



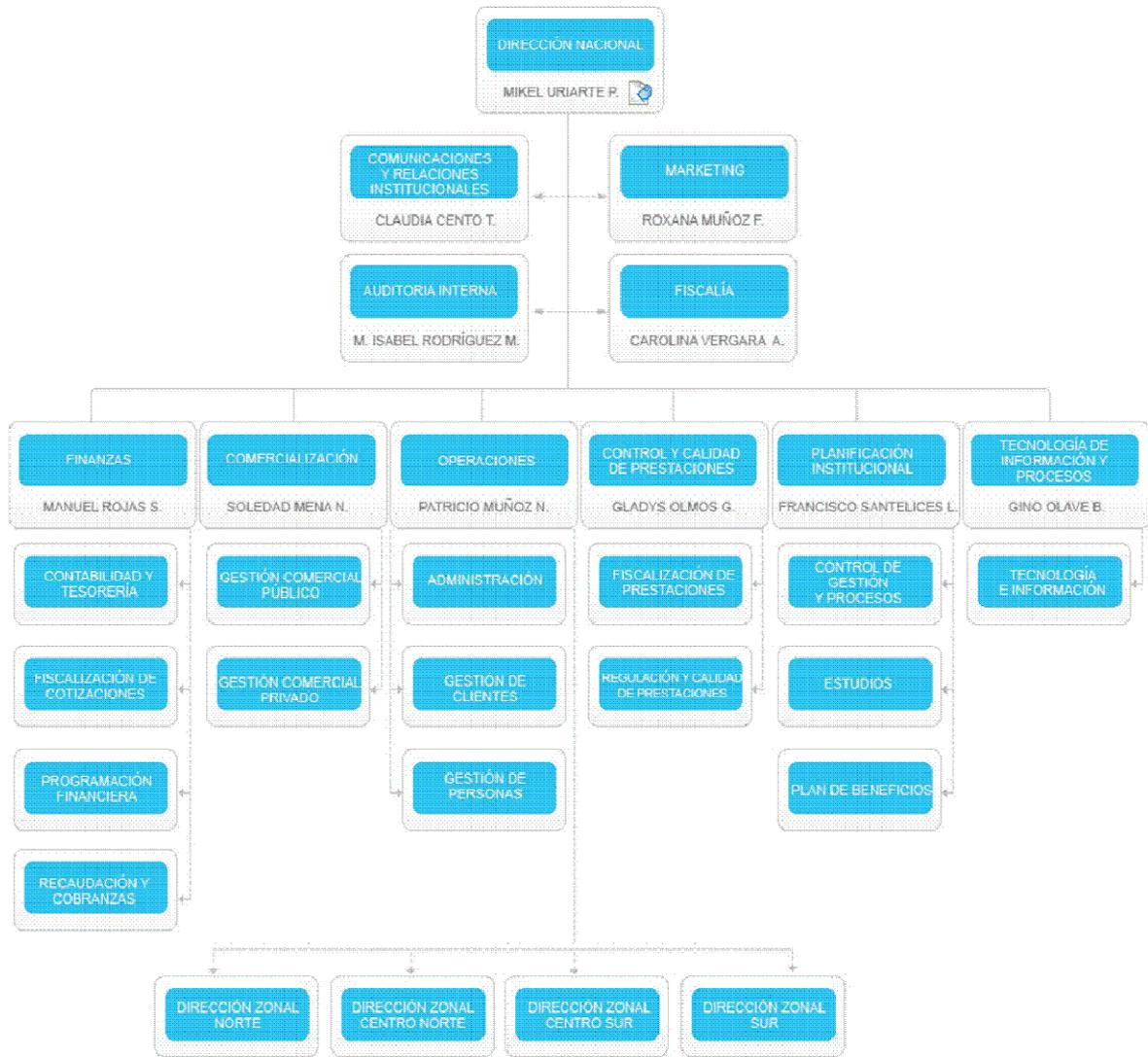
CUENTA PÚBLICA 2010 - 2011



INDICE

INDICE.....	2
EQUIPO DIRECTIVO.....	3
¿QUÉ ES FONASA, CUÁL ES NUESTRA MISIÓN?.....	4
RED DE SERVICIOS.....	6
PLAN DE SALUD FONASA.....	7
HITOS 2010-2011.....	10
EJE ASEGURADO.....	11
REDUCCIÓN LISTAS DE ESPERA AUGE.....	12
RESOLUCIÓN LISTAS DE ESPERA NO AUGE.....	15
CONVENIO FONASA IPS.....	18
IMAGEN FONASA.....	19
ANÁLISIS Y RECLASIFICACIÓN DE ASEGURADOS.....	21
EJE FINANCIERO.....	23
RECUPERACIÓN DEL ROL FINANCIERO.....	24
EJE MODERNIZACIÓN.....	26
PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN.....	27
EJE FISCALIZACIÓN.....	30
MEJORAS EN LA GESTIÓN DE RECAUDACIÓN Y FISCALIZACIÓN.....	31
DESAFIÓS 2012-2013.....	33
MEJORAS AL PLAN DE SALUD.....	34
PROGRAMA FONASA PASA VISITA.....	37
FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE FISCALIZACIÓN A PRESTADORES.....	38
CONTRALORÍA DE LICENCIAS MÉDICAS.....	41
PLAN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.....	45
FONASA EN NÚMEROS.....	48
DETALLE DE EJECUCIÓN EN DIRECCIONES ZONALES DE FONASA.....	51

EQUIPO DIRECTIVO



¿QUÉ ES FONASA, CUÁL ES NUESTRA MISIÓN?

