGE) a jóvenes, se diseñó material gráfico (afiches y polidíptico), para reforzar e incentivar la pregunta en este segmento asociada a "¿Cómo protege el AUGE a los Jóvenes?". El material descrito fue distribuido a toda nuestra red de

sucursales, el cual además ha sido de gran ayuda para el refuerzo de las actividades de terreno que se realizan en cada dirección regional. Además, se confeccionó material electrónico -news letters- para reforzar los contenidos y beneficios de FONASA hacia el segmento joven.

Las Direcciones Regionales han desarrollado actividades con jóvenes, en el último trimestre se pueden destacar:

- Despacho folletería "Cómo protege el AUGE a los jóvenes" a INJUV en las regiones de Coquimbo y Valparaíso.
- Difusión AUGE con jóvenes, futuros profesionales de la salud (23 de octubre). Se realizó una charla a jóvenes estudiantes de los últimos años de carreras de la salud de la Universidad Santo Tomás de Antofagasta.

De acuerdo a la campaña de AUGE y Mujeres, el objetivo de este plan fue realizar acciones para promover en este segmento sus derechos garantizados y también el de sus hijos, en las diversas zonas del país. Para ello, se contempló dentro de las actividades planificadas lo siguiente:

- Material gráfico de apoyo -polidiptico y afiche- para reforzar e incentivar la pregunta "¿Cómo protege el AUGE a las mujeres?". Este material fue enviado a toda la red de sucursales y compartido también con instituciones relacionadas, como es el caso de las regiones de Coquimbo y Valparaíso se envió folletería a SERNAM y PRODEMU. Se adjuntan ambas piezas gráficas.
- Desarrollo de Programa dirigido a Mujeres en "FONASA Responde" en Televisión Nacional Evangélica -TNE- a través del cual se reforzó la orientación acerca de los beneficios y derechos de dicho segmento en el marco de la protección social impulsada por la Presidenta Bachelet. Dicho espacio se definió dado el alcance y masividad que tiene la televisión, por lo que reemplaza el hito comunicacional planificado, dado que se consideró de mayor alcance y efectividad en la comunicación.
- Invitada la ministra Carmen Andrade que junto al Director de FONASA abordaron temas de interés para la mujer como son la violencia intrafamiliar, las discriminaciones en términos de género y de los beneficios en salud como lo es los derechos garantizados en el AUGE, entre otras temáticas.

La actividad en terreno que se destaca es en el Centro Penitenciario Femenino de Antofagasta, actividad dirigida a 136 internas. La actividad se denominó "Plaza Intramuros Sector Salud Antofagasta", llevada a cabo en noviembre de 2009, gracias a una alianza entre Fonasa, Gendarmería; Servicio de Salud; Corporación Municipal Desarrollo Social. Se adjunta afiche de promoción. En dicha actividad se dio a conocer la oferta de salud existente y los beneficios en salud, con énfasis en los derechos garantizados en el AUGE.

POLIDÉPTICOS				MUJERES	JOVENES
Región	Nombre Contacto	Dirección	Ciudad	Cantidades	Cantidades
Fonasa Norte	Mariela Dahmen	Antonino Toro N° 851	Antofagasta	9.000	9.000
Fonasa Centro Norte	Marlene Rettig	Av. Brasil N° 2104	Valparaíso	18.000	18.000
Fonasa Centro Sur	María Rebeca Maltes	Diagonal Pedro Aguirre Cerda N° 1129	Concepción	23.400	21.600
Fonasa Sur	David Saenger	Manuel Montt N° 669	Temuco	18.000	18.000
Fonasa Metropolitana	Carolina Valencia	Huérfanos N° 587	Santiago	43.200	39.600
Fonasa Rancagua	Alfredo Baeza	Estado N° 101	Rancagua	5.400	5.400
Stock Marketing	Elisa Rodríguez	Monjitas N° 665	Santiago	8.000	8.400
Total material impreso				125.000	120.000

Así, contamos con un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, que busca establecer un vínculo participativo con sus beneficiarios(as), por lo que dispone de 3 canales de contacto, cuales son su página Web www.fonasa.cl en la que se creó un espacio específico para Participación Ciudadana, el Call Center LLAME A FONASA: 600 360 3000 y Red de Sucursales presente en todas las regiones del país con un número de 122 sucursales. Por otro lado, FONASA cumple con la Ley de Transparencia (20.285) y realiza periódicamente diálogos ciudadanos a lo largo del país.

3.1 Gestión de Solicitudes Ciudadanas:

En relación a los contactos que la ciudadanía realizó con la institución durante el año 2009, podemos señalar que estos mayoritariamente fueron efectuados a través del servicio de Call Center. Asimismo, la mayoría de estos fueron consultas. Así de un total de 2.094.453 contactos, el 98% correspondieron a consultas. Los 30.008 contactos restantes se distribuyeron entre reclamos, denuncias, felicitaciones, solicitudes y sugerencias.

Respecto a los reclamos presentados ante la institución, en el año 2009 hubo 18.147, a diferencia del año 2008 que hubieron 15.078 reclamos que implicó un crecimiento en 3.069 reclamos, casi un 30% mas. Estos reclamos se concentran básicamente en materias relacionadas con el AUGÉ y la aplicación de Ley de Urgencia.

Los reclamos por calidad del servicio otorgado por FONASA a través de sus canales de contacto, hubo un total de 808 reclamos, cifra menor a los 855 reclamos recibidos el año 2008. De los 808 reclamos, 168 corresponden a Canales Virtuales (20.8%) y 640 Sucursales. (79.2%)

A nivel de canales se observa que este año hubo una disminución en el nº de reclamos por atención en sucursales en relación al año 2008 (749), y un aumento en el número de reclamos por canales virtuales respecto al año 2008 (112),

Por otra parte hubo un favorable aumento en el número de reclamos por mala atención de sucursales que fueron resueltos en el plazo de 15 días como señala la Ley.

Si bien, vemos un aumento global en el número de reclamos cercano a un 30% en comparación con el año 2008, la tasa de reclamos por atención a través de nuestros canales de contacto, disminuyó en un 1.5%, lo que responde al esfuerzo institucional por otorgar una atención de calidad. Así durante el año 2009 se realizó el proceso de mantención y extensión del alcance del sistema de calidad al sistema integral de atención a los(as) beneficiarios(as), lo que ha contribuido a potenciar las capacidades de atención de los ejecutivos de salud a quienes concurren a las sucursales, además de disponer de sistemas de respuestas en línea homogeneizando la entrega de información. A su vez han aumentado las consultas por Web y Call Center, descongestionando la red de sucursales, lo que mejora la rapidez y calidad de la atención en este último espacio.

También el año 2009 se impulsó un plan de mejoras a los canales virtuales en el que se contemplaron diversas medidas como actualización de la capacitación a los ejecutivos de Call y Web, mejoramiento de los scripts utilizados para orientar las respuestas a los usuarios/as, reforzamiento en el n° de personas dispuestas en los canales, entre otras.

- Indicador 1: Porcentaje de reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales resueltos dentro de 15 días.
 - Resultado: el 99 % de los reclamo por calidad de Atención en Sucursales fueron resueltos en el plazo de 15 días.
 - Indicador 2: Porcentaje de reclamos por Mala Calidad de Atención en Sucursales respecto del total de reclamos recibidos por servicio entregado por FONASA.
 - Resultado: la meta era de un 7%, obteniéndose un 5.3%.
- a. Emisión de ordenes de atención: En lo referido al producto de Bonos de Atención de Salud (BAS), instrumento esencial para el acceso a la atención de salud de un importante número de la población del país, durante el año 2009 hubo, en comparación con el año 2008, un leve retroceso en el total emitido (aprox. 4% menos), incluyendo una disminución en la venta electrónica de BAS. Dicha situación puede tener diversas causas, tales como el pleno funcionamiento de las Garantías explícitas de salud, que hace que muchos(as) beneficiarios(as) consulten directamente en la Red Pública, como también los potenciales efectos de la crisis económica que tuvo paralizada la economía, implicando una disminución en el gasto de las personas, lo que afecta también a la atención médica. En otras palabras, una persona prefiere atenderse en el sector público antes que acudir a una consulta particular.
- b. Acceso a Participación Ciudadana: Este año se emitió la Norma Específica de Participación de FONASA mediante la Resolución Exenta N° 6827 / 2009 y se llevó a cabo un proceso de formalización de la totalidad de los Consejos de la Sociedad Civil, específicamente:
- Consejo Consultivo Nacional.
 - En las Direcciones Regionales:
 - 1 Consejo de la Sociedad Civil Norte(DR Norte)
 - 1 Consejo de la Sociedad Civil Valparaíso (DR Centro Norte)

- 4 en la Consejos de la Sociedad Civil en la DRCS (Talcahuano- Hualpen, Bio- Bio, Concepción, Arauco)
- 1 Consejo de la Sociedad Civil Temuco (DR Sur)
- 1 Consejo de la Sociedad Civil de R.M. y Región O'higgins

Como otra forma de establecer un vínculo participativo con sus beneficiarios(as), también cuenta con un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana con 3 canales de contacto que con su página Web www.fonasa.cl en la que se creó un espacio específico para Participación Ciudadana, el Call Center LLAME A FONASA: 600 360 3000 y Red de Sucursales presente en todas las regiones del país con un número de 122 sucursales. Por otro lado, FONASA cumple con la Ley de Transparencia (20.285) y realiza periódicamente diálogos ciudadanos a lo largo del país.

En el marco de la cooperación internacional, en materia de participación ciudadana se llevó a cabo la co-gestión técnica de un intercambio con el Institut de recherche pour le développement (IRD) de Francia que permitió la creación de recursos on line para personas que trabajan en el tema en Europa y América Latina y el Caribe, el financiamiento del Seminario-Taller Nacional de Consejos Consultivos y Comités de usuarios de FONASA, la realización del Seminario internacional "Gestión Pública y Participación Social en Salud": Taller para la conformación del Grupo de Trabajo Nacional sobre Participación Social y Ciudadanía en Salud: "Presupuestos Participativos en Salud", siendo éstas últimas organizadas conjuntamente con el área de relaciones internacionales.

3. Desafíos para el año 2010

Durante el año 2009 se avanzó en distintos ámbitos, sin embargo, aún quedan situaciones pendientes con nuestros beneficiarios y funcionarios, las cuales se detallan a continuación:

- **Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2010.**

El proyecto de Ley de Presupuestos del FONASA para el año 2010 contempla un fuerte énfasis en: consolidación del Plan AUGE cuyos recursos permitirán cubrir el 100% de las garantías asociadas a las 56 patologías incluidas en el plan, además de la adición de recursos para la incorporación de nuevos problemas de salud a través de planes pilotos, en el contexto del compromiso presidencial de aumentar los problemas de salud a 80 para el año 2010.

En este contexto, el Presupuestos 2010 considera recursos por MM\$ 2.805.771, lo que representa un incremento de 7,5% con respecto al año 2009.

1.- Crecimiento de la Modalidad de Atención Institucional

Para este concepto MAI (Servicios de Salud), se presenta un crecimiento de MM\$ 146.077 (7,5%) (no considera SIL), dirigido principalmente a: AUGE, reducir el déficit de camas de la Región Metropolitana en especial el Hospital Metropolitano, efecto Leyes de Recursos Humanos para beneficios salariales, formación de 500 médicos especialistas y aumento del valor per cápita.

