



CUENTA PÚBLICA PARTICIPATIVA

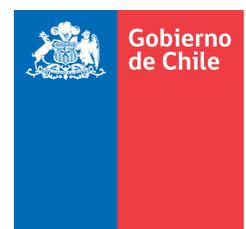
Fondo Nacional de Salud
NIVEL NACIONAL
2011|2012





CUENTA PÚBLICA PARTICIPATIVA

Fondo Nacional de Salud
NIVEL NACIONAL
2011|2012





Esta publicación es responsabilidad del Fondo Nacional de Salud. La información que contiene es accesible vía Internet y puede ser utilizada, haciendo referencia a su procedencia.

Santiago 2012

INDICE



PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR	08
EQUIPO DIRECTIVO	09
RED DE SERVICIOS	10
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	11
HISTORIA DE FONASA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHILE	13
Breve Historia	13
Nacimiento de FONASA	13
Cifras	14
Estructura del Sistema Público de Salud	14
Funcionamiento del Sistema de Salud	15
PRINCIPALES LOGROS 2011 - 2012	
1. ROL ASEGURADO	16
Conociendo a sus Asegurados	16
Rol del Seguro Público	17
Proceso de Refocalización de Asegurados	17
Caracterización Asegurados FONASA	18
Plan de Salud FONASA	19
Cobertura Plan de Salud	22
2. TÉRMINO DE LA LISTA DE ESPERA AUGE	23
Portal AUGE en Línea	23
Bono AUGE	24
Sistema de Alertas AUGE FONASA: SAAF	25
Resolución Listas de Espera No AUGE	25
3. ROL FINANCIERO: MEJORA EN FOCALIZACIÓN DE RECURSOS A POBLACION MÁS VULNERABLE	26
Aumento de la Recaudación	26
Mejorar la Recaudación y la Fiscalización de los recursos de FONASA	27
Disminución de la Deuda Hospitalaria	29
Presupuesto Atención Primaria: Per Cápita, Gran Aumento en los Últimos Años	30
Programas Especiales de Salud	30
Pago Integral: Caso Licitación Camas Críticas por Terremoto	32
Actualización de los Aranceles FONASA, Nuevas Prestaciones	32
4. MODERNIZACIÓN DE FONASA Y RENOVACIÓN DE SUS SUCURSALES	33
Una Nueva Forma de Atención	33
Motivación de Ejecutivos	34
Capacitaciones	34

INDICE



5. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN (TI)	35
Sector Público de Salud y Estrategia de Informatización SIDRA (Sistemas de Información de Redes Asistenciales)	35
Sistema Corporativo de Información de FONASA	36
Licencia Médica Electrónica FONASA	39
Modernización Plataforma de Sistema que Soporta la Operación de las Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red Pública de Salud	41
7. IMAGEN DE FONASA	42
IV Encuesta Nacional de Derechos	42
Chile3D "Marcas y Estilos de Vida de los Chilenos"	43
Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios, Superintendencia de Salud	44
Estudio de Percepción y Satisfacción de Asegurados, FONASA	44
8. GESTIÓN DE SOLICITUDES CIUDADANAS	46
Reclamos	47
Reclamos por Canal de Atención	47
9. PARTICIPACIÓN CIUDADANA	48
Objetivos de la Participación Ciudadana	48
Mecanismos de participación Ciudadana	48
Diálogos Participativos 2012: Compromiso con la Ciudadanía	49
Consejos de la Sociedad Civil de FONASA: Nuestros Nexos con la Sociedad Civil Organizada	49
Desafíos	50
Ley de Transparencia	50
10. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN	52
Cumplimiento Metas PMG 2011	53
Area Calidad de Atención a Usuarios	53
Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información	53
Sistema Seguridad de la Información	54
Área Planificación y Control de Gestión	54
Establecimiento Metas PMG año 2012	55
11. PREMIO ANUAL POR EXCELENCIA INSTITUCIONAL	56
Premio Anual Excelencia Institucional, PAEI, 2012	56

INDICE



DETALLE DE EJECUCIÓN EN DIRECCIONES ZONALES DE FONASA

57

Trabajo en las Direcciones Zonales	58
Tablas Comparativas Direcciones Zonales de FONASA	59

DIRECCIÓN ZONAL NORTE, DZN

61

Población Asegurada	61
Población Asegurada Cotizante	62
Emisión de Bono de Atención en Salud, BAS	62
Fiscalización de Cotizaciones y Prestaciones	62
Participación Ciudadana	62

DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE, DZCN

63

Población Asegurada	63
Población Asegurada Cotizante	64
Emisión Bono de Atención en Salud, BAS	64
Fiscalización de Cotizaciones y Prestaciones	64
Participación Ciudadana	64

NIVEL CENTRAL

65

Población Asegurada	65
Población Asegurada Cotizante	65
Emisión Bono de Atención en Salud, BAS	66
Fiscalización de Cotizaciones y Prestaciones	66
Participación Ciudadana	66

DIRECCIÓN ZONAL CENTRO SUR, DZCS

67

Población Asegurada	67
Población Asegurada Cotizante	68
Emisión Bono de Atención en Salud, BAS	68
Fiscalización de Cotizaciones y Prestaciones	68
Participación Ciudadana	69

DIRECCIÓN ZONAL SUR, DZS

69

Población Asegurada	70
Población Asegurada Cotizante	70
Emisión Bono de Atención en Salud, BAS	70
Fiscalización de Cotizaciones y Prestaciones	71
Participación Ciudadana	71



Con gran satisfacción, ponemos a disposición de la comunidad esta Cuenta Pública Participativa, que refleja la gestión de FONASA durante el período comprendido entre 2011 y 2012.

Numerosas y ambiciosas son las tareas en las que FONASA se ha embarcado. Y hemos ido avanzando con éxito.

A la fecha, más 13,3 millones de chilenos son asegurados de FONASA, lo que representa más del 76% de la población nacional. Se trata de una cifra histórica: nunca antes la participación de FONASA en el mercado asegurador de salud había sido tan alta. Las puertas de FONASA están abiertas para acoger a todos: el 90% de los adultos mayores, el 76% de las mujeres en edad fértil, a las personas que tienen preexistencias, temporeros, indigentes, etc., e inclusive quienes no tienen los recursos para pagar por salud.

De acuerdo con los compromisos asumidos por el Presidente Sebastián Piñera, pusimos fin a las listas de espera históricas del Auge –que a marzo del 2010 sumaban más de 380.000– e implementamos un sistema de alerta, una suerte “semáforo” que advierte cuando están próximos a vencer activando las alarmas de reclamos. Mantenemos vigente el bono Auge, para que, en caso de incumplimiento, las personas puedan reclamar dentro de 15 días y recibir alternativas de atención en otros centros, públicos o privados. Todo ello, para que nunca más vuelva a acumularse tan doloroso stock de espera.

También hemos avanzado en otro tema de preocupación: la reducción, en un plazo de dos años, de las listas de espera no Auge, aquellas donde nuestros asegurados aguardaban por una cirugía por más de un año. De las casi 90 mil que había a marzo del 2011, ya se ha resuelto el 70% a septiembre del 2012.

Asimismo, durante este periodo se promulgó la ley de eliminación del 7% de cotización de salud para los pensionados de más escasos recursos, sin perder los beneficios de salud, especialmente los de la modalidad de Libre Elección.

Además, a contar de julio del 2012, los 658 mil asegurados de FONASA que reciben una Pensión Básica Solidaria a lo largo de todo

el país quedaron también habilitados para acceder a la modalidad de Libre Elección, es decir, poder elegir dónde, cuándo y con quién atenderse mediante la compra de un bono. De este modo, alrededor del 80% de los 13,3 millones de asegurados hoy están en condiciones de atenderse en libre elección, descongestionando los consultorios y hospitales públicos.

Adicionalmente, para dar mayores beneficios a los usuarios de la Libre Elección, aumentamos de 29 a 33 los Programas Asociados a Diagnóstico (PAD), anticipándonos al sector privado en la oferta de este tipo de paquetes de cirugía a precio conocido y con todas las prestaciones incluidas, sin sorpresas en la cuenta final, que pueden ser utilizados en las mejores clínicas del país. Junto con ello, aumentamos la cobertura financiera en 12 de estos programas, disminuyendo el copago de los PAD más requeridos por nuestros asegurados.

A esto se suma un ambicioso plan de modernización, que además de la venta de bonos con huella dactilar, medios de pagos electrónicos, el inicio de la licencia médica electrónica y la inscripción de nuevas prestaciones al arancel, incorporará la plataforma tecnológica más moderna del país.

Dentro de nuestro rol financiero, hemos continuado con la administración de los recursos del sector Salud, incluyendo la deuda hospitalaria –que ha experimentado una baja sustancial desde junio de 2010–, con compromisos de gestión estrictamente monitoreados, ahora en tiempo real; una exhaustiva fiscalización de los empleadores para asegurar el adecuado pago de las cotizaciones previsionales de los trabajadores, y una apropiada complementariedad con el sector privado.

Una de las tareas más complejas fue detectar a los falsos indigentes, que de 4,5 millones de personas que a diciembre del 2010 se encontraban en el tramo A (carentes de recursos) bajaron a 3,2 millones en junio del 2012.

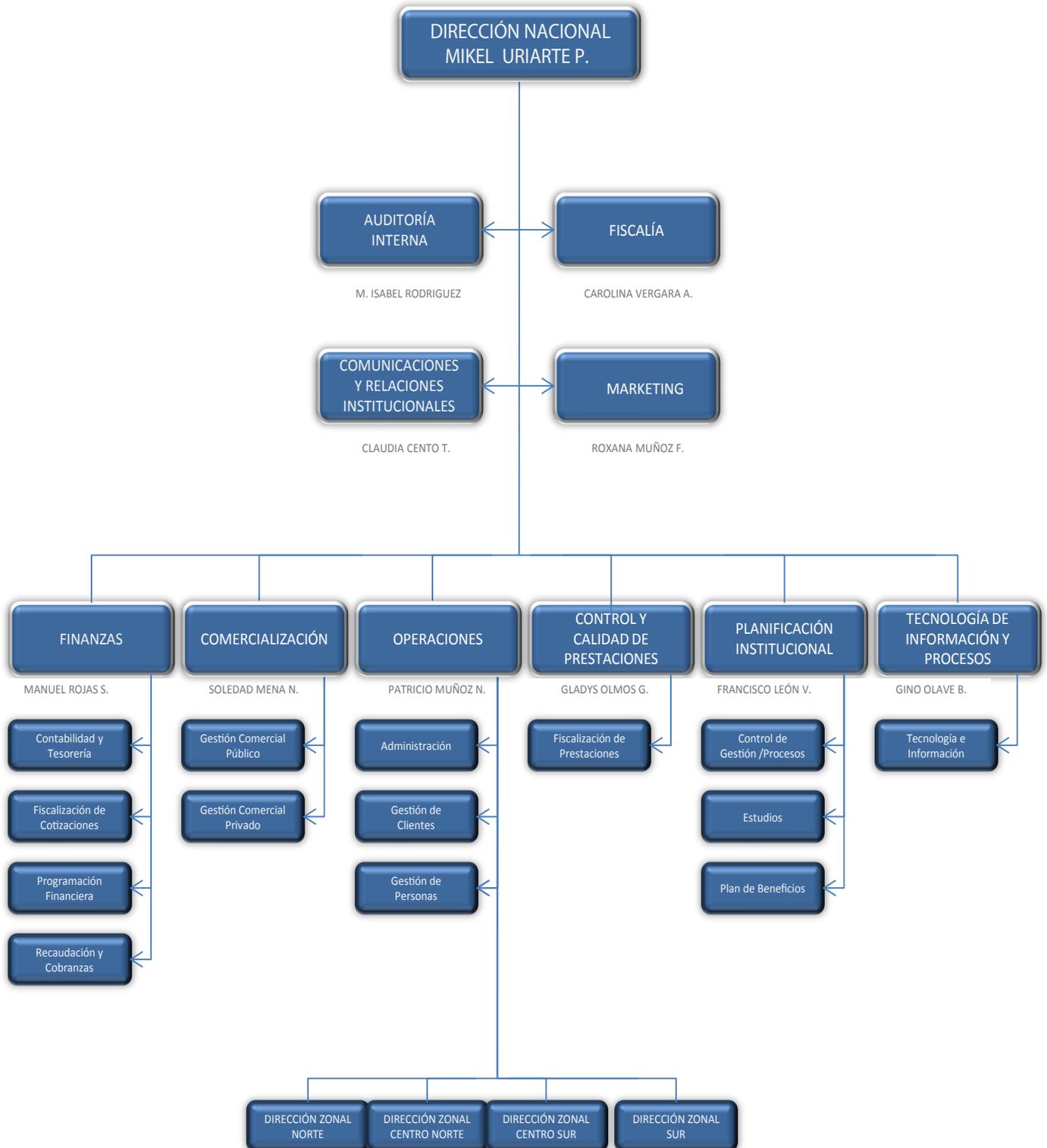
Esto, sumado a la reclasificación de nuestros asegurados en los tramos que efectivamente les corresponden y la llegada de nuevos afiliados, ha permitido aumentar la recaudación a niveles insospechados. Si se comparan las cifras del año 2009 con las estimadas para el año 2012, se recaudarán más de US\$600 millones adicionales anuales. Para el 2013 se espera subir esta cifra a US\$1.000 millones, monto similar a la reforma tributaria.

Todo lo anterior lo hemos logrado porque desde que asumimos esta administración nos propusimos poner al asegurado, con nombre y apellido, como eje de nuestra gestión, buscando dar solución a sus necesidades de salud, complementando la red pública y la privada.

Por último, no podríamos haber conseguido estas metas, y otras que vendrán, sin destacar el trabajo de todo el personal de Fonasa, que ha mostrado su gran dedicación en el logro de dar más y mejor salud a nuestros asegurados. ■■■

MIKEL URIARTE PLAZAOLA
DIRECTOR FONDO NACIONAL DE SALUD

EQUIPO DIRECTIVO



RED DE SERVICIOS



XV REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
1	2	84	1	22	10	69

I REGIÓN DE TARAPACA						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
2	3	30	2	37	141	499

II REGIÓN DE ANTOFAGASTA						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
4	4	153	7	47	282	687

III REGIÓN DE ATACAMA						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
2	3	46	9	43	84	230

IV REGIÓN DE COQUIMBO						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
5	9	168	8	146	213	760

V REGIÓN DE VALPARAISO						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
13	15	693	22	191	615	2.721

VI REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
5	6	228	15	140	290	831

VII REGIÓN DEL MAULE						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
7	10	209	19	265	254	968

VIII REGIÓN DEL BÍO BÍO						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
20	21	839	24	368	667	2.211

IX REGIÓN DEL LA ARAUCANÍA						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
6	17	51	16	284	146	788

XIV REGIÓN DEL LOS RÍOS						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
5	9	43	6	104	78	296

X REGIÓN DEL LOS LAGOS						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
7	17	146	11	277	146	652

XI REGIÓN DE AYSÉN GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
1	5	5	1	40	12	73

XII REGIÓN DE MAGALLANES						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
2	4	33	5	28	60	191

XIII REGIÓN METROPOLITANA						
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADORES BONO ELECTRÓNICO	EEDD*	RED SALUD PÚBLICA	INSTITUCIONES LIBRE ELECCIÓN**	PROFESIONALES LIBRE ELECCIÓN
25	19	2.556	32	437	1.576	6.896

TOTAL	104	144	5.284	189	2.429	4.554	17.845
--------------	------------	------------	--------------	------------	--------------	--------------	---------------

* Considera bienestar, municipalidades, prestadores privados, hospitales y CCAF

** Considera centros médicos, de diálisis, hospitales SNS, laboratorios, proteístas, centros de imagenología, hospitales privados, clínicas quirúrgicas de diversa complejidad, clínicas de recuperación y psiquiátricas, ópticas y centros del adulto mayor.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

MISIÓN

Ser un **seguro orientado a satisfacer necesidades de salud** de sus asegurados (as), a nivel país, que entrega **cobertura financiera** de las prestaciones de salud en el **sector público y privado**, resfuertando un eficiente manejo financiero del sector público de salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

..... Optimizar los recursos financieros...

del sector salud a través de una eficiente recudación, cobranza y pago a prestadores y un reforzamiento de la labor fiscalizadora, para mejorar el nivel de satisfacción de los asegurados con el servicio entregado.

..... Entregar cobertura en salud a los asegurados...

a través de un mejor plan de beneficios, para dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por la ley y a las garantías AUGE y no AUGE.

PRODUCTOS ESTRATÉGICOS

..... PLAN DE SEGURO Y BENEFICIOS

..... MECANISMOS DE CONTROL Y DE PAGO A PRESTADORES

..... CANALES DE ATENCIÓN



PRODUCTOS ESTRATÉGICOS

PLAN DE SEGURO Y BENEFICIOS

Es la relación que existe entre el asegurado y el seguro de salud, tanto en lo que se refiere a los derechos como a las obligaciones del asegurado, estableciendo los beneficios y prestaciones médicas y pecuniarias a que tiene derecho.

Comprende, entre otros, el Arancel de Prestaciones de Salud con la descripción y condiciones de acceso, los grados de cobertura financiera aplicadas y las garantías explícitas de salud AUGÉ (acceso, oportunidad y protección financiera) aplicables a toda la población asegurada. Por otra parte, describe las obligaciones del asegurado respecto a la forma de financiamiento del seguro público de salud (FONASA).

En ese sentido, comprende las imposiciones previsionales (cotizaciones para salud) que deben realizar todos aquellos asegurados que reciben renta, además del aporte fiscal que debe entregar el estado (vía impuestos) para el financiamiento de aquellos beneficiarios que no disponen de ingresos propios para financiar su seguro de salud.

[Cobertura Financiera](#)
[Prestaciones de Salud](#)
[Recaudación](#)

MECANISMOS DE CONTROL Y DE PAGO A PRESTADORES

Es la relación entre el seguro de salud y terceros, que permiten la ocurrencia de la prestación de salud, desde la red de prestadores, tanto pública como privada, hacia el asegurado.

Con la red de prestadores, se definen los mecanismos de pago a utilizar, para ser aplicados tanto en la Red Pública como en la Red Privada.

Considera mecanismos de Control Presupuestario sobre los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud, para el control de la deuda y el resguardo de los recursos financieros del sector salud.

Comprende el control y fiscalización sobre terceros que influyen en la entrega de las prestaciones a los asegurados.

Es fundamental la fiscalización sobre prestadores acogidos a convenio y sobre la red de atención pública, como a empleadores, asegurando el correcto pago de las cotizaciones de los trabajadores dependientes, permitiendo su atención de salud en prestadores, al estar acreditado como asegurado de FONASA.

[Fiscalización de Prestaciones](#)
[Fiscalización de Cotizaciones](#)
[Mecanismos de Pago y Control Presupuestario](#)
[Gestión de Convenios con Prestadores](#)

CANALES DE ATENCIÓN

Este producto describe la forma y canales que utiliza el seguro para comunicarse con los aseguradores, prestadores, empleadores y todos aquellos entes que se relacionan con la institución.

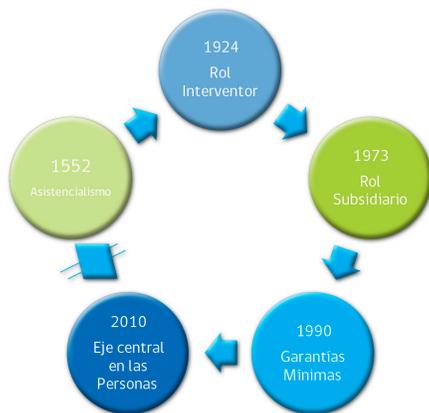
Comprende la entrega de información y orientación al asegurado para que acceda al Régimen General de Garantías en Salud, promoviendo el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.

[Red de Sucursales](#)
[Web](#)
[Call Center](#)

HISTORIA DE FONASA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHILE

BREVE HISTORIA

El desarrollo del Sistema de Salud chileno se remonta a La Colonia. Un largo camino que llegó a configurar hoy una compleja estructura con un funcionamiento dinámico, a través de múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado.



El Estado siempre ha estado presente, y ha asumido distintos roles de acuerdo con las diferentes coyunturas históricas. En sus inicios, desde la Colonia y hasta el año 1924, predomina el asistencialismo: los hospitales son financiados por la beneficencia y administrados por la Iglesia. Posteriormente, entre 1924 y 1973, va surgiendo en el Estado un rol más benefactor, predomina el intervencionismo y se incrementa la planificación centralizada. Desde el año 1973 se transita hacia un Estado de carácter subsidiario, con énfasis en la desconcentración y descentralización.

En este período se realiza una gran reestructuración del sector estatal en salud, complementado por una legislación que establece que "todos los individuos deben aportar al financiamiento en forma proporcional a sus ingresos".

Desde el año 2000 se va incrementando, en paralelo, hacia un Estado que establece garantías mínimas y explícitas a las personas y se destinan recursos para avanzar al aseguramiento del derecho a la salud. A partir de 2010 el Estado pone énfasis en las personas y focaliza sus recursos en los más necesitados. En 2011 se promulga la Ley de Protección a la Maternidad y la Ley que elimina de manera gradual e incremental el 7% de cotización en salud de los pensionados chilenos. Ambas medidas

contribuyeron a cumplir una gran aspiración ciudadana.

NACIMIENTO DE FONASA

El origen de FONASA se remonta a 1924, cuando se creó el Seguro Obrero y se dio inicio a la seguridad social en Chile. En 1942 nació el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y en 1952 se complementó con la instauración del Servicio Nacional de Salud.

Pero fue en 1979 cuando, con la dictación del decreto 2.763, ambos organismos fueron fusionados en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuya misión hoy es la de "ser un seguro orientado a satisfacer necesidades de salud de sus asegurados (as), a nivel país, que entrega cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguarda un eficiente manejo financiero del sector público de salud".

A partir de su creación, FONASA ha transitado desde un organismo que comenzó siendo el "tesorero" para acciones de salud y vendedor de bonos, hacia una institución que hoy es parte indispensable de la seguridad social. En 1980, se reformó el sistema previsional de pensiones y salud y comenzó la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud, y en 1981 se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorgan prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados. En 1985 se creó el Régimen de Prestaciones de Salud para garantizar la atención a toda la población, ya sea como afiliados cotizantes o como beneficiarios, según sean cargas familiares, embarazadas, menores de seis años o indigentes.

En 1986, la Ley 18.482 aumenta la cotización para las prestaciones de salud a un 7% de las remuneraciones imponibles, monto actualmente vigente.

Este régimen sustenta el criterio de que la subvención estatal para financiar las prestaciones es inversamente proporcional a la capacidad de pago del asegurado, de modo tal que las personas de bajas rentas deben recibir los servicios con gratuidad total, mientras que quienes pertenecen a tramos de ingresos superiores deben aportar en forma proporcional.

El año 2000 el gobierno realizó una reforma del sector salud y

el 2002 se enviaron al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud. Pero es el 2005 cuando entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo Sistema de Salud Chileno.

Hoy, para cumplir con sus compromisos y beneficios para sus asegurados, FONASA ha desarrollado una función de compra que consiste en complementar la oferta pública disponible con la del sector privado. De este modo, FONASA incluye en el funcionamiento de redes integrales a prestadores privados acreditados.

De la mano del sector privado, además, se trabajó en la resolución de las listas de espera AUGE, por la vía de licitaciones integrales a precios conocidos, lo cual se suma a la intensa gestión que desarrollaron los propios Servicios de Salud. Todo, con el propósito de cumplir la meta que impuso el Presidente Piñera de eliminar las listas de espera AUGE y No AUGE.

Actualmente, FONASA está trabajando enfocada en la modernización, tanto de soporte informático como de gestión, que pone como eje central al asegurado y que busca definir, con nombre y apellido, dónde, cuándo, por qué y de qué se atienden sus afiliados.



Una herramienta en este camino es la implementación del enrolamiento de los usuarios vía huella dactilar y la venta de bonos electrónicos.

CIFRAS

La evolución que ha tenido la institución, que bajo la actual administración retomó su rol de manejo y resguardo de los recursos financieros del sector salud, la han convertido en el mayor asegurador de salud en el país, con más de 13,3 millones de asegurados, esto es, un 76% de la población. De ellos, sólo 5,5 millones de personas pagan sus cotizaciones. El resto de los recursos proviene de aporte fiscal. FONASA se rige por principios de solidaridad, es decir, no excluye a nadie por no disponer de recursos, tener mayores riesgos sanitarios o padecer enfermedades preexistentes.

Las estadísticas muestran que más del 90% de los mayores de 60 años están inscritos en FONASA (cerca de 2,2 millón de personas), mientras que el 51% de los asegurados son mujeres, que gozan de gratuidad automáticamente hasta el sexto mes del nacimiento de su hijo. Igual derecho tienen los cesantes y, desde 2006, los mayores de 60 años.

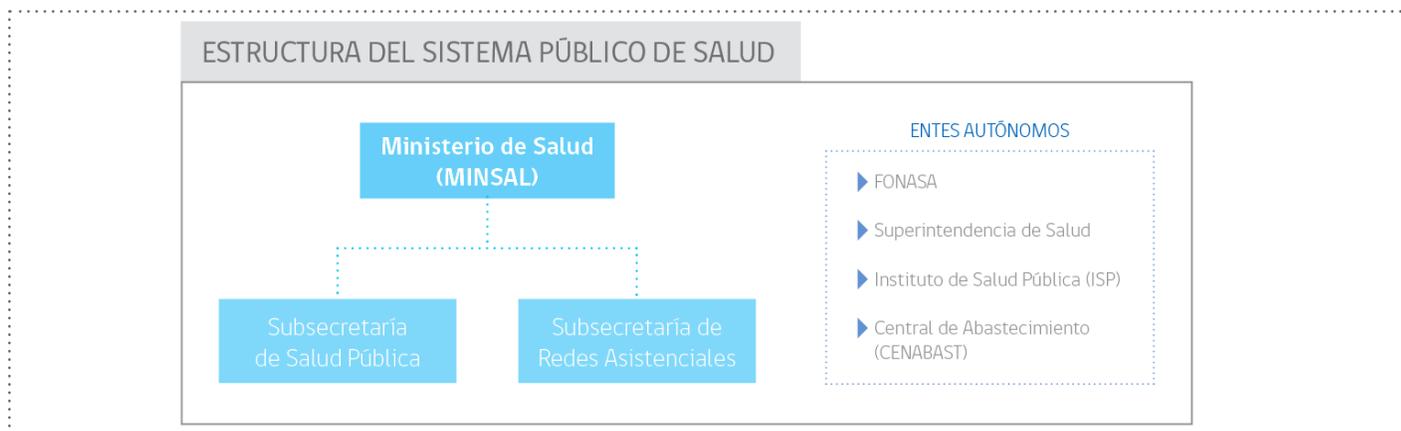
ESTRUCTURA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

FONASA está inserto en un Sistema de Salud mixto, con una combinación público-privada del financiamiento, aseguramiento y provisión.

