
**BALANCE
DE GESTIÓN INTEGRAL
AÑO 2008**

FONDO NACIONAL DE SALUD

SANTIAGO DE CHILE

Monjitas 665, Fono: 5753348, Fax: 5753350
www.fonasa.cl

Índice

1. Presentación	03
2. Resultados de la Gestión 2008	05
3. Desafíos 2009	23
4. Anexos	31
• Anexo 1: Identificación de la Institución.....	32
• Anexo 2: Recursos Humanos.....	38
• Anexo 3: Recursos Financieros.....	43
• Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2008.....	62
• Anexo 5: Programación Gubernamental	72
• Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas.....	74
• Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2008.....	79
• Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo.....	80
• Anexo 9: Proyectos de Ley.....	81

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos.....	41
Cuadro 2: Recursos Presupuestarios 2008.....	43
Cuadro 3: Ingresos y Gastos años 2007 – 2008, Ley de Presupuestos 2009.....	44
Cuadro 4: Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2008.....	53
Cuadro 5: Indicadores de Gestión Financiera.....	59
Cuadro 6: Transferencias Corrientes.....	60
Cuadro 7: Cumplimiento de Indicadores de Desempeño año 2008.....	62
Cuadro 8: Otros Indicadores de Desempeño año 2008.....	70
Cuadro 9: Cumplimiento Programación Gubernamental año 2008.....	72
Cuadro 10: Cumplimiento Compromisos de Programas/Instituciones Evaluadas.....	74
Cuadro 11: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2008.....	80

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Dotación Efectiva año 2008 por tipo de Contrato (mujeres y hombres)	38
Gráfico 2: Dotación Efectiva año 2008 por Estamento (mujeres y hombres)	39
Gráfico 3: Dotación Efectiva año 2008 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)	40

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 2008 de acuerdo con los principios gubernamentales establecidos por la Presidenta de la República Dra. Michelle Bachelet Jeria, especialmente en relación a la transparencia en la información y a la correcta utilización de los recursos fiscales. En el documento se destacan los aportes que esta institución hace a la gestión en salud, presentando los principales logros obtenidos en el año 2008 y mencionando algunos de los hitos y desafíos que se espera desarrollar en el año 2009.

En 2008 se continuaron desarrollando iniciativas tendientes a continuar aumentando la Protección Social en salud, así como la cobertura en acceso y oportunidad en la entrega de atenciones de salud. Un hito significativo fue haber superado la barrera de los 12 millones de beneficiarios en FONASA, es decir, logrando la cobertura de más del 73% 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”. Y con la visión de “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 aseguró el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, para patologías incluidas en el AUGE. En efecto, desde su creación en 2005, hasta el 31 de diciembre de 2008 se habían registrado 6.543.533 casos AUGE atendidos en el sistema Público. Asimismo se dio inicio a 7 nuevos problemas en un programa piloto en la perspectiva de lo comprometido por la presidenta Bachelet que el 2010 asegurará 80 problemas de salud. Apoyando al AUGE se mantuvieron los directorios de Compra con los Servicios de Salud y se resolvió a través de la complementariedad público privada la cobertura nacional de hemodiálisis. Asimismo, para limitar los retrasos en el cumplimiento del Plan se compraron al sector privado 3.187 cirugías de catarata, 1346 radioterapias en cánceres, 225 tratamientos de retinopatía diabética, entre otras.

En términos financieros el devengado real 2008, fue de \$ 2.363.822 millones, lo que representa un 7,9% de crecimiento en relación al gasto devengado del año 2007. Estos recursos del 2008 se destinaron mayoritariamente a servicios y atenciones de salud en el Nivel Primario de Atención con \$ 497.979

millones, que significó un 12,8% más que 2007, y Nivel Secundario y Terciario de Atención de Salud, a través de los Programas de Prestaciones Valoradas (PPV) y el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), con devengados reales de \$ 651.392 millones y \$ 713.226 millones, y crecimientos de 1,6% y 13,9% respectivamente, más que el 2007.

Los logros obtenidos a través de las acciones realizadas para mejorar la Gestión de FONASA en relación a sus Productos Estratégicos durante el año 2008, se reflejan en los resultados de la encuesta de opinión dirigida a usuarios del Sistema, en donde, una vez más el FONASA resultó ser la institución pública mejor evaluada por la población. Adicionalmente, en otra encuesta también realizada por empresas externas, el 85% de los encuestados se sienten protegidos por su Seguro de Salud.

También se destaca que la institución logró cumplir todas las metas del Programa de Mejoramiento de la Gestión y que esta tarea nos ha colocado en la obligación de asumir nuevas tareas para 2009 pasando al nivel superior, es decir el Programa Marco de Calidad al que sólo dos entidades públicas debían acceder obligatoriamente. En esta perspectiva de gestión se adoptaron los instructivos del Programa de Buenas Prácticas Laborales y se aprobaron de manera participativa las políticas de recursos humanos.

Cabe especial mención al esfuerzo de la institución por ampliar a 9 los sistemas certificados para funcionar en el marco de la norma ISO 9001-2000, incluyendo áreas que voluntariamente se han incorporado a esta lógica en la perspectiva de la excelencia.

En el ámbito de la Participación ciudadana cabe destacar el inicio de una propuesta de Presupuestos Participativos que, en conjunto con el Servicio de salud Talcahuano y con la participación de Comités de Usuarios y Consejos Consultivos se distribuyeron 120 millones de pesos según lo dispuso la ciudadanía. También destaca en esta línea, los proyectos concursables dirigidos a Comité de Usuarios y Consejos Consultivo de FONASA, nacional y regionalmente, para promover y financiar iniciativas participativas de difusión tendientes a profundizar los conocimientos e información relativos al Plan de Beneficios que ofrece la institución, y principalmente los derechos y garantías explícitas del AUGE. A la fecha existen 9 consejos consultivos y 24 comités de usuarios en el país.

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



*Dr. Hernan Monasterio Irazoque
Director Fondo Nacional de Salud*

2. Resultados de la Gestión 2008

Durante el año 2008 FONASA realizó gestiones en diferentes ámbitos, los cuales se detallan a continuación:

- Programación Gubernamental con la SEGPRES
- Aspectos relevantes contenidos en la Ley de Presupuesto 2008.
- Principales productos estratégicos.
- Programa de Mejoramiento de la Gestión.
- Indicadores de Desempeño Institucional (H) y Colectivo (MEG)
- Compromisos de Programas Evaluados
- Prioridades Ministeriales y del Jefe de Servicio.

Programación Gubernamental con la SEGPRES

Esta herramienta de gestión tiene como objeto apoyar el cumplimiento de las prioridades gubernamentales mediante su seguimiento y evaluación continua. FONASA para el año 2008 definió indicadores asociados a tres objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud (MINSAL), en concordancia con las prioridades gubernamentales de la Presidenta M. Bachelet. Como resultado al 31 de diciembre 2008, se obtuvo un 80% de cumplimiento de estas metas.

A continuación se detalla el cumplimiento de cada indicador

Objetivo 1 MINSAL:

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

Productos:

- Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días. La meta para este indicador fue de un 94%, el resultado de la gestión de reclamos para el año 2008 alcanzó a un 97,3%, lo que implica un nivel de cumplimiento de un 103,5%. Durante el año 2008 se certificó bajo Norma ISO 9001:2000 el proceso relacionado con este indicador, siendo esto una de las razones del aumento del porcentaje de cumplimiento.
- Responder oportunamente los reclamos AUGE por Garantía de Oportunidad incumplida. Este indicador tiene un valor esperado de 100%. La información para el año 2008 corresponde a 191 reclamos por Garantías Explícitas en Salud (GES) "ha lugar"¹ recibidos, de los cuales fueron respondidos en el tiempo establecido 185, lo que arroja un resultado de un 97%, equivalente al nivel de cumplimiento para este año, dándose el indicador como cumplido debido al 5% del rango de error.

¹ "ha lugar": El reclamo solicitado por el beneficiario corresponde a compromisos establecidos en Ley respectiva.

Objetivo 2 MINSAL:

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

Productos:

- Diseño, Plan de Monitoreo y Fiscalización del Programa de Prestaciones Valoradas de FONASA ejecutado. La meta para este indicador se estableció en un 100%, siendo el valor medido al 31 de diciembre del 2008 un 101,4%, producto de 2.373 fiscalizaciones al Programas de Prestaciones Valoradas (PPV) en áreas críticas sobre un total de 2.340 fiscalizaciones programadas para el año.
- Campaña de información sobre el sistema AUGE a beneficiarios FONASA ejecutada y evaluada. Esta actividad se cumplió parcialmente para el periodo enero-diciembre 2008 alcanzando a tan solo el 33% de lo programado, lo cual se justificó por la postergación de la campaña debido a que en conjunto con la Secretaria de Comunicaciones de la Presidencia se concluyó que los contenidos y mensajes de la Campaña podrían pasar inadvertidos para la población frente a los problemas que ocupaban a la opinión pública del momento (crisis hospitalaria, en particular los problemas evidenciados de casos no notificados de VIH-Sida), con lo cual se distorsionaba el objetivo de la campaña. Junto a lo anterior, el cambio de Ministro exigía someter la propuesta a consulta y validación de la nueva autoridad. Por lo anterior, y recogidas las últimas observaciones efectuadas en reunión con el Dr. Alvaro Erazo, Ministro de Salud, se instruyó que el Plan Global de la Campaña se desplegara en etapas desde diciembre de 2008 a marzo de 2009.

Objetivo 3 MINSAL:

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

Productos:

- Tasa de aumento de la población beneficiaria FONASA temporera respecto del año anterior. Para el año 2008 se estableció como meta un aumento en la tasa de la población beneficiaria FONASA de un 6% en este grupo. Producto de las gestiones realizadas por FONASA en este ámbito se obtuvo un resultado de 8.4%, lo que implica un nivel de cumplimiento igual a 141%.

Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2008.

La ley de Presupuesto de Fonasa para el 2008 consideró MM\$ 2.138.276, lo que representó un incremento de MM\$ 163.374, un 8,27% de crecimiento real respecto de presupuesto 2007.

En las fuentes de financiamiento, destaca el crecimiento del Aporte Fiscal MM\$ 80.548 (8,18%) y de Cotizaciones MM\$ 78.203 (9,18%).

En materia de Usos de recursos destaca principalmente:

- 1.- Crecimiento de la Modalidad de Atención Institucional (Servicios de Salud) MM\$ 122.743 (8,31%) (no considera SIL), dirigido principalmente al AUGE y al lanzamiento del Piloto de 7 nuevos problemas Salud, a ser incluidos en el AUGE.

Aumento presupuesto de Transferencias Atención Primaria de Salud por MM\$ 44.677.- Estos mayores recursos permitirán:

- Aumentar en un 3% la población inscrita y validada.
- Incorporación de 3 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGE (Epilepsia no refractaria en adultos, Asma Bronquial del adulto, Parkinson)
- Incrementar el Programa odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos (14 clínicas dentales móviles) y el sistema integral de la infancia - Chile Crece Contigo.

Aumento de Presupuesto Transferencias Programas de Prestaciones Valoradas por MM\$ 28.329.- Estos mayores recursos son destinados a:

- Patologías vigentes del AUGE por ajustes en las demanda (IRC, Cataratas, Hemofilia, Artritis reumatoidea, traumatismo encéfalo craneano, etc)
- Incorporación de 4 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGE (Prevención Secundaria en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, hernia abdominal, enfermedad de Gaucher, artritis reumatoides juvenil)
- Salud Mental integral y Red de urgencia (SAMU, Unidades de Emergencia Hospitalaria y Camas críticas)
- Cierre de brechas en cirugías electivas de coleditiasis, hernia abdominal y várices.
- Prestaciones complejas cardiovasculares, cánceres, programa pilotos para enfermedades con medicamentos de alto costo, tratamiento de la obesidad y de violencia intrafamiliar, entres otros.

Aumento presupuesto Transferencias Programa Prestaciones Institucionales por MM\$ 49.737.- destinados al fortalecimiento del recurso humano para:

- Aumento de recursos para la puesta en marcha proyectos de inversión, especialización y reemplazos: capacitación y perfeccionamiento de especialistas; asignación de estímulo ley 19.664 que forma parte de los compromisos con el colegio Médico; traspaso personal desde honorarios a contrata; y asignación urgencia no médica.
- Efectos de la Ley 20.209 y los incrementos de la bonificación por desempeño colectivo institucional establecidos en la ley 19.664.

- 2.- En el marco de las Prestaciones de Seguridad Social, para el año 2008 se contemplan recursos por un total de MM\$ 442.694 lo que representa un incremento de 9,83% respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2007.

- Modalidad Libre Elección. Para el año 2008 se consideran recursos por MM\$ 294.997; lo anterior representa un incremento de un 5,15% respecto a la ley de presupuesto del 2007, o sea MM\$

14.448, de los cuales MM\$ 2.230 son para la incorporación de nuevas prestaciones actualmente no codificadas en el arancel: Estudio de Anticuerpo Antitransglutamina (TTG) y las Resonancia Magnética de Torax, Abdomen, Pelvis y Abdomen-Pelvis.

- Déficit CCAF. En el año 2008 considera recursos por MM\$ 81.177, lo anterior representa un incremento de un 21,32%, equivalentes a MM\$ 14.266 respecto a los recursos contemplado en la ley de presupuesto del 2007.
- Subsidios de Incapacidad Laboral pagados por los Servicios de Salud. El pago de los SIL por parte de los Servicios de Salud considera recursos para el año 2008 de MM\$ 66.520, lo anterior representa un incremento de un 19,61%, equivalentes a MM\$ 10.904 respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del 2007.

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

- Expansión para Sistema de Información de Salud - modelo de registro y monitoreo Auge por MM\$ 309 (desarrollo y ajuste de sistemas y plataforma tecnológica para incorporar como piloto 7 nuevas patologías del Auge).
- Expansión de recursos humanos por MM\$ 139 para continuidad del apoyo vía outsourcing y MM\$ 202 para asignación de zonas extremas, desempeño funcionario ley 20.212 y 7 cargos para nuevas agencias regionales (Valdivia, La Unión y Corral).
- Expansión para Convenio INP por MM\$ 87 por nominación de cotizantes.
- Renovación de 2 Fonasa Móviles por MM\$ 63.

Principales Productos Estratégicos

1. Régimen General de Garantías en Salud.

El principal logro asociado a este producto es la puesta en marcha del Régimen de Garantías Explícitas en Salud RGES, que partió como piloto en el año 2002, con 3 problemas de salud. Posteriormente se han ido incorporando nuevos problemas de salud pasando a 5 en el año 2003, 17 en el año 2004 y entrando en plena vigencia como régimen legal a partir del año 2005 con 25 problemas, 40 para el año 2006 y 56 en 2007.

Para el año 2008 el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES), asegura el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención, para los siguientes problemas de salud definidos:

1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal	20. Neumonía 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 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 menores de 15 años.	41. Tratamiento Médico Artrosis de Rodilla Leve o Moderada en Personas de 55 años y más.

4. Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos	23. Salud Oral para niños de 6 años.	42. Hemorragia por Aneurismas Cerebrales
5. Infarto Agudo del Miocardio	24. Prematurez.	43. Tumores Primarios SNC en personas de 15 años y más.
6. Diabetes Mellitus Tipo 1	25. Marcapaso	44. Hernia Núcleo Pulposo Lumbar
7. Diabetes Mellitus Tipo 2	26. Colectomía Preventiva 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. Urgencias Odontológicas Ambulatoria.
9. Disrrafias Espinales.	28. Cáncer de Próstata.	47. Salud Oral 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 con Lesión Medular.
11. Cataratas	30. Estrabismo en menores de 9 años.	49. Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave.
12. Artrosis de Cadera en personas de 65 años y más.	31. Retinopatía Diabética.	50. Trauma Ocular Grave.
13. Fisura Labiopalatina.	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. Dependencia de Alcohol y Drogas.
16. Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más.	35. Hiperplasia de Próstata.	54. Analgesia del Parto.
17. Linfoma en Personas de 15 años y más.	36. Órtesis 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 audífono.
19. Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años.	38. Enfermedad Pulmonar Instructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio.	

Adicionalmente y en carácter de piloto se han incorporado 7 problemas de salud, los cuales son:

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.

El Programa de Gobierno, estipula que en el año 2010 se garantizarán 80 problemas de salud. Es necesario mencionar que estos problemas de salud incorporados como pilotos están en fase evaluativa

por lo que no necesariamente pasarán a ser parte definitiva del Régimen de Garantías Explicitas de Salud.

En cuanto a la difusión del RGES, la estrategia comunicacional del AUGE tuvo un diseño gradual y progresivo que incorpora a todos los sectores involucrados y se basó en tres conceptos fundamentales:

- **Segmentación**: Diferentes públicos necesitan diferente información. Según el análisis realizado por FONASA, el alcance, tecnicismos y complejidad de la información requerida es diferente según el estamento del cual se trate, por lo que se han diseñados mensajes diferenciados para ciudadanos, beneficiarios o pacientes, médicos o funcionarios.
- **Niveles de información**: Acorde a la segmentación descrita, se desarrolla y clasifica un gradiente, que va desde lo más simple y universal (el auge es un derecho de todos en salud) hasta lo más complejo (si tengo un problema de salud AUGE y no se cumplen mis garantías, dónde reclamo y cuando me responderán).
- **Focalización**: Dada la segmentación de público e información, se aplica un plan de acción específico de manera de hacer corresponder a cada segmento objetivo la información que requiere.

Como consecuencia de esta desagregación, se diferenció tanto a los participantes como también a las estrategias comunicacionales asociadas. Para el primer peldaño de la cadena de orientación, médicos y funcionarios, se confeccionó un libro resumen, acompañado de afiches en toda la red pública, volantes y guías OIRS que les facilita la labor de información. Para los pacientes AUGE, se distribuyó folletería (trípticos y polidípticos) con información dirigida y segmentada. Por último, a la población en general y opinión pública, se entregó la información a través de folletos, videos, planes radiales tanto a nivel nacional como regional, además de información proporcionada a través de la prensa escrita.

Durante el año 2008, se mantuvieron funcionando los Directorios de Compra por Servicio de Salud y además Directorios de Compra Regionales y Macro regionales, que han permitido mejorar la oportunidad de la compra y, por ende, resolver en forma más eficiente la exigencia de la demanda conforme a la oferta pública existente y su complementación con oferta privada, de modo tal que se asegure el cumplimiento de la garantía de oportunidad. Es así como respecto del año 2007, se aumentaron las compras programadas para satisfacer brechas de demanda, y también las compras ante un inminente riesgo de retraso en la garantía de oportunidad y que actúan en forma preventiva.