Aumento presupuesto de Transferencias Atención Primaria de Salud por MM\$ 59.576.- Estos mayores recursos permitirán principalmente:

- Aumentar la población inscrita y validada en un 4,0% para llegar a 10,4 millones de personas, y aumentar el valor per cápita basal en un 5%, lo que significa crecer de \$ 2.130 a \$ 2.237.
- Mejoramiento Programa de Resolutividad, en lo referido al financiamiento de los gastos operacionales de las unidades Oftalmológicas creadas en el Plan de los 90 días.
- Cubrir la continuidad del 100% de las garantías GES asociadas a las patologías vigentes y los 3 nuevos Pilotos Hepatitis B y C, y Esclerosis Múltiple.

Aumento de Presupuesto Transferencias Programas de Prestaciones Valoradas por MM\$ 43.512.- Estos mayores recursos son destinados a:

- Cubrir la continuidad de las Patologías vigentes del AUGE (56 vigentes mas los 9 pilotos) y 3 programas pilotos adicionales en el 2010 (Hepatitis B y Hepatitis C y Esclerosis Múltiple).

- Mejora de la Suficiencia y Seguridad de la Transfusión de Hemocomponentes, para continuar implementando un Modelo de Centros Regionales de Sangre. (Concepción, RM y Valparaíso).

Aumento presupuesto Transferencias Programa Prestaciones Institucionales por MM\$ 43.300.- destinado a:

- Formación de 500 Médicos Especialistas.
- Efectos de diversas leyes que significan beneficios salariales del personal de salud asociados a la mejora de la gestión. (Ej. Ley 20.255 Cotización por Seguro de Invalidez y Supervivencia, Ley 20.305 Aporte empleador al fono laboral, Ley 20.209 diferencial de recursos para armonización de las plantas, Ley 20.261 incremento de asignación de reforzamiento profesional diurno-médicos, Ley 19.230 incremento de 106 médicos que se liberan de guardias nocturnas, Ley 20.212 aumento asignación zonas extremas).
- Incremento de 79 Camas UTI y 33 Camas UCI, y efecto año del Hospital Militar que se traducen en 204 camas.

2.- En el marco de las Prestaciones de Seguridad Social

Para el año 2010 se contemplan recursos por un total de MM\$ 515.065 lo que representa un incremento de 7,9% respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2009.

- Modalidad Libre Elección. Para el año 2010 se consideran recursos por MM\$ 332.535; lo anterior representa un incremento de un 2,8% respecto a la ley de presupuesto del 2009, o sea MM\$ 9.041, por mayor actividad en prestaciones médicas, explicado por un aumento de beneficiarios que hacen uso de esta modalidad de atención.
- Déficit CCAF. En el año 2010 considera recursos por MM\$ 182.530, lo anterior representa un incremento de un 18,5%, equivalentes a MM\$ 28.534 respecto a los recursos contemplado en la ley de presupuesto del 2009.
- Subsidios de Incapacidad Laboral pagados por los Servicios de Salud. El pago de los SIL Curativo Común considera recursos para el año 2010 de MM\$ 94.742, lo anterior representa un incremento de un 11,8%, equivalentes a MM\$ 10.002 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2009. Cabe señalar, que dicha transferencia a partir del año 2010 será realizada a la Subsecretaría de Salud Pública, ya que asume la función de pago centralizado de dichos subsidios.

3.- En materia de Recursos Operacionales (subtítulo 21, 22 y 29)

Para el año 2010 los recursos operacionales contemplan un monto de MM\$ 31.617 (considera RRHH, Bienes y servicios de Consumo y Adquisición de activos no financieros). Lo anterior representa un incremento de 3,6%, equivalentes a MM\$ 1.085 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2009.

Estos recursos están destinados para:

- Aumento por concepto de la Ley 20.305 bono post laboral, Ley 19.882 Aporte 1,4% Art.11 fondo bonificación por retiro, Zonas Extremas Ley 20.212, Ley 20.255 Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.
 - La continuidad operacional de los sistemas de soporte informático del Fonasa (Fonasa Digital).
 - Aumento por concepto de Convenio de registro y nominación de cotizantes con el IPS.
- **Productos Estratégicos**

Régimen General de Garantías en Salud: Plan AUGE

- Para el año 2010, y continuando la política de aseguramiento, se incorporaran al régimen de Garantías Explicitas de Salud (AUGE) 10 problemas de salud adicionales, los cuales a partir del 1 de Julio serán plenamente exigibles. De esta manera el total de problemas de salud garantizados serán 66, lo que implica un compromiso de recursos adicionales por MM\$ 55.193.

Plan nacional de afiliación y acreditación:

- Aumentar el número personas que pertenecen al Seguro público de Salud, en particular de grupos que no tienen ningún tipo de protección en salud como son los(as) trabajadores(as) independientes, carentes de recursos, entre otros.
- También seguir mejorando el registro de nuestros(as) beneficiarios(as) en la base que permite su acceso a los beneficios del Seguro Público de Salud.

Servicios de Atención al Beneficiario/a:

- Avanzar en los procesos de modernización de la atención en sucursales, desarrollando proyectos tales como Kioscos de auto atención sanitaria, que permitan disminuir los tiempos de espera en sucursales y mejorar la orientación e información a los beneficiarios(as).
- Seguir mejorando la calidad del servicio de atención telefónica y página Web, otorgando mayor capacitación a los(as) ejecutivos(as) y monitoreando activamente el cumplimiento de estándares de calidad.

- Incrementar la red de emisión de bonos de atención en salud, a través del establecimiento de convenios con otras instituciones que nos permitan mejorar la cobertura, y calidad en la entrega del producto, ya sea a través de la venta tradicional y/o electrónica.
 - Profundizar los procesos de participación extendiendo la realización de Presupuestos participativos a otras regiones.
- **Indicadores de Desempeño Institucional (H) y Colectivos(MEG)**

Indicadores de Desempeño Institucional (H)

Para el año 2010, se presenta una disminución en la cantidad de indicadores de desempeño(H), pasando de 17 en 2009 a 12 indicadores en 2010. De estos indicadores, 4 miden acciones de Fiscalización, 3 garantías AUGE y los restantes 5: Gestión Financiera, Acreditación, Programa de Prestaciones Valoradas, Reclamos y Satisfacción Usuaría.

Indicadores de Desempeño Colectivo (MEG)

Para el periodo enero-diciembre 2010, se pretende mantener los niveles de cumplimiento del año anterior, es decir, 100% para todos los equipos de trabajo.

Se continúa trabajando con 12 equipos de trabajos, dentro de los cuales se identifica cada Dirección Regional y cada área de negocio al interior de FONASA. Se destaca que para 2010 hubo una disminución en la cantidad de indicadores pasando de 67 en 2009 a 49 para el 2010.

4. Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009
- 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 2009
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
- Anexo 9: Proyectos de Ley en Trámite en el Congreso Nacional
- Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública (propuestas 2008, que fueron implementadas en 2009 y las propuesta del FMGP 2009,

Anexo 1: Identificación de la Institución

a) Definiciones Estratégicas

- Leyes y Normativas que rigen el funcionamiento de la Institución

D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, (cuyo Libro I refunde el ex Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y su Libro II contiene la Ley N° 18.469, actualizada); Ley 19.966 sobre Régimen de Garantías en Salud, publicada el 03.09.2004; ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937 publicada el 24.02.04; Res. Ex 3A N° 1455 de 29.05.02; modificada por las RES. EX. 1G N° 3709 de 27.12. 02, 3A 1814 de 02.07.03, 3A N° 1738 de 13.06.06, 1G/N° 4494/2008 y 4D/N° 2793/2008 todas resoluciones que establecen la estructura y funciones del Fondo Nacional de Salud.

- 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.

Aspectos Relevantes contenidos en la Ley de Presupuestos año 2009.

Número	Descripción
	Mejor Atención e Infraestructura
	Se debe señalar que en materia de inversión en salud, en el período 1990-2006 los recursos públicos dedicados a este gasto promediaron US \$97,3 millones anuales y en el año 2009 se destinarán US\$ 300 millones, en línea con el compromiso de invertir US \$ 1.150 millones en el período 2007-2010. Lo anterior significa que durante la presente administración se habrá invertido en salud más que en toda la década anterior.
1	Las inversiones permitirán la puesta en marcha de diversos proyectos, entre estos se debe mencionar la ampliación de la urgencia de adultos del Hospital Padre Hurtado, en la Región Metropolitana, así como la normalización de los Hospitales de Victoria (etapa II), de Coquimbo, Los Andes y el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.
	Por otra parte, se contemplan recursos adicionales orientados a reducir el déficit de camas en la Región Metropolitana, que permitirá contar con 421 camas adicionales así como complejizar otras 57. En este contexto, se destinaron \$ 5.181 millones para financiar la apertura y habilitación del Hospital Metropolitano (Ex Militar), los que permitirán contar con 204 camas adicionales.
	Continuación implementación Plan AUGE
2	El Proyecto de Presupuestos 2009 compromete \$19.519 millones adicionales para cubrir el 100% de las garantías asociadas a las 56 patologías vigentes y, adicionalmente, considera \$5.382 millones para realizar un programa piloto que incorpora dos nuevos problemas de salud al Plan AUGE.

Nivel atención primaria de salud

3 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 \$63.308 millones adicionales, lo que representa un incremento de 10,3 % real respecto de 2008. Estos mayores recursos permitirán aumentar en un 4,02% la población inscrita y validada para 2009, alcanzando así a más de 10,8 millones de personas.

Este incremento considera \$8.516 millones para inversión en este nivel de atención, recursos que representan un aumento del 18,1 % y permitirán financiar el término de la construcción de 9 centros de atención familiar y el inicio de otros 38, más 50 centros comunitarios de salud familiar en el país.

Se debe señalar además que se ha incrementado en \$ 7.735 millones los recursos para el Programa Sistema de Protección Integral a la Infancia, lo que permitirá la consolidación del programa para los menores de 0 a 3 años 11 meses.

Efecto leyes de recursos humanos y contratación de especialistas

4 Se han incorporado \$ 35.330 millones para financiar los efectos de diversas leyes que significan, principalmente, beneficios salariales del personal de salud asociados a mejoras de gestión.

Con la finalidad de mejorar la calidad de salud pública, el presupuesto considera recursos por \$ 17.932 millones para dar cumplimiento del compromiso asumido por la Presidenta el 21 de mayo de 2008, de contratar 500 médicos especialistas a jornada completa en los hospitales con mayor carencias, lo que permitirá reducir significativamente las listas de espera.

Finalmente, otro elemento fundamental que se refuerza, es la eficiencia con el propósito de asegurar la oportuna entrega de las prestaciones, para ello, el Proyecto de Presupuestos 2009 contempla recursos por \$16.432 millones para la gestión de las redes asistenciales, en donde se incorporan \$ 2.967 millones adicionales para el sistema de información para la red asistencial (SIRA) y para apoyar la capacidad de gestión de los hospitales de mayor complejidad.

(1) Considera el Proyecto de Ley de Presupuesto 2008 menos los Subtítulos 30+32+34+35 más los Intereses de la Deuda.