El subsistema público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), su organización se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y está constituido por el Ministerio de Salud, MINSAL, los Servicios de Salud y los organismos autónomos: la Superintendencia de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento y FONASA.

Los Servicios de Salud, son organismos estatales descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que ven la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial a lo largo del país, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la

Según el estudio de opinión difundido por la Superintendencia de Salud, **FONASA** obtiene nota **5.1**, la mejor evaluación entre las instituciones del sector salud.



salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. Se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, MINSAL, para llevar a cabo sus funciones, están organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial en: Nivel Primario (mínima complejidad y amplia cobertura. controles, consultas, visitas domiciliarias, vacunaciones y alimentación complementaria son parte de sus actividades); Secundario (con complejidad intermedia y de cobertura media. Actúa por referencia y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización); y Nivel Terciario (de alta complejidad y cobertura reducida, destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, con derivación de casos de carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional).

El Instituto de Salud Pública (ISP), es el Laboratorio Nacional y de Referencia, a cargo de la normalización y control de calidad de laboratorios y medicamentos.

La Central de Abastecimiento (CENABAST), gestiona la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al subsistema público y a establecimientos privados en convenio.

La Superintendencia de Salud, sienta las bases de una nueva institucionalidad en el Sistema de Salud chileno. Sus atribuciones son: supervigilar y controlar a las Isapres y FONASA.

En relación a las Fuerzas Armadas y de Orden, cada rama posee una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. Éstas gestionan y administran una red de prestadores propios y en convenio que brindan cobertura nacional a sus beneficiarios.

FONASA, es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte directo.

FONASA

“Es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio de Salud”.

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Las funciones de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud.

Corresponde igualmente al FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica y administrar los recursos para salud de la Modalidad de Libre Elección.

Por su parte, el Subsistema Privado de Salud, está formado por todas aquellas personas e instituciones que prestan servicios de salud acreditados por las instancias públicas pertinentes, pero que no pertenecen al SNSS ya sea con o sin fines de lucro.

Está compuesto por las Isapres, clínicas y centros médicos privados, centros de salud dependiente de las mutuales y de instituciones benéficas sin fines de lucro que otorgan servicios de recuperación y rehabilitación. El nivel de integración o interacción de ambos subsistemas, el público y el privado, es limitado y se produce fundamentalmente por medio de la venta, por parte de hospitales públicos, de servicios de salud a beneficiarios de las Isapres en la modalidad pensionado; por la obligatoriedad de los hospitales públicos de atender urgencias y cuidados intensivos de afiliados a las Isapres; y por la compra de servicios clínicos y de laboratorio de hospitales y consultorios públicos a entidades privadas. ■■■

PRINCIPALES LOGROS 2011-2012

1. ROL ASEGURADO

FONASA tiene como **objetivo principal** garantizar al asegurado una atención oportuna y de calidad, utilizando sus recursos de manera eficiente y efectiva, tanto en el sector público como en el privado.

EL OBJETIVO...

de este gran desafío fue marcar una diferencia, dejar las estadísticas y **centrarse en el asegurado**. Solo así es posible entregar un servicio efectivo y de calidad.

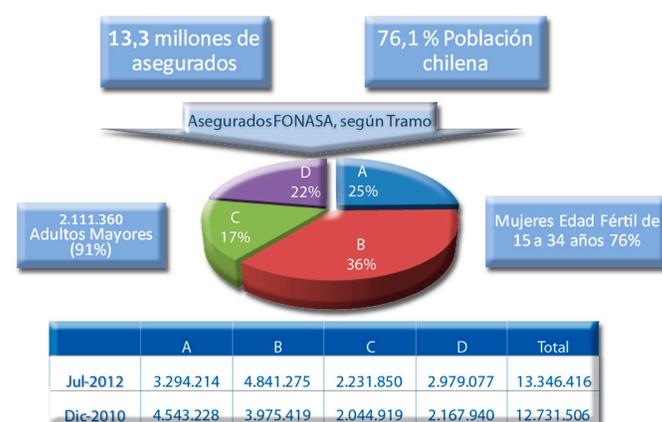
Para poder llevar a cabo lo anterior de la mejor manera posible, esta administración manifestó la necesidad de realizar un primer gran cambio: poner al asegurado como eje central de FONASA ya que, solo así se podrían satisfacer las necesidades de salud de manera real, conociendo a la persona, identificándola no cómo un número, sino por su nombre, apellido y necesidad. Como medida inicial, se comenzó a trabajar en conocer a nuestros asegurados, procurando obtener el máximo de información relevante de ellos, identificándolos como la persona que hace uso de los servicios de salud y no como un número parte de un sistema.

Debido a la importancia que se le ha asignado al "asegurado" en estos últimos años, FONASA ha retomado de forma activa su rol de manejo y resguardo de los recursos financieros del sector salud, convirtiendo a la institución en el mayor asegurador de salud en el país, con 13,3 millones de asegurados, lo que equivale a un 76% de la población nacional.

La **misión** de FONASA es la de ser un seguro orientado a satisfacer necesidades de salud de sus asegurados, entregando cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguardando un eficiente manejo financiero del sector público de salud.

CONOCIENDO A SUS ASEGURADOS

FONASA cuenta a julio 2012 con 13,3 millones de asegurados, que corresponde al 76,1% de la población del país, que constituye un aumento de 4,8% respecto de diciembre 2010.



Del total de asegurados el 53% son mujeres y el 47% son hombres. De los adultos mayores chilenos, el 91% está en FONASA y el 76% de las mujeres en edad fértil, entre 15 y 34 años.

Es a estos segmentos a los que FONASA destina la mayor parte de sus recursos.

FONASA se rige por principios de solidaridad, es decir, no excluye a nadie por no disponer de recursos, tener mayores riesgos sanitarios o padecer de enfermedades preexistentes.

Es primordial la optimización de los recursos financieros a través de una eficiente administración, donde los sistemas de recaudación, cobranza, pago a prestadores y una activa fiscalización se realicen de manera adecuada. Para hacer más eficiente la optimización de los recursos, FONASA otorga sus prestaciones en tres niveles, dependiendo de su costo y, caracteriza a sus asegurados según su ingreso, en 4 grupos.

El acceso de los asegurados a las distintas modalidades dependerá del grupo asignado por FONASA, el cual tiene total relación con el nivel de ingreso de la persona.

ROL DEL SEGURO PÚBLICO

FONASA, como Seguro Público de Salud, tiene definido por Ley quiénes son sus beneficiarios y cómo éstos se clasifican de acuerdo con sus tramos de ingreso. (DFL N°1 de Salud del año 2005). Dicha clasificación se basa en los datos entregados por la Ficha de Protección Social, instrumento que se dirige a las familias con mayores necesidades para poder así, canalizar la ayuda de subsidios y programas sociales.

A raíz de las diferencias encontradas entre las cifras entregadas por la encuesta CASEN 2009 y la base de registros de FONASA, surgió la necesidad de realizar un estudio profundo de las personas clasificadas como "A". Por ello se les asoció a la Ficha de Protección Social (FPS), instrumento que mide el riesgo de estar en pobreza.

PROCESO DE REFOCALIZACIÓN DE ASEGURADOS

Posterior a ello, se realizó un análisis de ingresos reales de los asegurados pertenecientes al tramo "A". Fue así como se pudo detectar que había asegurados que debían pertenecer a otros grupos y no al más vulnerable.

Para corregir este problema se decidió llevar a cabo el proceso de refocalización de los asegurados. Uno de los grandes propósitos de esta administración ha sido centrarse en el asegurado, para ello, el proceso de refocalización ha sido de gran importancia.

Nuestros asegurados ya no son un número, son una persona con necesidades particulares. Se ha logrado identificar quiénes son los asegurados para así poder entregarles un mejor servicio, acorde con sus necesidades.

De la depuración realizada entre julio 2010 y julio 2012, el porcentaje de asegurados "A", carentes de recursos, disminuye en un 11%. De representar el 36% (4.543.228) a un 25% (3.294.214), una disminución como resultado de este proceso de depuración de exactamente 1.249.214 asegurados, que pasan a los grupos "B", "C" y "D". El cuadro muestra desagregada la base de cotizantes FONASA a julio 2012, desagregada por Tramos de Ingreso, el total de asegurados ha aumentado en cerca de un 5%, un total de 614.910 asegurados.

En 2009

la encuesta CASEN...

arrojó que en Chile habían **2,5 millones** de personas consideradas **pobres o indigentes**.

A diferencia de esto...

FONASA contaba con **4,5 millones** de **asegurados tipo A** (grupo más vulnerable).

FONASA POR TRAMOS DE INGRESO					
AÑO	A	B	C	D	Total
2010	4.543.228	3.975.419	2.044.919	2.167.940	12.731.506
2012	3.294.214	4.841.275	2.231.850	2.979.077	13.346.416
	1.249.014 -	+ 865.856	+ 186.931	+ 811.137	+ 614.910
		1.863.924			

De la depuración realizada entre julio 2010 y julio 2012, el porcentaje de asegurados "A", carentes de recursos, disminuye en un 11%. De representar el 36% (4.543.228) ahora son el 25% (3.294.214), una disminución como resultado de este proceso de depuración de exactamente 1.249.214 asegurados que pasaron a los grupos "B", "C" y "D". El total de asegurados de FONASA ha aumentado en cerca de un 5% respecto de 2010, esto es 614.910 asegurados.

CARACTERIZACIÓN ASEGURADOS FONASA

Grupos	Ingreso del Asegurado	Bonificación en Red Pública de Salud	Bonificación Modalidad Libre Elección
A	Carente de Recursos	100 %	No tiene acceso
B	Renta hasta un Ingreso Mínimo Mensual, IMM	100%	Hasta 75%
C	Renta desde un Ingreso Mínimo Mensual hasta 1,46 veces un IMM	90%	
D	Renta desde 1,46 veces un Ingreso Mínimo Mensual	80%	

A Compuesto por personas carentes de recursos. Poseen ingresos bajo el 25% del Ingreso Mínimo Mensual, correspondiente a \$48.250. Cuentan con cobertura de un 100% respecto a las prestaciones de especialidades y hospitalarias en la Red de Atención Pública.

B Conformado por afiliados cuyo ingreso no excede el ingreso mínimo mensual. Aplica a personas entre 18 y 65 años de edad (actualmente bajo \$193.000). Cuentan con cobertura 100% en prestaciones de especialidad y hospitalarias en la Red de Atención Pública. Tienen la opción de atenderse en la Modalidad Libre Elección (MLE) con prestadores privados que han suscrito convenio con FONASA.

C Son los asegurados cuyo ingreso está sobre el Ingreso Mínimo Mensual (\$193.000) y 1,46 veces dicho monto (\$281.780). Si los beneficiarios que dependen de este afiliado son tres o más, serán considerados grupo B. Cuentan con cobertura de un 90% en prestaciones de especialidad y hospitalarias en la Red de Atención Pública. Tienen la opción de atenderse en la Modalidad Libre Elección (MLE) con prestadores privados que han suscrito convenio con FONASA.

D Este grupo está compuesto por afiliados con ingreso superior a 1,46 veces Ingreso Mínimo Mensual (\$281.780). Si los beneficiarios que dependen de este afiliado son tres o más, serán considerados grupo C. Cuentan con cobertura de un 80% con prestaciones de especialidad y hospitalarias en la Red de Atención Pública. Tienen la opción de atenderse en la Modalidad Libre Elección (MLE) con prestadores privados que han suscrito convenio con FONASA.

Pese a que FONASA cuenta con un Plan de Salud único para todos los asegurados, existe la clasificación anteriormente mencionada, donde los pertenecientes al Tramo "A" ven limitada la posibilidad de elección, dado que no tienen derecho a acceder a la Modalidad de Libre Elección, MLE.

Dar solución a esta desigualdad es lo que FONASA ve como uno de los grandes desafíos que debe enfrentar en los próximos años, buscando la manera de no sólo modificar la Ley que establece esta diferencia, sino también encontrar la manera de financiar este cambio.

PLAN DE SALUD FONASA

FONASA cuenta con un Plan Único de Salud con dos modalidades de atención: Modalidad Libre Elección (MLE) y Modalidad Atención Institucional (MAI). FONASA entrega a sus asegurados un Plan de Salud Universal, que incluye diversas prestaciones: Atención Primaria de Salud, Examen de Medicina Preventiva, Atenciones de Especialidad Hospitalaria y de Emergencia con Riesgo Vital, Acceso Universal Garantías Explícitas, Seguro Catastrófico, Programas Especiales, Atención Ambulatoria y Hospitalaria Libre Elección y la Cuenta Conocida PAD.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Atención Primaria como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

La importancia de la Atención Primaria radica en que se debe atender a todas las personas, familias y comunidades, pero entendiendo la salud como una necesidad básica y que guarda estrecha relación con el entorno donde las personas llevan a cabo su vida diaria. Para acceder a la Red de Atención Pública,

se debe hacer a través de los consultorios distribuidos a lo largo de todo el país, pero para urgencias simples, las personas deben recurrir a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), mientras que si se tratase de una urgencia vital, se debe recurrir a los servicios de urgencia de los hospitales públicos y de ser necesario al centro privado más próximo al lugar donde ocurre la situación de emergencia.

Lo anterior está disponible para todos los afiliados de FONASA, pero los asegurados que pertenecen a los tramos B, C, y D además, tienen la opción de atenderse en la red privada o libre elección FONASA a través de bonos de atención de salud.

CONSULTORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Otorgan el 100% en cobertura financiera para todos los asegurados en:

- Medicamentos contenidos en el Formulario Nacional
- Atenciones incluidas en los siguientes programas de salud:
 - Programa Salud del Niño
 - Programa Salud del Adolescente
 - Programa Mujer
 - Programa Adulto
 - Programa Adulto Mayor
 - Programa Salud Oral



EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

El examen de medicina preventiva es un plan de evaluación periódica de salud, de carácter voluntario, aplicable a toda la población que generalmente no presenta síntomas de enfermedad. Dicho examen forma parte del Régimen de Garantías Explícitas en Salud y consiste en pesquisar tempranamente enfermedades o condiciones prevenibles o controlables para algunas enfermedades y la mortalidad asociada a ellas.



ATENCIÓNES DE ESPECIALIDADES HOSPITALARIAS

Los asegurados de FONASA tienen derecho a recibir atenciones de especialidades hospitalarias en la Red de Atención Pública. En los Consultorios de Especialidades y Hospitales Públicos tienen derecho a un 100% de cobertura financiera para los asegurados de los tramos "A" y "B" y un 90% y 80% para los asegurados de los tramos "C" y "D", respectivamente.

Los asegurados adultos mayores, (>60 años) tienen 100% de cobertura financiera en todas las atenciones, independientes de su tramo (A, B, C ó D). Los asegurados serán derivados desde un consultorio a un centro de especialidades u hospital público para que se les realicen atenciones como exámenes y consultas de especialistas, procedimientos de diagnóstico y terapéutico e intervenciones quirúrgicas. También se incluye la entrega de prótesis y órtesis e insumos que se utilicen en la atención de dichos pacientes.

Los asegurados del tramo A tienen 100% de cobertura financiera para atenciones dentales, los del tramo B, tienen un 70% de cobertura, los del tramo C un 50% y los asegurados del tramo D un 20%. Los asegurados de los tramos B, C y D tienen la opción además de atenderse en la red privada o libre elección de FONASA a través de bonos de atención de salud. La cobertura de FONASA para la atención dental es solo en la red pública.



ATENCIÓN DE EMERGENCIA CON RIESGO VITAL

Son atenciones impostergables frente a una urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave por la pérdida de la función de un órgano o extremidad. El médico de turno deberá certificar debidamente la condición de riesgo vital, a través

de un formulario específico, al momento de ingresar a un servicio de urgencia. Certificada la condición de riesgo vital -en ningún caso- se podrá exigir dinero; cheques, pagarés u otros instrumentos financieros o condicionar de cualquier otra forma la atención de urgencia vital. El valor de las prestaciones derivadas de la emergencia, hasta la certificación de estabilización del paciente, dependerá del tramo del asegurado (Tramo A, B, C o D). Salvo que dicha atención haya ocurrido en una clínica u hospital privado en cuyo caso el valor dependerá del código de emergencia indicado en el programa de salud (grupo de prestaciones 28 del Arancel de la Libre Elección de FONASA).



AUGE: ACCESO UNIVERSAL GARANTÍAS EXPLÍCITAS

El AUGE es un componente garantizado que forma parte del Plan de Salud de FONASA. Los derechos que el AUGE garantiza son:

Garantía de Acceso: Derecho a recibir las atenciones garantizadas en el consultorio o en el servicio de urgencia, bajo la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud AUGE.

Garantía de Oportunidad: Derecho a recibir las atenciones garantizadas dentro de plazos máximos, en la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud AUGE.

Garantía de Protección Financiera: Derecho a que se determine el valor a pagar por el afiliado de acuerdo con el Arancel AUGE, las normas que rigen el cálculo del copago y los topes máximos autorizados. Los asegurados de FONASA de los tramos "A" y "B" nunca pagan por las atenciones garantizadas, mientras que los tramos "C" y "D", si la atención conlleva un copago, pagan como máximo el 10% y 20%, respectivamente. Esta protección financiera es sin perjuicio de otras coberturas adicionales que pudieren proceder, para aumentar la bonificación, pudiendo incluso implicar gratuidad.

Garantía de Calidad: Derecho a recibir las atenciones garantizadas cumpliendo con los estándares requeridos para otorgarlas en los establecimientos públicos y centros privados que tengan convenio vigente con FONASA o con la Red Pública de Salud.

Esta garantía será exigible por ley, cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.



SEGURO CATASTRÓFICO

Los asegurados ingresan al Seguro Catastrófico automáticamente, desde el momento en que el médico especialista del hospital les entrega la indicación médica escrita del tratamiento o intervención quirúrgica en alguno de los establecimientos acreditados, si corresponde.

El Seguro Catastrófico NO opera en el caso que opte por atenderse en la red privada o libre elección de FONASA

SEGURO CATASTRÓFICO:

- Hemodiálisis y Peritoneodiálisis
- Prestaciones Cardioquirúrgicas
- Prestaciones Neuroquirúrgicas
- Escoliosis
- Transplante Renal
- Transparte Hepático
- Atención Integral al Paciente Fisurado
- Atención de Urgencia al Paciente Quemado
- Atención de Urgencia al Paciente con Trauma Complejo
- Prestaciones del Grupo Quimioterapia
- Prestaciones del Grupo Radioterapia
- Tratamientos Farmacológicos del VIH



PROGRAMAS ESPECIALES

Los Programas Especiales son otorgados en la red pública de salud y actualmente incluye:

Los medicamentos de alto costo: 100% de cobertura financiera en el tratamiento farmacológico de medicamentos de alto costo en enfermedades poco frecuentes.

Los programas de salud mental: 100% de cobertura financiera para todos los asegurados, independiente de su tramo (A, B, C o D), en el tratamiento integral de enfermedades de origen mental, tanto en atención ambulatoria como hospitalizada de corta y mediana estadía.

La violencia intrafamiliar: Este programa consiste en una atención integral que va desde la confirmación de la violencia, hasta el tratamiento especializado en el ámbito de la oftalmología, traumatología, ginecología-obstetricia y dental.

Convenios con grupos priorizados: Para acceder a estos beneficios, los asegurados deben ser derivados formalmente desde su hospital de origen a alguno de los establecimientos en convenio, siempre que cumplan con los criterios de inclusión en cada caso específico.

Esto incluye coberturas especiales para el cuidado de adultos mayores en hogares especiales, para rehabilitación física, prestaciones especiales para pueblos originarios como medicina mapuche en Hospital Makewe, atención de cuidados para enfermos terminales y postrados, atención y rehabilitación integral en quemados menores de 20 años, desnutrición infantil y discapacidad física.



ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA LIBRE ELECCIÓN

Es el derecho que tienen los asegurados de elegir a un profesional o centro de salud privado que tenga convenio con FONASA. Los asegurados de los tramos B, C ó D pueden optar atenderse en la Libre Elección de FONASA pagando con bonos la atención de prestadores tales como: médicos generales y especialistas, centros médicos, laboratorios, atención ambulatoria en clínicas, hospitales universitarios y de mutuales de seguridad. También tienen derecho a acceder a atenciones con otros profesionales de la salud como: matronas, kinesiólogos, fonoaudiólogos, tecnólogos médicos, nutricionistas, enfermeras, etc.

El copago que debe efectuar el asegurado en esta modalidad de atención, depende del tipo de prestación y del nivel de inscripción del prestador que la otorga (nivel 1, 2 y 3). No depende del tramo de clasificación de los asegurados (tramos A, B, C o D). A modo de referencia, las prestaciones otorgadas en nivel 1 son en su mayoría cubiertas en un 50% por FONASA.



CUENTA CONOCIDA PAD

Es el derecho que tienen los asegurados de conocer de antemano el precio para un programa de salud y obtener hasta un 75% de cobertura financiera en aquellos tratamientos e intervenciones quirúrgicas incluidas. Para acceder, los asegurados deben elegir el centro asistencial en convenio y solicitar ahí mismo el Programa de Salud para que sea valorizado en cualquier sucursal de FONASA.

TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PAD

Coletillias	Criptorquidia
Apendicitis	Ictericia del recién nacido
Peritonitis	Cataratas (sin lente ocular)
Hernia abdominal simple	Transplante renal
Hernia abdominal complicada	Prolapso anterior o posterior
Tumor maligno de estómago	Tumores y/o quistes intracraneos
Úlcera gástrica complicada	Hernia del núcleo pulposo (cervical, dorsal, lumbar)
Úlcera duodenal complicada	Acceso vascular simple (mediante FAV) para hemodiálisis
Parto	Acceso vascular complejo (mediante FAV) para hemodiálisis
Embarazo ectópico	Queratectomía o Queratomileusis Lasik o PRK
Enfermedad crónica amigdalas	Histerectomía
Vegetaciones adenoides	Menisectomía
Hiperplasia de la próstata	Litrotipsia extracorpórea
Fimosis	Diagnóstico Infección Tracto Urinario
Varicocele	Várices
	Hemorroides

COBERTURA PLAN DE SALUD

	PRESTACIONES	RED PÚBLICA ATENCIÓN INSTITUCIONAL ACCESO PARA TODOS LOS ASEGURADOS INDEPENDIENTE DE SU TRAMO				RED PRIVADA PRESTADORES LIBRE ELECCIÓN ACCESO PARA PARA ASEGURADOS FONASA TRAMOS B, C O D
		Tramo A	Tramo B	Tramo C	Tramo D	
Atención Primaria	Consultas Médicas					
	Exámenes de Laboratorio Básicos	100% Bonificación				Hasta 60% Bonificación
	Imagenología de Torax y Gineco Obstétricas	100% Bonificación				
	Prevención, Educación y Atenciones Básicas	100% Bonificación				Hasta 50% Bonificación
Atención de Especialidad y Hospitalaria	Consulta Médica Especialidad y Hospitalaria	100% Bonificación		90% Bonificación	80% Bonificación	Hasta 60% de Bonificación
	Día Cama					50% de Bonificación (Nivel único)
	Derecho a Pabellón					
	Exámenes de Laboratorio					
	Imagenología					
	Kinesiología					
	Honorarios Quirúrgicos					Hasta 50% de Bonificación
	Psiquiatría y Psicología Clínica					
	Radiografía	100% Bonificación				
	Atenciones Dentales	100% Bonificación	70% Bonificación	50% Bonificación	20% Bonificación	
Pago Asociado a Diagnóstico PAD					Hasta 75% de Bonificación (Nivel único)	
AUGE	69 PROBLEMAS DESALUD	100% Bonificación		Los asegurados de los tramos C y D tienen un tope máximo a pagar dentro de un período de acumulación de 12 meses. De exceder dicho tope o deducible, FONASA se hace cargo del 100% de los copagos del grupo familiar hasta completar el periodo anual de acumulación.		

2. TÉRMINO DE LAS HISTÓRICAS LISTAS DE ESPERA AUGE

Uno de los más grandes desafíos propuestos por el gobierno del Presidente Sebastián Piñera fué terminar con las Listas de Espera históricas AUGE. Un problema que se venía arrastrando hacía ya varios años y que se convirtió en una suerte de “tapón” que aumentó aún más las esperas.

Para poder cumplir la difícil tarea encomendada a FONASA, ésta debió implementar un plan compuesto por diversas medidas, las que rindieron grandes frutos. Entre junio de 2010 y junio de 2011 las listas de espera se redujeron un 83%, disminuyendo de 264.742 a 41.752 en dicho período. La lista llegó a 0 en noviembre del 2011, seis meses antes del plazo que había puesto el Presidente.

Para poder llevar a cabo esta compleja labor, fue necesario realizar un diagnóstico detallado con el propósito de determinar la real magnitud de este agobiante problema. Se revisó el sistema de registro computacional y, además, se transparentó la información generada, publicando las listas actualizadas en la Web de FONASA.