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

Respecto de las compras por riesgo de retraso en el sector público, destacan las compras de cirugías por oftalmología como estrabismo y cataratas, y cáncer de mama, que se gestionan en los Directorios de Compra a través de los Servicios de Salud de la red pública.

Específicamente, las principales compras por riesgo de retraso en el sector privado son las 3.187 cirugías de cataratas, 1.346 radioterapias en cánceres, 225 tratamientos de retinopatía diabética, 110 cirugías de endoprótesis de cadera, 2.190 confirmaciones diagnósticas y 142 accesos vasculares para la administración de la hemodiálisis en insuficiencia renal crónica terminal.

Las principales compras a la red pública relativas a los retrasos en la entrega de la garantía de oportunidad, son 158 cirugías de cataratas, 32 colecistectomías, 27 cirugías por Hernia del Núcleo Pulposo y 15 cirugías del SNC.

En lo concerniente a compras a privados por retrasos en la entrega de la garantía de oportunidad son 333 cirugías de cataratas, 269 prestaciones para resolver vicios de refracción, 1.093 confirmaciones diagnósticas, 184 tratamientos de depresión y 25 colecistectomías.

El número de casos Auge 2008 registrados desde el 01 de Enero al 31 de Diciembre corresponde a 2.002.499, alcanzándose a un total para el periodo de vigencia del sistema AUGE de 6.543.533, siendo los problemas de salud que presentan una mayor incidencia los asociados a la Hipertensión Arterial (23,5%), la Infección Respiratoria Aguda (18,1%) y Urgencias Odontológicas Ambulatorias (12,1%).

El Porcentaje de casos AUGE en las que se cumplen las garantías de oportunidad de tratamiento en la atención corresponde a un 98% (5.301.932/5.437.036), logrando la meta propuesta para el año 2008. De esta manera, el AUGE ha permitido un acceso oportuno a la atención en salud a los grupos más necesitados, contribuyendo a una mayor equidad en salud.

En Relación a los Préstamos Médicos, en los últimos años se ha logrado un aumento en la recuperación de los préstamos respecto del monto otorgado en el mismo periodo. Para el año 2008 se alcanzó un porcentaje del 80%, respecto del monto total de lo otorgado en el año, lo que significó el cumplimiento del 100% respecto de la meta comprometida. La razón principal de este resultado se explica por la entrada en vigencia del decreto 369, que regula los requisitos para acceder a dicho beneficio y a los efectos de la incorporación de la patología Insuficiencia Renal Crónica al AUGE.

En cuanto a la Modalidad Libre Elección, durante el año 2008 se realizaron un total de 36.342.591 prestaciones, aumentando un 5.8% respecto del año 2007. El gasto real total alcanzó la cifra de M\$370.406.872 para el 2008, mientras que el gasto devengado fue de M\$305.416.818. La diferencia entre gasto total y gasto devengado, radica en que el gasto devengado no contiene los copagos (aporte beneficiario) 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 2007 para el mecanismo de pago PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), el que tiene un peso relativo dentro del gasto total de la MLE de 18,81%. Complementario a lo anterior, fueron realizados 89.330 prestaciones PAD durante el año 2008, observándose un incremento cercano al 4.7% 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 84.5% de los casos 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 transparencia de los copagos.

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 \$1.128 millones.

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

En lo que se refiere a acercar la atención de salud a nuestros beneficiarios de zonas extremas, se siguieron desarrollando: a) Convenio con el Centro de Rehabilitación Cruz del Sur perteneciente al Club de Leones de Punta Arenas y Puerto Natales, b) Convenio entre el Servicio de Salud Reloncaví, FONASA y el Hospital de Esquel, 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 2008 de M\$ 410.000.-

En junio del 2005 se dio inicio a un Piloto del Programa Hepatitis C, que el año 2008 benefició a un total de 150 pacientes en 17 Servicios de Salud, con un gasto año de M\$ 923.207.-

Durante el transcurso del año 2008, 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 (80 cupos y un gasto de M\$559.616), como Distrofia (163 pacientes por M\$151.259), Hormona de Crecimiento (73 pacientes por M\$150.854), Guillain Barré (167 casos por M\$617.753) y las Enfermedades Lisosomales, Mucopolisacaridosis I y Mucopolisacaridosis VI, con dos y un paciente respectivamente, presentó un gasto año 2008 de M\$482.000.-

En lo que respecta al programa de Estilos de Vida Saludable, cuyo objetivo es combatir la obesidad, durante el año 2008 se atendieron 13.409 pacientes adultos y niños, con un gasto de M\$ 1.039.589.-

En agosto del año 2008 se dio inicio a un Piloto de Violencia contra la mujer, a través del cual se pudo aplicar screening a 4.440 mujeres, de las cuales se atendieron a 414 mujeres en los 6 Servicios de Salud de la Región Metropolitana con un gasto anual de M\$ 77.660.-

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 2008 se encuentran vigentes a nivel nacional Convenios Marco a través de Chile Compra por un monto de MM\$ 73.450, los cuales se detallan a continuación:

i.- Cataratas: Convenio vigente a partir de octubre 2005. Para el año 2008, se efectuó un gasto devengado de M\$ 1.189.399.-

ii.- Accesos Vasculares: Convenio vigente desde marzo de 2006. Para el año 2008, se efectuó un gasto devengado de M\$ 171.264.-

iii.- Radioterapia: con vigencia a contar de abril de 2006, el convenio cuenta con 10 prestadores e implicó un gasto del año 2008 de M\$ 1.326.979.-

iv.- Tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica Terminal: vigente a contar de julio de 2006, se adjudicaron un total de 181 centros para tratamientos de hemodiálisis y 46 Centros para tratamientos de peritoneo diálisis, lo que implicó un gasto en el 2008 de M\$ 64.347.177, atendiendo a 10.237 beneficiarios.

v.- Vitrectomía: en el mes de septiembre de 2006 se adjudicó la licitación a 10 prestadores con 13 centros de atención, lo que implicó un gasto en el 2008 de M\$ 903.017.-

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 2008 por días camas de M\$ 2.870.675.-

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\$ 471.261 en 2008.-

viii.- Convenio Marco de Endoprótesis de Caderas: con vigencia desde julio 2007, adjudicándose un total de 14 prestadores, con un gasto para el año 2008 de M\$48.195.-

ix.- Convenio Marco de Procedimientos de Alta Complejidad, el cual entró en vigencia en el año 2008, pero no fue utilizado.

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, pasando de un presupuesto de \$ 25 millones en el año 2003 a \$100 millones en el año 2008, atendiendo 103 personas con un gasto devengado de M\$ 83.360.

c.- Convenio con Clínica Alemana de Santiago. El presupuesto 2008 fue de M\$ 270.000, siendo el gasto real realizado de M\$ 257.520, dando cobertura a beneficiarios de la Región Metropolitana, V y VI regiones, atendándose a aproximadamente 2.300 pacientes.

d.- Convenio con Clínica Antofagasta. Este convenio tuvo un marco presupuestario para el año 2008 de M\$ 350.000, utilizándose de este M\$ 235.906.-

e.- Convenio con Corporación Mater. El presupuesto vigente para el año 2008 fue de M\$ 100.000, de los cuales fueron devengados M\$ 69.799.-

f.- Convenio con Sociedad Profesional Scanner Sur, este convenio tiene un marco presupuestario anual de 70 millones, de los cuales se gastaron M\$ 69.951.-

g.- Rebases. En el año 2008 los recursos demandados alcanzaron a la suma de M\$ 9.016.667, beneficiando a 3.031 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.

2. Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud

Fiscalización de Prestaciones.

En el ámbito de la fiscalización de prestaciones el año 2008 se avanzó en un modelo de gestión integral de fiscalización, enfatizando la asignación territorial por fiscalizador y la incorporación de programas regionales que se suman a los que se definen desde el nivel central, auspiciando la aplicación multidimensional al plan de salud que atendiendo 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.

El año 2008 marca diferencia de los años anteriores, dado que durante este año no se incorporan nuevos problemas de salud garantizados, manteniéndose vigente el Decreto N° 44 de Julio del año 2007, actualmente con 56 Problemas de Salud Garantizados. Esto favoreció la continuidad del modelo y Plan de Fiscalización desarrollado desde el Departamento de Control y Calidad de Prestaciones.

Al 31 de Diciembre de 2008, según el SIGGES se registraron 6.954.139 garantías de oportunidad (G.O.), referidas a los problemas de salud vigentes (esto no incluye el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, V.I.H. cuya información se ingresa en otro sistema). El crecimiento de garantías y su cumplimiento general, se detalla en cuadro siguiente:

Año (1)	N° 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

(1) Información registrada al 31 de diciembre de cada año

Análisis global de las cifras.

- Un total de 5.708.341 garantías (82,08%) se resuelven en Atención Primaria de Salud. El 17,92% restante, con 1.245.798 garantías corresponden a resolución de niveles de atención secundario y terciario.

- El 84,45% de las garantías se distribuyen en 11 problemas de salud: Hipertensión (1.624.896); Infección Respiratoria Aguda (1.269.750); Urgencia Odontológica Ambulatoria (778.525); Diabetes Mellitus Tipo 2 (556.240); Depresión (454.246); Vicios de Refracción (292.687), Salud Oral Integral en Niños (255.546); Catarata (228.859); Infarto Agudo Miocardio (198.841); Neumonía Adquirida en la Comunidad (102.136); Cáncer Cérvicouterino (111.182).

En cuanto al cumplimiento de plazos máximos garantizados, el sistema registra retrasos de un 3,15% promedio nacional, con 219.247 garantías retrasadas, mostrando niveles específicos por cada Problema de Salud, siendo el 58% (126.665 GO retrasadas) en Cataratas, Hipertensión arterial, Vicios de refracción, Diabetes Mellitus tipo 2, Depresión y Retinopatía diabética respectivamente. Debe considerarse que en los registros SIGGES, existen situaciones administrativas, que mantienen retrasos no efectivos.

Durante el año 2008 se lleva a cabo el Plan Integral de Prestaciones MAI (GES – Convenios Marco GES – PPV No GES), manteniendo metodología de Focos Críticos definidos en conjunto con Subdeptos Regionales, Problemas de salud con alta sensibilidad: Catarata, Hernia del Núcleo Pulposo, Cáncer Gástrico, Cáncer de Mama, Cáncer de Testículo y las Prestaciones No GES Colelitiasis y Hernia, y otras que se definieron en las de direcciones regionales.

En términos globales, el Plan de fiscalización 2008, mantuvo lineamientos nacionales, con componentes de programaciones regionales, sustentados en políticas de participación de los Subdptos. de Control Regionales que recoge desde su propia fuente las necesidades de control del seguro, con énfasis hacia áreas con potencial de riesgo de infracción o incumplimiento.

En la tabla siguiente se muestra el detalle de los procesos efectuados durante el año desglosados en: Fiscalización GO según estado; Fiscalización Contratos Marco Auge Diálisis y Cataratas, PPV No GES.

Fiscalización Garantías Plan Integral de Fiscalización MAI		
Area	Garantía Fiscalizada	2008
GES	GO Retrasadas	4.112
	GO Cumplidas	1379
	GO Exceptuadas	245
	*Convenio Marco Diálisis	3.652
	*Convenio Marco Cataratas	290
No GES	PPV No GES	2.373
Total General		12.051

GO Fiscalizadas en el periodo Enero a Diciembre 2008

* Fiscalización Convenios Marco Privados tratamientos de Diálisis y Cataratas (GO)

También se realizaron actividades que permitieron mejorar la gestión y resolución de reclamos por Garantía de Oportunidad y Calidad efectuados por Beneficiarios, logrando mejorar la coordinación y la resolución con los prestadores públicos.

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

En relación a las Fiscalizaciones del Plan Integrado de Salud (asociado al Indicador H), el cual incorpora las Fiscalizaciones MLE área Crítica, las Fiscalizaciones por Convenio MLE, las Fiscalizaciones Reclamos MAI-MLE y las Fiscalizaciones PPV No Ges, se realizaron 11.269 fiscalizaciones, obteniéndose como resultado un promedio de 322 fiscalizaciones por fiscalizador, logrando superar el valor esperado de 315, gracias al esfuerzo adicional por parte de los Fiscalizadores.

Tipo Indicador	Dirección Regional	Fiscalización MLE area crítica	Fiscalización convenios MLE	Fiscalización Reclamos MAI-MLE	Fiscalización PPV No GES	Total General
Indicador H	DRN	115	276	572	329	1.292
	DRCN	173	149	1.462	490	2.274
	DRM	389	612	3.265	758	5.024
	DRCS	173	699	170	468	1.510
	DRS	115	585	141	328	1.169
	totales	965	2.321	5.610	2.373	11.269

Nota: OA: Ordenes Atención
 PAS: Programas Atención salud
 PAEs Programas Emergencia

Fiscalización de Cotizaciones

Con relación a la fiscalización de Cotizaciones, durante el año 2008 se fiscalizaron 4.269 empleadores, así el promedio anual obtenido por fiscalizador alcanzó a 203 empresas, logrando de esta forma cumplir en un 102% la meta fijada. La fiscalización detectó a 373 empresas con incumplimiento previsional, lo cual representó un 9% del conjunto de empleadores fiscalizados. Junto a lo anterior, se notificaron 584 empresas que tenían las cotizaciones de sus trabajadores declaradas, pero no se encontraban pagadas.

Como fruto de la fiscalización, se obtuvo un porcentaje de la recuperación de la evasión de cotizaciones de un 5,5%, resultado que cumple en un 106% la meta comprometida para el año 2008.

Los resultados obtenidos en este Producto, obedecen al mejoramiento continuo de las bases de datos, junto a una focalización centrada en los sectores económicos que históricamente han presentado la mayor propensión al incumplimiento de las normas laborales y previsionales, encontrándose entre los principales el sector de la construcción y el comercio.

3. Servicios de Atención al Beneficiario

El sistema que coordina todos los espacios de atención que ofrece el servicio a los beneficiarios – Web, Call Center y Red de Sucursales –, permite entregar información respecto del Plan de Salud, emisión de bonos, gestión de reclamos y participación ciudadana. Destacamos que como parte de la Meta PMG SIAC se implementó el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000, en los tres canales de contactos que FONASA coloca a disposición de sus clientes. Es por esto, que el 2008 se ha logrado la certificación bajo esta Norma Internacional, del Sistema Integral de Atención a Clientes(as), sistema que la institución pone a disposición de sus clientes, en el Nivel Central y Dirección Regional Metropolitana (la certificación en la DRM sólo se realizó, como primera etapa, en cinco sucursales: San Miguel, San Martín, Ñuñoa, Merced y Morandé).

La percepción de satisfacción de la población por los servicios entregados por las sucursales en 2008 fue de un 73%, medido a través de encuesta. Con respecto a los canales de contacto medidos, se informa que el nivel de satisfacción alcanzado por el uso del Call Center es de un 73% y en la Web de un 65%.

Con respecto a la respuesta oportuna, dentro de 15 días, de Reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales FONASA, se comprometió para el 2008 tener un 94% de reclamos respondidos en este periodo de tiempo. Satisfactoriamente se indica que el 2008 fue resuelto un 97,3% de los reclamos en los plazos comprometidos, obteniéndose un nivel de cumplimiento de 103%.

El valor medido el 2008 para responder oportunamente los reclamos AUGE por Garantía de Oportunidad incumplida, fue de un 97% de reclamos resueltos, siendo su meta de un 100%. Este indicador se da como cumplido debido al rango de error y/o tolerancia (5%) que entrega Dipres entre el valor meta comprometida anualmente y el valor efectivo ocurrido.

En materia de Consultas realizadas a través del canal de contacto de FONASA, en el periodo 2008, se recibieron 9.717 consultas AUGE, lo que representa el 3.6% de las diversas consultas que se realizan por los tres canales de contacto disponibles para los clientes del servicio.

La venta de Bono Electrónico se ha convertido en un poderoso mecanismo de simplificación de trámites, apreciado por los beneficiarios de FONASA, al ser un servicio de venta de bonos en el mismo lugar de atención del prestador. Del total de bonos emitidos en el 2008, el 42% se efectuó por vía electrónica, lo que se traduce en ahorro de tiempo y dinero para los beneficiarios que hacen uso de este servicio.

FONASA en su rol de Seguro Público de Salud ha promovido en la población los derechos y beneficios que le asisten como legítimos usuarios del seguro público, así como también el incentivar la afiliación a FONASA fundamentalmente de aquellas personas que trabajan por temporadas. Paralelamente se ha fortalecido la Red de Canales de Contactos con el propósito de facilitar el acceso de todos los beneficiarios a la información de sus derechos y obligaciones que mantienen con el Seguro y a los servicios de intermediación que estos requieren para el acceso a las atenciones de salud.

Es así, como también FONASA ha trabajado en la diversificación de su distribución territorial, en esta línea se destaca la apertura de la nueva sucursal Mall Portal Temuco, siendo ésta una sucursal multiservicios, de trabajo en conjunto con INP. Lo que en el transcurso del 2008 llega a un total de 126 sucursales para

la atención de beneficiarios a lo largo del territorio. Mencionamos que la sucursal ubicada en Chanten fue trasladada a la comuna de Futaleufu, por la catástrofe suscitada en la región de Los Lagos.

4. Plan Nacional de Afiliación y Acreditación.

Se estableció una Comisión interdepartamental, para mejorar las reglas de carga de datos de la Base de Beneficiarios, lo cual ha permitido mejorar la calidad de la información que se mantiene en esta base, así como el resguardo del uso de los recursos del Seguro Público.

Se trabajó activamente en la Comisión del Ministerio de Salud y con el Ministerio del Interior para incorporar a los Refugiados al sistema de cobertura en salud.

En cuanto a las personas incorporadas al seguro durante el 2008, se afiliaron 438.931 temporeros de los 617.640 estimados a nivel país, lo que implica la cobertura de un 71% de trabajadores temporeros con cobertura en salud.

En lo referente a la incorporación al Seguro Público de Salud, de personas definidas como carentes de recursos, se acreditaron como beneficiarios FONASA un total de 1.863.860. Cabe destacar que la encuesta CASEN 2006 estima que en el país existen 2.208.937 personas en situación de pobreza.