- Objetivos Estratégicos

Número	Descripción
1	Extender la Protección Social en Salud a los potenciales beneficiarios(as), con énfasis en los grupos Vulnerables, con el objeto de mejorar la calidad de vida de la población.
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	Optimizar la gestión financiera del Fonasa, mejorando el nivel de recaudación de cotizaciones y cautelando el buen uso y la distribución eficiente y eficaz de los recursos
4	Asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías, mejorando el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por la población
5	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.

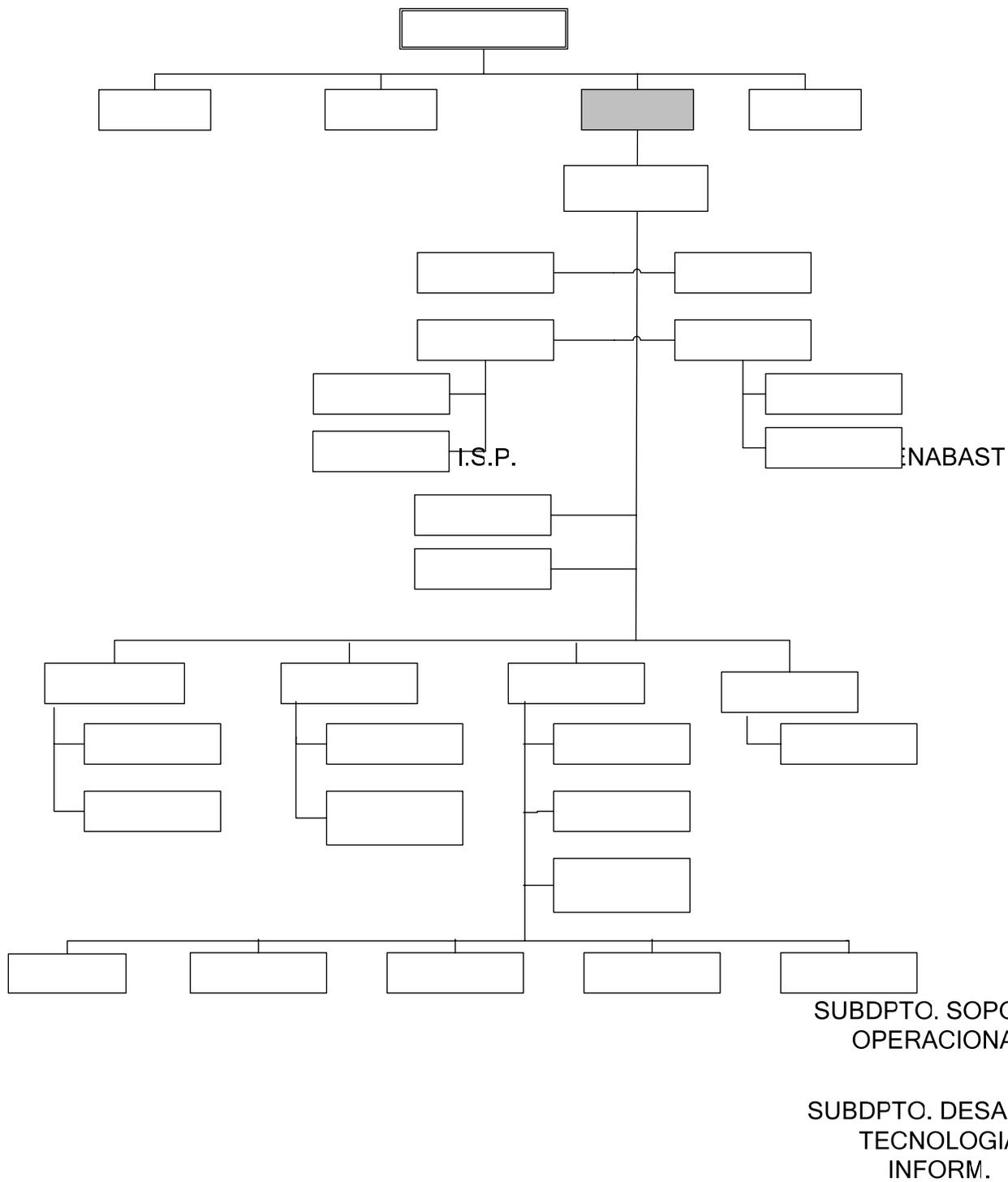
- Productos Estratégicos vinculados a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
<u>Régimen General de Garantías en Salud</u>		
1	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de beneficios en salud <ul style="list-style-type: none"> - AUGE - Modalidad Atención Institucional - Modalidad Libre Elección - Prestamos Médicos • Prestamos Médicos • SIL 	4,5
<u>Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</u>		
2	<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalización y Control de Prestaciones • Fiscalización de Cotizaciones 	3
<u>Servicios de atención al Beneficiario/a</u>		
3	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de Información oportuna, pertinente y de calidad del Régimen General de Garantías en Salud • Emisión de Ordenes de Atención en Salud • Solución de solicitudes ciudadanas • Acceso a participación ciudadana 	2,5
<u>Gestión Financiera</u>		
4	<ul style="list-style-type: none"> • Recaudación • Pagos y Transferencias 	3,4
<u>Plan Nacional de Afiliación y Acreditación</u>		
5	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditación • Afiliación • Emisión de instrumentos de identificación 	1

- Clientes / Beneficiarios(as) / Usuarios(as)

Número	Nombre
1	Beneficiarios(as) Afiliados(as) (Libro II DFL N° 1, 2005 Minsal): <ul style="list-style-type: none">▪ Trabajador(a) dependiente del sector público o privado, incluido los contratados(as) 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	Otros Beneficiarios (Libro II DFL N° 1, 2005 Minsal) <ul style="list-style-type: none">▪ Las cargas familiares de los(as) 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



MINISTERIO

DPTO. A
INT

DPTO. C
TECN

SUBDPTO. SOPORTE
OPERACIONAL

SUBDPTO. DESARR. Y
TECNOLOGIA
INFORM.

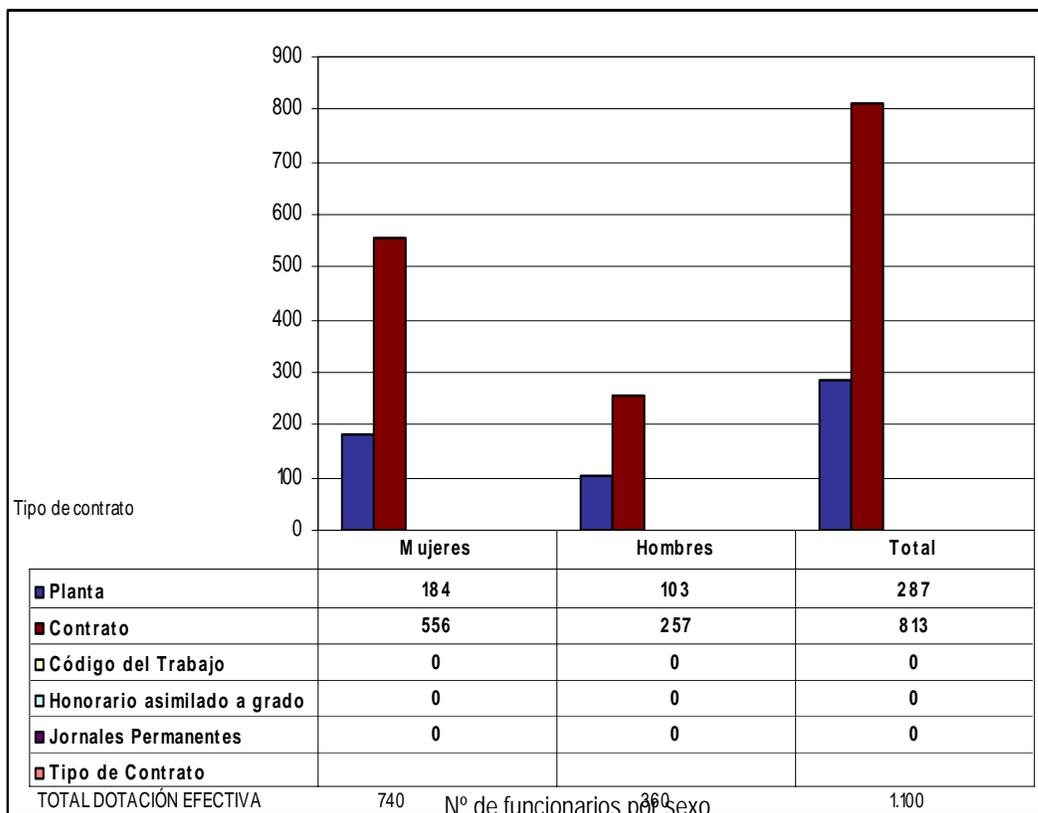
c) Principales Autoridades

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	Marcela Aguilera Moya
Jefa Oficina de Marketing	Roxana Muñoz Flores
Jefa Departamento Comercialización	Cecilia Jarpa Zúñiga
Jefe Departamento Finanzas	Pablo Venegas Díaz
Jefe Departamento Operaciones	Eduardo Bartolomé Bachelet
Jefa Departamento Control y Calidad de Prestaciones	Gladys Olmos Gaete
Directora Dirección Regional Norte	Waldo Bustos Streeter
Director Dirección Regional Centro Norte	Antonio Eguren Banales
Director Dirección Regional Metropolitana	Roberto Muñoz Bustos
Director Dirección Regional Centro Sur	Arturo San Martín Guerra
Directora Dirección Regional Sur	Pedro Valenzuela Quijada

Anexo 2: Recursos Humanos

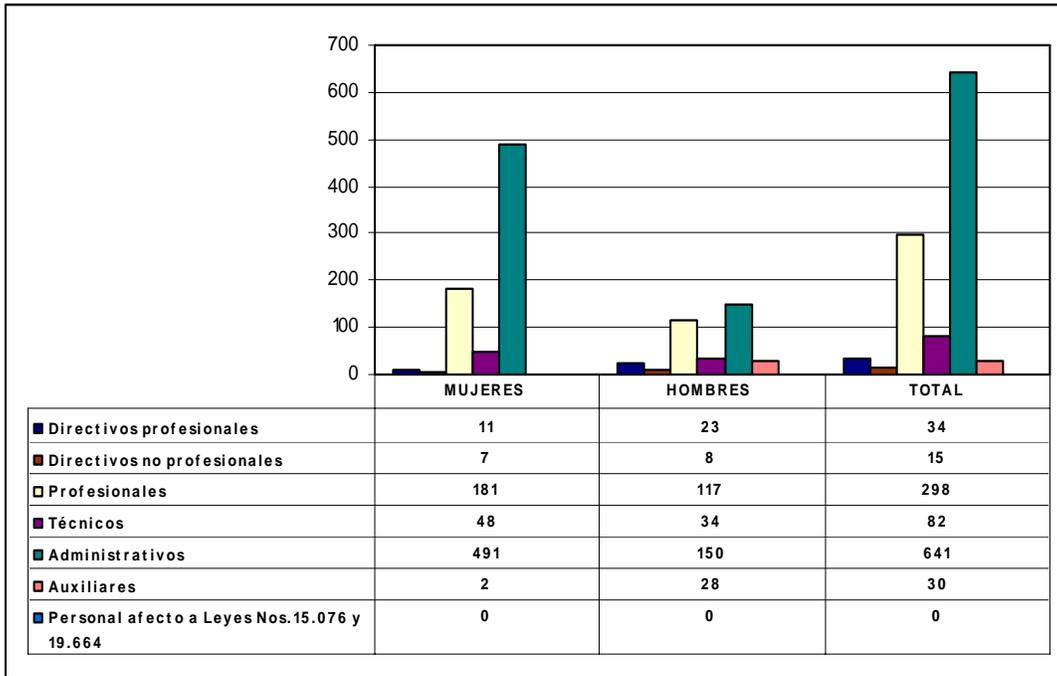
a) Dotación de Personal

-Dotación Efectiva año 2009² por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