PORTAL AUGE EN LÍNEA

Se creó el Portal Auge en Línea. Este instrumento, por primera vez en la historia de FONASA, permitió a los asegurados conocer y seguir el estado de sus garantías, en especial lo que se refiere a los plazos. Con sólo introducir el RUT y una clave, el asegurado es capaz de monitorear en qué fase del proceso de atención se encuentra.

Esta innovación pretende incentivar la transparencia, uno de los objetivos centrales de esta administración que, además, ya ha producido un gran avance en la actualización de los datos de los asegurados, generando así un registro cada vez más completo y actualizado de los beneficiarios del Sistema de Salud Público en Chile.

El Portal Auge En Línea, además, explica qué hacer si las garantías no se cumplen, de modo que los asegurados cuenten con una rápida y efectiva solución a los eventuales incumplimientos de los plazos garantizados. Además, para dar pronta respuesta a las demandas de los asegurados, FONASA llevó a cabo una licitación



a la que se invitó a todos los prestadores privados del país a participar para ofrecer sus servicios y capacidad en todos los problemas de salud AUGE.

BONO AUGE

Se diseñó e implementó el Bono AUGE, mecanismo que permite dar rápida solución a las garantías incumplidas por la Red Asistencial. El Bono AUGE se inició con un programa piloto en octubre de 2010 con el problema de salud que registraba mayores retrasos: las cataratas y vicios de refracción. Una persona que sufría de cataratas tardaba 2 años en ser atendida (4 veces más que lo establecido en el protocolo AUGE). A comienzos de 2011 ya formaban parte del Bono AUGE las 69 patologías garantizadas.

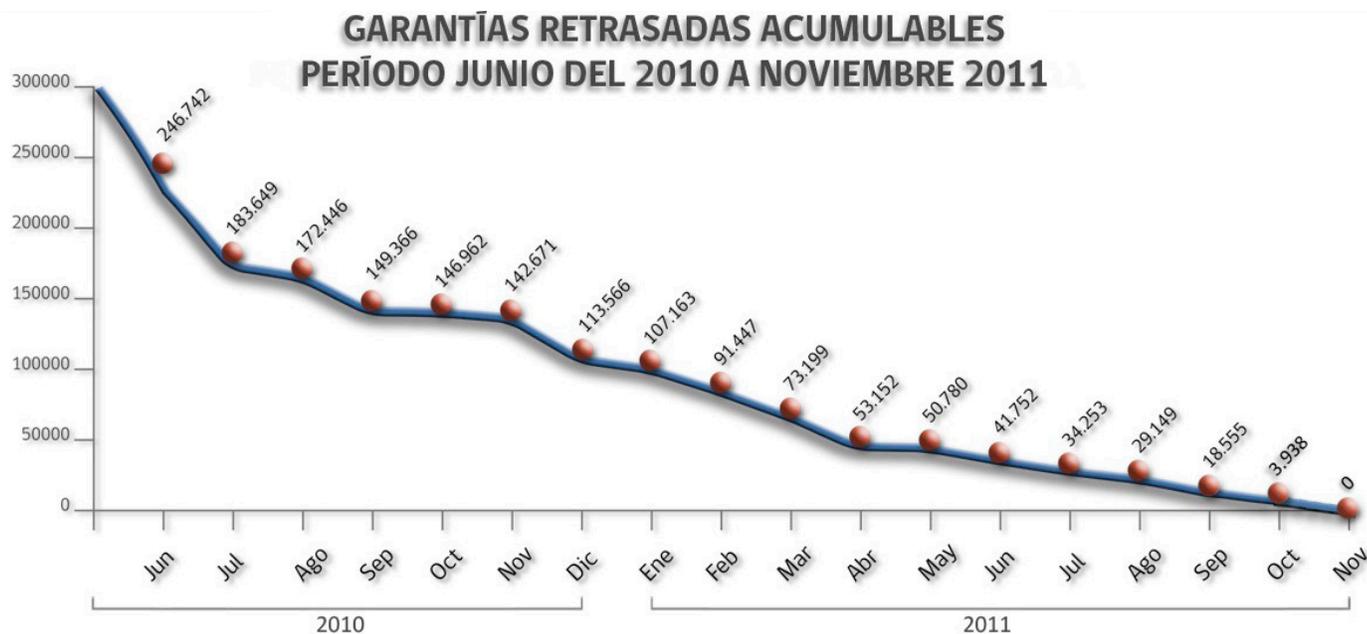
¿QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA EL BONO AUGE?

El Bono AUGE es una herramienta implementada por FONASA a partir de octubre de 2010, que permite a los asegurados dar pronta solución a sus garantías incumplidas. Son los propios asegurados quienes pueden exigir sus derechos y reclamar

cuando los plazos del AUGE no se cumplen. FONASA en 48 días debe designar un segundo prestador de salud, público o privado, quien tiene un máximo de 10 días para que el paciente reciba atención.

Para ello FONASA cuenta con sus canales de contacto (sucursal, callcenter o página Web) para efectuar el reclamo, que una vez verificado el incumplimiento se entrega en Bono AUGE con la designación del segundo prestador.

Es importante destacar que tienen derecho al Bono AUGE todos los asegurados de FONASA que se encuentren en lista de espera, independiente de sus tramos de clasificación y que es un instrumento sólo para responder al incumplimiento de la garantía de oportunidad. Su emisión no tiene costo para el asegurado ya que las prestaciones serán cobradas de acuerdo con las condiciones de entrega de la protección financiera definida por FONASA. (Gratuita para los tramos A y B y, para los tramos C y D su copago será como máximo el 10% y 20%, respectivamente).



Este proceso cerró en noviembre de 2011, terminando con los 380 mil asegurados que esperaban por su atención AUGE

SISTEMA DE ALERTAS AUGE FONASA: SAAF

Tras dos años de arduo trabajo para poder poner fin a las Históricas Listas de Espera AUGE, FONASA continúa trabajando para que no vuelva a generarse este grave problema.



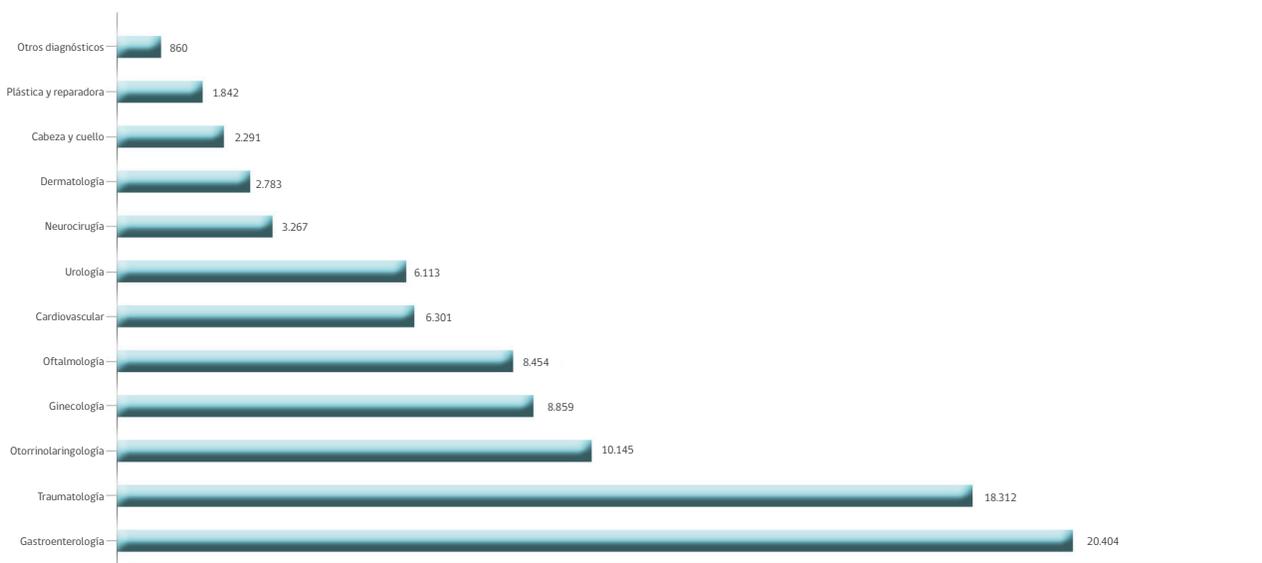
La instauración del Sistema de Alertas AUGE permite transparentar el estado de las garantías por Servicio de Salud, para agilizar la resolución de las patologías AUGE a través de la entrega oportuna de la información, que es ingresada por los Servicios de Salud, evitando así que se generen nuevas listas de espera.

RESOLUCIÓN LISTAS DE ESPERA NO AUGE

Tras los buenos resultados conseguidos en la disminución de la Lista de Espera AUGE, FONASA se hizo parte de un nuevo desafío presidencial: dar solución a cerca de 90 mil chilenos que a marzo 2011, han esperado por más de un año por una intervención quirúrgica no contemplada en el AUGE.

Para solucionar este problema se implementó el **Programa Nacional de Cirugías de Espera Prolongada**, que pone especial atención en problemas de traumatología, gastroenterología, otorrinolaringología, oftalmología, entre otras y considera como criterio de inclusión a todos los pacientes pendientes para alguna intervención quirúrgica no urgente y no priorizada que haya sido indicada por un médico especialista hace más de un año.

LISTAS ESPERA QUIRÚRGICAS NO AUGE > 1 AÑO
número de intervenciones



FONASA ya realizó la identificación de las personas a través de la red de establecimiento públicos de salud, focalizándose en una primera etapa en las especialidades anteriormente mencionadas ya que son estas especialidades las que presentan un mayor número de asegurados en lista de espera.

Este plan comenzó a regir el 1 de junio de 2011 y en sólo cuatro meses se redujo la lista de espera en un 25%, con un promedio mensual de 4.172 casos, lo que permite anticipar que la meta podría cumplirse antes del plazo comprometido por el Presidente Sebastián Piñera (junio 2013). Con estas medidas se pretende dar respuesta a los miles de chilenos que han visto como su vida se ha resentido producto de la falta de solución a sus problemas de salud.

¿CÓMO LOGRARLO?

- Se contempla la utilización de pabellones de hospitales en fines de semana.
- Operativos médicos.
- Y en casos excepcionales, derivaciones de pacientes a servicios privados que estén dentro de la lista de prestadores licitados.

3. ROL FINANCIERO: MEJORA EN LA FOCALIZACIÓN DE RECURSOS A POBLACION MÁS VULNERABLE

Al asumir la actual administración de FONASA, fijó como uno de sus objetivos centrales: recuperar el Rol Financiero histórico de la institución, que se traduce en: **recaudar, fiscalizar y distribuir los recursos, asegurando que su uso corresponda a las prestaciones necesarias, entregadas con calidad y oportunamente a todos los asegurados del Sistema de Salud Pública.**

Como primera medida -para recobrar el control presupuestario- fue necesario retomar las actividades de fiscalización y seguimiento presupuestario de los servicios de salud. Además de velar por el cumplimiento de los objetivos presupuestarios. La millonaria deuda hospitalaria con la que esta administración asumió sus funciones, hizo imperante la revisión y reorganización del sistema.

El 2010 terminó con 45 mil millones de deuda: es decir, en solo seis meses se logró reducir la deuda en un 63,1%.

Durante una intervención del Director Nacional de FONASA en el Congreso Nacional, éste precisó su preocupación respecto al déficit financiero de los hospitales que en enero de 2010 alcanzaba los 74 mil millones de pesos. Ello, sin considerar la deuda de la Central de Abastecimiento (Cenabast) que a la misma fecha llegaba a los 80 mil millones de pesos. "La deuda del sector hospitalario afecta la calidad de atención de los asegurados de FONASA, que son su prioridad. Además, la Ley obliga a la institución a buscar opciones privadas cuando la red pública no da respuesta a las demandas de la población", enfatizó en dicha oportunidad.

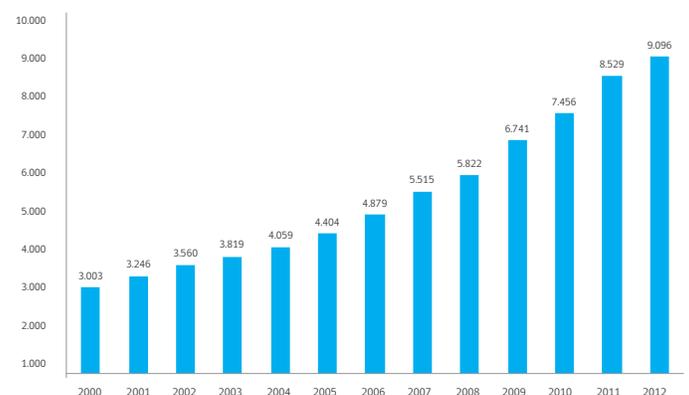
Dado este contexto, heredado del gobierno anterior y que se arrastraba por años, la institución debió realizar una evaluación de la real magnitud del problema y tomar acciones correctivas; las que consistieron en fijar los lineamientos desde FONASA hacia los Servicios de Salud, lo que permitió comenzar a controlar y reducir la deuda en el sistema.

En dicho período, fue necesario replantear la elaboración del presupuesto de salud para el año siguiente (2011) ya que con la recuperación del Rol Presupuestario, FONASA se convierte en el encargado de formular el presupuesto sectorial, siendo necesario situar como eje principal el fortalecimiento y la

presencia del sector salud.

El presupuesto aprobado en dicha instancia por el Ministerio de Hacienda fue de \$3.911.943 millones, lo que significó un incremento presupuestario para el Sector Salud de 12,5 %. Y para el año siguiente (2012) el presupuesto para el Sector Salud fue de \$4.293.285 millones; un 6,7% más aún. Gran logro para los más de 13 millones de chilenos que utilizan el Sistema Público de Salud.

PRESUPUESTO DE SALUD
millones de USD de 2012



AUMENTO DE LA RECAUDACIÓN

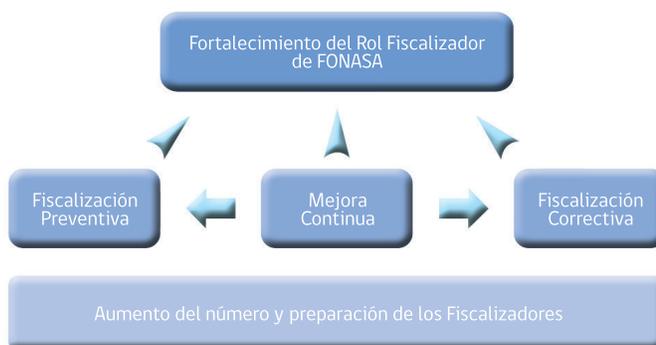
Para cualquier entidad, tanto pública como privada, es de suma importancia velar por los recursos con que cuenta, y cerciorarse que éstos están siendo utilizados de la mejor manera posible. Fue por ello que se incrementó la fiscalización en distintos ámbitos (prestadores, prestaciones y empleadores).

Además se llevan a cabo diversas acciones destinadas a promover el uso eficiente de los recursos públicos y en definitiva aumentar la recaudación en salud. Todo esto para contar con más fondos y poder así, brindar una mejor salud a todos los asegurados de FONASA.

Durante 2010 se detectaron diversas irregularidades que incidían en los recursos de la institución. Una de ellas, fue el

uso de licencias médicas fraudulentas, tanto por parte de profesionales de la salud, trabajadores y empleadores. Otra, fue el no pago del 7% de cotizaciones de salud de los trabajadores dependientes, cuyos empleadores en ocasiones, sub-declaran para imponer por menos de dicho porcentaje de sus ingresos.

Para corregir estas faltas, FONASA estableció planes de acción claros y eficientes donde el Rol Fiscalizador juega un papel fundamental. Esta labor ha permitido disponer de más recursos, los que finalmente se destinan a una mejor salud.



MEJORAR LA RECAUDACIÓN Y LA FISCALIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE FONASA

MEJORAR LA EFICIENCIA EN EL GASTO Y EL CORRECTO USO DE LOS RECURSOS

Para llevar a cabo este objetivo fue necesario aumentar la fiscalización en distintos ámbitos tales como: prestadores, prestaciones y empleadores, y generar acciones que promuevan el uso eficiente de los recursos públicos. Pero además, lograr aumentar la recaudación en salud para así, poder brindar más y mejor salud a los asegurados de FONASA.

Reforzamiento del plan de fiscalización de cotizaciones: Se amplió el plan de fiscalización con profesionales fiscalizadores adicionales en terreno, distribuidos a lo largo del país. Dichos fiscalizadores, fueron capacitados de tal manera de lograr detectar y frenar el fraude.

Estudio del mecanismo de recaudación en trabajadores independientes formales: Gracias a que son trabajadores que cuentan con inicio de actividades y registro en el Servicio de Impuestos Internos, se comparará la información registrada sobre los ingresos reales del asegurado, con lo declarado por él.

Frente a las inconsistencias entre ambas declaraciones, se contactó a los asegurados, otorgándoles un plazo para que regularice su situación y cotice efectivamente por el 7% de sus ingresos actuales.

Se espera que con la información registrada y verificada de la Ficha de Protección Social (FPS), FONASA trabaje en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social, ex Ministerio de Planificación, MIDEPLAN, en un nuevo mecanismo de cálculo que permita establecer un Puntaje Sectorial Salud-FONASA.

Este puntaje permitirá asociar al asegurado a un ingreso estimado del cual cotizar el 7%, para posteriormente clasificarlo en alguno de los tramos (A, B, C ó D).

MEJORAR LOS PROCESOS DE RECAUDACIÓN INTERNOS

Mediante un trabajo conjunto con el Instituto de Previsión Social (IPS) se han introducido mejoras al sistema de recaudación, las que han sido diseñadas para incentivar la declaración y pago de las cotizaciones previsionales por vía electrónica.

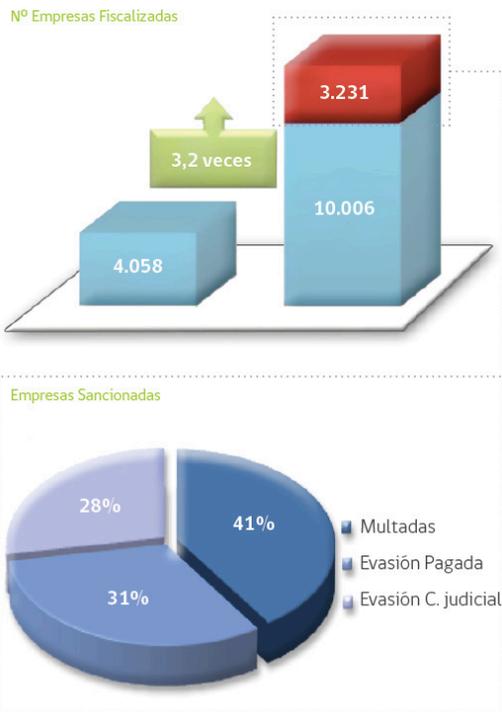
Se espera mejorar, con información del IPS, la base de cotizantes para optimizar la información y detectar la subdeclaración, la evasión y el fraude. Además, se decidió aumentar las charlas a empleadores con el objetivo de informarles sobre la correcta declaración de las cotizaciones de salud. El objetivo de esto: prevenir e instruirlos en las faltas que se cometen normalmente.

A partir de 2010, FONASA se propuso aumentar la recaudación de cotizaciones mediante la mejora en el proceso de fiscalización de cotizaciones, detectando las empresas que presentan evasiones previsionales.

Estas medidas indican el importante rol que FONASA le ha adjudicado a la fiscalización de las cotizaciones, a lo que se le suma la creación de una unidad especializada de Fiscalización de Cotizaciones.

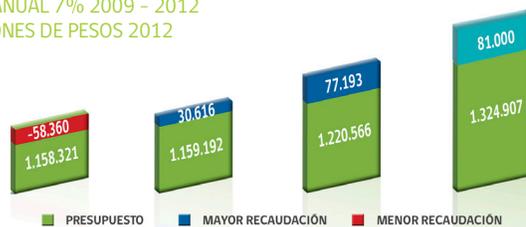
Gracias a esta fiscalización se logró fiscalizar más de 3 mil empresas donde se detectaron cerca de 100 millones en evasiones de cotizaciones. Se trata de una labor que continúa desarrollándose fuertemente para reducir esta mala práctica al mínimo.

De los casos detectados, es importante resaltar que un 41% corresponden a empresas que fueron sancionadas con multas, un 31% pagó la evasión y el 28% restante fue a cobranza judicial. Toda esta ardua labor fiscalizadora para aumentar y optimizar los recursos financieros del sistema, se ha traducido en un aumento significativo en los montos recaudados.



El 2009 se tenía programado recaudar MM\$1.158.321, pero sólo se recaudó MM\$1.099.961, correspondiente a un 5% menos de lo planificado. El 2010, con una nueva administración a cargo, se recaudó por sobre lo planificado, lo mismo ocurrió el 2011. Con esto, se puede decir que en 2010 fue un 2,6% sobre lo propuesto, un 6,3% el 2011 y para el 2012 está planificado recaudar MM\$1.405.907, lo que representa un aumento del 6,1%.

RECAUDACIÓN ANUAL 7% 2009 - 2012
MILES DE MILLONES DE PESOS 2012



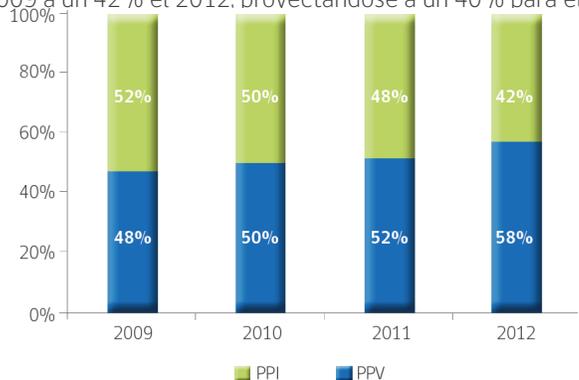
AÑO	2009	2010	2011	2012
RECAUDACIÓN V/S PRESUPUESTO	-5,00%	2,60%	6,30%	6,10%
MMUSD RECAUDACIÓN ANUAL	2.200	2.380	2.596	2.812

NUEVA FORMA DE GESTIONAR EL PRESUPUESTO: POR PERSONA ATENDIDA

De acuerdo a la línea de desempeño que ha tenido la actual administración, donde la modernización de la institución, optimización de los recursos y entrega de un servicio de calidad son primordiales, se decidió generar un cambio en la forma de gestionar el presupuesto de manera más efectiva y poner el foco en la persona, eje central de FONASA. Por ello, se propuso transitar desde el pago histórico al pago por acto, es decir, por acciones de salud efectivamente realizadas.

Los principales mecanismos de pago utilizados para financiar prestaciones en los niveles secundario y terciario de atención de salud son el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). El PPI tiene un componente netamente histórico- con el que funcionan desde siempre los diferentes establecimientos y que son reajustados anualmente. Por esa vía se pagan los bonos de desempeño, la base histórica, ley médica asignación de zona y otros bonos. El PPV, en cambio, es un mecanismo de pago por acto, que agrupa gran arte de prestaciones que se realizan en los hospitales, las que se deben programar previamente en acuerdo con FONASA.

FONASA se ha propuesto avanzar desde el pago histórico (PPI), al pago por acciones de salud efectivamente realizadas (PPV). La tabla siguiente muestra la evolución de la relación porcentual entre PPV/PPI. El PPV ha aumentado desde el 2009, de un 48% a un 58% el año 2012, y el PPI ha disminuido desde un 52% el 2009 a un 42% el 2012, proyectándose a un 40% para el 2013.



LIDERAZGO EN LA ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO PÚBLICO EN SALUD

La institución ha ejercido un rol guía en la elaboración del Presupuesto Público del Sector.

Desde el año 2010, el liderazgo de FONASA en el Sector Salud ha sido claro. La institución ha ejercido un rol guía en la elaboración del Presupuesto Público del Sector. Una de las acciones llevadas a cabo para esta función han sido los Convenios de Gestión entre FONASA y la Subsecretaría de Redes y los Servicios de Salud, donde se especifican los objetivos y metas para cada actor de manera clara y exigente. Lo anterior se realiza de acuerdo a la capacidad hospitalaria, a los recursos y las necesidades de salud. Esta evaluación y programación es de vital importancia, ya que esto permite que el sistema funcione y responda efectivamente.

Para que estas medidas se cumplan, la institución desarrolló un sistema de seguimiento mensual en base a la información en línea; lo que le permite un monitoreo de ejecución de las actividades y transferir el pago en base a lo efectivamente realizado.

Para optimizar aún más los recursos, transparentar y hacer más eficiente el sistema, FONASA estableció con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, límites de deuda permitidos por hospital, que no pueden ser superiores al existente a diciembre de 2011 y no deben ser mayores a 45 días. En cuanto a la compra y stock de medicamentos por parte de los distintos establecimientos, se implementó un sistema de control, donde de la compra total debe realizarse, al menos, en un 50% a través de Cenabast.

DISMINUCIÓN DE LA DEUDA HOSPITALARIA

Luego de que FONASA retomara su rol de administrador de los recursos del Sector Público de Salud y mediante un trabajo conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, inició en junio de 2011 un proceso para estabilizar la deuda hospitalaria, cuyas repercusiones afectan directamente a los asegurados de la institución. Para esto, se instruyó la entrega mensual de los presupuestos públicos, una mayor coordinación con las clínicas privadas para la derivación de pacientes y el pago directo desde FONASA a dichos establecimientos, sin pasar por los servicios de salud u hospitales.

DISMINUCIÓN DEUDA HOSPITALARIA 2010-2012



FONASA decidió atacar de raíz el problema de la deuda de hospitales, y de generar un cambio drástico en la cultura presupuestaria al interior del sector, para ello implementó un sistema de control financiero presupuestario de cada servicio de salud, donde las transferencias se realizan principalmente según el cumplimiento de los compromisos de producción.

Lo anterior se puede comprobar si se analizan, comparativamente, los años 2010-2011, donde se observa que la deuda se inicia en diciembre de 2010 con MM\$39.127 (la diferencia comparativa de la deuda mes a mes entre el año 2010 -2011 es siempre menor el 2011) variando esa diferencia en MM \$13.312 entre el mes de diciembre de 2011 y MM\$54.358 en abril de 2011.