Programa de Mejoramiento de la Gestión.

Para el año 2008, se cumplió con el 100% del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), lográndose la certificación bajo norma ISO 9001:2000 de tres sistemas: Higiene-Seguridad y Mejoramiento de ambientes de Trabajo, Sistema Integral de Atención a Clientes/Usuarios/Beneficiarios, Sistema de compras y contrataciones del sector público; primera mantención para dos sistemas: Evaluación de desempeño y Capacitación; y en segunda mantención dos sistemas: Planificación/Control de gestión y Auditoría Interna, además, se alcanzó el cumplimiento de los restantes cuatro sistemas que a la fecha se encuentran en marco básico: Gobierno Electrónico, Gestión territorial, Administración Financiero-Contable y Enfoque de Género.

Indicadores de Desempeño Institucional (H) y Colectivos(MEG).

Respecto del cumplimiento de los Indicadores de Desempeño 2008, asociados a la Metas del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) se alcanzó un 100% de cumplimiento, logrando superar el valor de cumplimiento del año 2007 (88%) y recuperar los resultados históricos de la Institución (2005 y 2006, donde se obtuvieron niveles de cumplimiento de 100%).

Indicadores de Desempeño (H)

Para medir la aplicación del producto estratégico *Plan Nacional de Afiliación y Acreditación* se utilizaron durante el año 2008 dos indicadores, que fueron cumplidos por la institución. De estos indicadores destaca el de beneficiarios temporeros de FONASA sobre el total de la población temporera estimada, dado que

del total de temporeros estimados (617.640) el 71,1% es beneficiario de FONASA, lo que corresponde a 438.931 habitantes, el valor esperado para este indicador era de 64.8%, lo que arrojó un nivel cumplimiento de 110%.

En cuanto al producto estratégico *Servicios de Atención al Beneficiario*, se utilizó para medir su entrega cinco indicadores, lo que se cumplieron en su totalidad. De los cuales destacan los siguientes: Porcentaje de usuarios FONASA que se sienten protegidos por su Seguro de Salud, en donde existen un aumento de 9 puntos porcentuales ($680 / 800 = 85\%$) en relación al año 2007 (76%); el otro indicador que muestra un avance en relación a año anterior (2007 = 75,1%) es el Porcentaje de encuestados que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales aumentando en cerca de dos puntos porcentuales ($1107 / 1428 = 77,5\%$).

Para el producto estratégico *Régimen General de Garantías en Salud*, se utilizaron seis indicadores para medir la entrega de dicho producto. De los seis indicadores se logró un cumplimiento respecto de lo comprometido en cuatro de ellos, siendo los dos indicadores no logrados en un 100%, los relativos a "Porcentaje de Garantías de Protección Financiera cumplida respecto del Total de Garantías Registradas", el que presentó un valor efectivo de 0%, siendo lo comprometido un 100%, lo anterior, debido a que el año 2008 no se materializó la emisión de estados de cuentas GES, ya que el inicio de las acciones de cobranza -las cuales estuvieron supeditadas a las definiciones intersectoriales- se formalizó con fecha 12.12.2008 mediante Nota Interna 1A/Nº 11, en la cual el Director de Fonasa ha instruido al Jefe del Departamento de Finanzas iniciar el proceso de cobranza a los Titulares que presentan deudas de copagos derivados de las prestaciones otorgadas en el periodo comprendido entre el 1º de julio del año 2005 al 30 de junio del año 2006, y los plazos operativos de emisión de las cartas superaron el 31.12.2008 y el indicador "Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas respecto del total de garantías de tratamiento", el que presentó un valor efectivo de 97,5%, con 5.301.932 GOT entregadas, siendo lo comprometido un 100%, que corresponde a 5.437.036 GOT.

De los cuatro indicadores cumplidos se destaca el indicador de Cumplimiento de las actividades comprometidas en el Programa de Prestaciones Valoradas según Contrato alcanzando un 103,8%, lo que se traduce en 12.764.685 de actividades PPV. Por otro lado, con respecto a los Bonos Electrónicos se emitieron 9.243.805, correspondiente al 42% del total de bonos emitidos, superando la meta establecida (32%) en 2.201.001 bonos electrónicos.

Para determinar la entrega del producto estratégico *Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud* se utilizaron seis indicadores de desempeño, los que fueron cumplidos en su totalidad durante el año 2008. Durante el año 2008 FONASA fiscalizó a 966 prestadores en áreas críticas lo que significó un ahorro de \$511.027.660 para el estado, manteniendo el indicador del año 2007, es decir, en un 5,2% (Base: 9.747.396.774).

Cumplimiento de Convenio de Desempeño Colectivo

En el marco de lo dispuesto por la Ley Nº 20.212 del 2007, sobre Metas de Desempeño Colectivo, el Fondo Nacional de Salud a través de la Resolución Exenta 3H/Nº 1332 del 14/05/2008 el Director de FONASA establece las metas para el año 2008.

Para el año mencionado anteriormente se establecieron 52 indicadores para medir las 43 metas definidas en los 12 equipos formalizados en FONASA.

Durante el periodo Enero-Diciembre 2008 se cumplieron el 100% de los indicadores asociados a los doce equipos de trabajo definidos (uno por cada una de las cinco Direcciones Regionales y siete en el Nivel Central).

Compromisos de Programas Evaluados

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

En relación al Programa de Préstamos Médicos, mediante Oficio Circular N° 33 de fecha 03 de Octubre 2008; la DIPRES informó que el Programa de Préstamos Médicos tiene el 100% de cumplimiento de sus compromisos. Hasta el año 2007, dos de los seis compromisos inicialmente establecidos, se encontraban pendientes. Para la meta “Continuar avanzando en la política de recuperación de préstamos médicos”, existían dos compromisos: a) Evaluar técnicamente la cartera de préstamos, en términos de riesgo, y licitar, si corresponde, un seguro de desgravamen que permita asegurar la recuperación de los préstamos ante fallecimiento del beneficiario y b) Definir los criterios de incobrabilidad. En relación a asegurar la recuperación de los préstamos después del fallecimiento de beneficiario; luego de haberse declarado desierta la licitación para un seguro de desgravamen para los préstamos; el FONASA instruyó el año 2008 exigir como requisito para los préstamos a pensionados presentar al menos un codeudor solidario como lo determina el DS 369 que reglamenta el otorgamiento de éstos. Así mismo, instruyó informar a los dializados que solicitan préstamos para diálisis, de las ventajas de entrar al AUGE para quienes padecen esta patología, lo que significa cero costo para su atención. Así mismo se les informa del inicio de la aplicación de la exigencia de codeudores solidarios en caso que el afiliado no se inscriba en el AUGE y prefiera seguir atendándose en la Modalidad Libre Elección. Cabe recordar que el Porcentaje de la recuperación de Préstamos Médicos sobre el Monto total de préstamos médicos otorgados, alcanzó para el año 2008 un 80%, lo que implica cumplimiento del 100 % del indicador respecto de la meta fijada.

Por otra parte, los criterios de incobrabilidad para la cartera de Préstamos Médicos fueron definidos por FONASA, y entregados a la DIPRES a través del Ministerio de Salud.

En base a lo anterior, la DIPRES dio por cumplidos los dos compromisos que el FONASA mantenía parcialmente cumplidos.

Prioridades Ministeriales y del Jefe de Servicio

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

En el año 2008, Fonasa, con una visión de excelencia, amplía su alcance logrando no sólo la certificación de Calidad de los Sistemas asociados a los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG), sino que además la Certificación de dos sistemas ajenos a éstos, llegando a estar compuesto por el total de los sistemas certificables en el Marco Avanzado y los dos sistemas mencionados anteriormente. Es así como nuestra Institución obtiene durante el año 2008, la mantención de las Certificaciones bajo la ISO 9001:2000 de los sistemas Certificados desde el año 2006 (Auditoría Interna, Planificación/Control de Gestión, Capacitación y Evaluación del Desempeño), la Certificación ISO 9001:2000 de los tres Sistemas restantes (Higiene y Seguridad, Compras y Contrataciones Públicas y Sistema Integral de Atención al Cliente, Usuarios y Beneficiarios) y la Certificación de dos sistemas comprometidos voluntariamente (Fiscalización a Prestadores en la MLE y Estudios).

Bajo este escenario FONASA pasa a ser una de las dos Instituciones Públicas que cumple con todos los requerimientos establecidos en el Marco Avanzado del PMG. La certificación, bajo la Norma 9001:2000, de todos aquellos procesos obligatorios según la DIPRES, traen consigo una mejor gestión por parte de la Institución que se ve reflejada en los indicadores como también en la percepción usuaria, en particular en aquellos índices asociados al PMG SIAC.

Pero como FONASA desea ser una institución líder en el sector público, es que se certificaron juntos a los procesos obligatorios (PMA), dos procesos asociados a la provisión de servicios, como es el caso de Fiscalización de Prestadores en la MLE y Estudios, lo que permite entregar mejores productos a nuestros beneficiarios.

Mejoramiento en Condiciones Laborales

La ley de presupuestos para el año 2009 contempló un aumento de 397 cargos a contrata en la dotación del Fondo Nacional de Salud, culminando de esta forma con el contrato de Outsourcing (subcontratación) que la institución mantenía con la Empresa Serviland S.A. desde el año 2003 para servicios de acciones de apoyo.

Esta iniciativa permitió la contratación directa de 397 trabajadores para los estamentos de profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares a nivel nacional.

El logro de este objetivo, significó grandes esfuerzos institucionales, para sensibilizar a las autoridades de la necesidad de contar con un trato directo con los trabajadores subcontratados.

El cuadro siguiente da cuenta de la distribución de los trabajadores contratados a nivel regional y por estamentos:

PLANTA	GRADOS	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS						
		DRN	DRCN	DRCS	DRS	DRM	NC	TOTAL
ADMINISTRATIVA	18°	-	-	-	1	15	9	25
ADMINISTRATIVA	19°	-	-	-	-	-	-	-
ADMINISTRATIVA	20°	-	-	-	-	-	-	-
ADMINISTRATIVA	21°	28	50	51	39	130	1	299
ADMINISTRATIVA	22°	-	7	-	-	-	8	15
SUBTOTAL ADM.		28	57	51	40	145	18	339
PROFESIONAL	8°	-	-	-	-	1	7	8
PROFESIONAL	9°	-	-	-	-	-	2	2
PROFESIONAL	10°	2	-	2	1	1	2	8
PROFESIONAL	11°	2	1	3	2	-	-	8
PROFESIONAL	12°	1	1	1	-	-	1	4
PROFESIONAL	13°	-	-	-	-	-	3	3
PROFESIONAL	14°	-	-	-	1	1	-	2
PROFESIONAL	15°	-	-	-	-	-	2	2
PROFESIONAL	16°	-	-	-	-	-	1	1
PROFESIONAL	17°	-	-	-	-	3	1	4
PROFESIONAL	18°	-	-	-	-	-	2	2
SUBTOTAL PROF.		5	2	6	4	6	21	44
TECNICOS	12°	-	-	-	-	-	6	6
TECNICOS	13°	-	-	-	-	-	1	1
TECNICOS	14°	-	-	-	-	-	1	1
TECNICOS	15°	-	-	-	-	-	1	1
TECNICOS	16°	-	-	-	-	-	1	1
SUBTOTAL TECN.		-	-	-	-	-	10	10
AUXILIARES	22°	-	-	-	-	-	4	4
SUBTOTAL AUX.		-	-	-	-	-	4	4
TOTALES		33	59	57	44	151	53	397

3. Desafíos 2009

Durante el año 2008 se avanzó en distintos ámbitos, pero aún quedan situaciones pendientes con nuestros beneficiarios y funcionarios los cuales se detallan a continuación:

- **Programación Gubernamental con la SEGPRES**

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

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

Objetivo 1 Minsal:

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

Productos:

- Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días. Para el año 2009 se propuso como meta el aumento de 2 puntos porcentuales en relación al año anterior, es decir, un 96%.
- Responder oportunamente los reclamos AUGE por Garantía de Oportunidad incumplida. El valor esperado a medir el 2009 es del 100% (tal como la ley lo señala), este indicador tiene como objeto reforzar la entrega de garantías en los tiempos que se señalan.

Objetivo 2 Minsal:

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

Productos:

- Campaña de información sobre el sistema AUGE a beneficiarios FONASA ejecutada y evaluada. Indicador que tiene como desafío para el periodo enero-diciembre 2009, realizar el 100% de las actividades del Plan Global e informar sobre la evaluación de impacto de las acciones comprometidas. Para ello, se van a realizar durante los primeros meses del año salidas en terrenos efectuadas en las direcciones regionales, realizando un diagnóstico de los resultados de la campaña 2008 con el objeto de definir nuevas estrategias a implementar.

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

Objetivo 3 Minsal:

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

Producto:

- Tasa de cobertura de la población de cesantes. Indicador nuevo, que tiene como desafío para el 2009 cubrir a la población cesante, que según estimaciones aumentará producto de la actual crisis económica. El desafío para el año 2009 es cubrir a lo menos el 17% de la población cesante estimada por el INE.

• Aspectos Relevantes contraídos en la Ley de Presupuestos 2009.

El proyecto de Ley de Presupuestos del FONASA para el año 2009 contempla un fuerte énfasis en: calidad de la atención; 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 2009 considera recursos por MM\$ 2.525.363, lo que representa un incremento de 9% con respecto al año 2008.

Mejor Atención

Se contemplan recursos adicionales para la ampliación de la urgencia Adultos del Hospital Padre Hurtado.

También destacar los recursos orientados a reducir déficit de camas en la Región Metropolitana, que permitirá contar con 421 adicionales, así como complejizar otras 57. En este contexto, para el Hospital Metropolitano se destinan recursos para financiar la apertura y habilitación de 204 camas adicionales: 120 quirúrgicas básicas, 48 quirúrgicas agudo, 12 para cuidado intensivo y 24 para tratamiento intensivo.

Se consideran recursos para contratar 500 médicos especialistas a jornada completa en los hospitales con mayores carencias, lo que permitirá reducir significativamente las listas de espera. Además se incluyen MM\$ 35.330 para financiar los efectos de diversas leyes que significan principalmente beneficios salariales del personal de salud asociadas a las mejoras de la gestión.

En la Atención Primaria se destinan recursos para los Gastos de administración de los 47 nuevos Centros de Salud de Atención de Salud Familiar (CESFAM), y los 50 nuevos Centros Comunitarios de Atención Familiar (CECOF). Además se destinan recursos adicionales para llegar a un nivel de población inscrita y validada de más de 10,8 millones de personas, y para el aumento del valor basal del per cápita en un 2%, lo que significa crecer de \$ 1.905 a \$ 1.943. Esto permitirá principalmente la incorporación de prestaciones nuevas en el Plan de Salud Familiar.

Por último, se consideran recursos adicionales para el Sistema Chile Crece Contigo, para financiar mayoritariamente el programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, orientado al acompañamiento y seguimiento personalizado de la trayectoria del desarrollo de los infantes atendidos. Además posibilitará la ampliación de la cobertura actual del programa, incluyendo a los niños de hasta 4 años.

Plan AUGE

Para el año 2009 se continuará con su implementación, que constituye una de las principales políticas de derechos garantizados y que ha permitido atender más de 5 millones de casos. Se comprometen recursos por MM\$ 19.519 para cubrir el 100% de las garantías asociadas a los 56 problemas de salud incluidos en el plan. A este plan se incorporarán nuevos problemas de salud a través de planes pilotos para dar cumplimiento al compromiso presidencial de aumentarlas a 80 en el año 2010, para lo que se contemplan recursos por MM\$ 5.382.-

Prestaciones de seguridad Social

Para el año 2009 en prestaciones de seguridad social se contemplan recursos por un total de MM\$ 554.140 lo que representa un incremento de 17,01% respecto a los recursos contemplados en la ley de presupuesto del año 2008.

Déficit CCAF.

En el año 2009 considera recursos por MM\$ 151.721, lo anterior representa un incremento de un 76%, equivalentes a MM\$ 65.511 respecto a los recursos contemplado en la ley de presupuesto del 2008. Esto explicado principalmente por el aumento del número de cotizantes en un 7,8%, incremento de las rentas imponibles de cotizantes Fonasa en un 4,5% y la tasa de uso del SIL en un 39%.

Subsidios por Incapacidad Laboral Curativo Común SS.

El pago de los SIL por parte de los Servicios de Salud considera un presupuesto para el año 2009 de MM\$ 83.706, lo que representa un aumento de MM\$ 13.062 un 18,5% respecto de la ley de presupuesto del año 2008.

Modalidad Libre Elección.

Para el año 2009 considera recursos totales por MM\$ 318.713 para la MLE, lo anterior representa un incremento de 0,6% respecto de los recursos contemplados en la ley de presupuesto 2008. Esto se debe a una mayor actividad en prestaciones médicas, explicado principalmente por un aumento de beneficiarios que hacen uso de esta modalidad de atención.

Recursos Operacionales

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.
- Eliminación del marco de gastos por única vez del 2008 por MM\$ 283.
- 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.

• Objetivos Estratégicos Institucionales

En la definición de la Planificación Estratégica Institucional para el año 2009, se constato que dos de los seis objetivos estratégicos existentes en Fonasa el año 2008, estaban apuntando a un mismo foco. Es por ello, que luego de un trabajo participativo con la Alta Dirección del FONASA se determinó fusionar dos objetivos estratégicos, por lo cual a contar del este año FONASA tendrá cinco objetivos estratégicos.

Los Objetivos Estratégicos son:

- Extender la Protección Social en Salud a los potenciales beneficiarios, con énfasis en los grupos vulnerables, con el objeto de mejorar la calidad de vida de la población.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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

Indicadores de Desempeño Institucional (H)

Los principales desafíos de FONASA para el presente año es aumentar la cobertura a la población de grupos vulnerables, con énfasis en la población Cesantes (Meta SEGPRES), Temporeros e Indigente. En relación al tercer grupo, se compromete un aumento de 9 puntos porcentuales en relación al año anterior (V.E 2009: 93%).

Por otro lado, se espera cumplir con las expectativas entorno al Régimen General de Garantías Explícitas, en el contexto de las garantías de Acceso, Oportunidad y Protección Financiera, las cuales deben ser cubiertas en un 100%.

En relación a la satisfacción usuaria, FONASA pretende a lo menos mantener los actuales niveles de satisfacción de los beneficiarios, 76%. En la misma línea de lo anterior y producto de la Certificación bajo Norma ISO del PMG SIAC, nuestra Institución pretende disminuir la cantidad de reclamos por mala calidad de atención en sucursales de un 9,4% (año 2008) a 7% (desafío 2009).