“FONASA es el asegurador público, orientado a satisfacer las necesidades de salud sus asegurados entregando cobertura financiera de las prestaciones de salud tanto en el sector público como en el privado y resguardando un eficiente manejo financiero del sector público de salud. Es de fundamental importancia la calidad y la oportunidad de prestaciones entregadas al asegurado, además del correcto uso del financiamiento efectuado a las diferentes prestaciones otorgadas a los asegurados”.

De aquí se desprenden los dos principales roles de FONASA:

- 1. Rol de Asegurador Público de Salud:** Entregar las coberturas adecuadas en el tiempo oportuno y según las realidades de sus asegurados, independiente de las prestaciones que se entreguen en la red pública o privada.
- 2. Rol Presupuestario y Financiero:** FONASA se preocupa de recaudar, administrar, distribuir y fiscalizar los recursos financieros de Salud. Esto comprende el control y seguimiento presupuestario de los servicios de Salud, así como la elaboración del presupuesto nacional de salud. Poniendo el énfasis en el fortalecimiento, presencia y eficiencia del sector.

Objetivos

En este contexto los objetivos estratégicos de FONASA son:

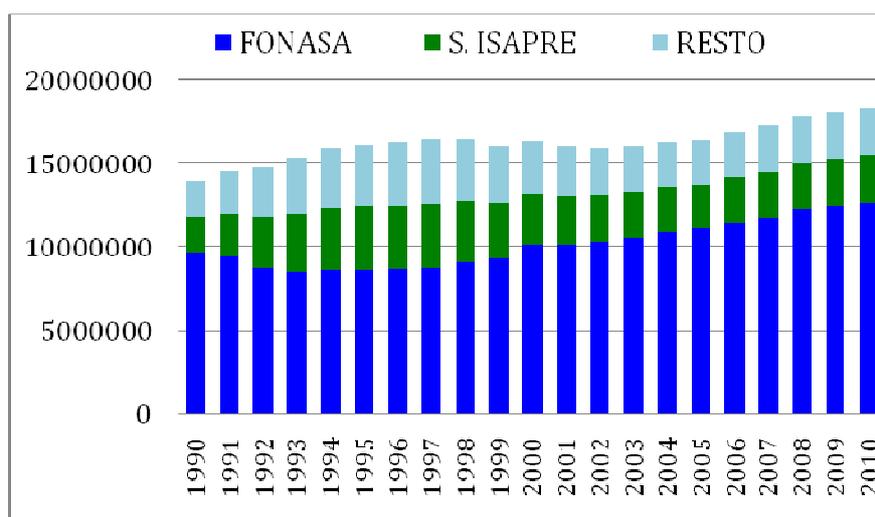
- Entregar cobertura en salud con un mejor plan de beneficios y cumpliendo con las garantías y obligaciones fijadas por la ley.
- Optimizar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza, pago a prestadores y un reforzamiento de la labor fiscalizadora, basado en la mejora continua de la gestión institucional.

Nuestros Asegurados

Los asegurados de FONASA, al 31 de diciembre de 2010 ascendían a la cifra de 12,7 millones de personas, es decir, el 75% de la población de Chile. Es por eso que la institución pone tanto énfasis en sus asegurados, sobre todo en aquellos que están en una situación de mayor vulnerabilidad.

A nivel nacional, de estos casi 13 millones de asegurados 1.990.351 son adultos mayores, lo que corresponde al 90% de dicho grupo etáreo. El 68% son niños entre 0 y 4 años y el 76% mujeres en edad fértil. Son a estas personas a las que FONASA destina la mayor parte de sus recursos y es por eso que se siente orgulloso de entregar cobertura a quienes más lo necesitan.

Desde el punto de vista de la participación de mercado, desde 1990 FONASA ha mantenido un número de asegurados cercano al 75%. Esto se refleja en el siguiente gráfico.



RED DE SERVICIOS



XV REGIÓN DE ARIICA Y PARINACOTA							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
1	1	12	1	21	2	35	
I REGIÓN DE TARAPACÁ							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
2	3	21	2	32	140	506	
II REGIÓN DE ANTOFAGASTA							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
4	4	58	7	42	283	680	
III REGIÓN DE ATACAMA							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
2	3	16	7	44	87	244	
IV REGIÓN DE COQUIMBO							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
5	9	40	8	154	210	758	
V REGIÓN DE VALPARAISO							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
14	16	98	23	192	585	2.780	
VI REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
5	6	33	14	138	280	789	
VII REGIÓN DEL MAULE							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
8	10	31	19	265	253	975	
VIII REGIÓN DEL BÍO-BÍO							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
21	23	103	25	340	617	2.129	
IX REGIÓN DE LA ARICAÑÍA							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
6	17	19	16	295	128	791	
XIV REGIÓN DEL OS RÍOS							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
5	8	22	5	99	22	146	
X REGIÓN DEL OS LAGOS							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
7	16	32	12	274	195	779	
XI REGIÓN DE AYSÉN GENERAL CARLOS ISABEÑ DEL CAMPO							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
1	5	2	1	42	10	72	
XII REGIÓN DE MAGALLANES							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
2	3	10	5	24	58	193	
XIII REGIÓN METROPOLITANA							
SUCURSALES FONASA	CENTROS IPS	PRESTADOR BONO ELECTRONICO	EEDD	RED SALUD PUBLICA	INSTITUCIONES EN CONVENIO MLE	PROFESIONALES EN CONVENIO MLE	
25	19	560	31	384	1.519	6.759	
TOTAL	108	143	1.057	176	2.346	4.389	17.636

PLAN DE SALUD FONASA

Como Asegurador Público de Salud, FONASA ofrece un Plan Único, es decir, no existen planes diferenciados de Salud. Los beneficios son iguales para todos, no considerando las preexistencias de sus asegurados y acogiendo a todas las personas, independiente de su nivel de riesgo.