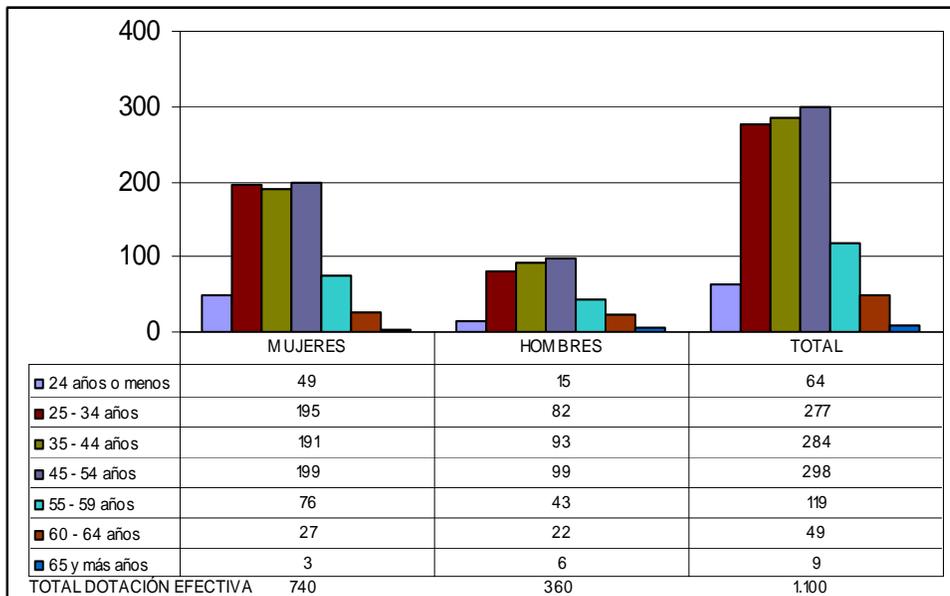
² Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2009. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

-Dotación Efectiva año 2009 por Estamento (mujeres y hombres).



Nº de funcionarios por sexo

- Dotación Efectiva año 2009 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)



Nº 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
		2008	2009		
1. Días No Trabajados					
Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12)/\text{Dotación Efectiva año } t$	2.5	2.7	92.6	Desc.
2. Rotación de Personal					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) *100$	6.1	3.7	164.9	Desc.
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios(as) jubilados(as)	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) Jubilados(as) año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t)*100$	0.3	0.0	0.0	Asc.
• Funcionarios(as) fallecidos(as)	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) fallecidos(as) año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t)*100$	0.0	0.2	-----	Neutro
• Retiros voluntarios					
o con incentivo al retiro	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	3.3	2.0	60.6	Asc.
o otros retiros voluntarios	$(\text{N}^\circ \text{ de retiros otros retiros voluntarios año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	2.4	1.4	171.4	Desc.
• Otros	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) retirados(as) por otras causales año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	0.1	0.2	50.0	Desc.
2.3 Índice de recuperación de funcionarios(as)	$\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) ingresados(as) año } t/ \text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) en egreso año } t$	1.4	10.7	13.1	Desc.

3 La información corresponde al período Enero 2008 - Diciembre 2008 y Enero 2009 - Diciembre 2009.

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, considerar el sentido de los indicadores (ascendente o descendente) previamente establecido y señalado en las instrucciones.

Cuadro 1 Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2008	2009		
3. Grado de Movilidad en el servicio					
3.1 Porcentaje de funcionarios(as) de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios(as) Ascendidos(as) o Promovidos(as)} / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) de la Planta Efectiva}) * 100$	28.3	0.0	0.0	Asc.
3.2 Porcentaje de funcionarios(as) recontratados(as) en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios(as) a contrata.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios(as) recontratados(as) en grado superior, año t} / (\text{Total efectivo de funcionarios(as) a contrata año t}) * 100$	27.8	10.2	36.7	Asc.
4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal					
4.1 Porcentaje de Funcionarios(as) Capacitados(as) en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios(as) Capacitados(as) año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	97.4	95.6	98.2	Asc.
4.2 Porcentaje de becas ⁵ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	0.6	0.3	50.0	Asc.
4.3 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario(a).	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / \text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados(as) año t})$	1.0	0.4	40.0	Asc.
5. Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario(a).	$(\text{N}^\circ \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t} / 12) / \text{Dotación efectiva año t}$	4.8	3.3	145.5	Desc.
6. Evaluación del Desempeño⁶					
Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Porcentaje de Funcionarios(as) en Lista 1	98.06	97.5	99.4	Asc.
	Porcentaje de Funcionarios(as) en Lista 2	1.78	2.5	71.2	Asc.
	Porcentaje de Funcionarios(as) en Lista 3	0.14	0.1	140.0	Desc.
	Porcentaje de Funcionarios(as) en Lista 4	0.0	0.0	-----	

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) Resultados de la Gestión Financiera

Cuadro 2 Ingresos y Gastos devengados año 2008 – 2009			
Denominación	Monto Año 2008 M\$ ⁷	Monto Año 2009	Notas
		M\$	
INGRESOS	2.399.278.853	2.893.886.920	
Imposiciones Previsionales	967.835.755	1.023.350.820	(1)
Transferencias Corrientes	9.991.063	18.279.494	(2)
Ingresos de Operación	116.967	125.061	
Otros Ingresos Corrientes	128.740.539	132.269.655	
Aporte Fiscal	1.263.488.157	1.705.361.468	(3)
Venta de Activos no Financieros	9.624	0	
Recuperación de Préstamos	6.733.846	6.367.614	(4)
Saldo Inicial de Caja	22.362.902	8.132.808	(5)
GASTOS	2.399.278.853	2.893.886.920	
Gasto en Personal	8.654.481	12.381.795	(6)
Bienes y Servicios de Consumo	20.999.678	23.132.582	(7)
Prestaciones de Seguridad Social	459.513.589	520.343.677	(8)
Transferencias Corrientes	1.890.942.421	2.320.188.826	(9)
Integros al Fisco	0	0	
Adquisición de Activos no Financieros	162.481	273.258	(10)
Préstamos	8.228.464	7.037.173	(4)
Servicio de la Deuda	4.271.400	1.776.226	
Saldo Final de Caja	6.506.339	8.753.383	

⁷ La cifras están expresadas en M\$ del año 2009. El factor de actualización de las cifras del año 2008 es 1,015.

Notas Ingresos y Gastos

Nota N° 1

Imposiciones Previsionales

Las mayores Imposiciones Previsionales recepcionadas por el Fondo en el año 2009 respecto del año 2008 fueron M\$55.515.065, que corresponden principalmente a cotizaciones provenientes del INP.

Imposiciones Previsionales			
M\$ real			
Conceptos	2008 en M\$ 2009	2009 Real	Tasa Crecimiento
IPS (ex INP)	888.862.519	927.050.917	38.188.398
7% SIL	5.224.820	7.997.977	2.773.157
Otros	73.748.416	88.301.926	14.553.510
total	967.835.755	1.023.350.820	55.515.065

Nota N° 2

Transferencias Corrientes

El incremento que se observa de 83% con respecto al año 2008, se produce principalmente porque en el año 2009 se recibieron mayores recursos desde Mideplan por concepto de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo).

Nota N° 3

Aporte Fiscal

Si se comparan los ingresos por concepto de Aporte Fiscal del año 2008 (expresados en pesos 2009) con respecto al año 2009, este Subtítulo muestra un incremento de 35% el cual se debe principalmente al incremento para transferencias a los Servicios de Salud destinadas a Programa de Prestaciones Valoradas, Programa de Prestaciones Institucionales y Atención Primaria.

Aumento de Transferencias Atención Primaria de Salud, especialmente en las transferencias Per cápita, que se explica por:

- Cubrir los gastos de administración para los Nuevos CESFAM (Centros de Salud Familiar) y CECOF (Centros Comunitarios de Atención Familiar).
- Aumentar la población inscrita y validada en un 4,02% para llegar a 10,8 millones de personas, y aumentar el valor per cápita basal en un 2%, lo que significa crecer de \$ 1.905 a \$ 1.943
- Incrementar el Programa integral de la infancia - Chile Crece Contigo.
- Cubrir la continuidad del 100% de las garantías GES asociadas a las patologías vigentes y Piloto para Salud Integral de la embarazada.
- Efectos de Leyes Laborales, referidas a: Ley 20.157, Ley 20.250, Diferencial reajuste remuneraciones.

Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales: Se incrementaron los ingresos en la suma de MM\$ 269.750, los principales incrementos se deben a:

- Los Subsidios de Incapacidad Laboral durante el año 2008 alcanzaron un monto de MM\$ 65.913 y el año 2009 un monto de MM\$ 94.923, lo que generó un incremento de MM\$ 29.010.
- Aumento del presupuesto Transferencias Programa Prestaciones Institucionales en la Ley inicial por MM\$ 63.795.- destinados a:

Contratación de 500 Médicos Especialistas a jornada completa en los hospitales con mayores carencias.

Efectos de diversas leyes que significan beneficios salariales del personal de salud asociados a la mejora de la gestión.(Ej. Ley 20.209 armonización de la planta, Ley 20.261 incremento de asignación de reforzamiento profesional diurno-médicos, Ley 19.490 aumento del personal beneficiado por esta asignación, Ley 19.664 contratación en etapa de planta superior a funcionarios(as) con mas de 9 años en etapa de Destinación y Formación).

Incremento de 421 Camas y complejizar 57 reduciendo el déficit en la Región Metropolitana. De estas, 204 camas son destinadas al Hospital Metropolitano (ex Militar).

- Recursos adicionales para Pago Deuda por MM\$ 45.200., de los cuales MM\$ 14.000 fueron transferidos en febrero del 2009 y los MM\$ 31.200 en diciembre del 2009.
- Efectos de Leyes Laborales, referidas a Retiros, Modernización y Desempeño colectivo por MM\$ 90.348 (Leyes 20.209, 20.261, 20.282, 19.937) y Diferencial reajuste remuneraciones por MM\$ 42.359.
- Plan 90 días mejoramiento urgencias por MM\$ 5.547.