Indicadores de Desempeño Colectivo (MEG)

Para el periodo enero-diciembre 2009, se pretende mantener los niveles de cumplimiento del año anterior, es decir, 100% para todos los equipos de trabajo.

Junto ha esto, se avanzará en homogenizar criterios de elaboración de metas, permitiendo que los indicadores por cada equipo de trabajo tengan como mínimo los mismos niveles de exigencias en el cumplimiento de los valores esperados, lo cual se verán reflejado en las MEG 2010.

- **FONASA hacia la Excelencia**

Fonasa es una de las dos Instituciones Públicas que ha cumplido con todos los requerimientos establecidos en el Marco Avanzado del PMG. En este Contexto es que puede y decide ser parte de un nuevo desafío dispuesto por la Dipres, el Programa Marco de la Calidad (PMC).

El PMC contempla la implementación de un Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional bajo la Norma ISO 9001:2000, para los procesos de provisión de bienes y servicios estratégicos, incorporando transversalmente la Perspectiva Territorial y de Género, y la ampliación del alcance territorial para aquellos Sistemas del Programa Marco Avanzado de los PMG 2009, lo que sin duda colaborará con el logro de la excelencia de la Gestión Institucional.

Durante el 2009 se confeccionará el diagnóstico y la extensión de los sistemas certificados hacia las Direcciones Regionales, por lo cual se levantarán la totalidad de los procesos de las DR's, que permita establecer un diagnóstico apegado a la realidad Institucional. Además se trabajará en el diagnóstico de la situación de los procesos asociados a los productos estratégicos para la posterior certificación conforme al plan Trienal dispuesto por la Dipres.

- **Campaña de Invierno**

Si bien la Campaña de Invierno es un Programa del Ministerio de Salud, FONASA ha apoyado en esta etapa con la implementación de un Convenio Marco de días camas, y el levantamiento completo de la oferta privada de camas y sus precios, de manera tal de ponerlos a disposición de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana para efectos de complementación en los casos requeridos. Adicionalmente, el año 2008, FONASA negoció y financió Convenios de los Servicios de Salud Metropolitano Sur y Sureste, por la compra de días camas durante la Campaña de Invierno, con el Hospital de la FACH y CAPREDENA respectivamente. Para el año 2009, se proyecta seguir apoyando al MINSAL y los Servicios de Salud, en lo que respecta a levantamiento de oferta complementaria y a la negociación y compra de días camas a privados.

- **Ley de Transparencia**

En el marco de la modernización del Estado, y de la ampliación de los procesos de participación ciudadana en la Gestión Pública, FONASA se ha planteado como desafío para el año 2009 implementar integralmente lo establecido en la Ley 20285 sobre Acceso a la Información y Transparencia. Así se facilitará el acceso a la página de Gobierno Transparente, incorporando más y mejor información institucional. También habilitaremos en cada sucursal medios expeditos para acoger la demanda de información que cualquier ciudadano requiera, a su vez dando respuestas oportunas y pertinentes a las mismas. A su vez se avanzará en modernizar la gestión de archivos institucionales, en directa coordinación con la política gubernamental definida en la materia.

- **Licitación Sistema Informático**

El objeto de la licitación es contar con una plataforma tecnológica robusta e integrada que permita a nuestros beneficiarios tener una participación activa vía trámites electrónicos e intercambio fluido de información con instituciones del estado (Ej. Interoperabilidad con el Registro Civil, Tesorería General de la República, Servicios Impuestos Internos), registrar información sanitaria fidedigna, completa y a nivel individual para analizar la demanda y la oferta sanitaria a nivel país. Mejorar el control preventivo y monitoreo del uso de los beneficios y servicios entregados por FONASA, contando con información integrada entre todas las bases de datos para construir estadísticas y generar información para la toma de decisión que encamine al FONASA hacia la excelencia institucional.

En resumen permitirá:

- a) Disponer de información integrada de la caracterización de nuestros beneficiarios y prestadores que cohesione los procesos de Afiliación, Acreditación, Certificación, Validación de Población y Cotizaciones e interconexión de las operaciones del seguro público (credenciales, venta de bonos, préstamos, licencias médicas y reclamos) que permita disponer de servicios de atención no presenciales (vía electrónica) a nuestros beneficiarios.

b) Facilitar el intercambio de datos con las instituciones del estado que permita integrar procesos de atención en la red de salud público y privada.

c) Contar con herramientas tecnológicas robustas que permitan detectar mal uso y fraude del seguro público de salud.

d) Apoyar los sistemas de gestión y análisis, que permitan mejorar el proceso de toma de decisiones institucionales para propender hacia la eficiencia financiera en las fuentes y en el uso de los recursos del FONASA.

• **Establecer Cuatro Centro Regionales**

FONASA posee actualmente cinco Direcciones Regionales responsables de quince regiones y se propone en un plazo de cuatro años contar con una Dirección Regional para cada región.

Se ha diseñado un proceso progresivo de desconcentración que consiste en que a partir de cada Dirección Regional se delegue funciones a las regiones dependientes, creando en ellas Centros de Gestión Regional.

En estos centros con la incorporación de nuevos profesionales se desarrollarán las capacidades de:

- Gestión Comercial
- Control y Fiscalización del Seguro.
- Gestión de Sucursales.
- Administración Interna.
- Gestión de Recursos Humanos.
- Participación en los respectivos Gobiernos Regionales.
- Desarrollo Local de la Participación Comunitaria

Con estas capacidades desarrolladas, los Centros de Gestión Regional se transformarán en Direcciones Regionales. Durante este año se iniciará la primera etapa creando cuatro Centros de Gestión Regional para las Regiones de Arica y Parinacota, Coquimbo, del Maule y Región de los Lagos.

Esta iniciativa permitirá mejorar la atención a los beneficiarios, hacer un mejor seguimiento de las garantías explícitas de salud AUGE, adecuar a las necesidades de cada región los productos estratégicos del Fondo Nacional de Salud.

• **Plan de 90 días**

A partir del año 2009, el Ministro de Salud determina un Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud, más conocido como Plan de 90 días, el cual entre sus objetivos 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.

Anexos

- Anexo 1: Identificación de la Institución
- Anexo 2: Recursos Humanos
- Anexo 3: Recursos Financieros
- Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2008
- 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 2008
- Anexo 8: Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo
- Anexo 9: Proyectos de Ley

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

- a) **Definiciones Estratégicas**

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

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 Proyecto de Ley de Presupuestos-Año 2008

Número	Descripción
1	El Presupuesto de Fonasa para el 2008, presenta un incremento de MM\$ 163.374 lo que representa un 8,27% respecto de presupuesto 2007. En las fuentes de financiamiento, destaca el crecimiento del Aporte Fiscal MM\$ 80.548 (8,18%) y de Cotizaciones MM\$ 78.203 (9,18%).

En materia de Usos de recursos destaca principalmente:

Crecimiento de la Modalidad de Atención Institucional (Servicios de Salud) MM\$ 122.743 (no considera SIL), dirigido principalmente al AUGE y Piloto de 7 nuevos problemas Salud.

Aumento presupuesto de Transferencias Atención Primaria de Salud por MM\$ 44.677.-

- Aumento de un 3% en la población inscrita
- Incorporación de 4 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGE (Epilepsia no refractaria en adultos, Asma Bronquial del adulto, Parkinson y Ulceras Pépticas)
- Programa odontológicos para mujeres y hombres, clínicas dentales móviles, sistema integral de la infancia-Chile Crece Contigo.

Aumento de Presupuesto Transferencias Programas de Prestaciones Valoradas por MM\$28.329.-

- | | |
|---|---|
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patologías vigentes del Auge por ajustes en las demanda (IRC, Cataratas, Hemofilia, Artritis reumatoidea, traumatismo encefalo craneano, etc) ▫ Incorporación de 4 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGE (Asma Bronquial del adulto, hernia abdominal, enfermedad de Gaucher, artritis reumatoides juvenil) ▫ Salud Mental integral y Red de urgencia (SAMU, UEH, Camas críticas) ▫ Cierre de brechas en cirugías electivas, complejas y convenios DFL) |
|---|---|

Aumento presupuesto Transferencias Programa Prestaciones Institucionales por MM\$ 49.737.-

- Programa de Recursos Humanos, recursos para puesta en marcha proyectos de inversión, especialización y reemplazos, asignación de estímulo ley 19.664 que forma parte de compromisos colegio Médico, traspaso personal honorarios a contrata, asignación urgencia no médica.
- Efectos de la Ley 20.209 más incrementos bonificación por desempeño colectivo institucional ley 19.664.

En el marco de las Prestaciones de Seguridad Social, el crecimiento de se destinan a:

- | | |
|---|--|
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Modalidad Libre Elección por MM\$ 14.448, de los cuales MM\$ 2.230 son para la incorporación de nuevas prestaciones al arancel y, ▫ Subsidios de Incapacidad Laboral, tanto de las CCAF como de Servicios de Salud por M\$ 25.170.- |
|---|--|

En materia de recursos Operacionales (subtítulo 21 y 22) se destinaron recursos para:

- | | |
|---|--|
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Expansión para Sistema de Información de Salud - modelo de registro y monitoreo Auge por MM\$ 309 (desarrollo y ajuste de sistemas y plataforma tecnológica para incorporar como piloto 7 nuevas patologías del Auge). ▫ Expansión de recursos humanos por MM\$ 139 para continuidad del apoyo vía outsourcing y MM\$173 para asignación de zonas extremas, desempeño funcionario ley 20.212 y 7 cargos para nuevas agencias regionales (Valdivia, La Unión y Corral). ▫ Expansión para Convenio INP por MM\$ 87 por nominación de cotizantes. |
|---|--|

- Objetivos Estratégicos

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

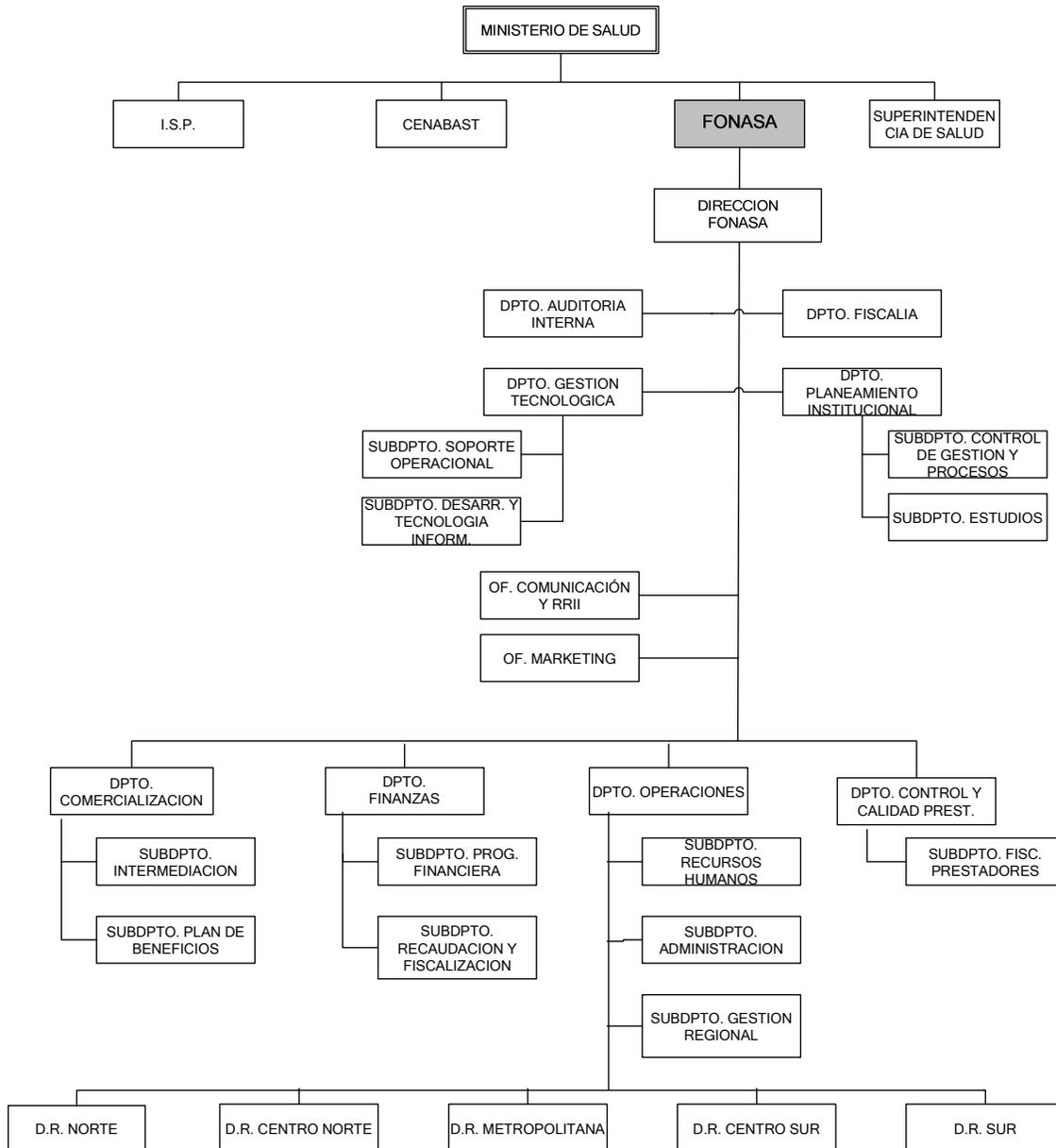
- Productos Estratégicos vinculado a Objetivos Estratégicos

Número	Nombre - Descripción	Objetivos Estratégicos a los cuales se vincula
1	Régimen General de Garantías en Salud <ul style="list-style-type: none"> • Plan de beneficios en salud • AUJE • Modalidad Atención Institucional • Modalidad Libre Elección • Prestamos Médicos • SIL 	3,5,6
2	Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud <ul style="list-style-type: none"> • Fiscalización y Control de Prestaciones • Fiscalización de Cotizaciones 	4
3	Servicios de atención al Beneficiario/a <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
4	Gestión Financiera <ul style="list-style-type: none"> • Recaudación • Pagos y Transferencias 	4
5	Plan Nacional de Afiliación y Acreditación <ul style="list-style-type: none"> • Acreditación • Afiliación • Emisión de instrumentos de identificación 	1

- **Cientes / Beneficiarios / Usuarios**

Número	Nombre
1	<p>Beneficiarios Afiliados (Libro II DFL N°1, 2005 Minsal)</p> <p>Trabajador dependiente del sector público o privado, incluidos los contratados diariamente por turnos o jornadas y por obra o faena, que cotizan en FONASA.</p> <p>Trabajador independiente y voluntario que sea imponente del INP o de una AFP y que cotice en FONASA.</p> <p>Personas que reciban pensión de algún sistema previsional y que cotice en FONASA.</p> <p>Subsidiados por Cesantía y por incapacidad laboral.</p>
2	<p>Otros Beneficiarios (Libro II DFL N°1, 2005 Minsal)</p> <p>Las cargas familiares de los cotizantes.</p> <p>Beneficiarios de Pensiones Asistenciales de invalidez y ancianidad.</p> <p>La mujer embarazada, que no tiene previsión, y los niños hasta los 6 años de edad, para el control de su salud.</p> <p>Causantes del subsidio único familiar.</p> <p>Personas carentes de recursos o indigentes.</p>

b) Organigrama y Ubicación en la Estructura del Ministerio



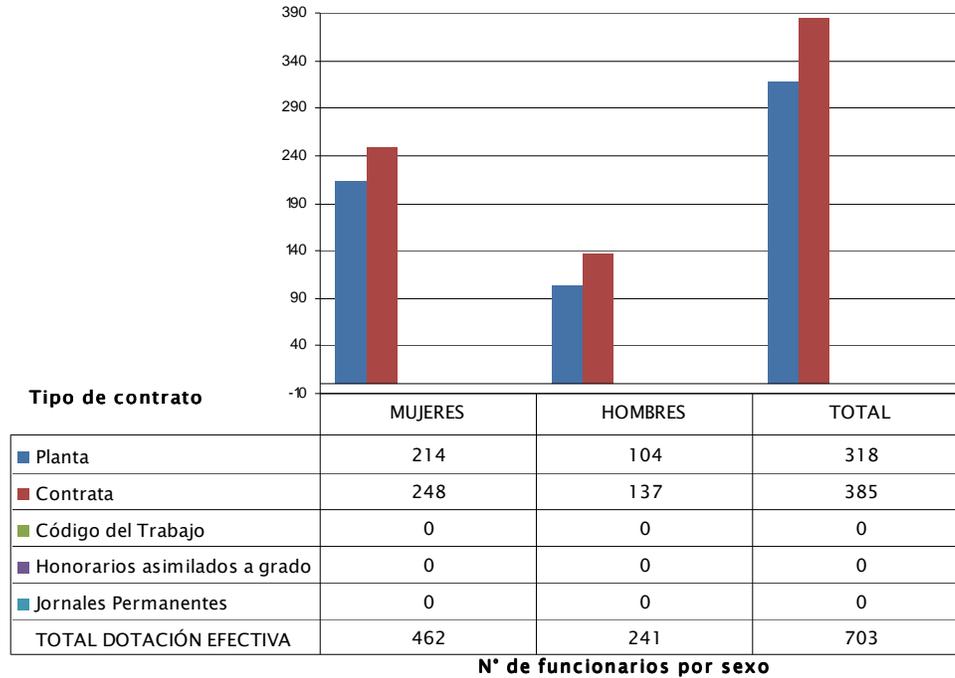
c) Principales Autoridades

Cargo	Nombre
Director Nacional	Hernán Monasterio Irazoque
Jefa Departamento de Auditoría	María Isabel Rodríguez Miranda
Jefa Departamento Fiscalía	Erika Díaz Muñoz
Jefe Departamento Gestión de Tecnologías de Información	Rodrigo Castro Apablaza
Jefe Departamento Planeamiento Institucional	Rafael Urriola Urbina
Jefe Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales	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 Streefer
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