PRESUPUESTO ATENCIÓN PRIMARIA: PER CÁPITA, GRAN AUMENTO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

La Atención Primaria de Salud (APS) es le pilar fundamental del Sistema de Salud chileno y, según el actual gobierno, una de sus prioridades en el presupuesto 2012.

La APS se financia a través de un sistema de pago del tipo per cápita, que paga una cantidad fija a cada establecimiento de APS por cada usuario inscrito en el mismo.

La Atención Primaria de Salud (APS) es le pilar fundamental del Sistema de Salud chileno y, una de las prioridades del actual gobierno en el presupuesto 2012.

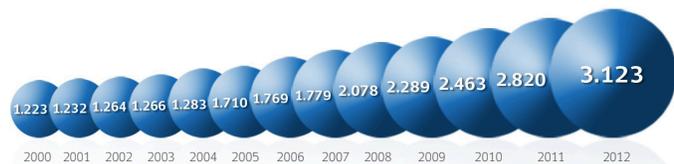
El Per Cápita Basal para la atención primaria ha aumentado sostenidamente desde el año 2000 con \$1.223 hasta \$3.123 el 2012, lo que implica un aumento de 39.16%.

Si al Per Cápita Basal se le suma el monto por indexadores de pobreza, ruralidad y desempeño utilizados para la "percapitación" de la APS, el Per Cápita total ha aumentado sostenidamente desde el año 2005, partiendo de \$2.066 hasta \$3.662 el año 2012, lo que implica un aumento de 56,42%.

Si se observa el aumento desde el año 2010 con \$2.910 al 2012, presenta un aumento de 79,46%.

PER CÁPITA BASAL ATENCIÓN PRIMARIA

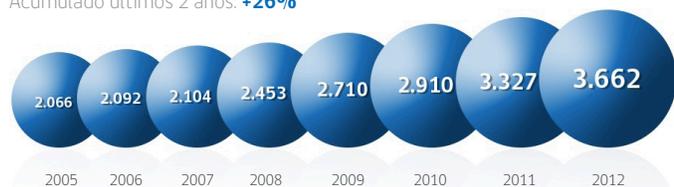
Crecimiento 2012, \$2.820 a \$3.123: **+11%**
Acumulado últimos 2 años: **+27%**



Cifras en pesos

PER CÁPITA CON INDEXADORES DE POBREZA, RURALIDAD Y DESEMPEÑO DIFÍCIL

Crecimiento 2012: **+10%**
Acumulado últimos 2 años: **+26%**



Cifras en pesos

Nota: Per cápita total, transferencias \$5.082

PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD

Pese a que Chile trabaja día a día para superar la pobreza, terminar con las desigualdades y crecer como país, es necesario que los diversos estamentos públicos estén constantemente realizando mejoras para que las personas puedan acceder a servicios básicos de calidad, como por ejemplo: salud.

Lamentablemente, existen segmentos de la población que de igual forma quedan más desprotegidos. Es por ello que FONASA, se propuso poder brindar salud de calidad no sólo a sus asegurados, sino también extender esa cobertura de protección y amparo en salud a sectores vulnerables.

Para eso, implementó un sistema de traspaso de recursos financieros para programas especiales de salud realizados por instituciones sin fines de lucro, entre las que destacan las siguientes:

HOGAR DE CRISTO

La misión de esta institución es la de *acoger con amor y dignidad a los más pobres entre los pobres, para ampliar sus oportunidades a una vida mejor. Convoca con entusiasmo y vincula a la comunidad en su responsabilidad con los excluidos de la sociedad. Es una organización transparente, eficiente y eficaz, que animada por la espiritualidad de San Alberto Hurtado promueve una cultura de respeto, justicia y solidaridad.*

FONASA les entrega (por medio de traspaso) recursos destinados a camas sociosanitarias para pacientes terminales, en base al financiamiento de días cama y sus gastos asociados. Lo anterior se efectúa directamente a sus centros de atención a lo largo de todo el país. El año 2011 se realizó un traspaso total de M\$1.515.740 destinados a atender a 3.941 pacientes.

CONIN, CORPORACIÓN PARA LA NUTRICIÓN INFANTIL

CONIN tiene por misión, *prevenir y tratar integralmente, los problemas de alimentación y nutrición de niños y niñas, en sus primeros años de vida, incorporando su desarrollo psicosocial.*

FONASA ha financiado 83.066 prestaciones desagregadas por sexo y que equivalen a un gasto de M\$1.311.346.

FUNDACIÓN TELETÓN

Teletón busca la rehabilitación integral de niños y jóvenes, hasta los 20 años de edad, que presentan enfermedades invalidantes, de origen neuro-músculo-esquelético, con fuerte énfasis en su autocuidado y autovalencia.

La atención en los Institutos Teletón no depende de la situación socioeconómica de la persona que la solicite, sino de que cumpla con los requisitos médicos de ingreso. En el caso de los beneficiarios de FONASA todos los niveles reciben atención gratuita.

FONASA ha financiado a 9.080 pacientes. Las prestaciones pueden desagregarse en seis categorías y equivalen a un gasto total de M\$3.257.478 el 2011, que equivale a un 13,6% de aumento con respecto al 2010.

FUNDACIÓN LAS ROSAS

Su misión es *acoger, alimentar, acompañar en la salud y en el encuentro con el Señor a personas mayores pobres y desvalidas, manteniéndolas integradas a la familia y a la sociedad de forma digna y activa.*

El 2011 FONASA financió 4.836 días cama para pacientes adultos mayores que equivalen a un gasto de M\$43.268.

CENTRO DE REHABILITACIÓN MATER ESPERANZA CLÍNICA MATER

Su misión es la de *promover el bienestar físico y mental de los niños y jóvenes con el objeto de mejorar su calidad de vida y la de su entorno, mediante acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, con una visión sintomática y un enfoque multidisciplinario.*

FONASA ha traspasado M\$150.000, con un aumento correspondiente a un 76,6% respecto a lo traspasado el año 2010.

CLÍNICA FAMILIAR p/DIGNIDAD DEL HOMBRE

Su misión es *acoger, acompañar y asistir al enfermo en compañía de sus familiares y promover un estilo de vida sana, promoviendo el rol primordial de la familia.*

La Clínica Familia, funciona como centro de cuidados paliativos, que recibe enfermos físicamente incurables, acompañándolos y atendiéndolos dignamente, con amor y profesionalismo para asumir junto a sus familiares, prepararse y elaborar física, psicosocial y espiritualmente, su inminente deceso. El año

2011, FONASA traspasó M\$116.453 destinados a cubrir 4.954 tratamientos.

COANIQUEM

Su misión es *rehabilitar integralmente al niño y adolescente quemado, prevenir, capacitar e investigar en lo referente a esta patología, actuando en conjunto con sus familias, nuestros benefactores, red de complementadores y la sociedad. Nuestro compromiso es ofrecer en forma gratuita un tratamiento de excelencia con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el futuro de nuestros pacientes.*

Sus objetivos son brindar rehabilitación integral y gratuita a niños con secuelas de quemaduras, prevenir quemaduras en menores de 18 años, capacitar a profesionales y técnicos de la salud que se enfrentan a esta problemática y realizar investigación científica orientada a mejorar los tratamientos de los niños quemados.

El año 2011, FONASA traspasó un total de \$1.276.850.000 a los centros de Santiago, Puerto Montt y Antofagasta por concepto de 19.249 atenciones no quirúrgicas y 367 atenciones quirúrgicas.

El apoyo a estas instituciones ha permitido descongestionar a los hospitales públicos y que ancianos desvalidos, niños enfermos, padres de familias que no pueden mantener a sus cercanos cuentan con salud. Derecho básico de toda persona. FONASA continuará desarrollando este tipo de programas, donde por sobre todo, está la dignidad y el bienestar de los enfermos.

PAGO INTEGRAL: CASO LICITACIÓN CAMAS CRÍTICAS POR TERREMOTO

El terremoto del 27 de febrero de 2010 produjo una situación de crisis en el Sistema de Salud Pública. Dejó fuera de servicio más de 4 mil camas en distintos hospitales desde la Región Metropolitana a la región del Bio Bio.



Frente a este grave problema, FONASA inició (en ese entonces) una licitación para ver qué cantidad de camas podrían ser reemplazadas desde el Sistema Privado de Salud y a qué precio. Se convocó a 52 instituciones asistenciales que ofrecieron más de mil unidades a un precio promedio de 350 mil pesos, mientras que los prestadores más baratos estaban cerca de los 250 mil pesos. Del total de camas ofertadas, 442 son para casos críticos o agudos, que se centran principalmente en enfermedades respiratorias en los meses de invierno.

En total son 152.550 días cama, que fueron administrados por el Sistema Centralizado de Gestión de Camas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La alianza con el Sector Privado puede ser de largo aliento y puede servir para enfrentar personas en listas de espera.

FONASA es el Asegurador Público de Salud, que otorga cobertura a más de 13,3 millones de usuarios y medidas como la licitación de camas y/o la participación del Sistema Privado en la entrega del servicio a los asegurados de FONASA, son ideas creativas, eficientes y que, finalmente logran entregar a los asegurados la calidad del servicio que les corresponde.

ACTUALIZACIÓN DE LOS ARANCELES FONASA, NUEVAS PRESTACIONES

Mediante un histórico acuerdo entre FONASA, la Subsecretaría de Redes y la Dirección de Presupuestos, para reconocer el déficit de precios en las canastas del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), se introdujeron cerca de 80 canastas nuevas y se generó un aumento de precios en algunas intervenciones, que representan aproximadamente un 25% del arancel PPV 2012.

En paralelo, FONASA ha hecho un esfuerzo importante para mejorar el Plan de Salud y ha puesto especial atención a la Modalidad Libre Elección (MLE). Estas mejoras se basan en la implementación de aumentos de cobertura financiera de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) a un mínimo de 50% de cobertura financiera, la integración de nuevos PAD y la incorporación de nuevas prestaciones. Los PAD corresponden a grupos de prestaciones relacionadas con un problema de salud, permitiendo a los usuarios conocer de antemano el valor final de la intervención a realizar, independiente del conjunto de prestaciones utilizadas en la resolución del diagnóstico. Por ejemplo el "PAD Parto", que incluye la estadía y todos los servicios médicos necesarios sin importar si éste fue cesárea o parto normal.



Este tipo de producto permite a FONASA compartir los riesgos asociados al tratamiento, tanto los costos como las complejidades de la patología con los prestadores privados.

El aumento de la cobertura financiera consiste en disminuir el copago de aquellos PAD que hasta 2011 tenían coberturas menores al 50% de manera de disminuir el copago de los asegurados.

Por otro lado se incorporaron cuatro nuevos PAD al arancel, de manera de entregar cobertura con costo conocido a problemas de salud que hoy son valorizados como una suma de los costos de las prestaciones y servicios que requieren en forma independiente.

Éstos son queratectomía fotorrefractiva o queratomileusis fotorrefractiva, Laksik o PRK (procedimiento quirúrgico con laser para los defectos de refracción del ojo), histerectomía (extirpación útero), menisectomía (en caso de rotura de meniscos) y la litotripsia extracorpórea (desintegración de cálculos renales).

Para el 2013, se integran 21 nuevos PAD, llegando a 54 programas. ■■■

4. MODERNIZACIÓN DE FONASA Y RENOVACIÓN DE SUS SUCURSALES



Ha sido característico de esta administración situar al asegurado como eje central de la institución. Se ha remarcado constantemente el propósito de “abocarse a entregar un servicio de calidad, eficiente y transparente para todos los asegurados de FONASA”. Por ello, se planteó la necesidad de modernizar las sucursales y sistemas de atención de los afiliados para, así, brindar una mejor atención acorde a los tiempos de hoy. Bajo este propósito, se decidió llevar a cabo un profundo plan de reestructuración y modernización de la institución. Tremendo desafío que contempla desde el uso de nuevas tecnologías como: el Bono Electrónico, las Licencias Médicas Electrónicas, habilitar Medios de Pago Electrónicos, implementación de la Huella Dactilar como medida de identificación de los asegurados, hasta modernizar la imagen de FONASA, con un nuevo logo corporativo y la ampliación y remodelación de la red de oficinas.

La necesidad de familiarizar la institución a las personas, hizo necesario crear una imagen más amigable, confiable y cercana, que unidas a un mejor servicio más cómodo y rápido, se han traducido en una notable aceptación, valoración y reconocimiento de FONASA por parte de sus asegurados.

Recientes encuestas han señalado a FONASA como el servicio público mejor evaluado y aquel al cual la población tiene más confianza.

UNA NUEVA FORMA DE ATENCIÓN

FONASA cuenta con una red de 104 sucursales a lo largo del país, las cuales fueron evaluadas para ver sus reales necesidades y poder así brindar a los afiliados un mejor servicio. De esta forma se estableció que, como primera medida, era preciso aumentar la cobertura. Por ello, se abrieron nuevas sucursales. Esta medida descongestionó las oficinas y agilizó los tiempos de atención, haciendo más fácil la realización de los trámites por parte de los asegurados.

Además, FONASA firmó un convenio con el Instituto de Previsión Social (IPS) que permitió al asegurador público ampliar su presencia en 52 comunas donde no había sucursales, duplicando sus lugares de atención. Hoy FONASA a lo largo de Chile atiende en 356 puntos de atención a nivel nacional.

Pero la modernización requiere que el funcionamiento interno de las oficinas sea el adecuado. Por ello, FONASA ha estado trabajando en estandarizar los servicios que entrega a sus asegurados. Desde fines de 2011 todas las sucursales a lo largo del país operan de forma homogénea gracias a la implementación de un Manual Administración, que establece formalmente los distintos procedimientos que sustentan el funcionamiento de cada una de las sucursales.

Para complementar y hacer más eficiente y mejor este proceso de modernización, se ha elaborado un nuevo concepto de atención denominado: TOTALPACK.



Esta innovadora forma de atender en sucursales -actualmente vigente en 42 oficinas- tiene por objetivo el trabajo de forma integrada en la atención de los asegurados, complementando la gestión de espera con tickets de atención, supervisión en línea, generación de informes y control estadístico online, con información actualizada y necesaria para generar consolidados, detectar problemas y tomar decisiones correctas.

MOTIVACIÓN DE EJECUTIVOS

Lo anterior sólo es posible de llevar a cabo si existe un real compromiso por parte de las personas que hacen posible este trabajo: los ejecutivos de las más de 100 sucursales de FONASA repartidas a lo largo del país. Es imprescindible que estén conformes con sus condiciones laborales, con el entorno donde se desempeñan a diario, con buenas relaciones humanas y la correspondiente retribución monetaria. Para lograrlo, FONASA realizó un enorme esfuerzo incrementando en forma especial los sueldos de los ejecutivos, que diariamente atienden a los 13,3 millones de asegurados y que son la cara de la institución.

CAPACITACIONES

Con el objetivo de estar constantemente mejorando el servicio de atención a los afiliados, se consideró indispensable dotar a todas las jefaturas de las sucursales de nuevas competencias, que les permitirán desarrollar un proceso armónico de mejoramiento continuo. Durante el 2011 se realizaron talleres de formación para los jefes de sucursales de todo el país.

Durante 2011 y 2012 en FONASA se han realizado más de 4.100 horas de capacitación, orientadas fuertemente a la forma de atención de nuestros asegurados.

Todas las mejoras, desde la nueva imagen de las sucursales, hasta la motivación de los trabajadores, son parte del Programa de Modernización de la Institución. En concreto, se ha rediseñado una nueva imagen corporativa, se han instalado kioscos de autoatención que generan certificados en línea, las sucursales cuentan con plasmas que proyectan audiovisuales con información de los beneficios y derechos que otorga FONASA a todos sus asegurados. En el caso de las sucursales y su modernización, el nuevo modelo de atención se incorpora de manera paulatina. ■■■

5. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

SECTOR PÚBLICO DE SALUD Y ESTRATEGIA DE INFORMATIZACIÓN SIDRA (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REDES ASISTENCIALES)

La operación de la Red Pública de Salud involucra un servicio masivo, complejo y distribuido a lo largo de Chile. Desde el punto de vista de organización, está compuesto por 29 Servicios de Salud, en que cada uno contempla un hospital base junto a otros hospitales de distinto nivel de complejidad, además de un conjunto de consultorios de atención primaria (APS). Desde el punto de vista de financiamiento, los hospitales tienen dependencia del Ministerio de Salud, y los consultorios son de dependencia municipal. Desde el punto de vista operativo, la Red de Salud debe operar en forma integrada entre los establecimientos de cada Servicio de Salud así como también con los de otros Servicios, considerando procesos clínicos y estándares de servicio homogéneos.

La estrategia SIDRA contempla la implementación de la informatización de los procesos clínicos y administrativo-financieros de hospitales y consultorios en toda la Red Pública de Salud, considerando soluciones estandarizadas, escalables, acreditadas, con codificaciones normalizadas, que sean sustentables en el tiempo tanto desde el punto de vista funcional como financiero, así como también la interoperabilidad de todas las soluciones dentro de la Red. Adicionalmente, proporciona información de gestión que permite a nivel de cada establecimiento, de cada Servicio de Salud, y del Nivel Central de Ministerio de Salud, gestionar adecuadamente la salud dentro de la Red Pública: su financiamiento, su desarrollo y su mejora en el tiempo, entregando la información necesaria para colocar y medir el uso de los recursos asistenciales de acuerdo a las prioridades sanitarias que defina el Ministerio de Salud.

Cada solución debe estar centrada en el paciente y las atenciones que este reciba en la Red, tanto desde el punto de vista preventivo como curativo, además de entregar la información necesaria para poder medir la calidad de la atención que reciba cada paciente atendido.

OBJETIVOS Y METAS DEL PROYECTO

1. Implementar soluciones informáticas normadas y estandarizadas con las características antes señaladas, en los 210 hospitales de la Red Pública de Salud, así como también en sus 650 consultorios, mas todos los futuros establecimientos que se vayan incorporando.
2. Generar una interoperabilidad de información del sistema público de salud, de forma que la información de cada paciente sea accesible y actualizable desde cualquier establecimiento adherido a la red.
3. Generar un registro clínico electrónico (RCE) único por paciente, que será alimentado desde los diversos procesos de salud. La innovación en este proyecto es que el RCE es producto de la informatización de los procesos médicos, en vez de un proyecto aislado.
4. Integrar en línea las soluciones con los equipos clínicos utilizados en los establecimientos prestadores y centros de apoyo, permitiendo de esta forma que los exámenes, radiografías, y otros sean parte del RCE del paciente.
5. Integrar en línea los HIS con las soluciones financiero administrativas (ERP), de forma de registrar y proporcionar la información necesaria para el resguardo financiero del Sector Público de Salud en Chile, de acuerdo a los beneficios legales establecidos en el país, así como también poder integrarse e interoperar con los organismos autónomos del Sector Público de Salud : FONASA, Cenabast, ISP y la Superintendencia de Salud.

Todo lo anterior representa la base de operación de la Red Pública de Salud, a partir de la cual se pueden implementar soluciones de mayor valor agregado tales como medicina a distancia (telemedicina, teleatenciones, telediagnósticos), portales Internet (del paciente, de médicos), hospital virtual, call center de salud y soluciones de apoyo en móviles.

BENEFICIOS

1. Mejorar la gestión pública de salud mediante la integración de información hoy fragmentada, generando indicadores y controles adecuados permitiendo con ello traspasar recursos financieros hacia mejoras de prestaciones y coberturas financieras que benefician a los usuarios del Sistema Público de Salud.
2. Mejorar la eficiencia de los prestadores públicos de salud, así como las prestaciones y coberturas de salud que ellos otorgan.
3. Entregar una mejor atención de salud pública a 13,3 millones de asegurados en FONASA, de calidad homogénea, y considerando precios y copagos valorizados de acuerdo a un costo de producción eficiente de los servicios de salud.

El SIDRA es un proyecto de largo alcance, comenzó en forma consistente en 2010 y se estima que tomará alrededor de 10 años la información completa de toda la Red Pública de Salud.

A la fecha hay un grado de avance importante en la informatización, teniendo presente que queda mucho por avanzar. El 2011 se logró implementar sobre un 90% de la Red Pública de Salud de la Agenda Electrónica y el proceso de Derivación Electrónica de pacientes desde consultorios de APS hacia los hospitales de especialidad. A octubre de 2012 existe un avance sobre el 50% de Registro Clínico Electrónico en los consultorios de APS, y se está construyendo el primer repositorio centralizado de información APS alimentado desde los sistemas de los consultorios, el cual permitirá alimentar indicadores clínicos y financieros y de esta forma potenciar la gestión de la Red de APS en todo Chile. Respecto de los hospitales, existe a la fecha un avance disímil entre los distintos Servicios de Salud, sin embargo, a comienzos de este año se concluyó el proyecto de informatización del hospital de Talagante, que es el primer hospital totalmente informatizado de la Red Pública de Salud.

La entidad supervisora de la implementación de SIDRA es la Oficina Central de Proyectos SIDRA (OCP), creada originalmente en FONASA y traspasada posteriormente al Ministerio de Salud.

SISTEMA CORPORATIVO DE INFORMACIÓN DE FONASA

FONASA está realizando su mayor modernización tecnológica de la última década, parte central de lo anterior, en el cambio de su sistema corporativo de operaciones. El objetivo es diseñar e implementar una solución que permita satisfacer las necesidades operativas presentes y futuras de FONASA, en torno a sus tres roles centrales : Seguro Público, Fiscalizador y Financiero, y en definitiva aportar para que el Seguro Público sea una institución de excelencia.

¿QUÉ ES EL SISTEMA CORPORATIVO ?

Es un sistema de información que permite a FONASA operar en su rol de seguro público de salud. Debe soportar la operación de las bases de datos y los procesos operativos de la institución, proveer servicios de información para los asegurados y prestadores de FONASA y proveer y recibir información de otras instituciones del Estado.

¿QUÉ MOTIVA EL CAMBIO DE SISTEMA ?

El sistema de información corporativo actual de FONASA data del año 1998 / 1999. Por diversas razones, el sistema actual no soporta adecuadamente los requerimientos institucionales.

AVANCE NACIONAL EN IMPLEMENTACIÓN

	Agenda		Referencia		Registro Clínico Electrónico		Farmacia		Urgencia		Archivo		Gestión de Camas		Gestión de Pabellones		Medios Diagnósticos		
	Total	Instalado	(RCR Instalado)	(RCE Instalado)	(DDF Instalado)	(URG Instalado)	(ARCH Instalado)	(GC Instalado)	(GP Instalado)	(SMD Instalado)									
Hospitalario	200	197	99%	196	98%	61	31%	61	31%	53	N/A	53	27%	41	21%	17	9%	36	18%
APS	705	637	90%	666	94%	345	49%	268	N/A	39	N/A							17	N/A

Se hizo un intento fallido de cambio de sistema corporativo al año 2005, luego de lo cual se siguió usando el anterior. La Contraloría General de la República (CGR) autorizó prorrogar los contratos de servicio con proveedores actuales hasta Enero 2011. Adicionalmente, el año 2010 se decide rehacer las bases de licitación del sistema.

¿QUÉ SE HIZO PARA MATERIALIZAR EL PROYECTO ?

Se solicita a la CGR extender en 2 años el plazo de servicio con proveedores actuales, hasta enero 2013.

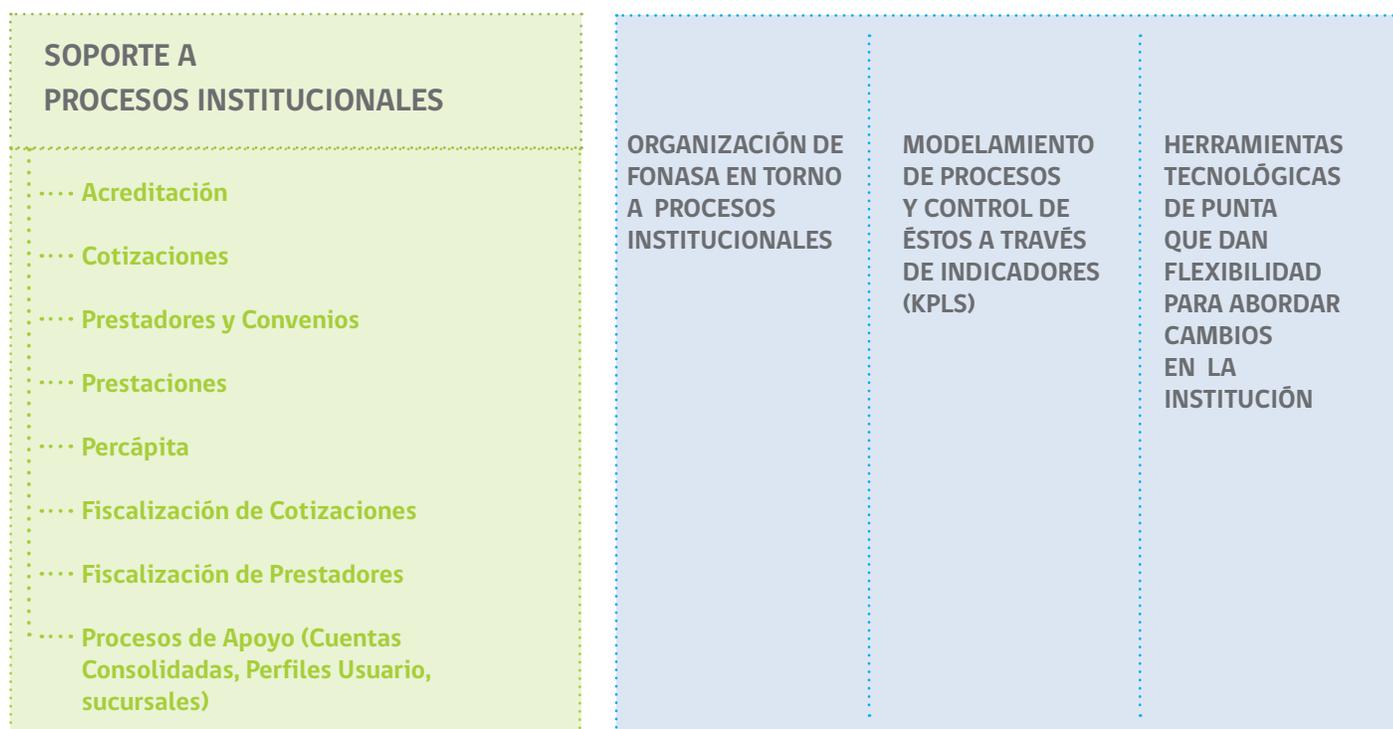
Lo anterior, con la finalidad de realizar el proceso de licitación pertinente. Durante el segundo semestre de 2011, se adjudica el proyecto por un costo de US\$ 50 MM y una duración de contrato de 8 años.