El aumento en las transferencias del Programa de prestaciones Valoradas en MM\$ 62.465, se debe principalmente a:

- Aumento en Convenios de Compra Directa en MM\$ 16.773

- Aumento de Presupuesto Transferencias Programas de Prestaciones Valoradas Servicios de Salud en MM\$ 41.163.- Estos mayores recursos son destinados a cubrir la continuidad de las Patologías vigentes del Auge y 2 programas pilotos (Displasia Luxante de Cadera y Salud Oral Integral de la Embarazada).
- Plan 90 días para Intervenciones Quirúrgicas y Resoluciones Diagnósticas en consultas de especialidades por M\$ 5.500.

Nota N° 4

Prestamos Médicos

En relación a la variación de un -14,5% en el "Otorgamiento de Préstamos Médicos" del año 2009 respecto del año 2008, se explica por una disminución en los préstamos principalmente en diálisis, lo que se muestra en el siguiente cuadro:

Subtítulo 32 Prestamos Médicos			
M\$ real			
Conceptos	2008 Rea en M\$ 2009	2009 Real	Tasa Crecimiento
Diálisis	699.419	492.927	-29,52%
Otros	5.628.270	4.845.624	-13,91%
Urgencias	1.900.775	1.698.623	-10,64%
TOTAL	8.228.464	7.037.174	-14,48%

Con respecto a la "Recuperación de Préstamos Médicos" este ítem disminuye en un -5,5% respecto del 2008, el detalle se muestra a continuación:

Subtítulo 12 Recuperación de Préstamos Médicos			
M\$ real			
Conceptos	2008 Real en M\$ 2009	2009 Real	Tasa Crecimiento
Díalisis	567.752	558.860	-1,57%
Otros	4.568.732	5.163.790	13,02%
Urgencias	1.542.950	591.360	-61,67%
TOTAL	6.679.434	6.314.010	-5,47%

Nota N° 5

Saldo Inicial de Caja

El menor saldo inicial de caja del año 2009 con respecto al año 2008 por MM\$ 14.230 se debe a que en el saldo del año 2008 quedaron pendientes una mayor cantidad de transferencias a los Servicios de Salud por concepto de Fondo al Retiro Voluntario. Adicional el valor de la Deuda neta también fue superior.

Nota N° 6

Gasto en Personal

Este aumento de 43,1% en el año 2009 con respecto al año 2008, se explica a que a partir del año 2009 se produce un aumento de la dotación de funcionarios(as), pasando de 724 a 1.121 funcionarios(as).

Esto corresponde al traspaso de 397 funcionarios de la empresa de servicios personales Serviland a la dotación de Fonasa.

Nota N° 7

Bienes y Servicios de Consumo

Al comparar el gasto de los años 2008 y 2009 el incremento del gasto de este subtítulo fue de 10,2%, el cual esta dado principalmente por el ítem de Fonasa Digital, Convenio con IPS y Call Center Línea 2 (salud responde). Lo anterior se muestra en el siguiente cuadro.

Cabe señalar que el gasto en Fonasa Digital del año 2009 considera pagos correspondientes al año 2008 por casi MM\$ 3.000.

Subt.22 Bienes y Servicios de Consumo			
M\$ de 2009			
Conceptos	2008 en M\$2009	2009 Real	Tasa Crecimiento
Unidades Pptarias. (NC + DR)	4.700.317	5.0584.908	8,18%
Operación	3.619.212	4.026.602	11,26%
EEDD	1.081.105	1.058.306	-2,11%
Proyectos Transversales	16.299.363	18.047.674	10,73%
Fonasa Digital	5.822.456	10.571.384	81,56
Programa SIGGES	3.199.660	3.418.194	6,83%
Publicidad y Difusión	556.743	550.316	-1,155
Convenio IPS (ex INP)	669.466	1.005.899	50,25%
Call Center Línea 1	524.608	362.748	-30,85%
Call Center Línea 2 (salud responde)	682.460	852.729	24,95%
Apoyo Servicios Personales (Serviland)	3.669.510	0	-100,0%

Servicios de Vigilancia (Prosegur)	938.168	1.105.490	17,83%
ISO 9001:2000	101.542	107.894	6,265
Resto	134.750	73.020	-45,81%
TOTAL	20.999.680	23.132.582	10.16%

Nota N° 8

Prestaciones de Seguridad Social

El crecimiento de este subtítulo con respecto al año 2008 es de 13,2% que se explica por el ítem de Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar cuyo aumento corresponde a un 31,6% respecto del año 2008.

El cuadro siguiente muestra el detalle por ítem:

Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social				
Conceptos	Año 2008 en M\$ 2009	Año 2009 en M\$	Crecimiento en M\$	Tasa de Crecimiento
MLE	309.998.070	324.065.568	14.067.498	4,5%
Déficit CCAF	148.854.650	195.825.871	46.971.221	31,6%
Prestaciones Sociales del Empleador	660.869	452.238	208.631	-31,6%
TOTAL	459.513.589	520.343.677	60.830.088	13,2%

Nota N° 9

Transferencias Corrientes

El incremento de 22,7% del año 2009 respecto del año 2008 corresponde a:

Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$				
Conceptos	2008 Real en M\$ 2009	2009 Real	Crecimiento	Tasa Crecimiento
Atención Primaria	505.449.029	602.486.624	97.037.595	19,20%
Programa Prestaciones Valoradas	661.162.772	723.627.841	62.465.069	9,45%
PPV Servicios de Salud	586.611.195	632.303.088	45.691.893	7,79%
Convenios Compra de Prestaciones	74.551.577	91.324.753	16.773.176	22,50%
Programa Prestaciones Institucionales	723.924.619	993.675.360	269.749.741	37,26%
SIL Común	65.912.679	94.922.948	29.010.269	44,01%
Resto	658.011.940	898.751.412	240.739.472	36,59%
ISP	406.000	400.000	-6.000	-1,48%
TOTAL	1.890.942.420	2.320.188.825	429.246.405	22,70%

El Aumento de 19,20% en Transferencias Atención Primaria de Salud, se explica por:

- Cubrir los gastos de administración para los Nuevos CESFAM (Centros de Salud Familiar) y CECOF (Centros Comunitarios de Atención Familiar).

- Aumentar la población inscrita y validada en un 4,02% para llegar a 10,8 millones de personas, y aumentar el valor per cápita basal en un 2%, lo que significa crecer de \$ 1.905 a \$ 1.943
- Incrementar el Programa integral de la infancia - Chile Crece Contigo.
- Cubrir la continuidad del 100% de las garantías GES asociadas a las patologías vigentes y Piloto para Salud Integral de la embarazada.
- Efectos de Leyes Laborales, referidas a: Ley 20.157, Ley 20.250, Diferencial reajuste remuneraciones.

Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales, se incrementaron en un 37,26% respecto del año 2008, los que se explican por:

- Los Subsidios de Incapacidad Laboral durante el año 2008 alcanzaron un monto de MM\$ 65.913 y el año 2009 un monto de MM\$ 94.923, lo que generó un incremento de MM\$ 29.010.
- Aumento del presupuesto Transferencias Programa Prestaciones Institucionales en la Ley inicial por MM\$ 63.795.- destinados a:

Contratación de 500 Médicos Especialistas a jornada completa en los hospitales con mayores carencias.

Efectos de diversas leyes que significan beneficios salariales del personal de salud asociados a la mejora de la gestión.(Ej. Ley 20.209 armonización de la planta, Ley 20.261 incremento de asignación de reforzamiento profesional diurno-médicos, Ley 19.490 aumento del personal beneficiado por esta asignación, Ley 19.664 contratación en etapa de planta superior a funcionarios con mas de 9 años en etapa de Destinación y Formación).

Incremento de 421 Camas y complejizar 57 reduciendo el déficit en la Región Metropolitana. De estas, 204 camas son destinadas al Hospital Metropolitano (ex Militar).

- Recursos adicionales para Pago Deuda por MM\$ 45.200., de los cuales MM\$ 14.000 fueron transferidos en febrero del 2009 y los MM\$ 31.200 en diciembre del 2009.
- Efectos de Leyes Laborales, referidas a Retiros, Modernización y Desempeño colectivo por MM\$ 90.348 (Leyes 20.209, 20.261, 20.282, 19.937) y Diferencial reajuste remuneraciones por MM\$ 42.359.
- Plan 90 días mejoramiento urgencias por MM\$ 5.547.

El aumento en las transferencias del Programa de Prestaciones Valoradas de un 9,45%, se debe especialmente al aumento en

- Aumento de Presupuesto Transferencias Programas de Prestaciones Valoradas Servicios de Salud en MM\$ 41.163.- Estos mayores recursos son destinados a cubrir la continuidad de las Patologías vigentes del Auge y 2 programas pilotos (Displasia Luxante de Cadera y Salud Oral Integral de la Embarazada).
- Plan 90 días para Intervenciones Quirúrgicas y Resoluciones Diagnósticas en consultas de especialidades por M\$ 5.500.
- La variación de Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas se muestra en cuadro siguiente:

Subt.24 Transferencias Corrientes
Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas
en M\$

Convenios	2008 Real en M\$	2009 Real	Crecimiento	Tasa Crecimiento
Hogar de Cristo	1.145.659	1.106.098	-39.561	-3,45%
Clínica Alemana	261.383	264.769	3.386	1,30%
Clínica Antofagasta	239.4450	10.405	-229.040	-95,65%
Fundación p/Dignidad Hombre (La Familia)	84.610	116.640	32.030	37,86%
Clínica Mater	70.846	89.506	18.660	26,34%
Cardiocirugías con Hosp. FACH	64.931	64.427	-504	-0,78%
Externalización de Pacientes (Camas)	2.913.735	4.569.733	1.655.998	56,83%
Otros Convenios NO AUGE	0	187.273	187.273	100,00%
Camas UGCC	0	2.452.877	2.452.877	100,00%
Subtotal Convenios NO AUGE	4.780.609	8.861.728	4.081.119	85,37%
Corporación Trasplantes Renales	62.487	94.973	32.486	51,99%
Sociedad de Inversiones Coyhaique	119.769	85.930	-33.839	-28,25%
Hospital fuerza Aérea de Chile (escolisis)	0	117.12	11.712	100,00%
Soc. Profesional Scanner Sur Ltda.	71.000	41.821	-29.179	-41,10%
Cargas Virales	478.330	535.624	57.294	11,98%
Clínica Alemana (pago caso DR Sur)	17.744	0	-17.744	-100,00%
PUC Tumores Cerebrales	0	36.272	36.272	100,00%
Otros AUGE	0	34.508	34.508	100,00%

Corp. Ayuda Niño visual	15.817	0	-15.817	-100,00%
Accesos Vasculares	173.833	217.106	43.273	24,89%
Radioterapias	1.346.884	811.120	-535.764	-39,78%
Cataratas	1.207.240	1.947.979	740.739	61,36%
Vitrectomías	916.562	200.787	-715.775	-78,09%
Endoprotesis de cadera	48.918	195.216	146.298	299,07%
Hemodiálisis	65.312.385	78.249.978	12.937.593	19,81%
Subtotal Convenios AUGE	69.770.969	82.463.026	12.692.057	18,19%
TOTAL CONVENIOS	74.551.578	91.324.754	16.773.176	22,50%

Nota N° 10

Adquisición de Activos no Financieros

El Aumento de un 68,18% en este subtítulo, se explica principalmente por:

- Aumento de un 73% en el ítem vehículos debido a la compra de 3 Fonasa Móvil y un vehículo para Dirección Regional Sur.
- El aumento en el ítem Equipos Informáticos corresponde a la compra de 140 PC para apoyar la labor de Compines.