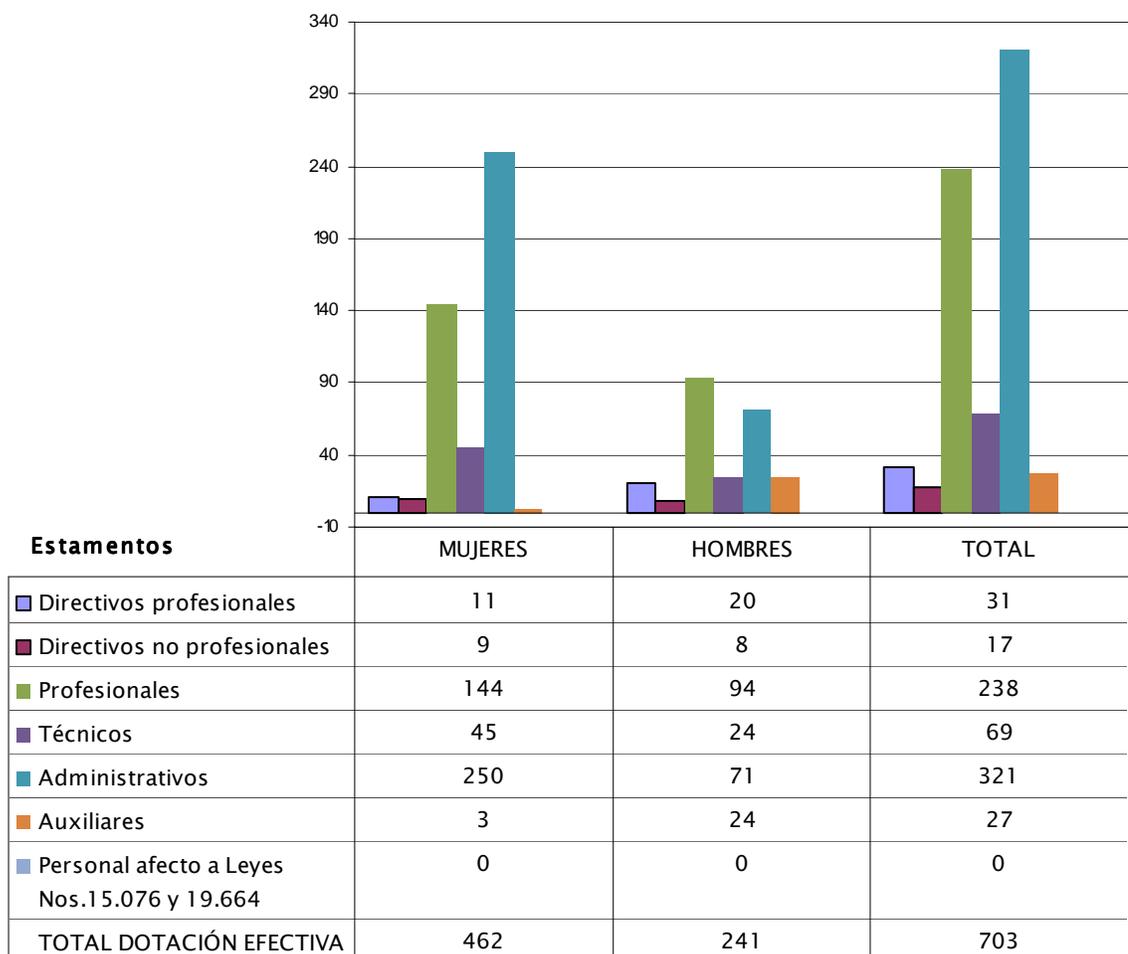
d) Dotación de Personal

- Dotación Efectiva año 2008² por tipo de Contrato (mujeres y hombres)



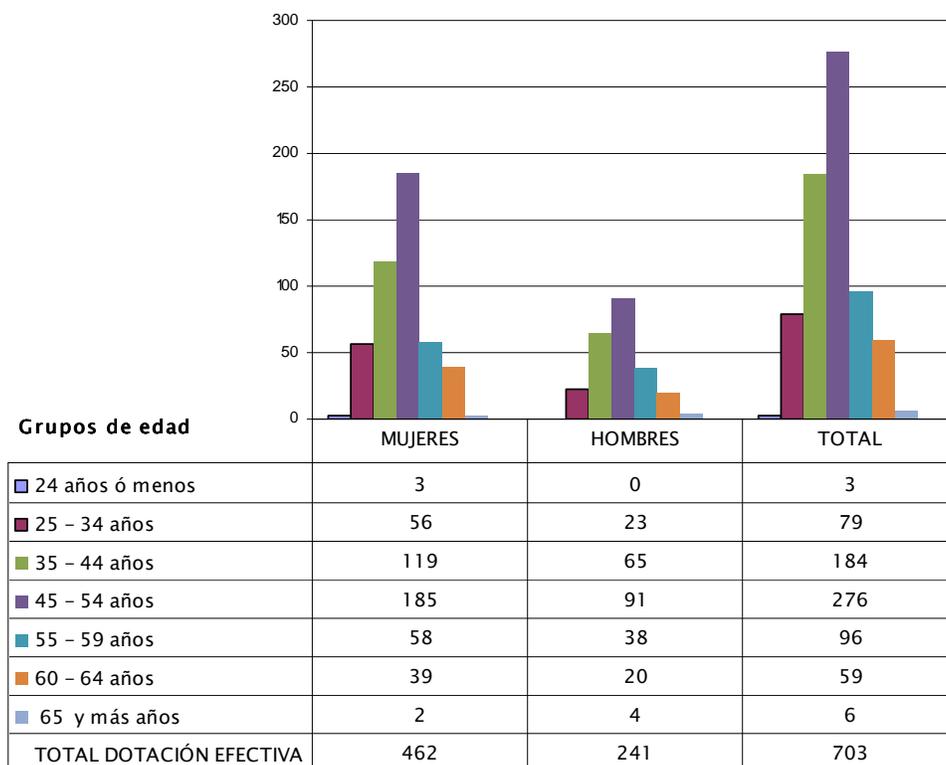
² Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2008. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

- **Dotación Efectiva año 2008 por Estamento (mujeres y hombres)**



N° de funcionarios por sexo

- **Dotación Efectiva año 2008 por Grupos de Edad (mujeres y hombres)**



N° de funcionarios por sexo

e) **Indicadores de Gestión de Recursos Humanos**

Cuadro 1					
Avance Indicadores de Gestión de Recursos Humanos					
Indicadores	Fórmula de Cálculo	Resultados ³		Avance ⁴	Notas
		2007	2008		
1. Días No Trabajados					
Promedio Mensual Número de días no trabajados por funcionario.	$(N^{\circ} \text{ de días de licencias médicas, días administrativos y permisos sin sueldo año } t/12)/\text{Dotación Efectiva año } t$	2.1	2.5	85.0	Desc.
2. Rotación de Personal					
2.1 Porcentaje de egresos del servicio respecto de la dotación efectiva.					
	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios que han cesado en sus funciones o se han retirado del servicio por cualquier causal año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t) *100$	2.3	6.1	37.6	Desc.
2.2 Porcentaje de egresos de la dotación efectiva por causal de cesación.					
• Funcionarios jubilados	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios Jubilados año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t)*100$	0.0	0.3	---	Asc.
• Funcionarios fallecidos	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios fallecidos año } t/ \text{Dotación Efectiva año } t)*100$	0.1	0.0	---	Neutro
• Retiros voluntarios					
○ con incentivo al retiro	$(N^{\circ} \text{ de retiros voluntarios que acceden a incentivos al retiro año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	0.3	3.3	1090.6	Asc.
○ otros retiros voluntarios	$(N^{\circ} \text{ de retiros otros retiros voluntarios año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	1.7	2.4	70.3	Desc.
• Otros	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios retirados por otras causales año } t/ \text{Dotación efectiva año } t)*100$	0.1	0.1	70.3	Desc.
2.3 Índice de recuperación de funcionarios					
	$N^{\circ} \text{ de funcionarios ingresados año } t/ N^{\circ} \text{ de funcionarios en egreso año } t$	1.2	1.4	83.2	Desc.

3 La información corresponde al período Enero 2007 - Diciembre 2007 y Enero 2008 - Diciembre 2008.

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
		2007	2008		
3. Grado de Movilidad en el servicio					
3.1 Porcentaje de funcionarios de planta ascendidos y promovidos respecto de la Planta Efectiva de Personal.	$(\text{N}^\circ \text{ de Funcionarios Ascendidos o Promovidos}) / (\text{N}^\circ \text{ de funcionarios de la Planta Efectiva}) * 100$	3.5	28.3	808.6	Asc.
3.2 Porcentaje de funcionarios recontractados en grado superior respecto del N° efectivo de funcionarios contratados.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios recontractados en grado superior, año t}) / (\text{Total contratos efectivos año t}) * 100$	2.8	27.8	992.6	Asc.
4. Capacitación y Perfeccionamiento del Personal					
4.1 Porcentaje de Funcionarios Capacitados en el año respecto de la Dotación efectiva.	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios Capacitados año t} / \text{Dotación efectiva año t}) * 100$	97.6	97.4	99.8	Asc.
4.2 Porcentaje de becas ⁵ otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	$\text{N}^\circ \text{ de becas otorgadas año t} / \text{Dotación efectiva año t} * 100$	1.0	0.6	56.9	Asc.
4.3 Promedio anual de horas contratadas para capacitación por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas para Capacitación año t} / \text{N}^\circ \text{ de participantes capacitados año t})$	1.0	1.0	102.7	Asc
5. Grado de Extensión de la Jornada					
Promedio mensual de horas extraordinarias realizadas por funcionario.	$(\text{N}^\circ \text{ de horas extraordinarias diurnas y nocturnas año t} / 12) / \text{Dotación efectiva año t}$	4.3	4.8	90.3	Desc.
6. Evaluación del Desempeño⁶					
Distribución del personal de acuerdo a los resultados de las calificaciones del personal.	Lista 1 % de Funcionarios	98.28	98.06		
	Lista 2 % de Funcionarios	1.72	1.78		
	Lista 3 % de Funcionarios	0.00	0.14		
	Lista 4 % de Funcionarios	0.00			

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**

f) **Recursos Presupuestarios**

Cuadro 2.a Recursos Presupuestarios 2008			
Ingresos Presupuestarios Percibidos		Gastos Presupuestarios Pagados	
Descripción	Monto M\$	Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal	1.244.815.918	Corriente ⁷	2.343.243.506
Endeudamiento ⁸		De Capital ⁹	8.233.343
Otros Ingresos ¹⁰	1.118.952.006	Otros Gastos ¹¹	12.291.075
TOTAL	2.363.767.924	TOTAL	2.363.767.924

Cuadro 2.b Recursos Presupuestarios 2008			
Ingresos Presupuestarios Devengados		Gastos Presupuestarios Devengados	
Descripción	Monto M\$	Descripción	Monto M\$
Aporte Fiscal	1.244.815.918	Corriente ¹²	2.344.936.133
Endeudamiento ¹³	0	De Capital ¹⁴	8.266.941
Otros Ingresos ¹⁵	1.119.005.613	Otros Gastos ¹⁶	10.618.457
TOTAL	2.363.821.531	TOTAL	2.363.821.531

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

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

9 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29, subtítulo 31, subtítulo 33 más el subtítulo 32 ítem 05, cuando corresponda.

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

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

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

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

14 Los gastos de Capital corresponden a la suma de los subtítulos 29, subtítulo 31, subtítulo 33 más el subtítulo 32 ítem 05, cuando corresponda.

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

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

g) Resultado de la Gestión Financiera

Cuadro 3				
Ingresos y Gastos devengados años 2007 – 2008, y Ley de Presupuestos 2009				
Denominación	Monto Año 2007 M\$¹⁷	Monto Año 2008 M\$	Monto Ley de Presupuestos Año 2009 M\$	Notas
INGRESOS	2.190.773.614	2.363.821.529	2.525.362.695	
Imposiciones Previsionales	908.751.669	953.532.762	1.121.230.883	(1)
Transferencias Corrientes	5.961.514	9.843.411	18.171.088	(2)
Ingresos de Operación	180.017	115.238	225.922	
Otros Ingresos Corrientes	128.019.972	126.837.970	132.861.603	(3)
Aporte Fiscal	1.134.486.950	1.244.815.918	1.246.379.612	(4)
Venta de Activos no Financieros	4.833	9.483		
Recuperación de Préstamos	7.246.635	6.634.331	6.492.587	(5)
Saldo Inicial de Caja	6.122.024	22.032.416	1.000	(6)
GASTOS	2.190.773.614	2.363.821.529	2.525.362.695	
Gasto en Personal	8.568.998	8.526.583	9.397.033	(7)
Bienes y Servicios de Consumo	19.591.327	20.689.338	20.239.945	(8)
Prestaciones de Seguridad Social	425.269.864	452.722.751	470.433.892	(9)
Transferencias Corrientes	1.708.496.545	1.862.997.461	2.016.965.838	(10)
Integros al Fisco	8.525	0	7.122	
Adquisición de Activos no Financieros	232.677	160.079	107.602	
Préstamos	8.314.597	8.106.862	8.209.263	(5)
Servicio de la Deuda	854.398	4.208.277	1.000	
Saldo Final de Caja	19.436.683	6.410.178	1.000	

Notas Ingresos y Gastos

Nota N° 1

Imposiciones Previsionales

Las mayores Imposiciones Previsionales recepcionadas por el Fondo en el año 2008 respecto del año 2007 fueron MM\$ 44.781 de los cuales MM\$ 40.686 corresponden a mayores cotizaciones provenientes del INP.

17 La cifras están indicadas en M\$ del año 2008. Factor de actualización es de 1,0872 para expresar pesos del año 2007 a pesos del año 2008.

Nota N° 2

Transferencias Corrientes

El incremento que se observa de 65,1% con respecto al año 2007 se produce debido a que en el año 2008 se recibieron mayores recursos desde Mideplan por concepto de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo).

Nota N°3

Otros Ingresos Corrientes

Al comparar el año 2007 con el 2008 se produce una disminución de estos ingresos en términos reales de un 0,9%. Este menor ingreso se debe especialmente a los copagos de la Modalidad Libre Elección. Estos se han visto disminuidos por efecto de aumento en la participación del Bono Electrónico de un 28,7% a un 30,7%, que se traduce en un menor devengamiento del copago de dichos BAS.

Nota N° 4

Aporte Fiscal

Si se comparan los ingresos por concepto de Aporte Fiscal del año 2007 (expresados en pesos 2008) con respecto al año 2008, este Subtítulo muestra un incremento de 9,7% 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:

Aumento en un 3% la población inscrita y validada.

Incorporación de 3 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGÉ (Epilepsia no refractaria en adultos, Asma Bronquial del adulto, Parkinson)

Incremento del Programa odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos (14 clínicas dentales móviles) y el sistema integral de la infancia - Chile Crece Contigo.

Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales: Se incrementaron los ingresos en la suma de MM\$87.087, los principales incrementos se constatan en el siguiente cuadro:

- Los Bonos Especiales y Término Conflicto durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$17.795 y el año 2008 MM\$20.693, lo que genera un aumento de MM\$2.898.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Juicio del Servicio de Salud de Arica por un monto de MM\$3.627.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Terremoto Tocopilla por un monto de MM\$2.343.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Emergencia Chaiten por un monto de MM\$144.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a la emergencia del Hospital Penco Lirquen, por un monto de MM\$528
- Los Subsidios de Incapacidad Laboral durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$60.571 y el año 2008 un monto de MM\$64.938, lo que generó un incremento de MM\$4.367.
- La Asignación de Responsabilidad durante el año 2007 alcanzó un monto de MM\$536 y el año 2008 MM\$1.497, lo que genera un aumento de MM\$961.
- Liberados de Guardia durante el año 2007 alcanzó un monto de MM\$3.849 y el año 2008 MM\$5.178, lo que genera un aumento de MM\$1.329.
- Bonos Desempeño Individual y Colectivo de las Leyes N°19.664 y 19.490 durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$29.805 y el año 2008 MM\$33.902, lo que genera un aumento de MM\$4.100.
- El efecto de las Leyes 19.937 y 20.209 durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$28.451 y el año 2008 MM\$31.743, lo que genera un aumento de MM\$3.292.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al programa de mantención de equipamiento médico industrial conservación de infraestructura por un monto de MM\$6.920.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a la Transformación de camas seguimiento y control de gestión clínica (GRDS), por un monto de MM\$6.695.

- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a los Polos de Complejidad, por un monto de MM\$957.
- Zona Extrema durante el año 2007 alcanzó un monto de MM\$2.853 y el año 2008 MM\$3.382, lo que genera un aumento de MM\$529.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a la Ley Medica Ley 20.261, por un monto de MM\$14.381.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Cierre de Brechas Especialistas, por un monto de MM\$2.237.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Fondo Incentivo al Retiro, indemnización Cargo Fiscal por un monto de MM\$5.533.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Hospital Metropolitano servicio de Salud Sur Oriente, por un monto de MM\$1.181.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Hospital Padre Hurtado, por un monto de MM\$214.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de incrementos de otras transferencias por un monto de MM\$24.851.

El aumento en las transferencias del Programa de prestaciones Valoradas, se debe especialmente al aumento en las transferencias del AUGE, respecto a:

Patologías vigentes del Auge por ajustes en las demanda (IRC, Cataratas, Hemofilia, Artritis reumatoidea, traumatismo encéfalo craneano, etc).

Incorporación de 4 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGE (Prevención Secundaria en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, hernia abdominal, enfermedad de Gaucher, artritis reumatoide juvenil).

Nota N° 5

Préstamos Médicos

En relación a la variación en la Recaudación, el mayor porcentaje se explica por una disminución en la recaudación de los Préstamos de diálisis que disminuyen en un 40% en relación al año 2007, lo que a su vez se explica por la importante disminución en el otorgamiento de préstamos de diálisis debido al aumento de las personas que se han ido incorporando al AUGE.

Subtítulo 12 Recuperación de Préstamos Médicos			
M\$ real			
Conceptos	2007 en M\$ 2008	2008 Real	Tasa Crecimiento
Diálisis	934.486	559.362	-40,1%
Otros	5.175.617	4.501.217	-13,0%
Urgencias	1.078.254	1.520.148	41,0%
TOTAL	7.188.357	6.580.727	-8,5%

En relación a la variación en el Otorgamiento de los préstamos médicos, el cuadro siguiente refleja nuevamente que la disminución en el otorgamiento se debe principalmente a la disminución por préstamos de diálisis que alcanza al 34% respecto al 2007; que se se une a la disminución en los préstamos del tipo Otros, suma una baja del 41,8% lo que en gran parte es compensado por el aumento en el otorgamiento de préstamos de Urgencia que aumentan en un 48% respecto al año 2007.