Para acceder a las prestaciones contempladas en el Plan de Salud, los asegurados de FONASA pueden escoger atenderse en la Red Pública de Salud a través de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o en la Red Privada de Salud a través de la Modalidad Libre Elección (MLE), o en ambas alternadamente.

El Plan de Salud es del tipo Universal con un listado de patologías garantizadas por Ley denominadas AUGE.

Las prestaciones de salud pueden dividirse en tres niveles dependiendo de su complejidad, estas son Primaria, Secundaria y Terciaria. La atención primaria es otorgada en la red de los consultorios administrados principalmente por los municipios, es en este nivel que se realiza aproximadamente el 80% de las intervenciones sanitarias, las que corresponden a prestaciones de baja complejidad. Por otro lado, la atención secundaria y terciaria se proporciona en hospitales y consta de servicios de mayor complejidad como hospitalización, exámenes, procedimientos e intervenciones quirúrgicas, terapias complejas, etc.

El acceso a las distintas modalidades dependerá del grupo asignado por FONASA al asegurado según el nivel de ingreso, estos grupos son A, B, C y D, donde el grupo A compuesto por personas carentes de recursos no puede acceder a la Modalidad Libre Elección. (Para detalle de Clasificación por Tramo ver recuadro).

En términos generales el Plan de Salud de FONASA incluye:

- Atención Primaria de Salud
- Examen de Medicina Preventiva
- Atenciones de Especialidad y Hospitalarias
- Atención de Emergencia Riesgo Vital
- AUGE
- Seguro Catastrófico
- Programas Especiales
- Atención Ambulatoria y Hospitalaria Libre Elección
- Cuenta Conocida PAD

Así, la cobertura del plan de salud se puede resumir en:

	Prestaciones	Red Pública Atención Institucional Acceso para todos los asegurados, independiente de su tramo				Red Privada Prestadores Libre Elección Acceso para asegurados FONASA tramos B, C o D				
		Tramo A	Tramo B	Tramo C	Tramo D					
Atención Primaria	Consulta Médica	100% Bonificación				hasta 60% bonificación				
	Exámenes de Laboratorio Básicos ¹									
	Imagenología de Torax y Gineco-Obstétricas					hasta 50% bonificación				
	Salud Oral prevención, educación y atenciones básicas ²									
Atención de Especialidad y Hospitalaria	Consulta Médica Especialidad y hospitalaria	100% de Bonificación				hasta 60% de bonificación				
	Día cama ³					50% de bonificación (nivel único)				
	Derecho Pabellón ³									
	Exámenes de Laboratorio									
	Imagenología					90% de Bonificación	80% de Bonificación	hasta 50% de bonificación		
	Kinesiología									
	Honorarios Quirúrgicos									
	Psiquiatría y Psicología Clínica									
	Radioterapia					100% Cobertura				
	Atenciones Dentales					100% de Bonificación	70% de Bonificación	50% de Bonificación	20% de Bonificación	
Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)					75% de bonificación (nivel único)					
AUGE	57.- Retinopatía del Prematuro 58.- Displasia Broncopulmonar del Prematuro 59.- Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro 60.- Epilepsia No Refractaria en personas 15 años y más 61.- Asma Bronquial en	100% de Bonificación				Los asegurados de los tramos C y D tienen un tope máximo a pagar, dentro de un periodo 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.				



¹ Considera exámenes tales como Hemograma; Glucosa; Orina; Test embarazo; Colesterol, entre otros.

² Atenciones básicas referidas a obturaciones; exodoncia y urgencias dentales.

³ En el caso de las prestaciones Día cama y Derecho de Pabellón en la Red Privada o Libre Elección, los prestadores están autorizados a cobrar un diferencial directamente al asegurado, con excepción del Programa PAD donde se incluyen dichas prestaciones en el valor a pagar.

- En el cuadro se puede apreciar que en la Atención Primaria de Salud bajo la Modalidad Atención Institucional (MAI), la cobertura es de un 100% para todos los asegurados en atenciones y medicamentos contenidos en el Arsenal Farmacológico Básico.
- El Plan AUGE entrega garantías de oportunidad, acceso, calidad y protección financiera para 69 patologías priorizadas.
- En cuanto a las Prestaciones de Especialidad y Hospitalarias la cobertura es de un 100% para los asegurados de los tramos A y B, de un 90% y 80% para los asegurados de los tramos C y D, respectivamente.
- Los asegurados de los tramos B, C y D tienen además de la opción de atenderse en la Modalidad Libre Elección (MLE), escogiendo por prestaciones individuales.
- En Atención Hospitalaria los asegurados de los tramos B, C y D tienen la opción de atenderse en la Modalidad Libre Elección (MLE), con prestadores privados que hayan suscrito convenio con FONASA para esos efectos, haciéndose cargo del copago de parte del costo de la prestación.
- En la Modalidad de Libre Elección existen 3 niveles de atención (1, 2, 3) que definen el monto que debe pagar el asegurado para poder atenderse en los prestadores que eligieron dar sus servicios en este nivel.

De acuerdo a los ingresos recibidos por los asegurados, éstos pueden clasificarse en cuatro grupos.