Subt.29 Adquisición de Activos No Financieros				
Conceptos	Año 2008 en M\$ 2009	Año 2009 en M\$	Crecimiento en M\$	Tasa de Crecimiento
Vehículos	46.059	79.898	33.839	73,47%
Mobiliarios y Otros	108.062	133.894	25.832	23,90%
Equipos Informáticos	8.363	59.466	51.103	611,06%
Total Subt 29	162.484	273.258	110.774	68,18%

b) Comportamiento Presupuestario año 2009

Cuadro 3						
Análisis de Comportamiento Presupuestario año 2009						
Subt.	Denominación	Presupuesto Inicial ⁸	Presupuesto Final ⁹	Ingresos y Gastos Devengados	Diferencia ¹⁰	Notas ¹¹
		(M\$)	(M\$)	(M\$)	(M\$)	
	INGRESOS	2.525.362.695	2.898.759.205	2.893.886.915	4.872.290	
04	IMPOSICIONES PREVISIONALES	121.230.883	1.024.005.226	1.023.350.820	654.406	(1)
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	18.171.088	18.286.088	18.279.494	6.594	
07	INGRESOS DE OPERACIÓN	225.922	225.922	125.061	100.861	
08	OTROS INGRESOS CORRIENTES	132.861.603	133.685.810	132.269.655	1.416.155	(2)
09	APORTE FISCAL	1.246.379.612	1.707.937.165	1.705.361.468	2.575.697	(3)
12	RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	6.492.587	6.486.191	6.367.614	118.577	
15	SALDO INICIAL DE CAJA	1.000	8.132.803	8.132.803	0	
	GASTOS	2.525.362.695	2.898.759.205	2.893.886.915	4.872.290	
21	GASTOS EN PERSONAL	9.397.033	12.337.215	12.381.795	-44.580	(4)
22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	20.239.945	24.784.617	23.132.582	1.652.035	(5)
23	PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	470.433.892	524.957.106	520.343.677	4.613.429	(6)
24	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.016.965.838	2.327.386.504	2.320.188.825	7.197.679	(7)
25	INTEGROS AL FISCO	7.122	7.122	0	7.122	
29	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	107.602	300.152	273.258	26.894	
32	PRÉSTAMOS	8.209.263	7.209.263	7.037.173	172.090	
34	SERVICIO DE LA DEUDA	1.000	1.776.226	1.776.226	0	
35	SALDO FINAL DE CAJA	1.000	1.000	10.394.470	-8.752.379	(8)

8 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

9 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2009.

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

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

Nota N° 1

Imposiciones Previsionales

Estos menores ingresos de cotizaciones respecto del presupuesto, se deben a menores ingresos recaudados por el IPS.

Nota N° 2

Otros Ingresos Corriente

Estos mayores ingresos con respecto al presupuesto están dados principalmente por los menores ingresos percibidos por concepto de Curativa Cargo Usuario como se muestra en cuadro siguiente:

Otros Ingresos Corrientes	Ppto 2009 M\$	Gasto Real 2008 en M\$	Diferencia M\$
Recuperación Licencias Médicas	296.569	310.086	-13.517
Curativa Cargo Usuario	132.772.870	131.218.438	1.554.432
Otros	616.371	741.131	-124.760
TOTAL	133.685.810	132.269.655	1.416.155

Nota N° 3

Aporte Fiscal

Estos menores ingresos de M\$ 2.575.697 corresponden a recursos que no fueron remitidos por DIPRES, correspondientes a:

- M\$ 45.237 Contingencia APS
- M\$ 233.334 Contingencia PPI (FIR)
- M\$ 297.126 Contingencia PPI (SIL)
- M\$ 2.000.000 por concepto de Subsidios de Incapacidad Laboral Curativos Común.

Nota N° 4

Gasto en Personal

El porcentaje de gasto ejecutado de 100,36% respecto del presupuesto final se muestra en el siguiente cuadro:

Subt.21 Gasto en Personal en M\$				
Conceptos	Ppto. Decretado	Devengado 2009	Diferencia	% Ejecutado

	2009			
Honorarios	250.834	223.966	26.868	89,29%
Horas Extras	125.268	120.416	4.852	96,13%
Viáticos	284.725	251.638	33.087	88,38%
12 cargos críticos	117.488	113.148	4.340	96,31%
Asig. Alta Dirección	17.584	18.153	-569	-103,24%
Zonas Extremas	65.351	60.144	5.207	92,03%
Bono Colectivo	364.206	354.296	9.910	97,28%
Resto	8.764.255	9.013.521	-249.266	102,84%
BASE	9.989.711	10.155.282	-165.571	101,66%
Suplencias y Reemplazos	296.569	196.137	100.432	66,14%
Fondo Bonif. Por retiro	128.317	121.356	6.961	94,58%
Ley 20.305 Aporte 1%	9.708	11.140	-1.432	114,75%
Seg. Invalidez y Supervivencia	76.235	71.088	5.147	93,25%
Bono Institucional	1.203.225	1.203.225	0	100,00%
Bono Escolar	42.042	38.212	3.830	90,89%
Bono Especial	121.825	114.100	7.725	93,66%
Bono Excelencia	387.746	392.038	-4.292	101,11%
Aguinaldo Septiembre	44.778	44.847	-69	100,15%
Aguinaldo Navidad	37.059	34.370	2.689	92,74%
TOTAL	12.337.215	12.381.795	-44.580	100,36%

Al realizar una comparación entre el gasto devengado real del Fonasa versus el presupuesto final aprobado, podemos observar que el mayor gasto del año 2009 fue de 45 millones de pesos ya que de no haber contado con superávit presupuestario en algunas glosas, el déficit total hubiese sido aún mayor, ya que el déficit de la base supera al total.

Las variables a considerar y que justifican el mayor gasto respecto al presupuesto y que se viene arrastrando en los últimos años, es el efecto que han provocado los componentes de:

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

Nota N° 5

Bienes y Servicios de Consumo

El menor gasto respecto del presupuesto final en este concepto fue de M\$ 1.652.035 y está dado principalmente a menores gastos

- Fonasa Digital por M\$ 993.936.-
- SIGGES por M\$ 367.134.-
- Call Center Línea 2 (Salud Responde) por M\$ 156.258.-
- ISO 9001:2000 M\$ 78.733.-
- Otros Gastos de Operación M\$ 55.974.-

Nota N° 6

Prestaciones de Seguridad Social

Es menor gasto de M\$ 4.613.429 está dado principalmente por la Modalidad Libre Elección.

Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social en M\$			
Conceptos	Ppto. Final 2009	Devengado Año 2009	Diferencia
MLE	326.939.883	324.065.568	2.874.315
Déficit CCAF	197.395.028	195.825.871	1.569.157
Fondo al Retiro	622.195	452.238	169.957
TOTAL	524.957.106	520.343.677	4.613.429

Nota N° 7

Transferencias Corriente

El menor gasto de M\$ 7.197.679 se muestra en el siguiente cuadro

Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$			
Conceptos	Ppto. Final 2009	Devengado 2009	Diferencia
Atención Primaria	603.449.981	602.486.624	963.357
Programa Prestaciones Valoradas	725.065.406	723.627.841	1.437.565
PPV Servicios de Salud	632.331.297	632.303.088	28.209
Convenios Compra de Prestaciones	92.734.109	91.324.753	1.409.356
Programa Prestaciones Institucionales	998.471.117	993.674.360	4.796.757
ISP	400.000	400.000	0
TOTAL	2.327.386.504	2.320.188.825	7.197.679

Este menor gasto está dado por:

- Programa Atención Primaria año 2009, el cual arroja un superávit correspondiente a M\$ 963.357 correspondiente a M\$ 918.120 FIR
M\$ 45.237 quedó en contingencia debido a que no llegó el Aporte Fiscal
- La diferencia entre el Presupuesto y el Gasto que muestra el Programa de Prestaciones Valoradas de M\$ 1.437.565, se produce por:
 - M\$ 28.209 PPV SS
 - M\$ 1.409.356 PPV Convenios Compra de Prestaciones principalmente por los pagos de Compra de Camas al extrasistema, por la derivación de pacientes que realiza la Unidad de Gestión de Camas Críticas (UGCC).
- La diferencia de M\$ 4.796.757 entre el Presupuesto y el Gasto que muestra el Programa de Prestaciones Institucionales corresponde a:
 - M\$ 233.334 Contingencia PPI por FIR (no llegó Aporte Fiscal)
 - M\$ 297.126 Contingencia SIL (no llegó Aporte Fiscal)
 - M\$ 2.000.000 Provisión SIL (no llegó Aporte Fiscal)
 - M\$ 2.266.297 (M\$ 885.084 SIL y M\$ 1.381.213 Resto PPI)

Nota N° 8

Saldo Final de Caja

El Saldo Final de Caja corresponde a:

Saldo Final de Caja 2009 en M\$	
Conceptos	M\$
Deuda Neta	1.641.092
Subt. 04 Menores Ingresos Imposiciones Previsionales	-654.405
Subt. 09 Menores Ingresos Aporte Fiscal	-2.575.697
Mayores Ingresos Resto	92.463
Subt. 21 Mayor Gasto En Personal	-44.580
Subt. 22 Menores Gastos en Bs y Ss de Consumo	1.652.035
Subt. 23 Menor gasto en FAM MLE	1.319.881
Subt. 23 Menor gasto Prest. Sociales del Empleador	169.957
Subt. 23 menor Gasto en SIL CCAF	1.569.157
Subt. 24 Menor Gasto en Transferencias APS	963.357
Subt. 24 Menor Gasto en Transferencias PPV S.S.	28.209
Subt. 24 Menor gasto en Transferencia PPV Convenios Compra	1.409.355
Subt. 24 Menor gasto en Transferencias PPI	4.796.757
Subt. 29 Menor gasto en Adq. Activos no Financieros	26.894
Total	10.394.476

c) Indicadores Financieros

Cuadro 4 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ¹²			Avance ¹³ 2009/ 2008	Notas
			2007	2008	2009		
Comportamiento del Aporte Fiscal (AF)	AF Ley inicial / (AF Ley vigente – Políticas Presidenciales ¹⁴)					0,74	(1)
Comportamiento de los Ingresos Propios (IP)	[IP Ley inicial / IP devengados]		1,05	1,85	1,81	97,86%	(2)
	[IP percibidos / IP devengados]		1,00	1,00	1,00	100,00%	(2)
	[IP percibidos / Ley inicial]		0,95	0,54	0,55	102,19%	(2)
Comportamiento de la Deuda Flotante (DF)	[DF/ Saldo final de caja]		0,04	0,52	0,17	33,02%	
	(DF + compromisos cierto no devengados) / (Saldo final de caja + ingresos devengados no percibidos)					1,20	

Notas N° 1

Se considera como Políticas Presidenciales para el año 2009 los Aportes entregados para el Plan de 90 días.

Nota N° 2

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

La Ley Inicial considera la Ley Inicial de Subtítulo 07 Ingresos de Operación.

12 Las cifras están expresadas en M\$ del año 2009. Los factores de actualización de las cifras de los años 2007 y 2008 son 1,103 y 1,015 respectivamente.