El proyecto se divide en varias etapas y cuya implementación será gradual. La primera de ellas considera la implementación progresiva de los procesos institucionales que son la base operativa de FONASA: acreditación, cotizaciones, prestadores y convenios, prestaciones, percápita, y fiscalización cotizaciones y prestadores. Las etapas posteriores consideran los módulos asociados a la entrega de beneficios a los asegurados y un módulo de gestión institucional, en que ambos deben operar sobre los procesos base asociados a la primera etapa del proyecto.

FONASA tendrá un sistema de operaciones construido en una plataforma tecnológica de última generación y operará 100% con procesos de negocio estructurados, interconectados, y controlados desde su plataforma.

Asimismo, el nuevo sistema corporativo le permitirá a FONASA contar con :

- Repositorio único de información con centro en el asegurado
- Información y servicios en línea para la gestión interna de la institución, asegurados, y prestadores
- Controles y reglas de negocio automatizadas para sus procesos
- Procesos operativos integrados
- Facilidad para realizar cambios en procesos y reglas
- Información completa y oportuna de gestión



ASPECTOS RELEVANTES CONSIDERADOS EN EL PROYECTO

El modelo operativo de FONASA es único en Chile, ninguna otra institución pública o privada opera como FONASA, por ende no existe una solución hecha que se pueda comprar.

La solución involucra la implementación de una plataforma escalable que sea capaz de gestionar los procesos operativos de FONASA y reglas de negocio asociadas, así como también intercambiar información con todas las entidades externas con las que opera FONASA. Se descartaron las alternativas de hacer un desarrollo a la medida (sistema actualmente vigente) o comprar un paquete de software y parametrizarlo.

El cambio tecnológico permitirá a FONASA tener una de las plataformas de última generación y de clase mundial, la cual tiene cuatro componentes centrales: base de datos única, centrada en el asegurado, según modelo referencial de datos institucional, gestor de procesos, gestor de reglas de negocio, e interconexión en línea con otros sistemas.

El proyecto involucra un cambio sustantivo en la forma de operar de FONASA, lo que permitirá pasar desde parcelas funcionales a ser una organización que opere 100% en base a procesos operativos integrados y gobernados desde KPI's, con métricas objetivas y medibles, considerando en una etapa posterior del proyecto implementar una plataforma central de Inteligencia de negocios.

El proyecto involucra un cambio sustantivo dentro de la institución, por ende el manejo del riesgo involucrado es central para su éxito. Dado lo anterior, la decisión fue diseñar una implementación gradual e incremental de los alcances funcionales y procesos operativos, considerando una priorización de ellos en base a la lógica del negocio, y garantizando la continuidad operativa de la Institución. Adicionalmente, en cada fase se diseñó un esquema de iteraciones incrementales en términos de completitud de casos de uso de los procesos involucradas y reglas de negocio asociadas, así como también de los datos migrados necesarios.

ETAPA I: Arquitectura y base de datos Institucional

Proveer soporte a los procesos administración y actualización de la información básica del seguro público de salud (acreditación, cotizaciones, prestadores y prestaciones) e integración con sistemas legados.

ETAPA II: Entrega de beneficios

Proveer soporte a los procesos de entrega de servicios y pago del seguro público de salud (atenciones de salud, atenciones GES y pagos)

ETAPA III: Apoyo a la Gestión

Proveer soporte a los procesos administración y apoyo a la gestión institucional (gestión documental, recursos humanos y administración)

ETAPA IV: Control del Seguro

Proveer soporte a los procesos de control preventivo del seguro público de salud, estudio de comportamiento y uso de beneficios de los asegurados.

Otra aspecto a destacar exigido para la solución fue su facilidad para integrarse en línea con los distintos sistemas legados que tiene FONASA, los cuales soportan la operación de diversas responsabilidad institucionales (como por ejemplo, Licencia Médica, Ley de Urgencia, entre otros), así como también con los sistemas de otras entidades del Estado para los intercambios periódicos de información masiva.

Finalmente, otra exigencia para la solución fue su flexibilidad y adaptabilidad para abordar cambios que se vayan produciendo en el negocio, de forma de abordar con facilidad las futuras necesidades operacionales de FONASA.

LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA FONASA

¿QUÉ ES LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA (LME) Y QUÉ RESUELVE?

Según lo establece nuestra legislación, la licencia médica puede materializarse a través de documento electrónico o a través de un formulario de Licencia Médica en papel, en ambos casos, las definiciones tanto del documento electrónico como el formulario en papel son materia de la ley vigente. El contenido de la LME es el mismo que el formulario de papel y debe tramitarse por las mismas personas y en los mismos plazos. En tal sentido, el objeto de una LME es el mismo que una licencia en papel.

La LME tiene por objetivo facilitar el proceso de otorgamiento y tramitación de las licencias médicas mediante el uso de tecnologías de información, proporcionando múltiples beneficios a los distintos actores vinculados en el proceso, además de disponer de información detallada en línea para monitoreo y gestión del proceso.

El sistema de información de LME soporta el flujo íntegro de la licencia médica tramitada en forma electrónica, desde el profesional médico que la otorga hasta la entidad que finalmente la paga, pasando por el empleador que la tramita y por la entidad que la pronuncia (actualmente COMPIN bajo responsabilidad del Ministerio de Salud), y por la Caja de Compensación que corresponde si el empleador está afiliada a alguna.

- Tres de cada 4 licencias médicas tramitadas en Chile son de asegurados FONASA.
- Existe en Chile casi 6 millones de usuarios del servicio (asegurados FONASA que cotizan el 7% obligatorio de previsión en salud).
- Se emiten 3,6 millones de licencias médicas FONASA al año, con un gasto aproximado de US\$ 800 millones.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

- Diseñar e implementar una solución de LME para asegurados FONASA de acuerdo a la normativa legal vigente.
- Disminuir los actuales tiempos totales promedio de tramitación de licencias desde 90 a 15 días. La licencia médica debe pagarse durante el mes ya que cubre la parte de la remuneración no trabajada del usuario.
- Implementar LME en todos los prestadores de salud con los que opera FONASA, tanto los asociados a la red privada

de salud como los asociados a la red pública de salud, generando los incentivos necesarios para lo anterior.

- Tener operando la solución en un año con 2 ó más proveedores certificados por FONASA.
- Elaborar e implementar un tablero de control para monitoreo en línea de todas las LME´s en trámite.

La solución se encuentra en operación desde Noviembre del 2011, cumpliendo así con la promesa presidencial en dicho año para este tema.

ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO Y ALGUNOS ASPECTOS DEL MODELO DE OPERACIONES

- Se formó un equipo dedicado en FONASA para gestionar y liderar el proyecto.
- Se realizó una alianza estratégica con Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) que es la entidad supervisora de Licencias Médicas en Chile.
- Se incluyeron las 5 Cajas de Compensación (CCAF) y otros actores relevantes.

EL MODELO TECNOLÓGICO: CENTRADO EN LA INTEROPERABILIDAD Y AUTOMATIZACIÓN

Se modeló el documento electrónico de licencia médica con toda la información legal requerida para todas las etapas del proceso de tramitación de licencias, así como para su seguimiento y gestión. El documento electrónico considera aspectos de seguridad, encriptación y firma electrónica, a partir de un mecanismo biométrico de identificación por huella digital (para el médico tratante y el paciente).

La solución considera todas las etapas asociadas a una licencia médica (otorgamiento, tramitación, validación, pronunciamiento, pago y notificación), y el monitoreo en línea del estado de cualquier LME en trámite.

BENEFICIOS

TRABAJADORES

- Evitar el trámite de traslado del formulario ahorrando tiempo y costos
- Evitar una preocupación incompatible con el estado de salud
- Verificación electrónica del estado de la licencia
- Garantía de que se preservará el secreto médico sobre los diagnósticos

PROFESIONALES

- Evitar malas prácticas en el otorgamiento de licencias médicas
- Garantía de que se preservará el secreto médico de los diagnósticos
- Acceso a información de las licencias electrónicamente otorgadas

ENTIDAD QUE SE PRONUNCIA (COMPIN)

- Acceso a la información de manera más oportuna
- Optimizar proceso de fiscalización
- Facilitar el control del gasto en SIL
- Ahorros operacionales debido a la sustitución del procesamiento de licencias en papel

GLOBALES (ORGANISMOS PÚBLICOS COMPETENTES)

- Acceso a información de manera oportuna y eficiente
- Diseño de políticas públicas de salud y seguridad social

Desde el punto de vista cuantitativo se logró bajar el plazo de tramitación a 15 días. A la fecha existen 10.000 profesionales médicos y 8.000 empleadores enrolados para operar con LME,

100.000 LME´s tramitadas en 10 meses de operación, y un avance importante en los prestadores públicos de la Región Metropolitana que ya cuentan con el servicio.

MODERNIZACIÓN PLATAFORMA DE SISTEMA QUE SOPORTA LA OPERACIÓN DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD (GES) EN LA RED PÚBLICA DE SALUD

El sistema SISGES es el que soporta la operación del GES en toda la Red Pública de Salud, considerando: registro, seguimiento, gestión y pago de las prestaciones.

Es un sistema de operación muy masivo en términos de transacciones, volumen de operación, y usuarios :

- 13.300.000 casos atendidos
- 80.000.000 prestaciones realizadas
- 108.000.000 de eventos realizados
- 2.000 usuarios activos
- Da servicio a los 1.100 establecimientos de la red pública de salud
- Ingreso promedio diario de 120.000 registros
- Tiene modelado los 69 problemas de salud GES

Cada problema de salud AUGE considera un árbol secuencial de prestaciones asociadas, donde cada prestación debe efectuarse por ley en un plazo predefinido.

La plataforma del sistema era antigua y no estaba a la altura de los requerimientos y necesidades actuales del proceso, lo cual provocaba frecuentes problemas operativos como lagunas de servicio, demora en actualización de registros ingresados, demora en la generación de informes para usuarios, y demora en procesos de fin de mes.

OBJETIVO DEL PROYECTO

Reemplazar la plataforma del sistema por una de última generación, considerando la migración funcional y de información, sin afectar la continuidad operativa del sistema.

RESULTADO

Incorporación de una plataforma de última generación, que es vanguardia tecnológica mundial, y FONASA es la única institución en Chile que la tiene en operación

- El proyecto se realizó en un plazo de cuatro meses, sin ningún impacto operativo para los usuarios del sistema, y está en operación desde diciembre de 2011.
- Hubo una mejora radical en la performance funcional del sistema, lo cual redundó en que prácticamente

desaparecieron los tickets de reclamo en la mesa de ayuda, que es parte del servicio de soporte operativo de la plataforma.

- La nueva plataforma tiene una enorme capacidad de crecimiento, pudiendo ser a futuro, el repositorio sectorial de información del sector público de salud, lo cual daría la posibilidad de tener la información integrada y facilitar así la obtención y análisis de indicadores de gestión de la red pública de salud.
- Durante el 2012 se está incorporando a la plataforma el sistema de facturación GES (GGPF), lo cual simplifica enormemente el proceso de pago a los prestadores
- La plataforma comprada es tecnología "Green IT" con un importante ahorro de energía para el soporte del sistema de información. ■■■

7. IMAGEN DE FONASA

La labor de FONASA ha sido reconocida por los asegurados y la población en general, lo que se ve reflejada en las excelentes calificaciones obtenidas en diversas encuestas de opinión y estudios sobre capital de marca.

Prueba de lo anterior son los resultados obtenidos en la cuarta encuesta nacional de derechos realizada, por la Comisión Defensora de Derechos Ciudadanos, donde FONASA resulta ser el servicio público mejor evaluado. Se suma a esta evaluación el hecho inédito de situarse, este año, dentro de las 20 mejores marcas de Chile y muy por encima de todas las Isapres duplicando su puntaje, según el estudio Chile3D "Marcas y estilos de vida de los chilenos" realizado por Collect GFK.

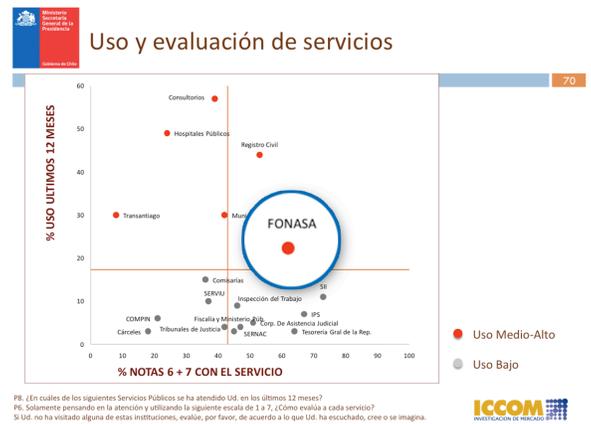
Por su parte el estudio de satisfacción de la Superintendencia de Salud también reveló un aumento en la calificación de FONASA tal como ocurre con los resultados del estudio de satisfacción usuaria encargado por la institución a Adimark GFK donde se refleja la sostenida tendencia a evaluar en términos positivos la gestión de FONASA y el servicio que reciben los más de 13,3 millones de asegurados. Sin embargo, esta última encuesta también reveló deficiencias en la percepción que tienen los asegurados de hospitales y consultorios de la red pública de salud cobrando así mayor relevancia el programa "FONASA pasa Visita" que se implementó en 2011 con el propósito de evaluar la calidad de la atención y hacer un acompañamiento de los asegurados que utilizan la red pública.

Por último, en el estudio nacional de opinión pública que realiza el Centro de Estudios Públicos, CEP se incluyó un ítem específico de salud y ante la pregunta sobre la preferencia de atenderse por FONASA o una Isapre si se le descontara la misma cantidad de dinero, más de la mitad de los entrevistados prefiere atenderse por FONASA.

"El reconocimiento de los asegurados y de la ciudadanía en general a la labor realizada por FONASA es un indicador de que las medidas que se han implementado desde 2010 centradas en las personas van por buen camino".

IV ENCUESTA NACIONAL DE DERECHOS

El sondeo realizado por la Comisión Defensora Ciudadana, organismo dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, en la IV encuesta de derechos ciudadanos, determinó que dentro de los servicios públicos más utilizados por los ciudadanos, FONASA es el servicio público mejor evaluado por la eficacia al solicitar los servicios y lograr dar soluciones y respuestas a los requerimientos del usuario.



El mismo sondeo arrojó que la calidad de atención de FONASA está bien evaluada así como la infraestructura de sus oficinas, la agilidad al realizar trámites; la efectividad en su resolución, funcionarios capacitados y adecuados y por último la cercanía y disponibilidad de oficinas cerca del lugar de residencia. Dimensiones que son valoradas por los ciudadanos cuando fijan sus expectativas de buen servicio y alta calidad por parte de los organismos del Estado y que determinan la satisfacción con el servicio otorgado.



CHILE3D "MARCAS Y ESTILOS DE VIDA DE LOS CHILENOS"

El estudio realizado por Collect GfK midió 165 marcas en 28 categorías de importancia dentro del mercado nacional, incorporando dentro de su medición el Índice de Capital de Marca que se calcula como un promedio de 3 dimensiones - prestigio, afecto y presencia- y se ordenan sus puntajes en una escala de 0 a 1.000 puntos que para un mayor valor refleja mejor capital de marca.

Dentro de las marcas más destacadas en 2012, FONASA, por primera vez desde que se realiza el estudio, se ubica dentro de las 20 mejores marcas de Chile compartiendo el podio de honor con marcas como Pepsodent, Coca-Cola o Lucchetti.



MARCAS DESTACADAS

CATEGORÍA	MARCA	ICM 2012	LUGAR 2012
CUIDADO DENTAL	PEPSODENT	815	1º
GASEOSAS	COCA COLA	791	2º
PASTAS	LUCHETTI	786	3º
DETERGENTES	OMO	786	4º
PASTAS	CAROZZI	767	5º
COLCHONES	ROSEN	763	6º
MEJORAMIENTO DEL HOGAR	SODIUMAC	758	7º
CHOCOLATES, GALLETTAS Y GOLOSINAS	COSTA	752	8º
LACTEOS	SOPROLE	746	9º
LACTEOS	NESTLÉ	741	10º
LACTEOS	COLLIN	736	11º
CHOCOLATES, GALLETTAS Y GOLOSINAS	MCKAY	733	12º
BANCOS	BANCO ESTADO	730	13º
MULTITENDAS	FALABELLA	730	14º
SUPERMERCADOS	LIDER	729	15º
TELEFONIA MOVIL	ENTEL	728	16º
CANALES DE TV	CHILEVISION	722	17º
FARMACIAS	CRUZ VERDE	718	18º
ISAPRES/PREVISION	FONASA	717	19º
CUIDADO DENTAL	COLGATE	713	20º

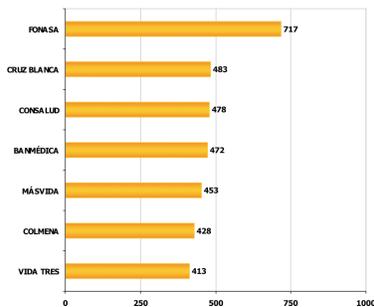
Base: 160 evaluaciones por marca



Asimismo el estudio revela que, por segundo año consecutivo, FONASA obtiene además un holgado primer lugar en su categoría (Isapres/Previsión) con 717 puntos seguida de lejos por las Isapres.



RESULTADOS CAPITAL DE MARCA ICM



Base: 160 evaluaciones por marca

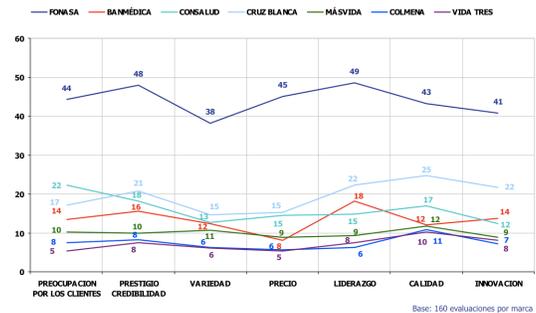
Al evaluar los pilares que conforman el Índice de Capital de Marca de la categoría, se confirma esta ventaja de la marca FONASA por sobre el resto de las Isapres en las dimensiones de prestigio, que se refiere a la preocupación por los clientes,

credibilidad, variedad, precio, liderazgo e innovación; de afecto, esto es, preferencia, identificación, cariño y recomendación; y de presencia, es decir, que se encuentra en el "top of mind" de las personas y con la que sienten mayor familiaridad.



ATRIBUTOS DE PRESTIGIO PORCENTAJE NOTAS 6 Y 7

ISAPRES / PREVISION

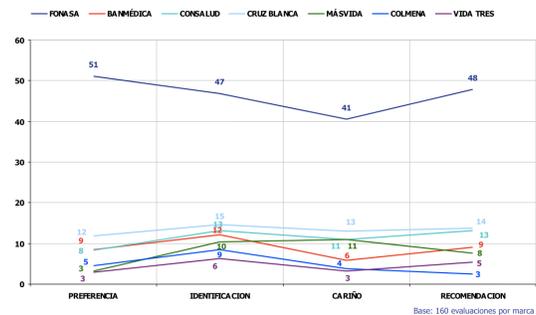


Base: 160 evaluaciones por marca



ATRIBUTOS DE AFECTO PORCENTAJE NOTAS 6 Y 7

ISAPRES / PREVISION

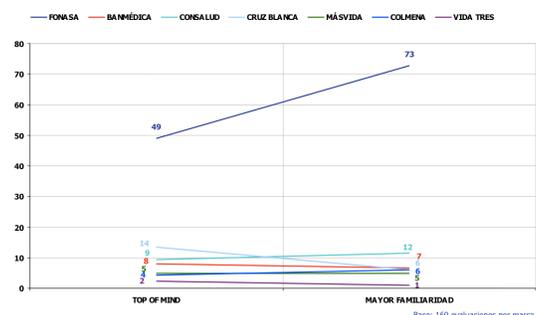


Base: 160 evaluaciones por marca



ATRIBUTOS DE PRESENCIA PORCENTAJE NOTAS 7

ISAPRES / PREVISION



Base: 160 evaluaciones por marca

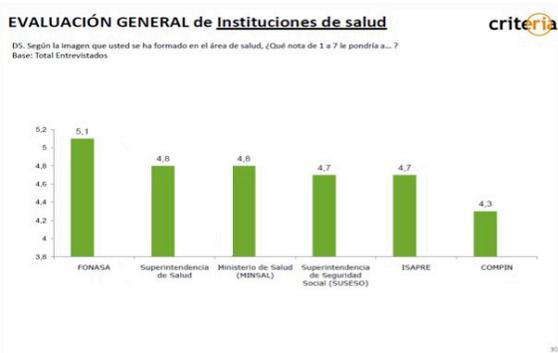
ESTUDIO DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DE USUARIOS, SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Otra medición que aporta respecto de la experiencia y valoración que tienen los usuarios de FONASA del Seguro Público es la encuesta solicitada por la Superintendencia de Salud a la empresa Critería Research.

Los resultados del estudio de opinión y satisfacción de usuarios establecieron que se redujo la brecha de satisfacción entre usuarios de Isapres y FONASA. Según la encuesta, el nivel de satisfacción de los asegurados de FONASA respecto de su seguro aumentó de 2010 a 2011, promediando una nota 5. Por el contrario, en los usuarios de Isapres esta percepción en relación al seguro privado disminuyó de un 5,6 a un promedio de 5,2 en el mismo periodo.



La medición evidenció además que FONASA obtiene la mejor nota promediando un 5,1 respecto de la evaluación que realizan los ciudadanos a las instituciones del área de la salud.

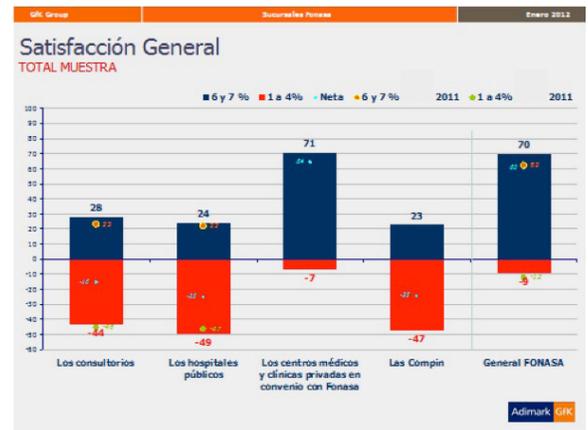


ESTUDIO DE PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE ASEGURADOS, FONASA

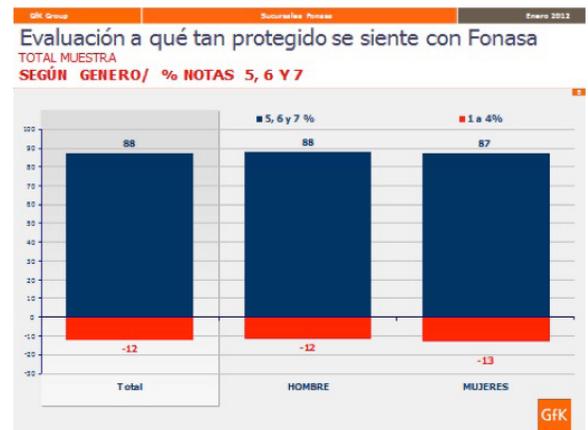
El estudio encargado por FONASA a la empresa de investigación de mercado Adimark GfK, que midió la satisfacción de los asegurados con el servicio entregado, reveló que aumentó la buena percepción del asegurador público calificando a la institución con un 70% de notas entre 6 y 7. Durante 2011 esa aprobación fue de 62%. Las razones de dicha calificación hacen referencia principalmente a la buena atención y servicio (58,1% menciones) y a la cobertura y libre elección (9,5%).

La encuesta arroja también un aumento en la percepción de los asegurados de FONASA con hospitales y consultorios de la red pública de salud. Así los consultorios tienen un 28% de aprobación, lo que representa un aumento del 5% en comparación al año anterior. Y los hospitales elevan sus calificaciones 6 y 7 a un 24%.

En sentido contrario, las personas aseguradas por FONASA manifiestan un nivel de satisfacción alto con los centros médicos y clínicas privadas que el 71% de los encuestados los califica con nota entre 6 y 7.