Grupo A: Este grupo está compuesto por las personas indigentes o carentes de recursos. Poseen ingresos bajo 25% del IMM (Ingreso Mínimo Mensual), correspondiente a \$43.000.

Grupo B: Conformado por afiliados cuyo ingreso no excede el ingreso mínimo mensual aplicable a las personas entre 18 y 65 años de edad (actualmente bajo \$172.000).

Grupo C: Son los asegurados cuyo ingreso está entre el ingreso mínimo mensual y 1,46 veces dicho monto. Si los beneficiarios que dependen de este afiliado, son tres o más, serán considerados grupo B (actualmente entre \$172.000 y \$251.000).

Grupo D: Este grupo está compuesto por afiliados cuyo ingreso es superior a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual. Si los beneficiarios que dependen de este afiliado son tres o más personas, serán considerados grupo C (actualmente sobre \$251.000).

HITOS 2010-2011

Ejes del Plan de Trabajo

La labor de FONASA durante el último año se puede distinguir en varias áreas de acción. Es por eso que la cuenta pública FONASA 2010- 2011 se dividió en aquellos principales puntos que fueron motivo de trabajo y esfuerzo para todos los que forman parte de este organismo. En primer lugar está el Eje Asegurado, luego el Eje Financiero, el Eje Modernización y por último el Eje Fiscalización. Cada uno de estos temas es de suma importancia para lograr las mejoras en el Sector Salud que el gobierno de S. E el Presidente Sebastián Piñera quiere hacer.

EJE ASEGURADO

Uno de los puntos primordiales de trabajo de FONASA durante 2010 – 2011 fue el asegurado público. Se lograron muchos y grandes avances en este ámbito. Comenzando por poner al asegurado como eje central de la planificación estratégica.

La entrega de un servicio de calidad y la oportunidad de entrega de las prestaciones también fue una de las preocupaciones en las cuales FONASA puso más énfasis. Para esto se hizo especial hincapié en la reducción de las listas de espera AUGE, logrando disminuirlas en un 83% desde junio de 2010 a junio de 2011 y se espera llegar a cero en noviembre 2011.

También se crearon medidas como el Bono AUGE y el Portal AUGE, las cuales tuvieron un fuerte impacto. El Bono AUGE permite a los usuarios con garantías incumplidas que se les dé atención en un plazo no mayor a 10 días en otro establecimiento asistencial, público o privado, designado por FONASA.

El Portal AUGE en tanto, es un sitio web que permite a sus asegurados hacer un seguimiento online acerca del estado de sus garantías y problemas de salud incluidos en el plan AUGE. El instrumento busca reforzar la transparencia y permite a los usuarios saber en qué etapa de atención se encuentran. Además, ayuda a la institución a actualizar los datos de los asegurados para ponerse en contacto con ellos.

Con el fin de ampliar su presencia a nivel nacional y poder entregar un mejor servicio a sus asegurados, FONASA realizó un convenio con el IPS (Instituto de Previsión Social) que permitió ampliar su red de sucursales a 52 nuevas comunas.

Gracias a estas medidas, FONASA logró situarse como el servicio público de alto uso mejor evaluado por la ciudadanía, logrando altos índices de aprobación a la gestión que realiza.

REDUCCIÓN LISTAS DE ESPERA AUGE

FONASA se ha hecho cargo de uno de los problemas más agobiantes que acarrea el sistema de salud en los últimos años: las listas de espera AUGE. Tras la implementación de una serie de medidas, dichas listas de espera se han reducido entre junio de 2010 y junio de este año, un 83%, disminuyendo desde 246.742 a 41.752 casos en ese período. Este ritmo permite prever el cumplimiento del compromiso de eliminar las listas de espera AUGE antes de noviembre 2011. Así, los usuarios se verán directamente beneficiados, pudiendo acceder a un sistema de salud cuyos tiempos de espera cumplan con los plazos fijados por la ley.

A junio de 2011, las mayores reducciones, en términos porcentuales y por Servicio de Salud, corresponden a Osorno (98%), Chiloé y Valdivia con un 95% y Arica con un 94%. Sin embargo, en términos de cantidad de prestaciones sobresale el caso del Libertador Bernardo O'Higgins, en el cual la reducción de las listas de espera sobrepasa los 18 mil casos, correspondiente al 83% de su lista de espera. A esto hay que sumar los casos de los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Occidente, en los cuales las listas de espera AUGE se han reducido en 16.988 y 16.219 casos, respectivamente.

Para lograr esta tarea y cumplir con la promesa presidencial de términos las Listas de Espera AUGE estas reducciones y cumplir con compromiso tomado por el Gobierno, FONASA implementó un plan compuesto por 7 medidas:

1. Se realizó un diagnóstico detallado por servicio de salud y por patología, con el fin de determinar la real magnitud de las listas de espera.
2. Se revisó el sistema de registro computacional, para posibilitar el registro de la totalidad de los casos AUGE dentro de los hospitales y servicios.
3. Se transparentó la información generada, publicando las listas actualizadas en la web de FONASA.
4. Se creó el portal AUGE en línea, que permite a los asegurados de FONASA conocer el estado de sus garantías en tiempo real.
5. Se estableció un mecanismo para alinear las transferencias hacia los servicios y hospitales con la producción y cumplimiento de las metas de reducción de las listas de espera AUGE.
6. Se realizó una licitación a la que se invitó a todos los prestadores del país a participar para ofrecer sus servicios y capacidad en todos los problemas de salud GES. De esta manera se posibilita que FONASA pueda recurrir al sector privado a comprar servicios clínicos para solucionar las listas de espera de los Servicios cuando éstos no tienen capacidad de resolución.
7. Se diseñó e implementó el Bono AUGE, mecanismo que permite dar rápida solución a las garantías retrasadas, reclamadas por los asegurados, que no puedan ser solucionadas por los Servicios de Salud. El mecanismo asegura la oportunidad a los pacientes e incentiva a los Servicios de Salud a dar pronta solución a las listas de espera.