13 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.

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

d) Fuente y Uso de Fondos

Cuadro 5				
Análisis del Resultado Presupuestario 2009 ¹⁵				
Código	Descripción	Saldo Inicial	Flujo Neto	Saldo Final
FUENTES Y USOS				
Carteras Netas				
115	Deudores Presupuestarios	0	53.604	53.604
215	Acreedores Presupuestarios	0	1.694.696	1.694.696
Disponibilidad Neta				
111	Disponibilidades en Moneda Nacional	50.635.439	3.993.309	54.628.748
Extrapresupuestario Neto				
114	Anticipo y Aplicación de Fondos	957.641	-244.055	713.586
116	Ajustes a Disponibilidades	158.702	105.703	264.405
119	Trasposos Interdependencias	0	211.226.476	211.226.476
214	Depósitos a Terceros	44.043.164	1.507.799	45.550.963
216	Ajustes a Disponibilidades	61.108	27.892	89.000
219	Trasposos Interdependencias	0	211.226.476	211.226.476

¹⁵ Corresponde a ingresos devengados – gastos devengados.

e) Cumplimiento Compromisos Programáticos

Cuadro 6				
Ejecución de Aspectos Relevantes Contenidos en el Presupuesto 2009				
Denominación	Ley Inicial	Presupuesto Final	Devengado	Observaciones

*Nota: No corresponde Informar al Fondo Nacional de Salud

f) Transferencias¹⁶

Cuadro 7					
Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2009 ¹⁷ (M\$)	Presupuesto Final 2009 ¹⁸ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ¹⁹	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros (convenios de Provisión de Prestaciones Médicas)	63.112.806	92.734.109	91.324.753	1.409.356	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros ²⁰					
TOTAL TRANSFERENCIAS	63.112.806	92.734.109	91.324.753	1.409.356	

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

17 Corresponde al aprobado en el Congreso.

18 Corresponde al vigente al 31.12.2009.

19 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

20 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2009

Cuadro 9										
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "	Cumple SI/NO ²⁶	% Cumplimiento ²⁷	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de garantía de protección financiera cumplida en el año t respecto del total de garantías registradas en el año t	$((N^{\circ} \text{ de Cuentas GES creadas en el año } t - \text{ Reclamos Garantía Protección Financiera ha lugar en el año } t) / N^{\circ} \text{ de Cuentas GES creadas en el año } t) * 100$	%	N.M.	0.0%	100.0%	100.0%	SI	100%	
Servicios de atención al Beneficiario/a				(0.0/0.0)*100	(252886.0)*100	(252886.0)*100	(252886.0)*100			
Gestión Financiera	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de indigentes o personas carentes de recursos, calificados con nuevo sistema de acreditación de FONASA en el año t respecto al número de indigentes estimados por FONASA periodo 2006-2010	$(N^{\circ} \text{ de indigentes o personas carentes de recursos calificados con el nuevo sistema de acreditación en el año } t / N^{\circ} \text{ de indigentes estimados por Fonasa periodo } 2006-2010) * 100$	%	83.4%	0.0%	92.9%	93.0%	SI	100%	
Servicios de atención al Beneficiario/a				(1842332.0/2208937.0)*100	(0.0/0.0)*100	(2052797.0/2208937.0)*100	(2054311.0/2208937.0)*100			
Plan Nacional de Afiliación y Acreditación										
Plan Nacional de Afiliación y Acreditación	Enfoque de Género: No									

26 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2009 es igual o superior a un 95% de la meta.

27 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2009 en relación a la meta 2009.

Cuadro 9

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta	Cumple SI/NO ²⁶	% Cumplimiento ²⁷	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de Reclamos en el año t por mala calidad de atención en sucursales de FONASA respecto del total de reclamos recibidos por servicio otorgado por FONASA año t	(Número de reclamos por mala calidad de atención en sucursales de FONASA año t/Total de reclamos recibidos por servicio otorgado por FONASA año t)*100	%	9.1% (632.0/6934.0)*100	0.0% (0.0/0.0)*100	5.5% (640.0/11691.0)*100	7.0% (840.0/12000.0)*100	SI	128%	1
	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de la recuperación de préstamos médicos en el año t sobre el monto total de préstamos médicos otorgados año t	(Ingresos por recuperación de Préstamos en el año t/Monto Préstamos Médicos otorgados en el año t)*100	%	84.9% (6634225020.0/7817128115.0)*100	79.8% (6595555093.0/8262159232.0)*100	88.6% (6360283448.0/7176706906.0)*100	80.0% (6040000000.0/7550000000.0)*100	SI	111%	
	Enfoque de Género: No									
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de encuestados en el año t que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA respecto al total encuestado en el año t	(Encuestados en el año t que califica como satisfactorio el servicio entregado por FONASA/Total de encuestados en el año t)*100	%	72% (648/900)*100	73% (584/800)*100	76% (997/1312)*100	76% (760/1000)*100	SI	100%	
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 9

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta	Cumple SI/NO ²⁶	% Cumplimiento ²⁷	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de encuestados en el año t que califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)	(Encuestados en el año t que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)/Total de encuestados en el año t)*100	%	75% (668/890)*100	78% (1107/1428)*100	71% (1112/1568)*100	69% (690/1000)*100	SI	103%	
	Enfoque de Género: No									
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Promedio de empresas fiscalizadas en el año t (cotizaciones) por fiscalizador de cotizaciones	(Número total de empresas fiscalizadas en el año t /Número total de fiscalizadores de cotizaciones)	número	202número (4238/21)	203número (4269/21)	192número (4039/21)	200número (4200/21)	SI	96%	
	Enfoque de Género: No									
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de recuperación de evasión de cotizaciones en el año t	(Monto de cotizaciones evadidas recuperadas en el año t /Monto total de cotizaciones evadidas en el año t)*100	%	5.2% (9418048 18.0/182 3831800 0.0)*100	5.5% (1992692 .0/36300 000.0)*10 0	6.5% (2164111 .0/33373 000.0)*10 0	6.0% (2178000 .0/36300 000.0)*10 0	SI	108%	
Gestion Financiera	Enfoque de Género: No									

Cuadro 9

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta	Cumple SI/NO ²⁶	% Cumplimiento ²⁷	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de prestadores fiscalizados en el año t en la Modalidad Libre Elección en áreas críticas	(N° de prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados en el año t en áreas críticas/N° total de prestadores vigentes según área crítica en el año t , de la modalidad libre elección)*100	%	28% (871/3080)*100	30% (966/3172)*100	31% (990/3172)*100	30% (960/3172)*100	SI	103%	
	Enfoque de Género: No									
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su Seguro de Salud	(N° de usuarios FONASA encuestados en el año t que se sienten protegidos por su Seguro de Salud /Total de usuarios FONASA encuestados en el año t)*100	%	76% (684/900)*100	85% (680/800)*100	86% (1128/1312)*100	72% (720/1000)*100	SI	119%	
	Enfoque de Género: No									
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Promedio de fiscalizaciones en el año t por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud.	N° fiscalizaciones de las prestaciones médicas del Plan de Salud en el año t /N° fiscalizadores	número	336número 11743/35	322número 11269/35	317número 11090/35	315número 11025/35	SI	101%	
	Enfoque de Género: No									

Cuadro 9

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta "	Cumple SI/NO ²⁶	% Cumplimiento ²⁷	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Servicios de atención al Beneficiario/a	Porcentaje de Reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales durante el año t, resueltos dentro de 15 días	(N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales durante el año t resueltos dentro de 15 días/N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales en el año t) *100	%	97%	97%	100%	97%	SI	103%	
				(611/632) *100	(861/885) *100	(638/640) *100	(3007/3100) *100			
				H: 97	H: 97	H: 100	H: 97			
				(230/238) *100	(273/281) *100	(241/242) *100	(1143/1178) *100			
Enfoque de Género: Si	Hombres: Mujeres:			M: 97	M: 97	M: 100	M: 97			
				(381/394) *100	(588/604) *100	(397/398) *100	(1864/1922) *100			
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas según contrato en el año t	(N° total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas en el año t, en cumplimiento a lo establecido en Contrato/N° total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas según Contrato en el año t) *100	%	96%	104%	98%	100%	SI	98%	
				(1122945 /1117414) *100	(1276468 /5123009) *100	(1274160 /2130668) *100	(1197690 /1119769) *100			
Enfoque de Género: No										

Cuadro 9

Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2009

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta	Cumple SI/NO ²⁶	% Cumplimiento ²⁷	Notas
				2007	2008	2009	2009			
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de garantía de acceso cumplida en el año t respecto del total de garantías registradas en el año t	$(N^{\circ} \text{ de casos creados en el año t} / N^{\circ} \text{ de casos creados en el año t} + \text{reclamos en el año t}) * 100$	%	100.00% (1571344.00/1571344.00)*100	100.00% (2002499.00/2002499.00)*100	100.00% (2073565.00/2073565.00)*100	100.00% (1.00/1.00)*100	SI	100%	
	Enfoque de Género: No									
Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas en el año t respecto del total de garantías de tratamiento en el año t	$(N^{\circ} \text{ de garantías de tratamiento de oportunidad cumplidas en el año t} / N^{\circ} \text{ total de garantías de tratamiento en el año t}) * 100$	%	95.92% (3585169.00/3737780.00)*100	97.52% (5301932.00/5437036.00)*100	97.79% (7262536.00/7426665.00)*100	100.00% (4571932.00/4571932.00)*100	SI	98%	
	Enfoque de Género: No									
Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud	Porcentaje de ahorro en el año t en cuenta médica por fiscalización de prestaciones del plan de salud respecto del total facturación fiscalizada en el año t	$(\text{Monto rebajado por fiscalización de prestaciones del plan de salud en el año t} / \text{Monto total de facturación fiscalizada en el año t}) * 100$	%	5.2% (3261720.92/6299301720.00)*100	5.2% (5110276.60/9747396774.00)*100	5.3% (5089677.32/9698022542.00)*100	5.0% (7018781.36/1403756271.00)*100	SI	105%	
	Enfoque de Género: No									

Otros Indicadores de Desempeño medidos por la Institución el año 2009

Cuadro 10 Otros indicadores de Desempeño año 2009							
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Notas
				2007	2008	2009	
<i>Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de actas de fiscalización levantadas por empresas fiscalizadas	(Número de actas levantadas relativas a estas empresas / Número de empresas fiscalizadas en el periodo) *100	%	9.5%	8.7%	9.8%	1
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de recuperación de prestamos médicos en el periodo t sobre la cobranza emitida en el periodo t.	(Ingreso por recuperación de prestamos médicos en el periodo t / cobranza emitida para pago en el periodo t)*100	%	61,7%	64,2%	59,3%	2
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Promedio de días hábiles de respuestas a solicitudes de análisis jurídico a Bases Administrativas.	(N° total días hábiles de respuestas a solicitudes de análisis Jurídico a Bases Administrativas / N° total de solicitudes de análisis jurídicos a Bases Administrativas)	Días	3	3.3	3.5	3
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Promedio de días hábiles de respuestas a solicitudes de análisis jurídicos de contratos o redacción de estos.	(N° total de días hábiles de respuestas a solicitudes de análisis jurídico de contratos o redacción de estos / N° total de solicitudes de análisis jurídicos de contratos o redacción de estos)	Días	8.3	2.6	3.4	4
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	(N° funcionarios Capacitados año t / Dotación efectiva año t) *100	%	95.7%	97.4%	95.6%	5
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de registros que presentan inconsistencia en el Sistema respecto del total de registros incorporados	(Numero de registros que presentan inconsistencia en el Sistema SIGGES/ total de registros incorporados) * 100	%	0.8%	0.8%	0.7%	6
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de "compras urgentes" realizadas, respecto del total de compras efectuadas en el sitio Chile Compras sitio Chile Compras	(N° de "Compras Urgentes" realizadas / Total de Compras realizadas a través del Sitio Chile Compras) * 100	%	0,0%	0.5%	1.1%	7