Subtítulo32 Préstamos Médicos			
M\$ real			
Conceptos	2007 en M\$ 2008	2008 Real	Tasa Crecimiento
Diálisis	1.047.639	689.083	-34,2%
Otros	6.003.139	5.545.094	-7,6%
Urgencias	1.263.819	1.872.685	48,2%
TOTAL	8.314.597	8.106.862	-2,5%

Nota N° 6

Saldo Inicial de Caja

El mayor saldo inicial de caja del año 2008 con respecto al año 2007 por MM\$ 15.910 se debe a que en el año 2008 este saldo contempla Transferencias PPI y APS que no fueron enviadas a los Servicios de Salud en el año 2007 por concepto por concepto de Fondo al Retiro Voluntario.. Respecto al resto de los recursos, estos se netean al comparar el año 2007 con el 2008. Por ejemplo en el saldo de Fonasa Digital, este se mantiene en el 2007 y en el 2008, de manera que al analizar la variación entre ambos años esto no produce aumento ni disminución.

Nota N° 7

Gasto En Personal

Este Subtítulo no tuvo mayores variaciones al comparar los año 2007 y 2008, esto se debe principalmente al efecto de la menor dotación efectiva por motivos de los retiros voluntarios incentivados.

La dotación efectiva de 703 cargos a diciembre del año 2007, termino a diciembre del año 2008 en los mismos 703 cargos, cuyo comportamiento fue de la siguiente manera:

- A marzo 684 cargos
- A junio 687 cargos
- A septiembre 687 cargos
- A Diciembre 703 cargos.

Subt.21 Gasto en Personal M\$ de 2008			
Conceptos	2007 en M\$2008	2008 Real	Tasa Crecimiento
Honorarios	72.043	157.594	118,75%
Horas Extras	99.814	95.190	- 4,63%
Viáticos	213.572	196.809	- 7,85%
12 cargos críticos	106.748	106.196	- 0,52%
Asig. Alta Dirección	16.524	16.625	0,61%
Zonas Extremas	23.922	38.002	58,86%
Bono Individual	239.923	301.353	25,60%
Resto	6.321.333	6.215.791	- 1,67%
BASE	7.093.879	7.127.560	0,47%
Contratos Cortos	136.944	168.327	22,92%
Fondo Bonif. Por retiro	98.892	94.934	- 4,00%
Bono Institucional	936.529	901.048	- 3,79%
Bono Escolar	26.347	25.220	- 4,28%
Bono Especial	233.079	166.480	- 28,57%
Aguinaldo Septiembre	24.111	23.498	- 2,54%
Aguinaldo Navidad	19.217	19.515	1,55%
TOTAL	8.568.998	8.526.582	- 0,49%

Nota N°8

Bienes y Servicios de Consumo

Al comparar el gasto de los años 2007 y 2008 el incremento del gasto de este subtítulo fue de 5,6%, el cual esta dado principalmente por el ítem de Fonasa Digital Serviland (contratación de servicios personales), Prosegur y Entidades Delegadas y Call Center Línea 2 Salud Responde. Lo anterior se muestra en el siguiente cuadro:

Subt.22 Bienes y Servicios de Consumo M\$ de 2008			
Conceptos	2007 en M\$2008	2008 Real	Tasa Crecimiento
Unidades Pptarias. (NC + DR)	5.066.288	4.630.854	- 8,59%
Operación	4.105.410	5.565.726	- 13,15%
EEDD	960.878	1.065.128	10,85%
Proyectos Transversales	14.525.040	16.058.484	10,56%
Fonasa Digital	3.746.159	5.363.855	43,18%
Programa SIGGES	3.739.480	3.152.374	- 15,70%
Publicidad y Difusión	595.578	548.515	- 7,90%
Convenio INP	1.117.853	659.572	- 41,00%
Call Center Línea 1	552.674	516.855	- 6,48%
Call Center Línea 2	638.720	672.374	5,27%
Apoyo Servicios Personales (Serviland)	2.967.187	3.615.281	21,84%
Servicios de Vigilancia (Prosegur)	877.428	924.303	5,34%
Resto	289.961	605.355	108,77%
TOTAL	19.591.328	20.689.338	5,60%

Nota N° 9

Prestaciones de Seguridad Social

El crecimiento de este subtítulo con respecto al año 2007 es de 6,46% que se explica por el ítem de Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

El crecimiento del ítem Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar CCAF, se explica por aumento del número de cotizantes de un 5,9%, un aumento en la tasa de uso anual de un 9,6% y el costo diario promedio del SIL del 0,1%.

Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social				
Conceptos	Año 2007 en M\$ 2008	Año 2008 en M\$	Crecimiento en M\$	Tasa de Crecimiento
MLE	302.559.655	305.416.819	2.857.164	0,94%
Déficit CCAF	122.710.210	146.654.829	23.944.619	19,51%
Fondo al Retiro	0	651.103	651.103	100,0%
TOTAL	425.269.865	452.722.751	27.452.886	6,46%

Nota N° 10

Transferencias Corrientes

El incremento de 9,04% del año 2008 respecto del año 2007 corresponde a:

Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$				
Conceptos	2007 Real en M\$ 2008	2008 Real	Crecimiento	Tasa Crecimiento
Atención Primaria	441.414.880	497.979.339	56.564.459	12,81%
Programa Prestaciones Valoradas	640.704.958	651.391.894	10.686.936	1,67%
PPV Servicios de Salud	571.887.827	577.942.064	6.054.237	1,06%
Convenios Compra de Prestaciones	68.817.131	73.449.830	4.632.699	6,73%
Programa Prestaciones Institucionales	626.139.260	713.226.226	87.086.966	13,91%
SIL Común	60.571.492	64.938.600	4.367.108	7,21%
Resto	565.567.768	648.287.626	82.719.858	14,63%
ISP	237.447	400.000	162.553	68,46%
TOTAL	1.708.496.545	1.862.997.459	154.500.914	9,04%

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

Aumento en un 3% la población inscrita y validada.

Incorporación de 3 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGÉ (Epilepsia no refractaria en adultos, Asma Bronquial del adulto, Parkinson)

Incremento del Programa odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos (14 clínicas dentales móviles) y el sistema integral de la infancia - Chile Crece Contigo.

Transferencias Programa de Prestaciones Institucionales: Se incrementaron los ingresos en la suma de MM\$87.087, los principales incrementos se constatan en el siguiente cuadro:

- Los Bonos Especiales y Término Conflicto durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$17.795 y el año 2008 MM\$20.693, lo que genera un aumento de MM\$2.898.

- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Juicio del Servicio de Salud de Arica por un monto de MM\$3.627.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Terremoto Tocopilla por un monto de MM\$2.343.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Emergencia Chaiten por un monto de MM\$144.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a la emergencia del Hospital Penco Lirquen, por un monto de MM\$528
- Los Subsidios de Incapacidad Laboral durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$60.571 y el año 2008 un monto de MM\$64.938, lo que generó un incremento de MM\$4.367.
- La Asignación de Responsabilidad durante el año 2007 alcanzó un monto de MM\$536 y el año 2008 MM\$1.497, lo que genera un aumento de MM\$961.
- Liberados de Guardia durante el año 2007 alcanzó un monto de MM\$3.849 y el año 2008 MM\$5.178, lo que genera un aumento de MM\$1.329.
- Bonos Desempeño Individual y Colectivo de las Leyes N°19.664 y 19.490 durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$29.805 y el año 2008 MM\$33.902, lo que genera un aumento de MM\$4.100.
- El efecto de las Leyes 19.937 y 20.209 durante el año 2007 alcanzaron un monto de MM\$28.451 y el año 2008 MM\$31.743, lo que genera un aumento de MM\$3.292.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al programa de mantención de equipamiento médico industrial conservación de infraestructura por un monto de MM\$6.920.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a la Transformación de camas seguimiento y control de gestión clínica (GRDS), por un monto de MM\$6.695.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a los Polos de Complejidad, por un monto de MM\$957.
- Zona Extrema durante el año 2007 alcanzó un monto de MM\$2.853 y el año 2008 MM\$3.382, lo que genera un aumento de MM\$529.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado a la Ley Medica Ley 20.261, por un monto de MM\$14.381.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Cierre de Brechas Especialistas, por un monto de MM\$2.237.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Fondo Incentivo al Retiro, indemnización Cargo Fiscal por un monto de MM\$5.533.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Hospital Metropolitano servicio de Salud Sur Oriente, por un monto de MM\$1.181.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de gasto durante el 2008 asociado al Hospital Padre Hurtado, por un monto de MM\$214.
- Aumento en el Programa de Prestaciones Institucionales producto de incrementos de otras transferencias por un monto de MM\$24.851.

El aumento en las transferencias del Programa de prestaciones Valoradas, se debe especialmente al aumento en las transferencias del AUGE, respecto a:

Patologías vigentes del AUGE por ajustes en las demanda (IRC, Cataratas, Hemofilia, Artritis reumatoidea, traumatismo encéfalo craneano, etc).

Incorporación de 4 nuevos problemas de salud dentro de un piloto AUGE (Prevención Secundaria en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, hernia abdominal, enfermedad de Gaucher, artritis reumatoide juvenil).

La variación de Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas se muestra en cuadro siguiente

Conceptos	Real 2007 M\$ 2008	Real 2008 M\$	Crecimiento	Crecimiento %
Convenio Hogar de Cristo	864.324	1.128.728	264.404	30,59%
Clínica Alemana	255.057	257.520	2.463	0,97%
Clínica Antofagasta	379.195	235.906	-143.289	-37,79%
FALP	11.076	0	-11.076	-100,00%
Fundación p/Dignidad Hombre	108.720	83.360	-25.360	-23,33%
Clínica Mater	74.055	69.799	-4.256	-5,75%
Cardiocirugías con Hosp. FACH	0	63.971	63.971	100,00%
Conv.Marco Camas (Externalizacion de Pacientes (No Auge))	863.768	2.870.675	2.006.907	232,34%
Convenios de Compra No AUGE	2.556.195	4.709.959	2.153.764	84,26%
Corporación del Transplantes Renales	91.035	61.564	-29.471	-32,37%
Sociedad Inv. Coyhaique (Aysen)	128.286	117.999	-10.287	-8,02%
Hospital Fuerza Area de Chile (escoliosis)	5.427	0	-5.427	-100,00%
Soc. Profesional Scanner Sur Ltda.	0	69.951	69.951	100,00%
Cargas Virales	135.693	471.261	335.568	247,30%
Clinica Alemana (pago caso DR Sur)	0	17.482	17.482	100,00%
Maule (vicios de Refracción)	9.196	0	-9.196	-100,00%
Resonancia Magallanes	31.754	0	-31.754	-100,00%
Corporación Ayuda Niño visual (COALIVI)	41.265	15.583	-25.682	-62,24%
Accesos Vasculares (Auge)	175.854	171.264	-4.590	-2,61%
Convenio Radioterapia (AUGE)	871.888	1.326.979	455.091	52,20%
Convenio Cataratas (Auge)	1.184.926	1.189.399	4.473	0,38%
Convenio Vitrectomias(Auge)(Panfotocag.)	531.781	903.017	371.236	69,81%
Endoprótesis de Cadera	0	48.195	48.195	100,00%
Convenio Hemodiálisis (Auge)	63.053.832	64.347.177	1.293.345	2,05%
Convenios de Compra AUGE	66.260.937	68.739.871	2.478.934	3,74%
TOTAL CONVENIOS	68.817.132	73.449.830	4.632.698	6,73%

Comportamiento Presupuestario Año 2008

Cuadro 4 Análisis del Comportamiento Presupuestario año 2008								
Subt.	Item	Asig.	Denominación	Presupuesto Inicial ¹⁸ (M\$)	Presupuesto Final ¹⁹ (M\$)	Ingresos y Gastos Devengados (M\$)	Diferencia ²⁰ (M\$)	Notas
			INGRESOS	2.138.276.030	2.363.102.124	2.363.821.530	-719.406	
04			Imposiciones Previsionales	930.086.196	953.377.520	953.532.763	-155.243	(1)
05			Transferencias Corrientes	9.711.889	9.871.889	9.843.412	28.477	
07			Ingresos de Operación	212.733	127.379	115.238	12.141	
08			Otros Ingresos Corrientes	126.287.523	126.168.599	126.837.970	-669.371	(2)
09			Aporte Fiscal	1.064.647.254	1.244.815.918	1.244.815.918	0	
10			Venta de Activos No financieros	0	3.361	9.482	-6.121	
12			Recuperación de Préstamos	7.329.435	6.711.438	6.634.331	77.107	
15			Saldo Inicial de Caja	1.000	22.026.020	22.032.416	-6.396	
			GASTO	2.138.276.030	2.363.102.124	2.363.821.530	-719.406	
21			Gastos en Personal	6.651.661	8.445.517	8.526.582	-81.065	(3)
22			Bienes y Servicios de Consumo	19.721.878	23.957.178	20.689.338	3.267.840	(4)
23			Prestaciones de Seguridad social	376.173.795	449.200.328	452.722.748	-3.522.420	(5)
24			Transferencias Corrientes	1.726.711.764	1.869.071.473	1.862.997.461	6.074.012	(6)
25			Integro al Fisco	6.706	6.706	0	6.706	
29			Adquisición de Activos No Financieros	163.840	167.201	160.080	7.121	
32			Préstamos	8.844.386	8.044.445	8.106.861	-62.416	
34			Servicio a la Deuda	1.000	4.208.276	4.208.276	0	
35			Saldo Final de Caja	1.000	1.000	6.410.184	-6.409.184	(7)

Nota N° 1

Imposiciones Previsionales

Este subtítulo mantiene una tendencia al crecimiento asociadas principalmente al mejoramiento de las condiciones macroeconómicas del país, que se refleja en el crecimiento sostenido del número de personas asalariadas, que cotizan o han cotizado su 7% de salud en Fonasa, y al incremento real de las remuneraciones que perciben dichos cotizantes.

18 Presupuesto Inicial: corresponde al aprobado en el Congreso.

19 Presupuesto Final: es el vigente al 31.12.2008

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

Imposiciones Previsionales	Gasto Real 2008 en M\$
INP	875.726.620
AFP Y OTROS	72.658.538
7% SIL	5.147.605
TOTAL	953.532.763

Nota N°2

Otros Ingresos Corrientes

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

Otros Ingresos Corrientes	Ppto 2008 M\$	Gasto Real 2008 en M\$	Diferencia M\$
Recuperación Licencias Médicas	208.000	185.478	22.522
Curativa Cargo Usuario	125.631.292	126.286.832	-655.540
Otros	329.307	365.660	-36.353
TOTAL	126.168.599	126.837.970	-669.371

Nota N°3

Gasto en Personal

El porcentaje de gasto ejecutado de 100,96% respecto del presupuesto final se muestra en el siguiente cuadro:

Subt.21 Gasto en Personal en M\$				
Conceptos	Ppto. Decretado 2008	Devengado 2008	Diferencia	% Ejecutado
Honorarios	158.462	157.594	868	99,45%
Horas Extras	98.154	95.190	2.964	96,98%
Viáticos	233.957	196.809	37.148	84,12%
12 cargos críticos	106.807	106.196	611	99,43%
Asig. Alta Dirección	16.488	16.625	-137	100,83%
Zonas Extremas	38.684	38.002	682	98,24%
Bono Colectivo	298.958	301.353	-2.395	100,80%
Resto	6.034.680	6.215.791	-181.111	103,00%
BASE	6.986.190	7.127.560	-141.370	102,02%
Suplencias y Reemplazos	208.000	168.327	39.673	80,93%
Fondo Bonif. Por retiro	94.239	94.934	-695	100,74%
Bono Institucional	910.908	901.048	9.860	98,92%
Bono Escolar	25.220	25.220	0	100,00%
Bono Especial	174.580	166.480	8.100	95,36%
Aguinaldo Septiembre	26.681	23.498	3.183	88,07%
Aguinaldo Navidad	19.699	19.515	184	99,07%
TOTAL	8.445.517	8.526.582	-81.065	100,96%

Al realizar una comparación entre el gasto devengado real del Fonasa versus el presupuesto final aprobado, podemos observar que el mayor gasto del año 2008 fue de 81 millones de pesos ya que de no haber contado con superávit presupuestario en los contratos cortos y algunas glosas, el déficit total hubiese sido aún mayor, ya que el déficit de la base supera al total.

La evolución de los mayores gastos respecto del presupuesto, desde el año 2003 al 2008 se pueden observar en el siguiente cuadro:

Presupuesto y Devengado Subt.21 (M\$ de cada año)						
Años	Ppto. Final	Devengado	Diferencia	% Var. Ppto.	% Var. Dev.	Var. Del Déficit
2003	5.594.828	5.765.444	-170.616	6,51%	6,56%	
2004	5.934.067	6.298.984	-364.917	6,06%	9,25%	194.301
2005	6.503.027	6.780.950	-277.923	9,59%	7,65%	-86.994
2006	6.823.325	7.128.445	-305.120	4,93%	5,12%	27.195
2007	7.657.272	7.881.713	-224.441	12,22%	10,57%	-80.679
2008	8.445.517	8.526.582	-81.065	10,29%	8,18%	-143.376

El menor déficit de 143 millones respecto del año 2007, se debe principalmente a la menor dotación efectiva por efecto de los retiros voluntarios incentivados.

La dotación máxima autorizada en la Ley de Presupuesto del año 2008 fue de 724 cargos, mientras que la dotación efectiva del mismo año fue de:

- A Marzo 684
- A Junio 687
- A septiembre 687
- A diciembre 703

Otras 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° 4

Bienes y Servicios de Consumo

El menor gasto respecto del presupuesto final en este concepto fue de M\$ 3.267.840 y está dado principalmente a menores gastos

- Fonasa Digital por M\$ 2.819.066 principalmente por no pago de facturas ENTEL S.A. de los meses de Noviembre y Diciembre 2008.
- SIGGES por M\$ 648.017 principalmente por no pago de facturas Entel S.A. de los meses de Noviembre y Diciembre 2008.
- Convenio I.N.P. Los gastos devengados corresponden a todos los estados de pagos del año 2008 que fueron enviados por el INP, lo que comprado con el presupuesto fue menor en 260 millones.

Nota N° 5

Prestaciones de Seguridad Social

Es mayor gasto de M\$ 3.522.420 está dado por la Modalidad Libre Elección.