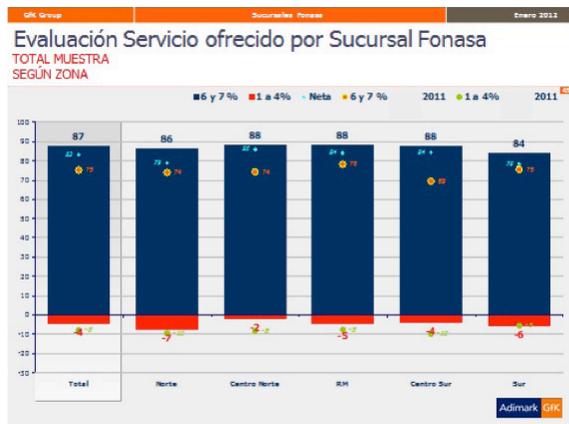
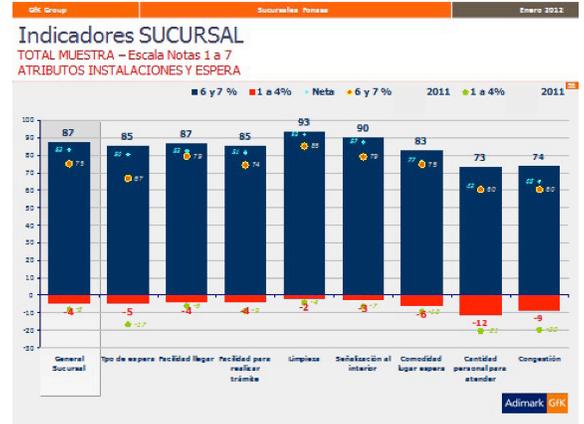
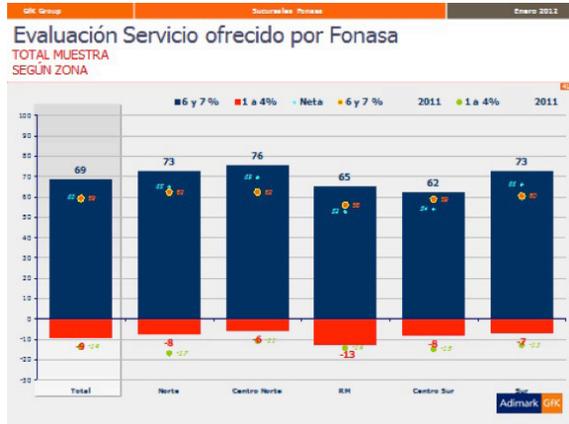


Asimismo, la encuesta arroja que el 88% de los asegurados se siente protegido por FONASA, al calificar este ítem con nota sobre 5, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres.



Los indicadores de desempeño que mayor aumento experimentaron respecto de 2011 fueron el "servicio otorgado por FONASA" con un 69% de notas 6 y 7 y el "servicio ofrecido en las sucursales" con un 87%, tendencia que se mantuvo en todo el país.

Cabe mencionar que los atributos que explican la satisfacción con el servicio de las sucursales se relacionan con las dimensiones de infraestructura y espera y aquellos referidos a la atención del personal como se muestra en gráficos siguientes.



8. GESTIÓN DE SOLICITUDES CIUDADANAS

HITOS GESTIÓN SOLICITUDES CIUDADANAS, S.C.:

1. Revisión y optimización del proceso de Gestión de Solicitudes Ciudadanas.
2. Implementación de expediente digital.
3. Revisión y actualización del Instructivo de Gestión de Reclamos, Cobro, Copagos GES con Finanzas.
4. Implementación y ajustes del Panel de Alertas.
5. Reuniones con áreas técnicas
6. Implementación de nuevo modelo de gestión S.C. que permita disminuir plazos y eliminar papel.
7. Revisión de las respuestas y estandarización de contenidos en las respuestas a nivel nacional.
8. Optimización del proceso de Gestión de Solicitudes Ciudadanas.
9. Aplicación de encuesta de Satisfacción a usuarios Servicio Web, que atiende el Área de Gestión.
10. Aplicación de encuesta de Satisfacción a Plataforma Backoffice, responde por escrito las solicitudes.
11. Se realiza revisión de la Carta de Cobranza con Subdepartamento de Recaudación y Cobranzas.

FONASA está siempre abierto a las consultas y reclamos de sus asegurados y su interés en resolver los problemas de éstos de manera rápida y efectiva, utilizando las distintas plataformas (web, call center, sucursales). Para comenzar, podemos revisar los principales hitos de la gestión 2011, en la optimización del proceso del Área de Gestión de Solicitudes Ciudadanas.

Al revisar las cifras, en comparación con años anteriores, las solicitudes ciudadanas ingresadas el año 2011 sufrieron un aumento desde 1.041.050 a 1.221.661, un 17,35% en comparación con el período anterior.

Sin embargo, el número de reclamos ingresados al sistema de S.C. aumentó en el mismo lapso un 63,2%, producto de diversas campañas que han promovido la utilización de este sistema y que la ciudadanía ejerza su derecho a reclamar.

Del total de solicitudes ciudadanas (1.221.661), el 96,4% corresponde a consultas (información general del seguro público y sus productos), y el 3,3% a reclamos. El comportamiento en el

ingreso de solicitudes ciudadanas en el período enero-diciembre de 2011, se ve reflejado por trimestres: el 1º trimestre con 255.717 solicitudes; el 2º trimestre con 305.044 solicitudes; el 3º trimestre con 337.720 solicitudes y el 4º trimestre con 323.180 solicitudes, donde se observa una disminución de un 4,3% respecto con el trimestre anterior.

Si se compara el año 2011 con lo que va corrido del año 2012, el primer semestre presenta 708.806 solicitudes ciudadanas, un aumento con respecto al mismo periodo del año pasado de un 31,8%.

EVOLUCIÓN DEL INGRESO DE SOLICITUDES CIUDADANAS

Tipo de Solicitud	2008	2009	2010	2011	ACUMULADO A JUNIO 2012
Consultas	907.366	995.215	1.012.459	1.178.001	726.045
Reclamos	15.078	18.147	24.538	40.046	11.398
Sugerencias	378	227	324	215	64
Felicitaciones	498	389	445	611	207
Denuncias	5.002	5.428	1.785	197	97
Solicitudes Ley 20,285				78	142
Solicitudes	1.611	2.607	1.509	2.513	853
Total	929.933	1.022.013	1.041.060	1.221.661	738.806

LOS DESAFÍOS PARA EL AÑO 2012 SON:

- Fortalecer el seguimiento de los reclamos para asegurar el 100% de efectividad de la resolución entregada (ej. AUGE y devoluciones o que involucre acciones posteriores)
- Aplicación de instrumento para medir la satisfacción de la gestión de las solicitudes ciudadanas
- Disponer de información, clara, precisa, oportuna y fidedigna en nuestros canales de atención, que permita a los ejecutivos orientar e informar correctamente a nuestros asegurados

RECLAMOS

Desde el año 2005 los reclamos han venido experimentando un aumento, excepto el año 2008 que presenta una disminución del 2,6%. En el año 2011 se muestra un incremento de un 63,2% siendo este el segundo más alto desde el año 2005. De un total de 40.046 reclamos ingresados en el período de enero a diciembre 2011, 11.315 corresponden al motivo más recurrente que es el AUGE con un 28,3%; le sigue Calidad de Atención Prestadores Públicos con 9.402 solicitudes ciudadanas, que equivale a un 23,3%. Después están la Emisión del Bono AUGE con 4.613 reclamos, Protección Financiera con 2.899, y Ley de Urgencia, con 2.493 solicitudes equivalente a un 6,2%. La suma de estos conceptos es de un 76,7% sobre el total.

RECLAMOS POR CANAL DE ATENCIÓN

Si se observan cuantitativamente los reclamos ingresados por canal de atención, éstos se distribuyen de la siguiente manera: telefónicamente 18.419 reclamos (46%); en sucursales 18.196 reclamos (45%), y vía web 3.431 reclamos (9%). Si se distribuyen los reclamos ciudadanos en el mismo período, pero por la calidad percibida en los canales de atención que FONASA pone a disposición de sus asegurados, las sucursales han recibido sólo 516 reclamos, de los cuales 194 corresponden al trato del personal, 131 a la falta de información o información errónea y 76 a la demora en la atención.

Si se analiza la calidad de atención en los canales virtuales de atención, la Línea 600 (Call Center) tuvo un total de sólo 151 reclamos y por la calidad de servicio por la web, un total de 132 reclamos.

Durante el 2011, el total de solicitudes ciudadanas ingresadas al sistema fue de 1.221.661, un 17,35 % más que en 2010. Sin embargo, hubo un aumento de un 63,20% de los reclamos ingresados al servicio, en donde el caso más recurrente ha sido el por concepto AUGE. Todo esto, producto del trabajo relacionado con la eliminación de las listas de espera AUGE y exigencia del derecho a reclamar frente a incumplimientos de los plazos del AUGE.

Dada la cantidad de solicitudes ingresadas el presente año, la gestión de las mismas ha sido realizada con éxito de acuerdo con las metas establecidas, para cumplir con los plazos de respuesta de manera oportuna y clara. Ello, a raíz de las mejoras implementadas en materia de gestión de solicitudes; como la implementación de un panel de alertas, revisión y optimización de procesos, revisión en los scripts de respuesta, entre otros. Esto ha traído consigo beneficios en la gestión de solicitudes ciudadanas (en la operación del proceso) lo que ha mejorado el grado de satisfacción ciudadana respecto a este punto. ■■■

9. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

FONASA reconoce en la Participación Ciudadana una herramienta y un medio indispensable de comunicación con sus asegurados, sean estos organizados (Dirigentes, representantes de organizaciones, consejeros) o ciudadanos no organizados. Las acciones que se puedan desarrollar en conjunto con la Sociedad Civil, siempre serán positivas para el mejoramiento del sistema, de sus políticas públicas y la calidad de vida de los asegurados. La Ley N° 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, publicada en Febrero del 2011 en sus artículos 70 y 71, establece lo siguiente:

Artículo 70. Cada órgano de la Administración del Estado deberá establecer las modalidades formales y específicas de participación que tendrán las personas y organizaciones en el ámbito de su competencia.

Artículo 71. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, cada órgano de la Administración del Estado deberá poner en conocimiento público información relevante acerca de sus políticas, planes, programas, acciones y presupuestos, asegurando que ésta sea oportuna, completa y ampliamente accesible. (Ley 20.500 del 04/02/2011, artículos 70 y 71).

Por su parte el Instructivo Presidencial N° 002 del 20 de Abril del 2011, señala la implementación de una política en materia de Participación Ciudadana para el periodo 2010-2014, que corresponde a un eje fundamental en la gestión pública, "considerando la presencia de los ciudadanos en los asuntos públicos como condición necesaria para promover el bien común y para que el Estado esté al servicio de las personas". (Punto 1, Instructivo Presidencial N° 002/2011).

De acuerdo a lo anterior, se entiende que:

El Gobierno de Chile propicia el fomento de la Participación Ciudadana. Con ello, permite a la ciudadanía fortalecer los espacios de comunicación, fomentar la corresponsabilidad en las políticas públicas entre el Estado y la Ciudadanía, aumentando con ello la transparencia, eficacia y eficiencia de las políticas públicas.

En este contexto, FONASA genera en Septiembre del año 2011 la Norma de Participación Ciudadana, Resolución Exenta N° 5022 que permite avanzar en la concreción de las acciones de participación establecidas por Ley N° 20.500 y el Instructivo Presidencial 002.



OBJETIVOS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Dentro de los Objetivos Fundamentales en que se fundamenta la Norma de Participación Ciudadana del Fondo Nacional de Salud, se establecen los siguientes:

- Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil.
- Promover y orientar las acciones de participación ciudadana.
- Mejorar y fortalecer los canales y espacios de información y opinión de la ciudadanía.
- Promover el control ciudadano de las acciones desarrolladas por FONASA.

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Dentro de los mecanismos que FONASA ha implementado en materia de Participación Ciudadana, están:

- Cuenta Pública Participativa: Acción de carácter anual donde FONASA, da cuenta de la gestión de sus políticas, planes, programas, acciones y gestión presupuestaria a la ciudadanía.
- Consejos de la Sociedad Civil: Se constituye como un mecanismo de tipo consultivo en donde las organizaciones de la sociedad están representadas teniendo un carácter autónomo e independiente, cuya principal función será acompañar la toma de decisiones de las políticas públicas de la institución.

- Consultas Ciudadanas: Con este mecanismo se busca conocer la opinión de las personas en aquellas materias que FONASA señale como materias de interés.
- Acceso a la información relevante: Se reconoce la obligación de poner a disposición información pública relevante acerca de sus políticas, planes, programas, acciones y presupuestos.

En resumen las acciones relacionadas a Participación Ciudadana corresponden a:

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE FONASA			
PRINCIPAL OBJETIVO ASOCIADO	TIPO DE MECANISMO	ACCIONES CONCRETAS	PERIODICIDAD
Promover el control ciudadano de las acciones desarrolladas por FONASA	Cuenta Pública Participativa	• Cuenta Pública (virtual y/o presencial)	Anual
Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil	Consejos de la Sociedad Civil	• Reuniones de Consejo • Plan de Trabajo	Mensual
Promover y orientar las acciones de participación ciudadana	Consultas Ciudadanas	• Ventanilla Única • Diálogos Participativos	Anual
Mejorar y fortalecer los canales y espacios de información y opinión de la ciudadanía	Acceso a la Información	• SIAC • Ley 20.285, sobre Transparencia de la Función Pública • Actividades Fonasa en Terreno	Diaria

DIÁLOGOS PARTICIPATIVOS 2012: COMPROMISO CON LA CIUDADANÍA

Dentro de los mecanismos que FONASA ha establecido para desarrollar la Participación Ciudadana se encuentra los denominados Diálogos Participativos. Estos son considerados como aquellas instancias ciudadanas donde la autoridad tiene una disposición a escuchar y responder las inquietudes que manifiesta la ciudadanía, lo cual permite acercar al FONASA a su población, reconociendo en ello la necesidad de este ejercicio cívico.



En este sentido y a razón de un gran esfuerzo para desarrollar estas actividades, en Agosto del presente año, FONASA desarrolla cinco Diálogos masivos a lo largo del país: Arica, La Serena, Concepción, Puerto Montt y Santiago fueron las ciudades elegidas para su desarrollo, los cuales convocaron a más de 2.000 representantes de consejos y dirigentes vecinales de distintas regiones y organizaciones locales.

En la ocasión el Director de FONASA, se desplazó a las distintas ciudades exponiendo y presentando a FONASA y los grandes avances que se han desarrollado y como esto ha logrado materializar beneficios en los asegurados.

La respuesta positiva y satisfactoria por parte de la población a estas actividades y su agradecimiento al final de las distintas jornadas, permitirán que las acciones de Participación Ciudadana en FONASA, comiencen a consolidarse a la luz de la real necesidad de trabajar en conjunto con la ciudadanía, asumiendo las acciones que señala la legislación vigente, pero también como un espacio de encuentro entre la institución y las personas que hace que FONASA trabaje "para y con" las personas.

Esta experiencia y su éxito permite plantear el desafío y la necesidad de realizar Diálogos o instancias ciudadanas que den cuenta del trabajo que realiza FONASA año a año, dando el espacio para que la sociedad civil exprese sus inquietudes, a fin de que en conjunto, se pueda avanzar en mejorar las condiciones de salud de las familias en todo Chile.

CONSEJOS DE LA SOCIEDAD CIVIL DE FONASA: NUESTROS NEXOS CON LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

Los Consejos de la Sociedad Civil (CSC) han sufrido modificaciones constantes. En FONASA los consejos nacen hace un par de años denominándose Comités de Usuarios, luego pasan a llamarse Consejos Consultivos para finalmente en Febrero de 2012 con la Ley N°20.500 pasan a denominarse Consejos de la Sociedad Civil. Actualmente existen 34 consejos activos a nivel país, esto es cerca de 264 consejeros que permiten llegar a una población de cerca de 100 mil personas, lo cual permite por una parte, cubrir la necesidad de información y por otra parte, conocer las inquietudes de la población asociada.

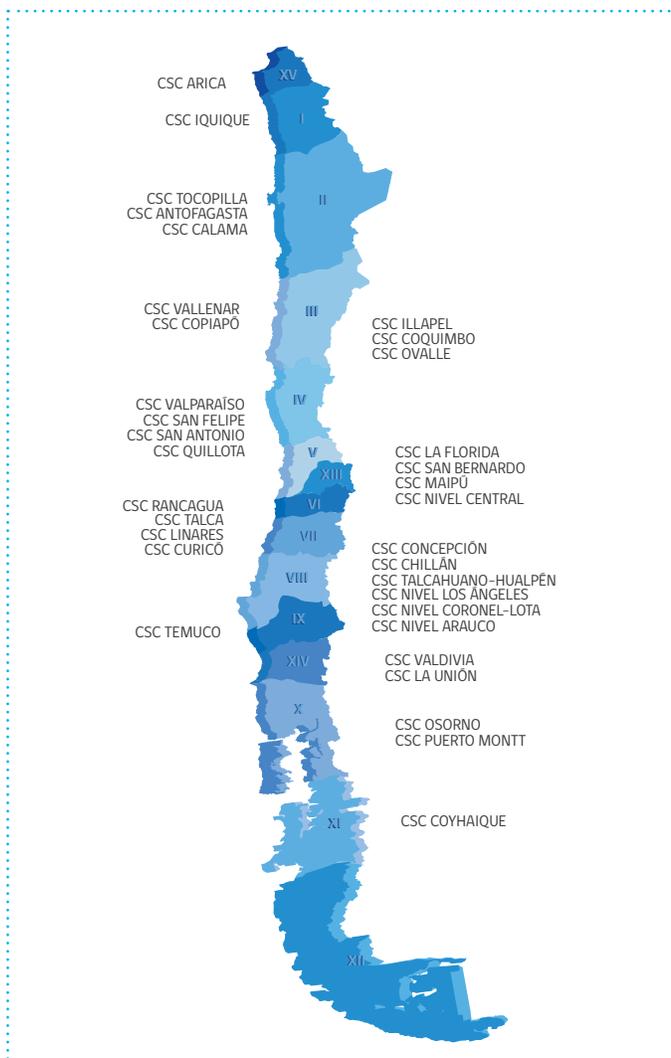
El perfil de los consejeros corresponde principalmente a personas en su mayoría adultos mayores pertenecientes a organizaciones de base, esto es, Juntas de Vecinos, Uniones Comunales, Organizaciones locales y de salud. El 57% de los consejeros son mujeres, lo cual permite dar cuenta de cierta equiparidad de género entre los consejeros. Entre sus principales inquietudes está la mejor calidad de vida entre sus asociados de mayor edad, espacios de comunicación con las autoridades

de turno, acceso digno y de calidad de los servicios y productos de FONASA, así como también su correcto uso por parte de los propios asegurados, coincidiendo y apoyando las medidas llevadas a cabo en materia de fiscalización e investigación de falsos indigentes y asegurados, entre otras inquietudes.

Por otra parte cada consejo determina su calendario de reuniones y acciones a desarrollar, siendo para el próximo año una obligación que cada consejo desarrolle un plan de trabajo anual.

DESAFÍOS:

Los desafíos institucionales para el próximo año dicen relación con aumentar la cobertura de información, incrementando el trabajo local, esto es, aumentar las actividades que se desarrollen en las comunidades, principalmente las que carecen de sucursales FONASA y que por factores del propio territorio, se hace difícil o imposible a los asegurados, tener de manera inmediata información que les permita tomar decisiones referidas a su salud.



Otro desafío que corresponde desarrollar, se refiere a instancias de participación basados en la diversidad de la población asegurada, considerando en ello a cada asegurado, según sea su condición. Para ello se espera promover principios de integración y accesibilidad a personas con discapacidad, para lo cual FONASA se debe esforzar en acercarse a personas, que dada cierta condición de salud no han podido hasta la fecha, acceder a beneficios, servicios y/o productos.

FONASA debe velar por que cada uno de los asegurados tenga igual acceso y participación, cumpliendo la misión institucional:

Ser un seguro orientado a satisfacer necesidades de salud de sus asegurados (as), a nivel país, que entregue cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguarda un eficiente manejo financiero del sector público de salud.

Para el año 2012 se espera consolidar planes de trabajo con cada uno de los consejos, a fin de dar respuesta a sus inquietudes pero también dar espacio a la participación con corresponsabilidad, que señala la Ley N°20.500. Para ello se espera que cada uno de los consejos logre desarrollar actividades que vayan en beneficio de los socios de sus respectivas organizaciones, permitiendo con ello acercar FONASA a sus asociados.

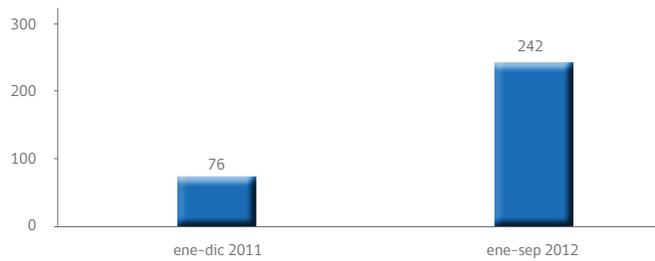
LOS DESAFÍOS PARA EL AÑO 2012-2013 SON:

- Aumentar la cobertura de información a nivel local
- Desarrollar instancias de participación que promueva la inclusión
- Elaboración de planes de trabajo anuales de los Consejos de la Sociedad Civil
- Incorporación de tecnología a los móviles FONASA en Terreno, acercando los servicios a la ciudadanía

LEY DE TRANSPARENCIA:

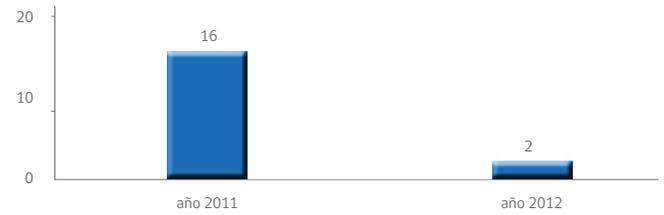
La ley de transparencia ha sufrido diversas modificaciones desde su entrada en vigencia en abril del año 2009, por lo cual FONASA se ha ido adecuando a los diversos requerimientos desde el Consejo para la Transparencia (CPLT) y desde los propios solicitantes. En el caso de las solicitudes de acceso a la información pública, estas están en constante aumento, sobretodo desde la implementación del Sistema de Gestión de Solicitudes (SGS) en octubre de 2011. Lo anterior aumentó el promedio de ingreso de solicitudes de 6,3 solicitudes mensuales en 2011 a 26,8 hasta septiembre de 2012.

CANTIDAD DE SOLICITUDES DE TRANSPARENCIA INGRESADAS



La complejidad de éstas también ha ido creciendo, alcanzado a 71,8% de las solicitudes ingresadas en el último año. En el caso de Gobierno Transparente o Transparencia Activa, FONASA ha implementado la publicación de nuevos campos, tal como los convenios con prestadores en Modalidad Libre Elección, y la actualización de otros campos como la publicación de un organigrama interactivo.

NÚMERO DE AMPAROS PRESENTADOS CONTRA FONASA

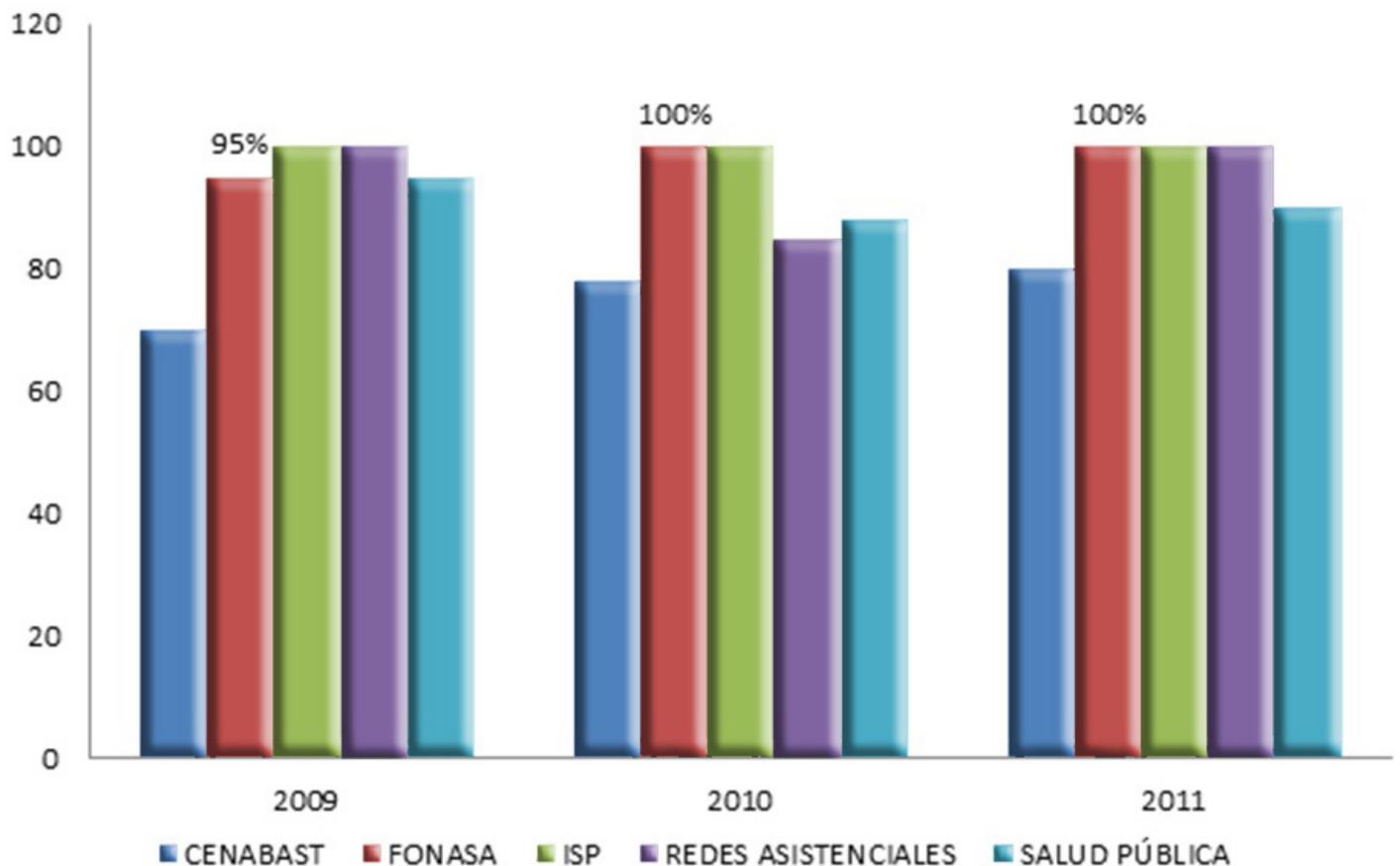


Además FONASA se encuentra con una disminución de recursos de amparos, por acceso a la información pública presentados en el Consejo para la Transparencia (CPLT), lo cual permite evidenciar que solo dos amparos se han presentado contra FONASA en 2012, y en ambos casos, por problemas en la derivación hacia FONASA y no por la respuesta entregada por la institución.