Notas

- 1.- Durante el año 2009, se produjo un aumento en la cantidad de actas levantadas, lo que se justifica por una mayor cantidad de fiscalizaciones realizadas durante el año y una mejor detección de posibles infractores.
- 2.- Se observa un menor monto de ingresos en relación a los préstamos médicos cobrados, lo cual se debe a la crisis afrontada por el país durante el año 2009.
- 3.- En promedio el Dpto. de Fiscalía, presenta una demora en el análisis legal de las bases Administrativas de 3,5 días. Lo anterior, es algo mayor que el año anterior, pero esto se debe a una mayor rigurosidad al momento de revisar las bases.
- 4.- Ídem a lo anterior, pero para contratos y redacción de los mismos.
- 5.- Indicador que muestra una preocupación constante del Servicio hacia los funcionarios(as) de la Institución en lo relativo a las capacitaciones, lo que permite entregar un servicio de calidad a los beneficiarios.
- 6.- Indicador que muestra una bajísima inconsistencia en el sistema SIGGES, lo que permite un mejor control de las prestaciones GES, repercutiendo en la atención a los beneficiarios del Fondo.
- 7.- Los resultados del indicador dan cuenta de la mejora en la planificación de las compras institucionales.

Anexo 5: Programación Gubernamental

Cuadro 11 Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009				
Objetivo ²⁸	Producto ²⁹	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ³⁰	Evaluación ³¹	
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.	Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días	Servicios de atención al Beneficiario/a	1º Trimestre: CUMPLIDO	
			2º Trimestre: CUMPLIDO	
			3º Trimestre: CUMPLIDO	
			4º Trimestre: CUMPLIDO	
			Evaluación Final CUMPLIDO	
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.	Responder oportunamente los reclamos AUGE por Garantía de Oportunidad incumplida (Reclamos por Garantía Incumplida: son aquellos presentados dentro de los 3 días siguientes al incumplimiento de la garantía)	Servicios de atención al Beneficiario(a)	1º Trimestre: CUMPLIDO	
			2º Trimestre: CUMPLIDO	
			3º Trimestre: CUMPLIDO	
			4º Trimestre: ALTO	
			Evaluación Final ALTO	

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

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

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

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

Cuadro 11
Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009

Objetivo ²⁸	Producto ²⁹	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ³⁰	Evaluación ³¹
Asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías, mejorando el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por la población	Diseño y ejecución del Plan Anual de Fiscalización del Programa de Prestaciones Valoradas de FONASA	<u>Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</u>	<p>1º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>2º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>3º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>4º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>Evaluación Final CUMPLIDO </p>
Asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías, mejorando el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por la población	Continuidad de Campaña Informativa AUGE	Servicios de atención al Beneficiario/a	<p>1º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>2º Trimestre: MEDIO </p> <p>3º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>4º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>Evaluación Final CUMPLIDO </p>
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	Tasa de cobertura de la población cesante.	Régimen General de Garantías en Salud	<p>1º Trimestre: ALTO </p> <p>2º Trimestre: MEDIO </p> <p>3º Trimestre: CUMPLIDO </p> <p>4º Trimestre: CUMPLIDO </p>

Cuadro 11
Cumplimiento Programación Gubernamental año 2009

Objetivo ²⁸	Producto ²⁹	Producto estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula ³⁰	Evaluación ³¹
los(as) trabajadores(as) precarios.			<u>Evaluación Final</u> CUMPLIDO

Anexo 6: Informe Preliminar³² de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas / Instituciones Evaluadas³³ (01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009)

Programa / Institución: Programa Tratamiento de la Obesidad. PASAF Adulto e Infantil y Obesidad Mórbida

Año Evaluación: 2008

Fecha del Informe: Lunes, 01 de febrero de 2010 16:56:04

Cuadro 12 Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas	
Compromiso	Cumplimiento

<p>1. Realizar estudio de costo efectividad del tratamiento farmacológico y cirugía bariátrica en obesos mórbido, sujeto a prioridades sanitarias y definición de política sectorial.</p>	<p>En el marco de la evaluación del Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física, conocido como Programa PASAF, efectuada por la Dipres, se definieron compromisos institucionales, uno de los cuales le correspondió a este Fondo Nacional de Salud. Dicho compromiso decia relación con la realización de un estudio de costo efectividad del tratamiento farmacológico y de la cirugía bariátrica que hoy día reciben los pacientes portadores de obesidad mórbida. Este compromiso fue establecido tomando en consideración el estudio de Costo Efectividad de Intervenciones Sanitarias que llevaría a cabo la Universidad de la Frontera, en el marco de la priorización de 24 nuevos problemas de salud AUGE. Enviando a la fecha la versión final del informe.</p> <p>Medios de Verificación:</p> <p>1. Informe Final del análisis de costo efectividad las intervenciones: Tratamiento Quirúrgico con "By Pass" Gástrico y Tratamiento Quirúrgico con Banda Gástrica, ambas en Obesos Mórbidos.</p> <p><u>Medios de Verificación:</u></p> <p>1. Informe preliminar (06.06.2009) del análisis de costo efectividad de ciertas intervenciones sanitarias, específicamente de la intervención tratamiento quirúrgico con ?By pass? Gástrico y tratamiento quirúrgico con banda gástrica, ambas en obesos mórbidos.</p> <p>2. Una revisión de literatura en análisis de costo efectividad llevado a cabo en otros países.</p> <p>3. Carta de Universidad de la Frontera que solicita postergación de fecha respecto del Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones Sanitarias.</p> <p>4. Carta de la Subsecretaría de Salud Pública sobre ampliación de plazo para el Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones Sanitarias.</p>
---	--

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

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

Cuadro 12

Cumplimiento de Compromisos de Programas / Instituciones Evaluadas

Compromiso	Cumplimiento
	5. Informe Final del análisis de costo efectividad las intervenciones: Tratamiento Quirúrgico con "By Pass" Gástrico y Tratamiento Quirúrgico con Banda Gástrica, ambas en Obesos Mórbidos.

Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2009

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

Marco	Área de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión							Prioridad	Ponderador	Cumple	
			Etapas de Desarrollo o Estados de Avance										
			I	II	III	IV	V	VI	VII				
Marco Básico	Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información								0	Menor	6.00%	✓
	Administración Financiera	Administración Financiero - Contable				0					Mediana	8.00%	✓
Marco Avanzado	Recursos Humanos	Capacitación				0					Mediana	7.00%	✓
		Evaluación del Desempeño				0					Mediana	7.00%	✓
		Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo			0						Mediana	8.00%	✓
	Calidad de Atención a Usuarios	Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana			0						Menor	5.00%	✓
	Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna				0					Alta	10.00%	✓
		Planificación / Control de Gestión				0					Menor	5.00%	✗
	Administración Financiera	Compras y Contrataciones del Sector Público			0						Mediana	8.00%	✓
Marco de la Calidad	Estratégicas	Procesos de Gestión Estratégicos(- Planificación / Control de Gestión - Auditoría Interna)	0								Mediana	8.00%	✓
	Soporte Institucional	Procesos de Soporte Institucional (- Capacitación - Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo -	0								Alta	10.00%	✓

	Evaluación del Desempeño - Compras y Contrataciones del Sector Público)										
Atención Ciudadana	Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (ISO regiones)	0							Mediana	8.00%	✓
Calidad de Gestión	Sistema de Gestión de la Calidad(- Gestión Territorial - Enfoque de Género)	0							Alta	10.00%	✓
Porcentaje Total de Cumplimiento :										95.00%	

Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo

Cuadro 13				
Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2009				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ³⁴	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ³⁵	Incremento por Desempeño Colectivo ³⁶
Equipo N°1: Dirección Regional Norte	102	5	100%	6,05%
Equipo N°2: Dirección Regional Centro Norte	154	5	100%	6,05%
Equipo N°3: Dirección Regional Centro Sur	147	6	100%	6,05%
Equipo N°4: Dirección Regional Sur	132	7	100%	6,05%
Equipo N°5: Dirección Regional Metropolitana	324	10	100%	6,05%
EQUIPO N°6: Dirección Nacional, Dpto. Auditoría Interna, Dpto. Fiscalía, Oficina de Marketing y Oficina de Relaciones Institucionales.	31	4	100%	6,05%
Equipo N°7: Departamento Gestión de Tecnologías de la Información	24	10	100%	6,05%
Equipo N°8: Departamento de Control y Calidad de Prestaciones	17	3	100%	6,05%
Equipo N°9: Departamento de Finanzas	48	5	100%	6,05%
Equipo N°10: Departamento de Operaciones	84	4	100%	6,05%
Equipo N°11: Departamento de Comercialización	19	4	100%	6,05%
Equipo N°12: Departamento de Planeamiento Institucional	18	4	100%	6,05%

34 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2009.

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

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

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

BOLETÍN:

Descripción:

Objetivo:

Fecha de ingreso:

Estado de tramitación:

Beneficiarios directos:

BOLETÍN:

Descripción:

Objetivo:

Fecha de ingreso:

Estado de tramitación:

Beneficiarios directos:

“EL SERVICIO NO TIENE PROYECTOS DE LEY EN TRAMITE EN EL CONGRESO NACIONAL, AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009”.

Anexo 10: Propuestas Fondo de Modernización de la Gestión Pública

1. FONDO MODERNIZACIÓN 2009

Propuestas adjudicadas FMGP 2009

Nombre Propuesta Adjudicada	Monto Financiamiento Adjudicado para la elaboración de la propuesta durante año 2009

Propuestas FMGP 2009 a implementarse año 2010 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2010

Nombre Propuesta a implementarse	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2010

2. FONDO MODERNIZACIÓN 2008

Propuestas adjudicadas FMGP 2008

Nombre Propuesta Adjudicada	Monto Financiamiento Adjudicado para la elaboración de la propuesta durante año 2008

Propuestas FMGP 2008, implementadas en 2009 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2009

Nombre Propuesta implementada	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2009

Productos o componentes a implementar año 2009	Fecha Planificada de Cumplimiento de Producto o componente	Fecha real de Cumplimiento de Producto o componente	Medio de Verificación
Producto 1			
Producto 2			
Producto 3			
Producto N			

Propuestas FMGP 2008, a implementar en 2010 con recursos asignados en Ley de Presupuestos 2010

Nombre Propuesta FMGP 2008 a implementarse en 2010	Monto Financiamiento asignado en Ley de Presupuestos 2010

“EL SERVICIO, PARA EL AÑO 2009, NO CONTEMPA PROPUESTAS FONDO DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN, AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009”.