Estas medidas han tenido un impacto directo en los asegurados, que al recibir tratamiento se sienten satisfechos, contentos y agradecidos por el cumplimiento de las garantías.

Estos significativos avances repercuten directamente sobre la calidad y oportunidad de la atención recibida por los usuarios. Así, por ejemplo, hacia junio de 2010 los problemas de salud con mayores retrasos eran las cataratas y los vicios de refracción, con 41 mil y 30 mil retrasos respectivamente. En promedio, una persona que sufría de cataratas tardaba 2 años en ser atendida (4 veces más que lo establecido en el protocolo de atención GES), mientras que un paciente afectado por algún vicio de refracción tardaba 1,4 año (casi 3 veces más que lo establecido en el protocolo). Gracias a las medidas tomadas por FONASA, las listas de espera por cataratas se redujeron en 66% y las de vicios de refracción en más 40% de los casos. En este ámbito destaca también la reforma legal que, desde el 1 de junio de este año, permite que los Tecnólogos Médicos en Oftalmología puedan realizar consultas para diagnosticar este tipo de problema.

Bono AUGE

Dentro de las medidas que se tomaron para la reducción de las listas de espera AUGE, se puede destacar la implementación del Bono AUGE que directa e indirectamente tuvo un gran impacto, siendo así uno de los mayores logros de FONASA en el 2011.

El BONO AUGE permite a los usuarios con garantías incumplidas que se les dé atención en un plazo no mayor a 10 días en otro establecimiento asistencial, público o privado, elegido por el asegurado dentro de las opciones de prestadores en convenio.

El programa piloto del Bono AUGE se inició en octubre de 2010 con el problema de salud cataratas que, como se indicó, presentaba uno de los mayores retrasos. A comienzos de 2011, ya formaban parte del Bono AUGE las 69 patologías que el plan abarca y se había presentado oficialmente el portal AUGE, instrumento que permite a los asegurados FONASA conocer el estado de sus garantías.

Procedimiento de Entrega

Para la entrega del Bono AUGE es necesario que el asegurado de FONASA interponga su reclamo en una sucursal o a través del Call Center. Luego FONASA debe verificar el incumplimiento de la garantía y, en caso de constatarse el retraso, el asegurado podrá elegir dentro de un listado de prestadores en convenio dónde atenderse.

El nuevo prestador tiene un plazo máximo de 10 días para entregar la atención requerida, la que puede corresponder a la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento según sea el caso. De esta manera cuando el beneficiario reciba la prestación retrasada, la continuación del resto de prestaciones garantizadas, la otorga el servicio de salud público correspondiente al asegurado.

El asegurado puede recibir el Bono AUGE tantas veces como garantías retrasadas tenga.

Testimonio

Isidoro Mena Piña (33 años) solía trabajar en la construcción hasta que, a principios del 2010, un intenso dolor en el testículo y pierna izquierda lo dejó prácticamente postrado. Acudió tanto al consultorio como al hospital de La Calera y, luego de algunos exámenes y diagnósticos errados, una resonancia confirmó que se trataba de una hernia a la columna.

“Los dolores ya eran insoportables, no podía dormir, no podía caminar, ni estornudar. Todo me dolía y se estaban demorando demasiado. Me dijeron que mi ficha se había extraviado y que debía esperar, por lo que me enfadé. Mi madre conversó con una vecina que se había atendido con Bono AUGE y ella le recomendó que acudiéramos a FONASA. En la sucursal me entregaron el Bono AUGE y antes de diez días me llamaron de la Clínica Ciudad del Mar y me operaron”, relata Isidoro. “Estoy feliz por la rápida solución, recuperé la movilidad y ahora buscaré un trabajo más liviano”, añade el jefe de familia, padre de tres hijos.

Portal AUGE

Como una manera de ayudar a reducir las listas de espera AUGE y agilizar el funcionamiento del Bono AUGE, FONASA lanzó el Portal AUGE en Línea, un sitio web que permite a sus asegurados hacer un seguimiento en línea acerca del estado de sus garantías y problemas de salud incluidos en el plan AUGE.

Este innovador instrumento busca reforzar la campaña de transparencia en que se ha embarcado la administración de FONASA, permitiendo a los usuarios saber en qué etapa de atención se encuentran. Además, ayuda a la institución a actualizar los datos de los asegurados para ponerse en contacto con ellos.

Los datos contenidos en la página son de carácter referencial, debido que son suministrados por hospitales y consultorios adscritos al Sistema de Información y Gestión de Garantías en Salud (Sigges) y pueden estar sujetos a revisión y modificación. Por ello la información es actualizada mensualmente.

Al portal se accede desde la página web de FONASA y del Ministerio de Salud y permite al asegurado conocer el detalle de los problemas de salud AUGE que presenta, luego de introducir su RUT y crear una clave de acceso secreta.

Junto con lo anterior, el AUGE en Línea entrega información general acerca del Plan AUGE, en forma didáctica y amena: qué es, qué enfermedades garantiza (con sus plazos y costos), cómo se accede y los exámenes preventivos que contempla.

Asimismo, explica qué hacer si las garantías no se cumplen, y un listado de sucursales por región. Junto con ello, muestra todos los detalles del Bono AUGE FONASA, tanto por escrito, como a través de animaciones.