La ley de transparencia está actualmente siendo sometida a diversos cambios, dentro de los que se debe considerar la migración desde el Ministerio de Salud a FONASA y la implementación y distribución a las sucursales. Debido a lo anterior se implementó un proceso de capacitaciones de la ley de transparencia a nivel nacional. ■■■

10. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN

RESULTADOS CUMPLIMIENTO PMG SECTOR SALUD 2009-2011



La necesidad de estar en constante perfeccionamiento de la gestión de los servicios públicos, llevó a que a partir del año 1998 se implementara el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG).

Este instrumento tiene por objetivo ser un apoyo a la gestión de las diversas instituciones estatales, el cual se basa en el desarrollo de áreas estratégicas comunes de la tarea pública y comprende además, etapas de progreso o estados de avance para cada una de ellas con un cierto estándar predefinido.

Esta eficiente herramienta opera a través de los procesos de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de los esquemas de mejoramiento de los servicios.

Para lograr cambios y optimizaciones relevantes, existe un incentivo monetario a los funcionarios que cumplen con

excelencia este programa, logrando así mejoras significativas en el sistema gubernamental.

Pero hoy en día, no es suficiente cumplir con los estándares básicos fijados para los sistemas en general. Por ello, es necesaria la aplicación de un nivel externo de medición de alta calidad, que tenga como finalidad promover e incentivar aún más la excelencia en el servicio público, pero que además involucre en dichos logros a la comunidad en general.

El año 2005 se introdujo los primeros elementos para transitar hacia un mecanismo de certificación externa de sistemas de gestión de los servicios estatales, reconocido internacionalmente a través de las Normas ISO. En el gráfico se puede observar que FONASA destaca como el servicio público (entre cinco instituciones del área salud) que más veces ha cumplido el 100% de sus metas.

CUMPLIMIENTO METAS PMG 2011

FONASA se fijó compromisos PMG para el año 2011, cumpliendo el 100% de éstos. Los compromisos contemplaban dos áreas de mejoramiento; Área Calidad de Atención al Usuario y Planificación y Control de Gestión.

ÁREA CALIDAD DE ATENCIÓN A USUARIOS

El Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, SIIAC, tiene por objetivo proporcionar mecanismo que faciliten el fácil y oportuno acceso a la información, la calidad de servicio, la transparencia en los actos y resoluciones, la participación ciudadana y además, promover el ejercicio de los derechos ciudadanos; para contribuir así, a la calidad de atención ciudadana.

El año 2011 ingresaron al sistema 939.240 solicitudes ciudadanas, un 9.7% menos que en 2010. Pese a esta baja, se registró un aumento.

Para lograr estos resultados, se elaboró un Informe de Diagnóstico, un Manual de Procedimientos, Indicadores de Desempeño y, se realizaron Informes Ejecutivos Mensuales además del informe de evaluación de Gestión correspondiente al período 2011. Todo eso acompañado del control de la Información de SIAC y Transparencia. Se efectuaron acciones tales como:

ACCIONES IMPLEMENTADAS

- Se implementó el expediente digital
- Se realizó la revisión y actualización del instructivo de Gestión de Reclamos Cobro Copagos Ges con el Departamento de Finanzas
- Se implementó el Panel de Alertas -con los respectivos ajustes a éste último
- Se realizaron reuniones con Áreas Técnicas, se revisaron los scripts y respuestas web
- Se implementó un nuevo modelo de gestión de Solicitudes Ciudadanas que permitan disminuir los plazos y la eliminación de papeles
- Se revisó las respuestas y se estandarizaron los contenidos en las respuestas a nivel nacional
- Se realizó una optimización del proceso de Gestión de Solicitudes Ciudadanas
- Se aplicó una encuesta de Satisfacción a usuarios Servicio Web (que atiende el Área de Gestión de Solicitudes Ciudadanas)
- Se aplicó una encuesta de Satisfacción a plataforma Backoffice (da respuesta por escrito a las Solicitudes Ciudadanas)
- Se realizó una revisión con el Subdepartamento de Recaudación y Cobranza para el contenido de la carta de cobranza

GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

Busca contribuir a la óptima utilización de tecnologías de información y comunicación (TIC) para simplificar y mejorar los servicios e información ofrecidos por el Estado a sus usuarios, clientes y/o beneficiarios y, a aquellos procesos transversales relevantes de las instituciones públicas.

de un 63% de los reclamos ingresados al servicio, principalmente por la campaña de incentivo al reclamo y exigencias de derechos. Estas herramientas deben focalizar los esfuerzos en la calidad del servicio entregado, la pertinencia de los proyectos y en la interoperabilidad del Estado, permitiendo la existencia de información sistematizada, oportuna y de calidad que apoye los procesos de toma de decisión de políticas públicas. Esta PMG se encuentra en el Marco Básico cuyo producto es la aplicación AMIGO, lo que implica completar los siguientes campos:

Información del diagnóstico: se hace un análisis de factibilidad económica con variables que permitan medir impacto de los proyectos.

Se realiza una **declaración de todos los procesos de negocio**, acordes a declaración de Ficha A1) caracterización, registros de información e intercambio de información con otras instituciones públicas.

Se **elabora una planificación** para medir Indicadores de desempeño, incluyendo el ahorro efectivo que genera para el usuario, cliente, beneficiario y también, para el Estado.

Se **implementa la información del Presupuesto ejecutado**.

Se lleva a cabo la **Ejecución**, que tiene por objetivo realizar un seguimiento de la Información de Retorno de la Inversión (ROI)

Y por último, se **evalúa el/los Proyecto** (s) TIC's e Interoperabilidad de los mismos.

LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES DE LA META A DESTACAR SON:

- La redistribución de funciones
- En cada desarrollo de iniciativas se mide el ROI (retorno de la inversión)
- Se analizan planes de mitigación de riesgos (PMG Auditoría a PMG de Gobierno Electrónico).

SISTEMA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Su objetivo es contar con un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información que permita lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para todos los activos de información institucional considerados relevantes que, aseguren la continuidad operacional de los procesos institucionales y la entrega de productos y servicios a los usuarios del Sistema de Salud.

La Dirección de Presupuesto, DIPRES, estableció para el año 2011 nuevos controles y dos dominios adicionales que tienen directa relación con la implementación de la ISO 27001. Por otra parte, se discontinuó el Proceso de Plan Nacional de Afiliación y Acreditación, que fue elegido como proceso crítico el año 2010 y se definió el Proceso Gestión del Servicio de Atención al Asegurado y el Subproceso Gestionar Productos MLE al Asegurado, como nuevo Proceso Crítico para ser evaluado el año 2011.

El Sistema de Seguridad de la Información para el 2011 debió cumplir con tres etapas quedando pendiente la cuarta, correspondiente a la implementación para el 2012.

PRINCIPALES HITOS A DESTACAR:

- Elaboración del diagnóstico de la situación actual
- El análisis de brechas ISO 27001
- La elaboración del plan general de seguridad de la información
- El programa de trabajo anual para la ejecución del plan general
- La memoria de ejecución del Programa de Trabajo Anual
- La cartera de proyectos
- La memoria de ejecución de Programas de Sensibilización y Capacitación de Funcionarios en materias de seguridad de la información.

ÁREA PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

SISTEMA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Su objetivo es disponer de la información de desempeño necesaria para apoyar la toma de decisiones respecto de los procesos y resultados de la provisión de sus productos y, rendir cuentas de su gestión institucional.

PRINCIPALES HITOS A DESTACAR:

- Logro en primera validación del 100% de los requisitos del sistema de monitoreo de desempeño institucional.
- Cumplimiento del 100% de los indicadores "H" 2011
- Correcta justificación del indicador "H" sobre cumplido
- Correcta definición de indicadores 2012
- La identificación del gasto por producto estratégico y de gestión interna
- La definición de metas exigentes
- Se establece un proceso de revisión de resultados de los indicadores de desempeño
- La evaluación del resultado de los indicadores de desempeño

DESCENTRALIZACIÓN

Su objetivo es “profundizar el proceso de descentralización fortaleciendo las capacidades de las instituciones regionales y municipales para que los Gobiernos Regionales puedan ejercer efectivamente sus competencias y liderar y articular el desarrollo de sus territorios”.

Esta meta exigió identificar medidas factibles de desconcentrar, diseñar y poder implementar un programa de trabajo anual. Además de cumplir con CHILEINDICA lo que implicó realizar un registro mensual de la ejecución PROPIR, registro ARI 2012 e identificar tipo de compromiso y analizar grado de cumplimiento de compromisos regionales.

PRINCIPALES HITOS A DESTACAR:

- El desarrollo de un modelo descentralizado de gestión para los productos que aplican perspectiva territorial, orientado a satisfacer demandas territoriales de escala regional y comunal
- Medir la satisfacción de demandas con indicadores mediante la idoneidad, eficiencia y oportunidad de la provisión de los productos. Esta respuesta debe estar en concordancia a la Estrategia de Desarrollo Regional, las políticas y planes aprobados por el gobierno regional y también, con los objetivos de descentralización del gobierno.

EQUIDAD DE GÉNERO

Su objetivo es disminuir las inequidades y diferencias entre hombres y mujeres, con el fin de poder mejorar constantemente los niveles de igualdad de oportunidades en la provisión de bienes y servicios públicos.

ESTABLECIMIENTO METAS PMG AÑO 2012

Los compromisos PMG de FONASA para el año 2012 en el Sistema de Marco Básico contempla dos áreas de mejoramiento: Calidad de Atención a Usuarios y Planificación y Control de Gestión, abarcando un total de cuatro sistemas. ■■■■

ÁREA	SISTEMAS	HITOS RELEVANTES	% CUMPLIMIENTO
Calidad de Atención a Usuarios	Sistema de Seguridad de la información	Se extiende a los sistemas de información críticos de la institución, a sus usuarios y a sus proveedores y, se rige por la nueva normativa vigente. Levantamiento de los activos de información, definiendo que trabajar con aquellos que son críticos, para desarrollar acciones o proyectos que permitan mitigar sus riesgos.	10%
	Sistema de Monitoreo y Desempeño Institucional	Se realiza un taller con participación de jefaturas y asociaciones gremiales. Se realizarán monitoreo de los indicadores c/3 meses, para asegurar su cumplimiento. Realizar seguimiento y proponer acciones de mejora.	70%
Planificación y Control de Gestión	Descentralización	Identificar y priorizar medidas factibles para descentralizar gestión de productos estratégicos con perspectiva territorial. Diseñar e implementar un programa de trabajo anual, aprobado por el jefe de servicio. Evaluar cumplimiento programa de trabajo anual Informar los resultados (o dar cuenta de sus resultados).	5%
	Equidad de Género	Realizar 36 actividades de Capacitación/Difusión beneficios. 10 ediciones de 80 mil Boletines FONASA c/u de acuerdo a presupuesto. 15 Capacitaciones a mujeres en situación de vulnerabilidad en género y salud. 20 Capacitaciones a hombres en corresponsabilidad – auto cuidado en Salud.	15%

11. PREMIO ANUAL POR EXCELENCIA INSTITUCIONAL

FONASA ha sido destacada en distintas oportunidades. En los últimos dos años fue reconocida por el PAEI: El Premio Anual por Excelencia Institucional fue creado en el año 2003, mediante la ley conocida como "Ley de Nuevo Trato Laboral". Inicialmente, se otorgaba a un sólo servicio, sin embargo, a partir del año 2008, con el objeto de incentivar el desempeño de funcionarios públicos, se amplía el otorgamiento del premio a tres instituciones que se destaquen por los resultados alcanzados en aspectos tales como: gestión de usuarios, gestión de desarrollo de las personas y cumplimiento de los compromisos gubernamentales. Este reconocimiento se traduce en la entrega de un incentivo económico del 5% mensual a los funcionarios de los servicios públicos ganadores.



En el 2011 del total de 200 servicios públicos de Chile, 31 obtuvieron el cumplimiento del 100% del Programas de Mejoramiento de Gestión, lo que les permite participar del Premio Anual de Excelencia Institucional.

PREMIO ANUAL EXCELENCIA INSTITUCIONAL, PAEI, 2012

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, la Corporación de Fomento de la Producción, Corfo y el Servicio de Impuestos Internos, SII; resultaron ganadores del Premio Anual por Excelencia Institucional 2012, galardón que anualmente entrega el Gobierno de Chile, a través del Servicio Civil, a las tres instituciones del Estado que destacan por su buena gestión y calidad de la atención prestada a los ciudadanos de entre 38 que postularon.



Presentación de FONASA al Jurado del PAEI: Director FONASA Mikel Uriarte; Jefe del Departamento de Operaciones Patricio Muñoz; Jefe de Departamento de Planificación Francisco Santelices

El Director Nacional del Servicio Civil y presidente del jurado, Carlos Williamson, felicitó a los servicios premiados y afirmó que "constituyen un ejemplo y un modelo a seguir en materia de gestión, calidad de sus prestaciones y gestión estratégica de las personas". Entre los principales avances presentados por FONASA al comité de selección y que mejor representan la gestión de excelencia institucional a nivel interno y externo realizada el año 2011 fueron:

1. Reducción Listas Espera AUGE
2. Licencia Médica Electrónica
3. Innovación Tecnológica para Atención Asegurados:
 - a) Implementación de nuevos medios de pago para asegurados
 - b) Implementación de nuevos medios de Autoconsulta para asegurados de FONASA
 - c) Renovación del portal web de fonasa.cl

DETALLE DE EJECUCIÓN EN DIRECCIONES ZONALES DE FONASA

MAPA	REGIONES	
	XV ARICA Y PARINACOTA	DIRECCIÓN ZONAL NORTE
	I TARAPACÁ	
	II ANTOFAGASTA	
	III ATACAMA	DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
	IV COQUIMBO	
	V VALPARAÍSO	
	XIII METROPOLITANA	REGIÓN METROPOLITANA Y VI
	VI LIBERTADOR BDO. OHIGGINS	
	VII MAULE	DIRECCIÓN ZONAL CENTRO SUR
	VIII BÍO BÍO	
	IX ARAUCANÍA	
	XIV LOS RÍOS	DIRECCIÓN ZONAL SUR
	X LOS LAGOS	
	XI AYSÉN	
	XII MAGALLANES	

TRABAJO EN LAS DIRECCIONES ZONALES



Para el año 2012 se ha considerado fundamental seguir avanzando en un desarrollo institucional homogéneo y coordinado de todas las Direcciones Zonales de FONASA. En este contexto, el Departamento de Operaciones del Nivel Central organizó para los años 2011 y 2012 dos talleres de trabajo y coordinación.

En el primer taller participó la totalidad de las jefaturas del nivel central y colaboradores de cada una de las Direcciones Zonales del país, convocados para identificar eventuales descoordinaciones u otras dificultades surgidas durante los procesos estratégicos, tácticos y operativos.

Una vez detectados y priorizados los problemas, cada equipo de trabajo se comprometió con las soluciones, sus respectivos plazos de ejecución y responsables. En muchos de los casos, se contempló la revisión, actualización y/o simplificación de procedimientos, así como la estandarización de criterios para que FONASA funcione como una institución a lo largo del país.

El segundo taller contó nuevamente con la participación de diversas jefaturas del nivel central e integrantes de comités ejecutivos de cada Dirección Zonal, con el propósito de verificar el estado de avance de los más de treinta compromisos asumidos en marzo, orientados al perfeccionamiento de los procedimientos y a una mejor coordinación.

En esta ocasión cada equipo de trabajo identificó al menos cuatro nuevas tareas que requieren pronta solución, además de fijar plazos de ejecución y responsables.

TABLAS COMPARATIVAS DIRECCIONES ZONALES DE FONASA

COMPARACIÓN ENTRE POBLACIÓN PAÍS, ASEGURADOS FONASA Y COTIZANTES FONASA
DESAGREGADOS POR DIRECCIÓN ZONAL

LUGAR	COTIZANTES FONASA*		ASEGURADOS FONASA*		POBLACIÓN TOTAL		% Asegurados/ Población		% Cotizantes/ Población	
	Cantidad y Porcentaje		Cantidad y Porcentaje		Proyección Censal Cantidad y Porcentaje					
DZ Norte	423.574	7,76	981.317	7,43	1.376.127	7,94	71,31	30,78		
DZ Centro Norte	845.528	15,48	2.004.850	15,19	2.520.662	14,55	79,54	33,54		
Región Metropolitana y VI	2.491.955	45,63	5.612.327	42,51	7.872.565	45,44	71,29	31,65		
DZ Centro Sur	1.002.763	18,36	2.587.403	19,60	3.074.994	17,75	84,14	32,61		
DZ Sur	697.690	12,77	2.016.855	15,28	2.481.192	14,32	81,29	28,12		
TOTAL	5.461.510	100,00	13.202.752	100,00	17.325.540	100,00	76,20	31,52		

(*) Los asegurados y cotizantes sin ubicación registrada fueron distribuidos proporcionalmente en cada Dirección Zonal.

COMPARACIÓN ENTRE TRAMOS DE INGRESO FONASA: CANTIDAD Y PORCENTAJE
DESAGREGADOS POR DIRECCIÓN ZONAL

% Asegurados FONASA- PAIS	NORTE		Centro Norte		Región Metropolitana y VI		Centro Sur		Sur		
		%		%		%		%		%	
"A"	28,86	248.472	25,32	530.021	26,44	1.468.068	26,16	846.041	32,70	803.731	39,85
"B"	31,28	273.174	27,84	682.623	34,05	1.718.962	30,63	856.619	33,11	569.660	28,24
"C"	17,13	180.928	18,44	340.825	17,00	1.014.604	18,08	407.641	15,75	290.285	14,39
"D"	22,74	278.743	28,40	451.381	22,51	1.410.692	25,14	477.102	18,44	353.179	17,51
TOTAL	100	981.317	100,00	2.004.850	100,00	5.612.327	100,00	2.587.403	100,00	2.016.855	100,00

COMPARACIÓN ENTRE N° CENTROS DE EMISIÓN BAS Y CANTIDAD EMITIDA BAS
DESAGREGADOS POR DIRECCIÓN ZONAL

LUGAR	CENTROS * EMISIÓN	% TOTAL C.E.	N° BAS	% TOTAL BAS	PROMEDIO EMISIONES
DZ Norte	162	9,04	1.903.472	8,1	11.750
DZ Centro Norte	228	12,72	3.716.423	15,8	16.300
Región Metropolitana y VI	940	52,43	12.712.214	54	13.524
DZ Centro Sur	244	13,61	3.353.875	14,3	13.745
DZ Sur	219	12,21	1.846.422	7,8	8.431
TOTAL NACIONAL	1.793	100	23.532.406	100	13.125

(*) Se considera centros de emisión asociados a lugares de atención.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA: COMPARACIÓN ACTIVIDADES EN TERRENO FONASA: ACTIVIDADES REALIZADAS, PERSONAS ATENDIDAS Y N° DE ASISTENTES A CHARLAS; DESAGREGADOS POR DIRECCIÓN ZONAL

LUGAR	Actividades Realizadas	%	Personas Atendidas en Actividades	%	N° Asistente Charlas FONASA	%
DZ Norte	48	6,7	977	5,0	1.331	18,8
DZ Centro Norte	52	7,2	3.285	16,7	1.405	19,8
Región Metropolitana y VI	186	25,8	7.269	36,9	1.701	24,0
DZ Centro Sur	327	45,4	5.840	29,7	1.620	22,8
DZ Sur	107	14,9	2.324	11,8	1.036	14,6
TOTAL	720	100,0	19.695	100,0	7.093	100,0

COMPARACIÓN ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES: A EMPLEADORES, TRABAJADORES Y N° CASOS RESUELTOS; DESAGREGADOS POR DIRECCIÓN ZONAL

LUGAR	FISCALIZACIÓN EMPLEADORES		FISCALIZACIÓN TRABAJADORES		EVASIÓN DETECTADA Miles de pesos de cada año	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
DZ Norte	393	2.063	10.855	7.920	14.450	49.276
DZ Centro Norte	439	3.082	11.412	15.615	16.428	50.649
Región Metropolitana y VI	1.975	6.859	220.367	74.091	40.618	267.913
DZ Centro Sur	486	2.584	11.928	19.948	13.880	54.057
DZ Sur	758	2.457	11.248	13.123	21.547	20.201
TOTAL	4.051	17.045	265.810	130.697	106.923	442.096

COMPARACIÓN ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN DE PRESTACIONES: A EMPLEADORES, TRABAJADORES Y N° CASOS RESUELTOS; DESAGREGADOS POR DIRECCIÓN ZONAL

LUGAR	RECLAMOS RESUELTOS		RECLAMOS CAUSA NO AUGE	
	2010	2011	2010	2011
DZ Norte	61	688	MLE	61
			MAI	111
DZ Centro Norte	246	474	MLE	246
			MAI	109
Departamento de Control Región Metropolitana y VI	1.633	2.037	MLE	1.894
			MAI	203
DZ Centro Sur	175	581	MLE	175
			MAI	119
DZ Sur	109	325	MLE	109
			MAI	103
Total	2.224	4.105	MLE	2.485
			MAI	1.626

No se incluyen 3.739 empresas que no fueron localizadas para llevar a cabo acciones de revisión, sobre ellas se llevaron a cabo diversas acciones de búsqueda.

DIRECCIÓN ZONAL NORTE, DZN

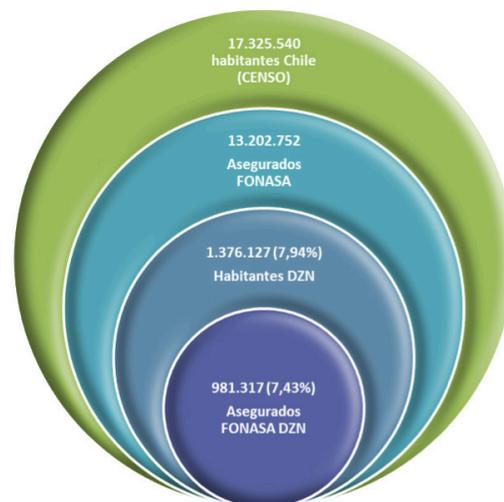
A la Dirección Zonal Norte le corresponde llevar a cabo las acciones que permitan el cumplimiento de la misión de FONASA en la jurisdicción comprendida por las regiones XV de Arica y Parinacota, I de Tarapacá, II de Antofagasta y III de Atacama.



Para ello, el Director Zonal, Wilson Pizarro Marchant, representa a FONASA en las regiones de su competencia, y vela por el cumplimiento de los objetivos estratégicos en su zona.

En las regiones de la DZN habita el 7,94% de la población del país con 1.376.127 habitantes, según la proyección desde el

último Censo que considera una población total del país de 17.325.540 habitantes.



POBLACIÓN ASEGURADA

La Dirección Zonal Norte asegura una población estimada de 981.317 personas que representan el 71,31% de la población de DZN, porcentaje inferior al 76,20% que es el promedio a nivel país.

%		DZN	%
TOTAL PAIS		ASEGURADOS	DZN
"A"	6,38	248.472	25,32
"B"	6,66	273.174	27,84
"C"	8,10	180.928	18,44
"D"	9,38	278.743	28,40

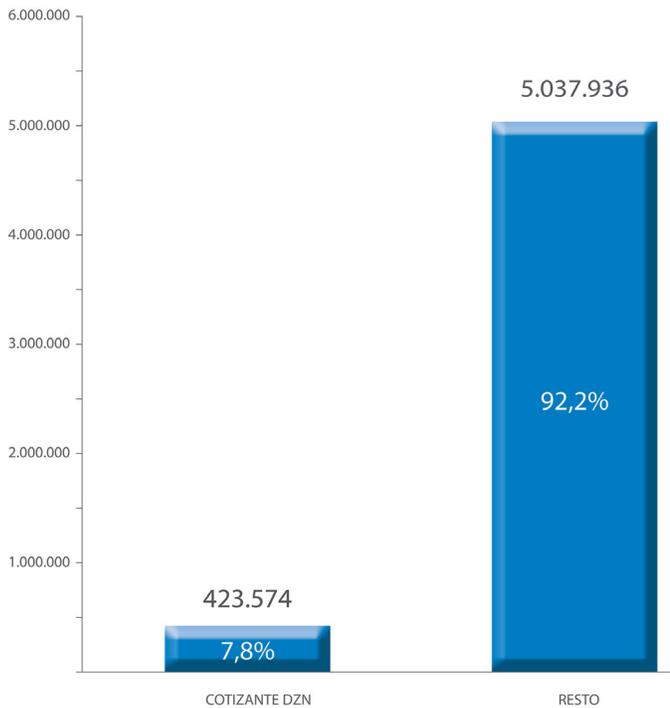
Los 981.317 asegurados FONASA desagregados por tramos de ingreso presenta la siguiente distribución: un 25,32% de asegurados "A" o carentes de recursos, un 27,84% de los asegurados "B", un 18,44% de asegurados "C", y un 28,40% de asegurados "D".

Existe una concentración superior al promedio país en los tramos de mayores ingresos.

POBLACIÓN ASEGURADA COTIZANTE

La Dirección Zonal Norte, a diciembre de 2011, cuenta con una población estimada de 423.574 cotizantes, los que representan el 7,8% del total de 5.461.510 cotizantes FONASA a nivel país.

COTIZANTES PAÍS / COTIZANTES DZN



El porcentaje de cotizantes por la población es de 30,78%, levemente inferior al 31,52% que es el promedio de cotizantes FONASA por la población total a nivel país.

EMISIÓN DE BONO DE ATENCIÓN EN SALUD, BAS

En la Dirección Zonal Norte se emitieron 1.903.472 BAS a través de los 162 diferentes centros de emisión, un promedio de 11.750 BAS por centro de emisión, inferior al promedio de emisión a nivel país de 13.125.



El total de las emisiones corresponden a un 8,1% del total de emisiones a nivel país, una cantidad ligeramente superior a lo que le correspondería por su cantidad de asegurados.

FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES Y PRESTACIONES

La Fiscalización de Cotizaciones es una función orientada al resguardo de los recursos del Sector Salud, al controlar que el actuar de empleadores y cotizantes se lleve de acuerdo a las normas en materia de cálculo de cotizaciones y el uso de los beneficios del sistema.