Subt.23 Prestaciones de Seguridad Social en M\$			
Conceptos	Ppto. Final 2008	Devengado Año 2008	Diferencia
MLE	302.357.301	305.416.818	-3.059.517
Déficit CCAF	146.186.915	146.654.828	-467.913
Fondo al Retiro	656.112	651.102	5.010
TOTAL	449.200.328	452.722.748	-3.522.420

Los factores que viene explicando el crecimiento del Gasto de la Modalidad Libre Elección, lo constituye la mayor cantidad de beneficiarios que acceden a esta Modalidad, fundamentalmente por el crecimiento de los cotizantes y cargas en la base de beneficiarios y además por la mayor capacidad de pago de los mismos.

Nota N° 6

Transferencias Corrientes

El menor gasto de M\$ 6.074.012 se muestra en el siguiente cuadro

Subt.24 Transferencias Corrientes en M\$			
Conceptos	Ppto. Final 2008	Devengado 2008	Diferencia
Atención Primaria	500.202.533	497.979.339	2.223.194
Programa Prestaciones Valoradas	653.526.619	651.391.894	2.134.725
PPV Servicios de Salud	580.043.729	577.942.064	2.101.665
Convenios Compra de Prestaciones	73.482.890	73.449.830	33.060
Programa Prestaciones Institucionales	714.942.321	713.226.226	1.716.095
ISP	400.000	400.000	0
TOTAL	1.869.071.473	1.862.997.459	6.074.014

Este menor gasto está dado por:

- Programa Atención Primaria año 2008, el cual arroja un superávit correspondiente a M\$ 2.223.194 correspondiente a beneficios a funcionarios APS no distribuidos de las Leyes N° 20.157 y N° 20.250.-
- La diferencia entre el Presupuesto y el Gasto que muestra el Programa de Prestaciones Valoradas Servicios de Salud de M\$ 2.101.665, se produce por una menor actividad realizada respecto de lo programado principalmente en el AUGÉ, en los siguientes Servicios:

-
- - M\$ 1.729.194 S.S. Coquimbo
 - M\$ 313.242 S.S. Reloncaví
 - M\$ 34.133 S.S. Bío Bío
 - M\$ 24.596 Otros

 - La diferencia de M\$ 1.716.095 entre el Presupuesto y el Gasto que muestra el Programa de Prestaciones Institucionales corresponde a
 - M\$ 1.581.172 menor gasto SIL
 - M\$ 134.923 Resto PPI

Nota N° 7

Saldo Final de Caja

El mayor saldo final de caja en relación al presupuesto corresponde a:

Saldo Final de Caja 2008 en M\$	
Conceptos	M\$
Subt.04 Mayores ingresos Imposiciones Previsionales	155.243
Subt.05 Menores Ingresos Capredena	-28.477
Subt.21 Mayor gasto en personal	-81.065
Subt.22 Menor gasto	3.267.840
Subt.23 Mayor gastos FAM MLE	-2.403.977
Subt.23 Mayor gasto SIL CCAF	-467.913
Subt.24 APS: Ley 20.157 y Ley 20.250	2.223.194
Subt.24 PPV S.S. Coquimbo, Reloncaví, Bío Bío, Otros	2.101.665
Subt.24 PPI: SIL y resto (otros y Prog. Orígenes)	1.716.095
Subt.32 Mayor gasto Préstamos Médicos	-62.416
Otros	-10.003
TOTAL	6.410.186

Indicadores de Gestión Financiera

Cuadro 5 Indicadores de Gestión Financiera							
Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo ²¹			Avance ²² 2008/ 2007	Notas
			2006	2007	2008		
Porcentaje de decretos modificatorios que no son originados por leyes	$[\text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios} - \text{N}^\circ \text{ de decretos originados en leyes}^{23} / \text{N}^\circ \text{ total de decretos modificatorios}] * 100$	%	65,0	56,25	62,5	111,11%	
Promedio del gasto de operación por funcionario	$[\text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)} / \text{Dotación efectiva}^{24}]$	M\$	35.738	40.114	41.559	103,60%	
Porcentaje del gasto en programas del subtítulo 24 sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en Programas del subt. 24}^{25} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}] * 100$	%	-	-	-	-	
Porcentaje del gasto en estudios y proyectos de inversión sobre el gasto de operación	$[\text{Gasto en estudios y proyectos de inversión}^{26} / \text{Gasto de operación (subt. 21 + subt. 22)}] * 100$		NA	NA	NA	NA	

21 Los factores de actualización de los montos en pesos es de 1,1350 para 2006 a 2008 y de 1,0872 para 2007 a 2008.

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

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

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

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

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

h) Transferencias Corrientes²⁷

Cuadro 6 Transferencias Corrientes					
Descripción	Presupuesto Inicial 2008 ²⁸ (M\$)	Presupuesto Final 2008 ²⁹ (M\$)	Gasto Devengado (M\$)	Diferencia ³⁰	Notas
TRANSFERENCIAS AL SECTOR PRIVADO					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros (convenios de Provisión de prestaciones Médicas)	59.428.254	73.482.890	73.449.830	33.060	
TRANSFERENCIAS A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS					
Gastos en Personal					
Bienes y Servicios de Consumo					
Inversión Real					
Otros ³¹					
TOTAL TRANSFERENCIAS	59.428.254	73.482.890	73.449.830	33.060	

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

28 Corresponde al aprobado en el Congreso.

29 Corresponde al vigente al 31.12.2008.

30 Corresponde al Presupuesto Final menos el Gasto Devengado.

31 Corresponde a Aplicación de la Transferencia.

i) Iniciativas de Inversión³²

1. Nombre:
Tipo de Iniciativa:
Objetivo:
Beneficiarios:

2. Nombre:
Tipo de Iniciativa:
Objetivo:
Beneficiarios:

FONASA NO TIENEN AUTORIZADO PPTO PARA ESTE SUBTITULO

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

• **Anexo 4: Indicadores de Desempeño año 2008**

- **Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Presupuestos año 2008**

Cuadro 7 Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008										
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2006	2007	2008				
• Régimen General de Garantías en Salud - Prestamos Médicos	1 Porcentaje de la recuperación de préstamos médicos sobre el monto total de préstamos médicos otorgados	((Ingresos por recuperación de Préstamos en el año/Monto Préstamos otorgados en el año)*100)	%	60.7	77.3	79.8	80% (6040)	SI	100%	1
				(6775/2296)	(677/5229)	(6595/5550)				
• Programa: Programa de Préstamos Médicos en Salud Evaluado en: 2003	Aplica Desagregación por Sexo: NO			23.0/8769	0/876917	93/826215	5500 (00)*1			
				1757/22.0)*100	6917/5722	9232/*100				
• Régimen General de Garantías en Salud	2 Porcentaje de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de Salud	((N° de usuarios FONASA encuestados que se sienten protegidos por su Seguro de Salud/Total de usuarios FONASA encuestados)*100)	%	73%	76%	85%	72% (s.i / s.i)	SI	118%	2
				(631/864)*100	(684/900)	(680/800)*100				
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									

33 Se considera cumplido el compromiso, si el dato efectivo 2008 es igual o superior a un 95% de la meta.

34 Corresponde al porcentaje del dato efectivo 2008 en relación a la meta 2008.

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2006	2007	2008				
● Régimen General de Garantías en Salud	3 Porcentaje de cumplimiento de la actividad comprometida en el Programa de Prestaciones Valoradas según contrato.	((N° total de actividad realizada y validada del Programa de Prestaciones Valoradas, en cumplimiento a lo establecido en Contrato/N° total de actividad comprometida del Programa de Prestaciones Valoradas según Contrato)*100)	%	96% (1195 4302/ 1242 3661) *100	96% (112 2945 1/11 7414 46)* 100	104% (1276 4685 / 1230 0970)*100	100% (1197 6901 /1197 6901) *100	SI	104%	3
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									
● Régimen General de Garantías en Salud	4 Porcentaje de Prestaciones Asociada al Diagnóstico (PAD) otorgadas en la Modalidad Libre Atención (MLE) respecto del total de Prestaciones que resuelven un diagnóstico PAD en la MLE (PAD + Pago por Prestaciones PPP)	((N° de Prestaciones Asociada al Diagnóstico (PAD) otorgadas en la Modalidad Libre Atención (MLE) /N° Total de Prestaciones (PAD + PPP) que resuelven un diagnóstico PAD en la MLE (PAD + Pago por Prestaciones PPP))*100)	%	82.5 % (8199 2.0/9 9359. 0)*10 0	84.4 % (852 90.0/ 1010 78.0) *100	84.5 % (8933 0/ 1057 27)*1 00 00	84.1 % (7800 0/926 99)*1 00	SI	100%	4
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									
● Régimen General de Garantías en Salud – Plan de beneficios en salud	5 Porcentaje de garantía de acceso cumplida respecto del total de garantías registradas.	((N° de casos creados/N° de casos creados + reclamos)*100)	%	99.94 % (3218 609.0 0/322 0609. 00)*1 00	100. 00% (157 1344 .00/1 5713 44.0 0)*1 00	100% (2002 499 / 2002 499)*100	100% (1/1)* 100	SI	100%	5
Aplica Desagregación por Sexo: NO										

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2006	2007	2008				
•Régimen General de Garantías en Salud – Plan de beneficios en salud	6 Porcentaje de garantías de oportunidad de tratamiento cumplidas respecto del total de garantías de tratamiento.	((N° de garantías de tratamiento de oportunidad cumplidas/N° total de garantías de tratamiento)*100)	%	95.00 % (3365 527.0 0/354 2660. 00)*1 00	95.9 2% (358 5169 .00/3 7377 80.0 0)*1 00	97.52 %(5301 932 / 5437 036)*100	100% (1/1)* 100	SI	98%	6
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									
•Régimen General de Garantías en Salud – Plan de beneficios en salud	7 Porcentaje de garantía de protección financiera cumplida respecto del total de garantías registradas.	((N° de estados de cuenta de Garantías Explícitas en Salud (GES) correctamente cobradas - reclamos garantía protección financiera ha lugar/N° de estados de cuentas GES cobradas)*100)	%	S.I.	S.I.	S.I.	100% (4000 0/400 00)*1 00	NO	0%	7
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									
•Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud – Fiscalización de Cotizaciones	8 Promedio de empresas fiscalizadas (cotizaciones) por fiscalizador de cotizaciones	((Número total de empresas fiscalizadas/Número total de fiscalizadores de cotizaciones))		203 (4265 /21)	202 (423 8/21)	203 (4269 /21)	200 (4200 /21)	SI	102%	8
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2006	2007	2008				
<p>●Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</p> <p>– Fiscalización y Control de Prestaciones</p>	<p>9 Porcentaje de prestadores fiscalizados en la Modalidad Libre Elección en áreas críticas</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((N° de prestadores de la Modalidad Libre Elección fiscalizados en áreas críticas/N° total de prestadores vigentes según área crítica, de la modalidad libre elección)*100)</p>	%	26% (763/ 2991) *100	28% (871/ 3080))*10 0	30,5 % (966 /3172))*100	30% (960/ 3172) *100	SI	101%	9
<p>●Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</p> <p>– Fiscalización y Control de Prestaciones</p>	<p>10 Promedio de fiscalizaciones por fiscalizador de las prestaciones médicas del Plan de Salud.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>(N° fiscalizaciones de las prestaciones médicas del Plan de Salud/N° fiscalizadores)</p>		457 (1599 4/35)	336 (117 43/3 5)	322 (1126 9 /35)	315 (1102 5/35)	SI	102%	10
<p>●Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</p> <p>– Fiscalización y Control de Prestaciones</p>	<p>11 Porcentaje de ahorro en cuenta médica por fiscalización de prestaciones del plan de salud respecto del total facturación fiscalizada.</p> <p>Aplica Desagregación por Sexo: NO</p>	<p>((Monto rebajado por fiscalización de prestaciones del plan de salud/Monto total de facturación fiscalizada)*100)</p>	%	3.3% (4440 6030 5.0/1 3662 2519 64.0)* 100	5.2% (326 1720 92.0/ 6299 3017 20.0) *100	5.2% (511 0276 60/ 9747 3967 74)*1 00	5% (7018 7813 6/140 3756 2710) *	SI	105%	11

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas	
				2006	2007	2008					
•Servicios de atención al Beneficiario/a	12 Porcentaje de encuestados que evalúan satisfactoriamente el servicio entregado por FONASA respecto al total encuestado	((Encuestados que califica como satisfactorio el servicio entregado por FONASA/Total de encuestados)*100)	%	73% (631/ 864)* 100	72% (648/ 900) *100	73% (584/ 800)* 100	76% (760/ 1000) *100	SI	96%	12	
	Aplica Desagregación por Sexo: NO										
•Servicios de atención al Beneficiario/a – Entrega de Información oportuna, pertinente y de calidad del Régimen General de Garantías en Salud	13 Porcentaje de encuestados que califica como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)	((Encuestados que califican como satisfactoria la información entregada por los distintos canales (call center, sucursales, web)/Total de encuestados)*100)	%	69% (258/ 374)* 100	75% (668/ 890) *100	78% (1107/ 1428) *100	69% (690/ 1000) *100	SI	112%	13	
	Aplica Desagregación por Sexo: NO										
•Servicios de atención al Beneficiario/a – Solución de solicitudes ciudadanas	14 Porcentaje de Reclamos por mala calidad de atención en sucursales respecto del total de reclamos recibidos	((Nº de Reclamos por mala calidad del servicio año/Nº total de Reclamos realizados año)*100)	%	13% (1242 /9361))*100	4% (632/ 1415) 6)*1 00	6% (905/ 1078) *100	15% (1800 /1200 0)*10 0	SI	250%	14	
	Mujeres:										
	Aplica Desagregación por Sexo: SI										
Hombres:											

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2006	2007	2008				
●Servicios de atención al Beneficiario/a – Emisión de Ordenes de Atención en Salud	15 Porcentaje de Bonos Electrónicos emitidos respecto del total de Bonos emitidos en el año.	((N° de Bonos electrónicos emitidos/N° de Bonos emitidos)*100)	%	34% (7191 569/2 0927 234)* 100	41% (832 7760 /204 8319 6)*1 00	42% (9243 805 / 2200 8784) *100	32% (5800 000/1 8100 000) *100	SI	131%	15
	Aplica Desagregación por Sexo: NO									
●Servicios de atención al Beneficiario/a – Solución de solicitudes ciudadanas	16 Porcentaje de Reclamos por Mala Calidad de Atención en sucursales, resueltos dentro de 15 días	((N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales resueltos dentro de 15 días/N° de reclamos por mala calidad de atención en sucursales)*100)	%	95% (1184 /1242)*100	97% (611/ 632) *100	97% (861/ 885)* 100	94% (2915 /3100)*100	SI	103%	16
	Aplica Desagregación por Sexo: SI	Mujeres:		0	97	97.3 %	94%			
		Hombres:		0	97	97.3 %	94%			
●Régimen General de Garantías en Salud	17 Porcentaje de Temporeros beneficiarios de FONASA según estimado temporeros nivel País.	((N° total de temporeros beneficiarios del FONASA/N° total estimado de Temporeros a nivel País)*100)	%	57.7 % (3563 37.0/ 6176 40.0)* 100	65.5 % (404 771. 0/61 7640 .0)*1 00	71.1 % (4389 31/ 6176 40) *100	64.8 % (4000 00/61 7640) *100	SI	110%	17
●Plan Nacional de Afiliación y Acreditación	Aplica Desagregación por Sexo: SI	Mujeres:		0	76.3 %	53.9 %	16.2 %			
		Hombres:		0	45.6 %	17.3 %	48.6 %			

Cuadro 7
Cumplimiento Indicadores de Desempeño año 2008

Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Meta 2008	Cumple SI/NO ³³	% Cumplimiento ³⁴	Notas
				2006	2007	2008				
<ul style="list-style-type: none"> • Régimen General de Garantías en Salud – Plan de beneficios en salud 	18 Porcentaje de indigentes o personas carentes de recursos, acreditados con nuevo sistema de acreditación de FONASA respecto al número de indigentes estimados por FONASA periodo 2006-2010.	((N° de indigentes o personas carentes de recursos con credenciales del nuevo sistema de acreditación/N° de indigentes estimados por Fonasa periodo 2006-2010)*100)	%	88% (2100 000/2 4000 00)*1 00	97% (232 9506 /240 0000) *100	93.9 (2252 894/ 2400 000) *100	95% (2280 000/ 2400 000) *100	SI	99%	18
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Afiliación y Acreditación – Acreditación – Emisión de instrumentos de identificación 	Aplica Desagregación por Sexo: NO									
<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud – Fiscalización de Cotizaciones 	19 Porcentaje de recuperación de evasión de cotizaciones	((Monto de cotizaciones evadidas recuperadas/Monto total de cotizaciones evadidas)*100)	%	4.0% (1699 734.0 /4240 0000. 0)*10 0	5.2% (941 8048 18.0/ 1823 8318 000. 0)*1 00	5.5% (1992 692 / 3630 0000)*100	5.2% (1890 00 / 3630 0000)*100	SI	106%	19
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Financiera – Recaudación 										

Porcentaje global de cumplimiento: 95%

Notas:

1. El indicador cumple con la meta de recuperación planteada para 2008 en torno a los préstamos médicos otorgados durante ese año.
2. La encuesta de satisfacción aplicada a nuestros clientes da cuenta de que un porcentaje mayor al esperado se siente protegido por FONASA como su seguro de salud; sin embargo, el nivel de cumplimiento de un 118% no alcanza a reportarse como sobrecumplimiento.