RESOLUCIÓN LISTAS DE ESPERA NO AUGE

Para solucionar el problema de las listas de espera quirúrgica No AUGE, es decir, de aquellas patologías no contempladas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se implementó el “Programa Nacional de Cirugías de Espera Prolongada”. Este nuevo desafío nace luego de los excelentes resultados identificados en la disminución de las listas de espera AUGE y se enfoca en la atención y resolución de los 89 mil casos que a marzo de 2011 llevaban más de un año esperando por la cirugía No AUGE que resuelva su problema de salud.

Este programa comenzó con la identificación de las personas y se está desarrollando en coordinación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, principalmente a través de la red de establecimientos públicos de salud. Esperamos, por medio de esta estrategia, dar solución a los 89.631 casos detectados en un plazo de 24 meses.

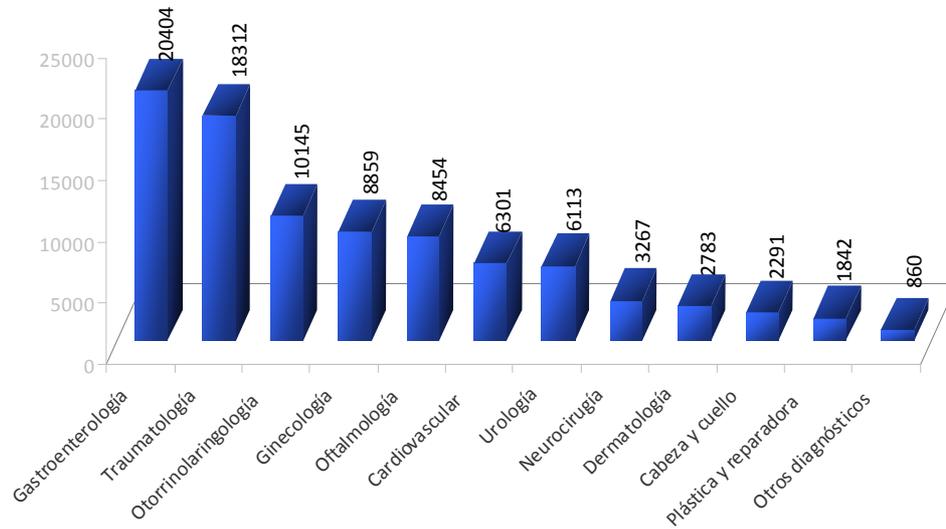
El “Programa Nacional de Cirugías de Espera Prolongada” se ha focalizado en las especialidades de traumatología, gastroenterología, otorrinolaringología y oftalmología, entre otras, ya que son estas especialidades las cuales presentan un mayor número de asegurados en sus listas de espera.

La estrategia contempla el uso de pabellones de hospital 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. De esta manera se pretende dar respuesta a los miles de chilenos que han visto cómo su vida se ha resentido producto de la falta de solución a su problema de salud.

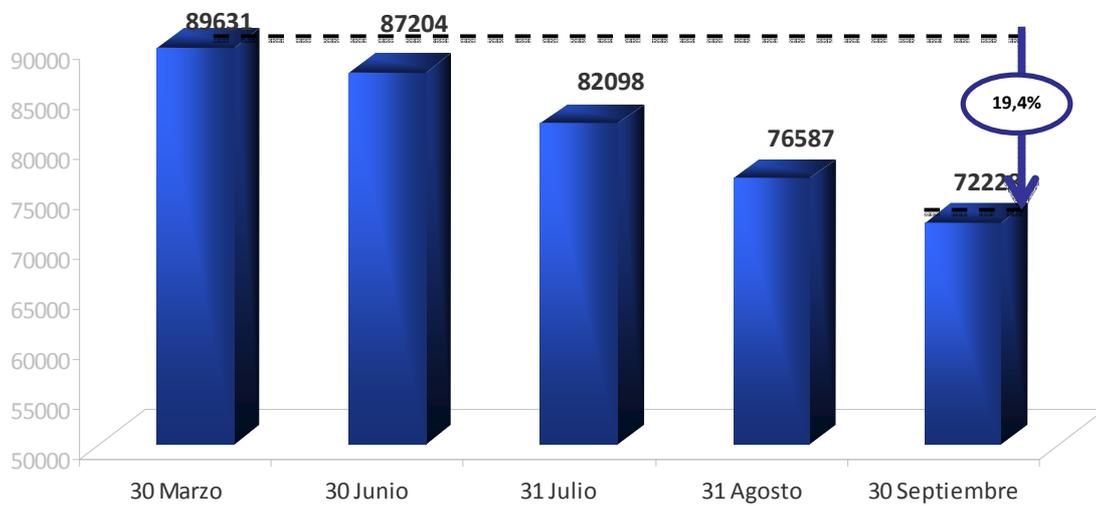
La primera etapa de este programa correspondió a una fase piloto que se aplicó entre pacientes que sufrían de artrosis de cadera y que requerían de la instalación de prótesis. En esta etapa se han logrado resultados satisfactorios a lo largo de todo el país, lo que permite augurar un buen resultado para las restantes intervenciones contempladas en el programa.

Respecto de la priorización de los casos, se ha definido en función de algunos criterios como el tiempo de espera, el impacto social y la disponibilidad de recursos. De esta manera, cada caso será evaluado en razón a su antigüedad en los registros y al nivel de la incapacidad laboral y física que el problema médico general, en especial en personas menores de 65 años.