La evasión detectada en la DZN aumentó de M\$ 14.450 el 2010 a M\$ 49.276 el 2011, un aumento de 241%. Los empleadores fiscalizados aumentaron de 393 el 2010 a 2.063 el 2011, un 425% de aumento.

El año 2011 se efectuó el programa Lagunas 1 y 2, donde se fiscalizó aproximadamente a 13.756 empresas, a las cuales no se les registró el N° de trabajadores ni los montos imposables, este programa especial estableció no registrar dichas cifras, dando prioridad a la detección de evasión.

La Fiscalización de Prestaciones es un proceso orientado a resguardar que el financiamiento que FONASA entrega por prestaciones de salud corresponda a beneficiarios del D.F.L. N°1/2005 de Salud, y que las atenciones otorgadas por los prestadores públicos y privados se efectúen en cumplimiento a las disposiciones del Régimen General de Prestaciones de Salud. Las fiscalizaciones con reclamos resueltos aumentaron de 61 el 2010 a 688 el 2011, un aumento de 1.028%. Los reclamos No Auge en la MLE aumentaron de 61 el 2010 a 111 el 2011, un aumento del 82% y en la MAI de 0 el 2010 a 577 el 2011.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En la Dirección Zonal Norte se realizaron 48 actividades en terreno, lo que corresponde al 6,7% de las actividades realizadas por FONASA a nivel país.

Se atendieron en terreno a 977 personas, que corresponden al 5,0% de personas atendidas a nivel país.

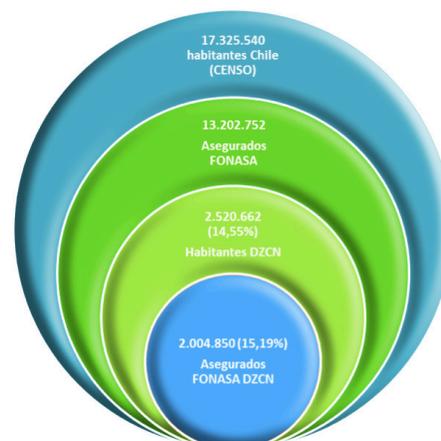


A las charlas organizadas por FONASA asistieron 1.331 personas, que corresponden a un 18,8% del total de personas que asistieron a actividades de difusión organizadas por la institución a nivel país.



Para ello, el Director Zonal, Iván Reyes Paez, representa a FONASA en las regiones de su competencia, y vela por el cumplimiento de los objetivos estratégicos en su zona.

En las regiones de Coquimbo y Valparaíso habita el 14,55% de la población del país con 2.520.662 habitantes, según la proyección desde el último Censo que considera una población total del país de 17.325.540 habitantes.



DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE, DZCN

A la Dirección Zonal Centro Norte le corresponde llevar a cabo las acciones que permitan el cumplimiento de la misión de FONASA en la jurisdicción comprendida por las regiones IV de Coquimbo y V de Valparaíso

POBLACIÓN ASEGURADA

La Dirección Zonal Centro Norte asegura una población estimada de 2.004.850 personas que representan el 79,54% de la población de DZCN, 2.520.662 habitantes, porcentaje superior al 76,20% que es el promedio a nivel país.

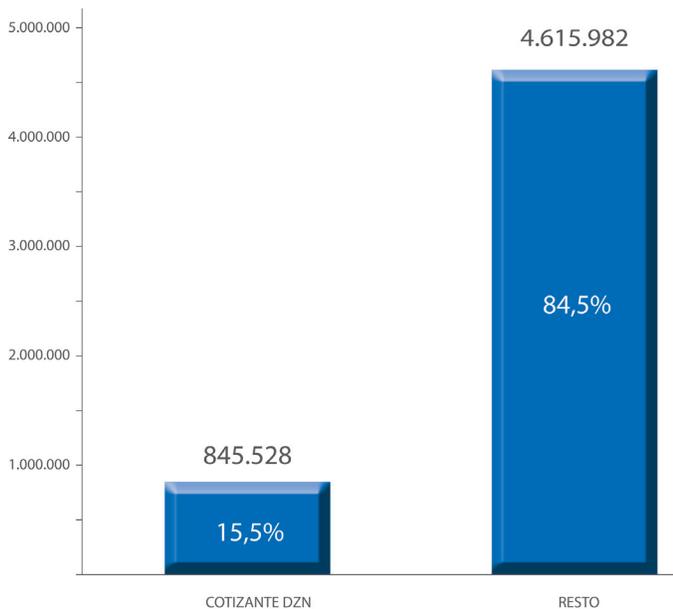


%		DZCN ASEGURADOS	%
TOTAL PAIS			DZCN
"A"	13,60	530.021	26,44
"B"	16,65	682.623	34,05
"C"	15,25	340.825	17,00
"D"	15,19	451.381	22,51

Los 2.004.850 asegurados distribuidos por tramos de ingreso presenta la siguiente distribución: un 26,44% asegurados "A" o carentes de recursos, un 34,05% de los asegurados "B", un 17,00% de asegurados "C", y un 22,51% de asegurados "D". Existe una concentración de asegurados "A" inferior al promedio país.

POBLACIÓN ASEGURADA COTIZANTE

La Dirección Zonal Centro Norte, a diciembre de 2011, cuenta con una población estimada de 845.528 cotizantes, los que representan el 15,5% del total de cotizantes FONASA a nivel país.



El porcentaje de cotizantes por la población es de 33,54%, levemente superior al 31,81% que es el promedio de cotizantes FONASA por la población total a nivel país.

EMISIÓN BONO DE ATENCIÓN EN SALUD, BAS

En la Dirección Zonal Centro Norte se emitieron 3.716.423 BAS a través de los 228 diferentes centros de emisión, un promedio de 16.300 BAS por centro de emisión, muy superior al número de emisión promedio a nivel país de 13.125.

El total de las emisiones corresponden a un 15,8% del total de emisiones a nivel país, una cantidad ligeramente superior a lo que le correspondería por su cantidad de asegurados.

FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES Y PRESTACIONES

La Fiscalización de Cotizaciones es una función orientada al resguardo de los recursos del Sector Salud, al controlar que el actuar de empleadores y cotizantes se lleve de acuerdo a las normas en materia de cálculo de cotizaciones y el uso de los beneficios del sistema.

La evasión detectada en la DZCN aumentó de M\$16.428 el 2010 a M\$50.649 el 2011, un aumento de 208,3%.

Los empleadores fiscalizados aumentaron de 439 el 2010 a 3.082 el 2011, un 602,1% de aumento.

Los trabajadores fiscalizados aumentaron de 11.412 el 2010 a 15.615 el 2011, un aumento de un 36,8%.

La Fiscalización de Prestaciones es un proceso orientado a resguardar que el financiamiento que FONASA entrega por prestaciones de salud corresponda a beneficiarios del D.F.L. N°1/2005 de Salud, y que las atenciones otorgadas por los prestadores públicos y privados se efectúen en cumplimiento a las disposiciones del Régimen General de Prestaciones de Salud.



Las fiscalizaciones con reclamos resueltos aumentaron de 246 el 2010 a 688 el 2011, un aumento de 180%. Los reclamos No AUGE en la MLE bajaron de 246 el 2010 a 109 el 2011, una baja del 55% y en la MAI de 0 el 2010 a 577 el 2011.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En la Dirección Zonal Centro Norte se realizaron 52 actividades en terreno, lo que corresponde al 7,2% de las actividades realizadas por FONASA a nivel país.

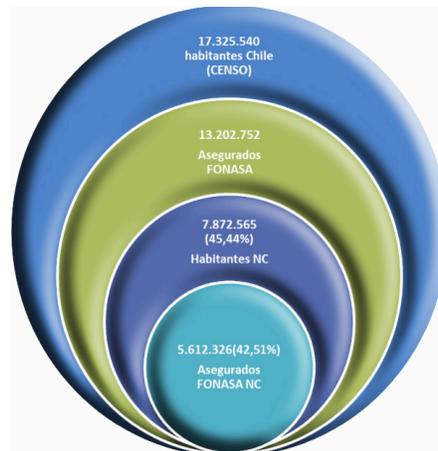
Se atendieron a 3.285 personas, que corresponden al 16,7% de personas atendidas a nivel país.

A las charlas organizadas por FONASA asistieron 1.405 personas, que corresponden a un 19,8% del total de personas que asistieron a actividades de difusión organizadas por FONASA a nivel país.



NIVEL CENTRAL

Las actividades correspondientes a las regiones Metropolitana y del Libertador Bernardo O'Higgins, se encuentran bajo la dependencia y responsabilidad directa del Nivel Central de FONASA.



	%	ASEGURADOS Nivel Central	% Nivel Central
TOTAL PAIS			
"A"	37,68	1.468.068	26,16
"B"	41,92	1.718.962	30,63
"C"	45,41	1.014.604	18,08
"D"	47,48	1.410.692	25,14

En estas regiones habita el 45,44% de la población del país con 7.872.565 habitantes, según la proyección desde el último Censo que considera una población total del país de 17.325.540 habitantes.

Las regiones bajo dependencia del Nivel Central de FONASA asegura a 5.612.326 personas, que representan el 71,29% de la población en esas regiones, con un total de 7.872.565 habitantes, un porcentaje inferior al 76,2% que es el promedio a nivel país.

POBLACIÓN ASEGURADA

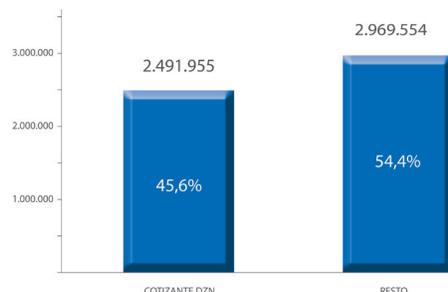
Las regiones dependientes del Nivel Central de FONASA aseguran una población estimada de 5.612.326 personas, un 42,29% de los asegurados del país.

Los 5.612.326 asegurados FONASA distribuidos por tramos de ingreso presentan la siguiente distribución: un 26,16% de asegurados "A" o carentes de recursos, un 30,63% de los asegurados "B", un 18,08% de asegurados "C" y un 25,14% de asegurados "D".

Existe una concentración superior al promedio país en los tramos de mayores ingresos.

POBLACIÓN ASEGURADA COTIZANTE

Las regiones dependientes del Nivel Central, a diciembre de 2011, cuentan con una población estimada de 2.491.955 cotizantes, los que representan el 45,6% del total de cotizantes FONASA a nivel país.



El porcentaje de cotizantes por la población es de 31,65%, levemente superior al 31,52% que es el promedio de cotizantes FONASA, por la población total a nivel país.

EMISIÓN BONO DE ATENCIÓN EN SALUD, BAS

En las regiones dependientes del Nivel Central se emitieron 12.712.214 BAS a través de los 940 diferentes centros de emisión, un promedio de 13.524 BAS por centro de emisión, superior al promedio a nivel país de 13.125.



El total de las emisiones corresponden a un 54,0% del total de emisiones a nivel país, una cantidad superior a lo que le correspondería por su cantidad de asegurados.

FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES Y PRESTACIONES

La Fiscalización de Cotizaciones es una función orientada al resguardo de los recursos del sector salud, al controlar que el actuar de empleadores y cotizantes se lleve de acuerdo a las normas en materia de cálculo de cotizaciones y el uso de los beneficios del sistema.

La evasión detectada en las regiones bajo dependencia del Nivel Central aumento de M\$40.618 el 2010 a M\$267.913 el 2011, un aumentó de 559,6%.

Los empleadores fiscalizados aumentaron de 1.975 el 2010 a 6.859 el 2011, un 247,3% de aumento.

Los trabajadores fiscalizados disminuyeron de 220.367 el 2010 a 74.091 el 2011, una disminución de un 66,4%. El menor N° de trabajadores fiscalizados el año 2011, en parte corresponde a una falta de registro el año 2011 y no por una menor cobertura de fiscalización. El año 2011 se efectuó el programa Lagunas 1 y 2, donde se fiscalizó aproximadamente a 13.756 empresas, a las cuales no se les registró el N° de trabajadores ni los montos imponibles, este programa especial estableció no registrar dichas cifras, dando prioridad a la detección de evasión.

La Fiscalización de Prestaciones es un proceso orientado a resguardar que el financiamiento que FONASA entrega por prestaciones de salud corresponda a beneficiarios del D.F.L. N°1/2005 de Salud, y que las atenciones otorgadas por los prestadores públicos y privados se efectúen en cumplimiento a las disposiciones del Régimen General de Prestaciones de Salud.



Las fiscalizaciones con reclamos resueltos aumentaron de 1.633 el 2010 a 2.037 el 2011, un aumento de 25%.

Los reclamos por causa No Auge en la MLE aumentaron de 1.894 el 2010 a 2.037 el 2011, un aumento del 8%.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

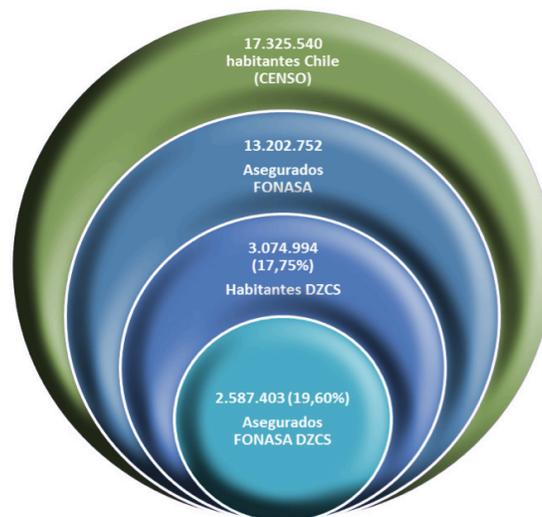
En las regiones bajo dependencia del Nivel Central se realizaron 186 actividades en terreno, lo que corresponde al 25,8% de las actividades realizadas por FONASA a nivel país.

Se atendieron en terreno a 7.269 personas, que corresponden al 36,9% de personas atendidas a nivel país.

A las charlas organizadas por FONASA asistieron 1.701 personas, que corresponden a un 24,0% del total de personas que asistieron a actividades de difusión organizadas por FONASA a nivel país.

DIRECCIÓN ZONAL CENTRO SUR, DZCS

A la Dirección Zonal Centro Sur le corresponde llevar a cabo las acciones que permitan el cumplimiento de la misión de FONASA en la jurisdicción comprendida por las regiones VII del Maule y VIII del Biobío. Para ello, el Director Zonal, Arturo San Martín Guerra, representa a FONASA en las regiones de su competencia, y vela por el cumplimiento de los objetivos estratégicos en su zona.



Los 2.587.403 asegurados desagregados por tramos de ingreso presenta la siguiente distribución: un 32,70% asegurados "A" o carentes de recursos, un 33,11% de los asegurados "B", un 15,75% asegurados "C" y un 18,44% asegurados "D".

Existe una mayor concentración superior al promedio país en los tramos de menores ingresos.

En las regiones de la DZCS habita el 17,75% de la población del país con 3.074.994 habitantes, según la proyección desde el último Censo que considera una población total del país de 17.325.540 habitantes.

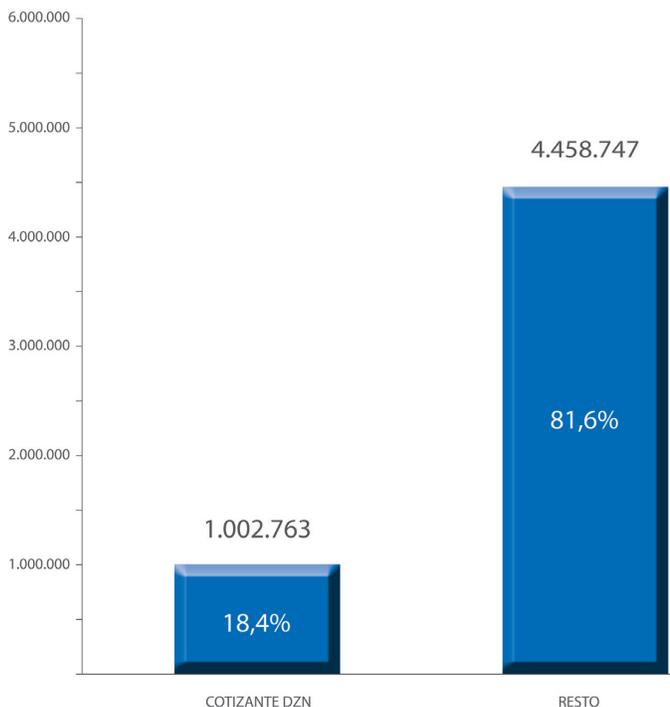
POBLACIÓN ASEGURADA

La Dirección Zonal Centro Sur asegura a una población estimada de 2.587.403 personas que representan al 84,14% de la población de la DZCS, 3.074.994 habitantes, porcentaje superior al 76,20% que es el promedio a nivel país.

	%	DZCS ASEGURADOS	%
TOTAL PAIS			DZCS
"A"	21,71	846.041	32,70
"B"	20,89	856.619	33,11
"C"	18,24	407.641	15,75
"D"	16,06	477.102	18,44

POBLACIÓN ASEGURADA COTIZANTE

En la Dirección Zonal Centro Sur, a diciembre de 2011, cuenta con una población estimada de 1.002.763 cotizantes, los que representan el 18,4% del total de cotizantes FONASA a nivel país.



El porcentaje de cotizantes por la población es de 32,61%, levemente superior al 31,52% que es el promedio de cotizantes FONASA por la población total a nivel país.

EMISIÓN BONO DE ATENCIÓN EN SALUD, BAS

En la Dirección Zonal Centro Sur se emitieron 3.353.875 BAS a través de los 244 diferentes centros de emisión, un promedio de 13.745 BAS por centro de emisión, superior al número de emisión promedio a nivel país de 13.125.



El total de emisiones corresponden a un 14,3% del total de emisiones a nivel país, una cantidad ligeramente inferior a lo que le correspondería por su cantidad de asegurados.

FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES Y PRESTACIONES

La Fiscalización de Cotizaciones es una función orientada al resguardo de los recursos del Sector Salud, al controlar que el actuar de empleadores y cotizantes se lleve de acuerdo a las normas en materia de cálculo de cotizaciones y el uso de los beneficios del sistema. La evasión detectada en la DZCS aumento de M\$ 13.880 el 2010 a M\$ 54.057 el 2011, un aumento de 289,5%. Los empleadores fiscalizados aumentaron de 486 el 2010 a 2.584 el 2011, un 431,7% de aumento.

Los trabajadores fiscalizados aumentaron de 11.928 el 2010 a 19.948 el 2011, un aumento de un 67,2%.

La Fiscalización de Prestaciones es un proceso orientado a resguardar que el financiamiento que FONASA entrega por prestaciones de salud corresponda a beneficiarios del D.F.L. N°1/2005, de Salud, y que las atenciones otorgadas por los prestadores públicos y privados se efectúen en cumplimiento a las disposiciones del Régimen General de Prestaciones de Salud.



Las fiscalizaciones con reclamos resueltos aumentaron de 175 el 2010 a 581 el 2012, un aumento de 232%. Los reclamos por causa No AUGE en la MLE disminuyeron de 175 el 2010 a 119 el 2012, una disminución del 32% y en la MAI aumentó de 0 el 2010 a 462 el 2012.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En la Dirección Zonal Centro Sur se realizaron 327 actividades en terreno, lo que corresponde al 45,4% de las actividades realizadas por FONASA a nivel país, donde se atendieron a 5.840 personas, que corresponden al 29,7% de personas atendidas a nivel país.

A las charlas organizadas por FONASA asistieron 1.620 personas, que corresponden a un 22,8% del total de personas que asistieron a actividades de difusión organizadas por FONASA a nivel país.



DIRECCIÓN ZONAL SUR, DZS

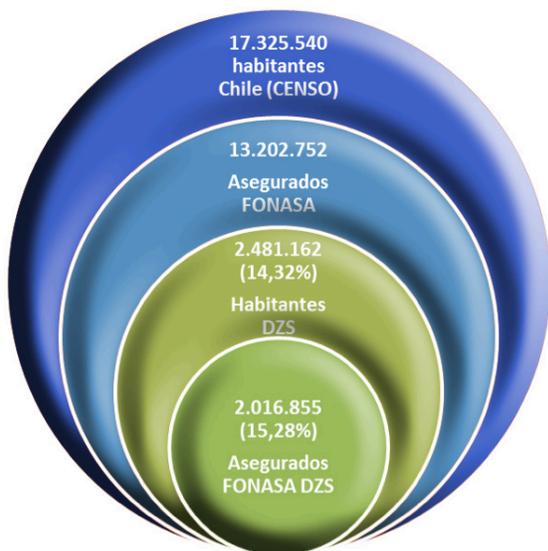
A la Dirección Zonal Sur le corresponde llevar a cabo las acciones que permitan el cumplimiento de la misión de FONASA en la jurisdicción comprendida por las regiones IX de La Araucanía, XIV de Los Ríos X de Los Lagos, XI de Aysén, XII de Magallanes.



Para ello, el Director Zonal, Rodrigo Reyes Bohle, representa a FONASA en las regiones de su competencia, y vela por el cumplimiento de los objetivos estratégicos en su zona.

POBLACIÓN ASEGURADA

En las regiones de la DZS habita el 14,32% de la población del país con 2.481.192 habitantes, según la proyección desde el último Censo que considera una población total del país de 17.325.540 habitantes. La Dirección Zonal Sur de FONASA asegura una población estimada de 2.016.855 personas, un 81,29% del total de los asegurados del país.



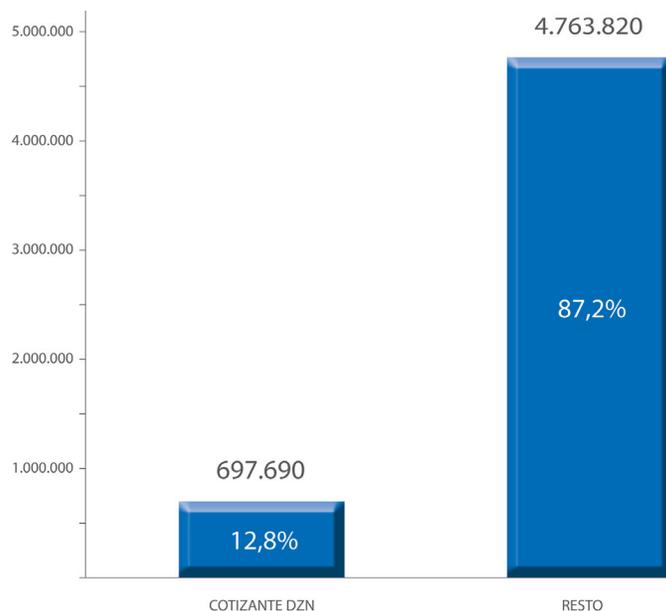
Los 2.016.855 asegurados FONASA desagregados por tramos de ingreso presentan la siguiente distribución: un 39,85% asegurados "A" o carentes de recursos, un 28,24% de los asegurados "B", un 14,39% de asegurados "C" y un 17,51% de asegurados "D".

	%	DZS ASEGURADOS	%
TOTAL PAIS			DZS
"A"	20,63	803.731	39,85
"B"	13,89	569.660	28,24
"C"	12,99	290.285	14,39
"D"	11,89	353.179	17,51

Existe una concentración superior al promedio país en los tramos de menores ingresos.

POBLACIÓN ASEGURADA COTIZANTE

La Dirección Zonal Sur, a diciembre de 2011, cuenta con una población estimada de 697.690 cotizantes, los que representan el 12,8% del total de cotizantes FONASA a nivel país.



El porcentaje de cotizantes por la población es de 28,12%, inferior al 31,52% que es el promedio de cotizantes FONASA por la población total a nivel país.

EMISIÓN BONO DE ATENCIÓN EN SALUD, BAS

En la Dirección Zonal Sur se emitieron 1.846.422 BAS a través de los 219 diferentes centros de emisión, un promedio de 8.431 BAS por centro de emisión, inferior al promedio a nivel país de 13.125.



El total de emisiones corresponden a un 7,8% del total de emisiones a nivel país, una cantidad inferior a lo que le correspondería por su cantidad de asegurados..

FISCALIZACIÓN DE COTIZACIONES Y PRESTACIONES

La Fiscalización de Cotizaciones es una función orientada al resguardo de los recursos del Sector Salud, al controlar que el actuar de empleadores y cotizantes se lleve de acuerdo a las normas en materia de cálculo de cotizaciones y el uso de los beneficios del sistema.

La evasión detectada en la DZS disminuyó de M\$21.547 el 2010 a M\$20.201 el 2011, una disminución de 6,2%. Los empleadores fiscalizados aumentaron de 758 el 2010 a 2.457 el 2011, un 224,1% de aumento.

Los trabajadores fiscalizados aumentaron de 11.248 el 2010 a 13.123 el 2011, un aumento de un 16,17%.

La Fiscalización de Prestaciones es un proceso orientado a resguardar que el financiamiento que FONASA entrega por prestaciones de salud corresponda a beneficiarios del D.F.L.

Nº1/2005, de Salud, y que las atenciones otorgadas por los prestadores públicos y privados se efectúen en cumplimiento a las disposiciones del Régimen General de Prestaciones de Salud.

Las fiscalizaciones con reclamos resueltos aumentaron de 109 el 2010 a 325 el 2012, un aumento de 198%.

Los reclamos por causa No AUGE en la MLE aumentaron de 109 el 2010 a 103 el 2012, una disminución del 6% y en la MAI aumentó de 0 el 2010 a 222 el 2012.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En la Dirección Zonal Sur se realizaron 107 actividades en terreno, lo que corresponde al 14,9% de las actividades realizadas por FONASA a nivel país, donde se atendieron a 2.324 personas, que corresponden al 11,8% de personas atendidas a nivel país.

A las charlas organizadas por FONASA asistieron 1.036 personas, que corresponden a un 14,6% del total de personas que asistieron a actividades de difusión organizadas por FONASA a nivel país.