-
3. Las principales acciones realizadas durante el segundo semestre, con el objeto de cumplir la meta del Indicador referido a la actividad PPV 2008 fueron:
 - Reprogramación o ajuste de compromisos realizada el segundo semestre
 - Contacto más frecuente y directo de las gestiones Comerciales con los Servicios, para insistir en necesidad de registro
 - Reunión con DEIS para la obtención del reporte REM actualizado
 - Mejoramiento del reporte SIGGES
 - Desarrollo de aplicación en DataMart para obtener informe de facturación ordenado a partir de los datos SIGGES
 4. Realizando un análisis del comportamiento histórico de este indicador, se observó que este se estabilizaba en torno al 84%, cifra similar a la de este año; para 2009 se solicitó la eliminación del indicador, la que ya fue aceptada.
 5. Indicador cumplido sin problemas.
 6. Indicador cumplido, dentro de los rangos establecidos.
 7. Como sistema de Planificación / Control de Gestión se realizaron las acciones de coordinación que correspondían con la DIPRES (Control de Gestión), con el MINSAL y con el respectivo Centro de Responsabilidad al interior de la institución, para lograr el cumplimiento de esta meta; sin embargo, este proceso se escapó del ámbito técnico lo que implicó que FONASA finalmente no hiciera efectiva la cobranza de los Estados de Cuenta de Garantías Explícitas en Salud (GES) comprometidos en los decretos N° 170, N° 228 y N° 44, debido a una decisión Ministerial basada en los principios que rigen el accionar del Supremo Gobierno y el quehacer sectorial, en orden a propender a la Protección Social en Salud. En esa línea, el subdepto. Control de Gestión de FONASA solicitó la modificación del indicador para el periodo 2009, lo que fue aceptado.
 8. El cumplimiento de este indicador presenta una tendencia estable.
 9. Indicador con tendencia estable.
 10. Indicador con tendencia de cumplimiento normal, se mantiene dentro de los estándares establecidos por el servicio.
 11. Indicador con nivel de sobre cumplimiento mínimo con relación al estándar establecido.
 12. La encuesta de satisfacción a clientes da cuenta de un cumplimiento levemente inferior a la meta definida para el indicador sin embargo, se mantiene dentro de los estándares establecidos para este indicador.
 13. La encuesta de satisfacción a nuestros clientes da cuenta de un cumplimiento levemente superior al estándar establecido para este indicador.
 14. Este indicador no estaba dando cuenta de la gestión de FONASA ya que se mezclaba con los reclamos por concepto de servicio otorgado por otras instituciones como por ejemplo, servicios de Salud, lo que no es de directa gestión de FONASA y hacía que la medición sea imprecisa.
 15. El objetivo de este indicador era incentivar el uso de la modalidad de venta electrónica, lo que estaría cumplido dados los resultados de los últimos 4 años, en que ya se ha llegado a un nivel cercano o superior al 40%. Para la formulación presupuestaria 2009 se propuso la eliminación del indicador, la que fue aceptada por Dipres.
 16. Indicador cumplido a la fecha de corte. Se están realizando esfuerzos para mejorar la medición a fin de año.
 17. Indicador con cumplimiento levemente superior al estándar establecido. Para el 2009 se modificó la meta ajustando el total estimado de temporeros según la encuesta Casen 2006.
 18. Indicador cumplido a la fecha de corte. No obstante como forma de contribuir de mejor manera al logro de los objetivos estratégicos se optó por solicitar la modificación de este indicador a Dipres para el proceso 2009, lo que fue aceptado.
 19. Indicador con tendencia de cumplimiento normal.

Otros Indicadores de Desempeño

Cuadro 8 Otros indicadores de Desempeño año 2008							
Producto Estratégico	Nombre Indicador	Fórmula Indicador	Unidad de medida	Efectivo			Notas
				2006	2007	2008	
<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	%	10%	9.5%	8.7%	1
<i>Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud</i>	Tasa de variación por ahorro en la venta de bonos por aplicación de CAT en el sistema Informático	(Monto del ahorro en la NO venta de bonos por aplicación de CAT en el sistema Informático año t) / (Monto del ahorro en la NO venta de bonos por aplicación de CAT en el sistema Informático año t-1)	%	28%	27%	20.9%	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	2.2	3	3.3	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	5.3	8.3	2.6	4
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de becas otorgadas respecto a la Dotación Efectiva.	(N° de becas otorgadas año t/ Dotación efectiva año t) *100	%	1.6%	1%	0.6%	5
<i>Régimen General de Garantías en Salud</i>	Porcentaje de actividades de capacitación definidas en el Plan Anual de Capacitación respecto de las realizadas en el año por cada comité Bipartito	(N° actividades de capacitación realizadas en el año / N° total de actividades definidas en el Plan de Trabajo (x cada comité Bipartito), en el año) * 100.	%	64.4%	58.5%	112.9%	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	(N° de "Compras Urgentes" realizadas / Total de Compras realizadas a través del Sitio Chile Compras) * 100	%	1.9%	0,0%	0.5%	7

Notas

- 1.- El comportamiento descendente del indicador, es coherente a las acciones realizadas respecto de la constante fiscalización de los empleadores.
- 2.- La evolución decreciente del indicador, es producto de la continua fiscalización y mejora de los sistemas informáticos en la venta de bonos.
- 3.- En promedio el Dpto. de Fiscalía, presenta una demora en el análisis legal de las bases Administrativas de 3 días.
- 4.- Idem a lo anterior, pero para contratos y redacción de los mismos, indicador que a mostrado mejoras presentando para el último periodo una demora promedio de 2.6 días.
- 5.- Indicador, que da cuenta de la restricción presupuestaria para otorgamiento de becas, pues la dotación efectiva no presenta variaciones significativas para el periodo de análisis.

6.- Indicador que muestra la orientación de la Dirección de Fonasa hacia la capacitación continua para mejorar la gestión institucional.

7.- Los resultados del indicador dan cuenta de la mejora en la planificación de las compras institucionales.

• Anexo 5: Programación Gubernamental

Cuadro 9
CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN GUBERNAMENTAL 2008

Objetivo	Producto	Producto Estratégico (bienes y/o servicio) al que se vincula	Evaluación
Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable. Con equipos de salud en formación continua, orgullosos de su quehacer y en ambientes laborales saludables y participativos. Estimular la participación social, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias.	Respuesta oportuna de Reclamos por Mala calidad de atención en sucursales FONASA, dentro de 15 días.		1º Trimestre:  CUMPLIDO
			2º Trimestre:  CUMPLIDO
			3º Trimestre:  CUMPLIDO
			4º Trimestre:  CUMPLIDO
	Responder oportunamente los reclamos AUGE por Garantía de Oportunidad incumplida.		1º Trimestre:  CUMPLIDO
			2º Trimestre:  CUMPLIDO
			3º Trimestre:  CUMPLIDO
			4º Trimestre:  ALTO
Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y con calidad, otorgando una atención integral a la población en un proceso de garantías crecientes.	Diseño, Plan de Monitoreo y Fiscalización del Programa de Prestaciones Valoradas de FONASA ejecutado.		1º Trimestre:  MEDIO
			2º Trimestre:  CUMPLIDO
			3º Trimestre:  CUMPLIDO
			4º Trimestre:  CUMPLIDO
	Campaña de información sobre el sistema AUGE a beneficiarios FONASA ejecutada y evaluada.		1º Trimestre:  CUMPLIDO
			2º Trimestre: 

		BAJO
		3° Trimestre:  BAJO
		4° Trimestre:  BAJO
Mejorar la justicia financiera en la previsión de salud, incorporando "planes estandarizados", mayor transparencia e información a los afiliados de las Isapres, ampliando la cobertura de FONASA dirigida a los trabajadores precarios.	Tasa de aumento de la población beneficiaria FONASA temporera respecto del año anterior.	1° Trimestre:  CUMPLIDO
		2° Trimestre:  CUMPLIDO
		3° Trimestre:  CUMPLIDO
		4° Trimestre:  CUMPLIDO

• **Anexo 6: Informe de Cumplimiento de los Compromisos de los Programas/Instituciones Evaluadas³⁵**

(01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2008)

Programa/Institución: Préstamos Médicos en Salud

Año Evaluación: 2003

Fecha del Informe: lunes, 18 de mayo de 2009 17:28:13

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

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

El Fondo Nacional de Salud está autorizado a realizar el cobro de las cuotas de préstamos médicos a través del envío de planillas de cobro a los empleadores de las personas dependientes, las que el empleador está obligado a descontar de la remuneración y pagar antes del día 10 del mes siguiente en el Banco indicado por FONASA según convenio vigente.

En el caso de los pensionados, se le instruye a la empresa pagadora de pensión el descuento de la cuota para luego enterarla en el FONASA.

En el caso de las personas que se les otorgó préstamo y que son independientes, imponentes voluntarios o estuviera en goce de subsidio de cesantía, de incapacidad laboral o maternal, el deudor debe pagar en forma directa, utilizando la planilla de pago que se le enviará a su domicilio.

En el caso de no pago del titular, el Fonasa está autorizado a realizar acciones de cobro a los codeudores del préstamo, primero al primer codeudor y si este no paga, se procede a cobrarle al segundo codeudor.

En el caso de los préstamos de pensionados y dializados, a quienes actualmente no se le exigen codeudores, si el titular fallece, se le envía carta a los familiares para hacerse cargo de la deuda. No obstante, si no existe posición efectiva de los bienes y deudas del fallecido, no se pueden realizar acciones de cobro obligatorias.

Cabe señalar, que el FONASA está analizando estrategias para, en un futuro próximo, exigir un codeudor a los pensionados y dos a los dializados. No obstante, el aplicar este requisito tiene un elevado impacto social.

A Diciembre 2006:

Lograda la aprobación de la Modificación al DS 369 solicitada a la Contraloría General de la República en Julio del 2006; que suprime la exigencia del seguro de desgravamen para un préstamo médico, y permite presentar a los pensionados un solo codeudor solidario mientras que a los beneficiarios activos dos codeudores solidarios, incluidos los dializados; el Fondo Nacional de Salud está analizando la mejor estrategia comunicacional para informar a los afectados de los nuevos requisitos, y encontrar la mejor manera de implementar los cambios. Los nuevos requisitos deben implementarse durante el año 2007.

Junio 2007: Analizada por el Comité Ejecutivo la necesidad de implementar la exigencia de dos codeudores solidarios a los diálizados que solicitaran préstamo médico; se decidió realizar una estrategia de acercamiento a los dializados a través de comercialización (quiénes tienen el contacto con los centros de diálisis), de manera de trasladar a los diálizados que aún no se habían trasladado al AUGE. De tal manera, se está a la espera del traslado del total de dializados al AUGE de manera de no producir un problema social de salud importante, ya que en la práctica nadie sirve de codeudor a un dializado dados los altos costos del tratamiento.

Como medio de verificación se enviarán las instrucciones de la dirección de Fonasa respecto de la implementación de exigencia de codeudores para los dializados.

Agosto 2007: en los comentarios a Junio 2007 se intentó explicar lo siguiente: Si bien de acuerdo al DS 369, que reglamenta los préstamos médicos, FONASA debe exigir como requisito para los préstamos médicos de diálisis codeudores solidarios; el Comité Ejecutivo del FONASA dió instrucciones de que antes de implementar dicho requisito, se debía contactar al mayor número posible de dializados que aún no se han incorporado al AUGE, de manera de lograr su incorporación, para lograr minimizar en lo posible el efecto sobre los dializados.

Cabe aclarar que la incorporación y/o traslado al AUGE no es automática, debiendo cumplirse con ciertos procedimientos.

Así, y dado que el compromiso se refiere a implementar el requisito de los codeudores para los préstamos de diálisis; es que se propone como medio de verificación, el documento interno mediante el cual FONASA instruya la fecha de inicio de dicho requisito. Sin embargo, ya que la instrucción aún no se ha dado; el documento se enviará a la Dipres cuando la instrucción sea dada.

Marzo 2008 : Debido al fuerte impacto social de aplicar a pensionados y dializados, ambos grupos altamente vulnerables, la exigencia de codeudores para acceder a un préstamo médico;

el Comité Ejecutivo de FONASA está evaluando solicitar una nueva modificación al DS 369 de manera de eliminar dicho requisito.

Como medio de verificación se enviará el documento en que el Fondo Nacional de Salud, formaliza la solicitud de modificación al DS 369.

Informe a Junio 2008:

Debido a que la solicitud de modificación del DS 369 significa un proceso de largo análisis al interior de FONASA ya que no sólo aborda el tema de préstamos médicos; no es posible hacer una estimación del tiempo que demorará tanto su presentación como la obtención de una respuesta a dicha solicitud. Por tanto, la dirección de FONASA ha decidido instruir la aplicación de la norma vigente del Decreto Supremo 369, y así dar cumplimiento al compromiso adquirido ante la DIPRES. Por tanto, a partir del 1° de Septiembre del año en curso, se exigirá como requisito para el otorgamiento de préstamos médicos a pensionados y dializados la presentación de codeudores.

Como medio de verificación se adjunta Nota Interna 3E/N° 100 del 27/06/2008 donde el Director de FONASA instruye la aplicación de esta normativa.

Calificación: Cumplido (Junio 2008)

Medios de Verificación:

Informe de Evaluación de la cartera de préstamos médicos y Bases del llamado a Cotizar Seguro de Desgravamen enviado a DIPRES durante el mes de Julio 2004. Resolución Exenta 4.1D/N° 3428 de fecha 02/12/2004 que declara desierta la licitación.

Se adjunta Ord. 3E/N°001381, el que en su punto N°2, define las acciones que se emprenderan en relación a la Licitación del seguro de degravamen.

se adjunta Decreto modificatorio del Decreto N° 360 de 1985, tomado razón el 16 de Marzo 2006.

Nota Interna 3E/N° 100 del 27/06/2008 donde el Director de FONASA instruye la aplicación de esta normativa.

Nota Interna 3E/N° 100 del 27/06/2008 donde el Director de FONASA instruye la aplicación de esta normativa.

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

Como medio de verificación se adjuntará copia del informe que se enviará a la Dipres con la caracterización solicitada.

Agosto 2007: La nueva caracterización de la cartera solicitada por la Dipres, será presentada antes de Diciembre del 2007.

Marzo 2008: Durante el segundo semestre del año 2007 se trabajó en obtener la información respecto de los deudores cuya deuda se está solicitando castigar, lo que ha significado un trabajo riguroso. Por lo tanto, la caracterización de la cartera será finalmente presentada a la Dipres en el próximo mes de Abril. Como medio de verificación se enviará documento formal de envío de la información.-

Informe a Junio 2008:

Si bien FONASA definió en el año 2005 Criterios de Incobrabilidad en el ámbito de los préstamos médicos, los cuales fueron presentados y sancionados por el Ministerio de Salud; en la actualidad éstos se encuentran en el Ministerio de Hacienda, ya que fueron enviados por el Ministerio de Salud a la espera de la autorización para castigar la cartera definida como incobrable por el FONDO.

Para su análisis el Ministerio de Hacienda solicitó el Tramo de ingreso de las deudas calificadas como incobrables, información que se envía mediante un CD adjunto al Ordinario 3E/N° 2769 del 18/07/2008.-

Como medio de verificación se adjunta Ordinario mencionado.

Informe a Agosto 2008:

En conclusión: El Criterio de Incobrabilidad aprobado por el Ministerio de Salud para los Préstamos Médicos otorgados, corresponde a los préstamos médicos con saldo pendiente que corresponda a afiliados fallecidos.

Calificación: Cumplido (Junio 2008)

Medios de Verificación:

Informe Fundamentos de Incobrabilidad de Deudas de

	<p>Préstamos Médicos enviado a Dipres en enero 2005. Se envió informe que define los criterios de incobrabilidad en Ordinario N° 166 de fecha 31/01/2005.</p>
--	---

Se adjunta Ord. 3E/N°001381, el que en su punto 3, define y explica los criterios de incobrabilidad definidos por FONASA, los que deberán próximamente ser sancionados por el MINSAL.

Se adjunta Odr. N° 4C/1728, del 31 de julio de 2006, desde el Ministerio de Salud al Ministerio de Hacienda, solicitando autorización para el castigo de créditos por concepto de préstamos médicos incobrables.

Ordinario 3E/N° 2769 del 18/07/2008

- **Anexo 7: Cumplimiento de Sistemas de Incentivos Institucionales 2008 (Programa de Mejoramiento de la Gestión, Metas de Eficiencia Institucional u otro)**

Cumplimiento PMG 2008															
Áreas de Mejoramiento	Sistemas	Objetivos de Gestión										Prioridad	Ponderador	Cumple	
		Etapas de Desarrollo o Estados de Avance													
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X				
Recursos Humanos	Capacitación							○					ALTA	12%	✓
	Higiene-Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo						○						ALTA	12%	✓
	Evaluación de Desempeño						○						ALTA	12%	✓
Calidad de Atención a Usuarios	Sistema Integral de Atención a Cliente(a)s, Usuario(a)s y Beneficiario(a)s								○				ALTA	12%	✓
	Gobierno Electrónico						○						MEDIA	6%	✓
Planificación / Control / Gestión Territorial	Planificación / Control de Gestión										○		MEDIA	9%	✓
	Auditoria Interna								○				MEDIA	9%	✓
	Gestión Territorial				○								MEDIA	6%	✓
Administración Financiera	Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público								○				ALTA	12%	✓
Enfoque de Género	Enfoque de Género				○								MENOR	5%	✓

Porcentaje Total de Cumplimiento: 100%

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

Cuadro 11 Cumplimiento Convenio de Desempeño Colectivo año 2008				
Equipos de Trabajo	Número de personas por Equipo de Trabajo ³⁶	N° de metas de gestión comprometidas por Equipo de Trabajo	Porcentaje de Cumplimiento de Metas ³⁷	Incremento por Desempeño Colectivo ³⁸
Equipo N°1: Dirección Regional Norte	72	3	100%	6,05%
Equipo N°2: Dirección Regional Centro Norte	101	4	100%	6,05%
Equipo N°3: Dirección Regional Centro Sur	93	6	100%	6,05%
Equipo N°4: Dirección Regional Sur	87	7	100%	6,05%
Equipo N°5: Dirección Regional Metropolitana	176	6	100%	6,05%
EQUIPO N°6 : Dirección Nacional , Dpto. Auditoría Interna, Dpto. Fiscalía, Oficina de Marketing y Oficina de Relaciones Institucionales.	22	5	100%	6,05%
Equipo N°7: Departamento Gestión de Tecnologías de la Información	22	4	100%	6,05%
Equipo N°8: Departamento de Control y Calidad de Prestaciones	13	3	100%	6,05%
Equipo N°9: Departamento de Finanzas	37	5	100%	6,05%
Equipo N°10: Departamento de Operaciones	61	3	100%	6,05%
Equipo N°11: Departamento de Comercialización	14	4	100%	6,05%
Equipo N°12: Departamento de Planeamiento Institucional	12	3	100%	6,05%

36 Corresponde al número de personas que integran los equipos de trabajo al 31 de diciembre de 2008.

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

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

- **Anexo 9: Proyectos de Ley**

“EL SERVICIO NO TIENE PROYECTOS DE LEY EN TRAMITE EN EL CONGRESO NACIONAL,
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2008”