Listas de Espera Quirúrgicas No Auge > 1 año (Nº intervenciones)



Disminución de Listas de Espera No Auge



A contar de marzo de 2011 comenzó el Programa de Reducción de Listas de Espera No AUGE y luego se habilitó en todas las sucursales de FONASA, en su página web y en el call center (fono 600 360 3000), una aplicación informática que permite, sólo con su RUT, identificar si la persona es beneficiaria del programa.

Testimonio

Esperó por seis años, tiempo en el que no sólo los dolores crecieron, sino también la incertidumbre laboral para Carlos Caerols, quien a sus 59 años fue uno de los primeros chilenos que accedió al programa de resolución de listas de espera No auge, en el plan especial de prótesis de cadera.

“En el 2005 me diagnosticaron artrosis en mi cadera izquierda, pero pasó tanto tiempo sin solución que ahora tengo artrosis en la derecha también”, relata. “En el tiempo en que esperé por la prótesis no sólo tuve que dejar de trabajar, también pase un tiempo casi postrado, perdí movilidad y junto con perder el trabajo, también se perdieron los amigos”, relata emocionado este maestro carpintero de Renca.

“Afortunadamente, en marzo me avisaron que en el Hospital Traumatológico mi caso estaba avanzando y me iban a operar de mi cadera izquierda, lo que ocurrió a fines de abril. Ahora estoy en rehabilitación, pero mi vida en este corto tiempo cambió completamente; puedo hacer mis cosas solo, movilizarme en micro, puedo estar de pie y ahora aspiro a retomar mi trabajo”.

CONVENIO FONASA IPS

FONASA y el Instituto de Previsión Social (IPS), se unieron en un convenio de colaboración, que busca potenciar la cobertura de la red de atención permitiendo a FONASA ampliar su presencia a nivel nacional, llegando a 52 comunas donde actualmente no dispone de sucursales. Así, por ejemplo, se habilitaron las oficinas de Futaleufú, Chañaral y Pichilemu.

En los nuevos centros de atención se pone a disposición de nuestros asegurados la venta de bonos, la valorización de programas médicos y el pago de los copagos por atenciones del AUGE.

Esta medida va en directo beneficio de los 12,7 millones de asegurados de FONASA y significará un importante ahorro de tiempo para ellos, acercando los servicios a sus hogares. Destaca además la mejora en los servicios otorgados a nuestros pensionados que en un solo lugar pueden realizar sus trámites de pensión, y al mismo tiempo adquirir sus bonos de atención de salud.

Para el segundo semestre de 2011 estarán las 90 oficinas del IPS disponibles para los asegurados de FONASA, lo que duplicará los centros de atención, pasando de 120 a 200.

IMAGEN FONASA

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

Una de estas encuestas fue la realizada por la Comisión Defensora Ciudadana, la que buscaba identificar y cuantificar la experiencia de los usuarios, la percepción de los ciudadanos sobre la atención recibida y el respeto de sus derechos por parte de los órganos del Estado.

Esta encuesta revela que FONASA es el servicio público mejor evaluado por la ciudadanía, siendo el con mayor uso y mejor evaluación.

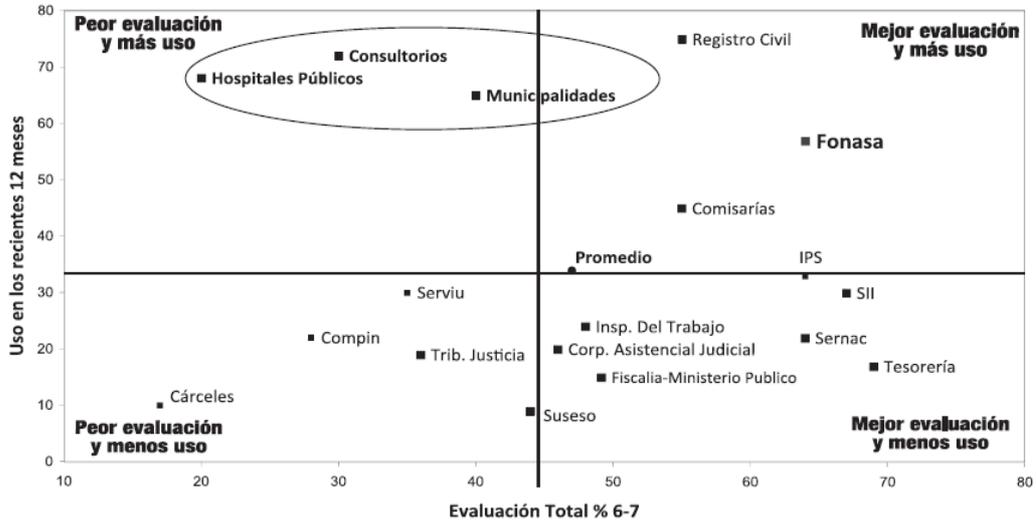
Ante la consulta ¿Cómo evalúa la atención en...? la evaluación de FONASA, fue la más alta dentro de los servicios públicos de alto uso, alcanzando un 63% de aprobación, con notas 6 y 7.

El estudio señala que dentro de las entidades ligadas al sector Salud, si bien hay un alto uso, éstas obtienen una baja calificación, sólo por encima de las cárceles. Así, los hospitales tienen una aprobación de 21%; la COMPIN 25%, y los consultorios, 32%.

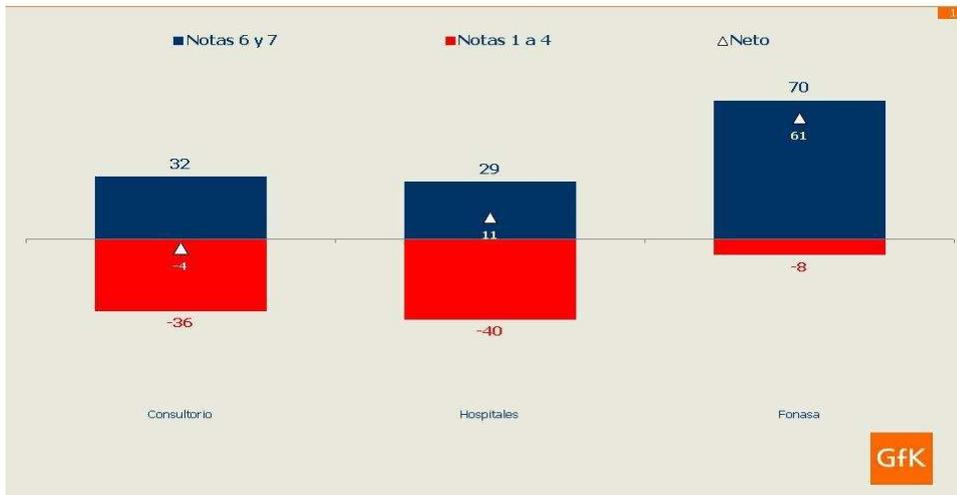
Ante ese escenario no sólo destaca la buena evaluación de FONASA, sino también el alto porcentaje de asegurados que dice saber que sus reclamos serán acogidos al interior de la aseguradora pública. Así, por ejemplo, apenas un 3% de los encuestados señaló que había necesitado hacer un reclamo ante FONASA, entre los cuales el 57% concretó el reclamo,

El estudio de satisfacción de FONASA realizado por ADIMARK, reveló también que el 81% de los encuestados señaló saber que puede exigir derechos al acudir a algún servicio estatal; que el porcentaje de enfermos en relación a la población es un porcentaje muy menor; que la imagen del sector salud se basa en “percepciones” y generalmente cuesta separar a FONASA como asegurador de los prestadores.

Mapa de uso versus evaluación de servicios



Evaluación Global

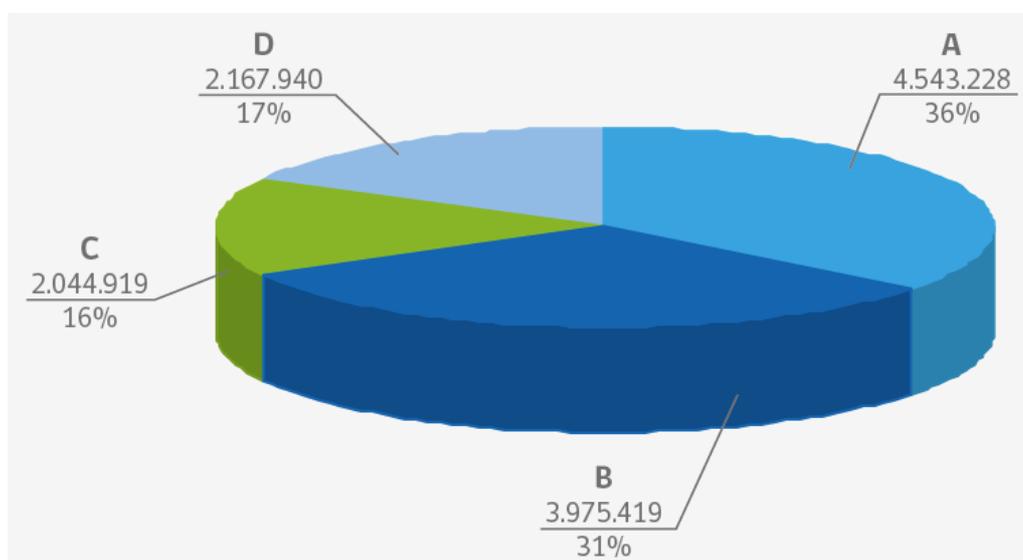


ANÁLISIS Y RECLASIFICACIÓN DE ASEGURADOS

Cartera de Asegurados

FONASA, como Seguro Público de Salud, tiene definido por ley quiénes son sus beneficiarios y cómo éstos se clasifican de acuerdo a sus tramos de ingreso (DFL N°1 de Salud del año 2005).

Como se indicó anteriormente, los cotizantes y sus cargas se clasifican según su nivel de ingreso en los grupos A, B, C y D. El gráfico a continuación muestra la distribución del número de asegurados a diciembre de 2010.



Reclasificación de Asegurados A

Existe la necesidad objetiva de identificar beneficiarios de programas y subsidios sociales. Chile tiene más de 30 años de experiencia en la utilización de métodos de focalización del gasto social. Estos procedimientos se inician a fines de los años 70 con el uso de la Ficha CAS que se dirige a las familias con mayores necesidades para canalizar la ayuda de subsidios y programas sociales.

A su vez, FONASA entrega diferentes subvenciones a sus asegurados dependiendo del grupo en que se encuentren, siendo los más beneficiados aquellos que forman parte del grupo A, el cual se cataloga como el más vulnerable.

La Encuesta CASEN 2009 nos muestra que existen 2,5 millones de chilenos considerados pobres o indigentes. A diferencia de esto, FONASA contaba con 4,5 millones de asegurados tipo A, reconocidos como pobres o indigentes.

A raíz de las diferencias encontradas entre las cifras entregadas por la encuesta CASEN 2009 y FONASA surgió la necesidad de realizar un estudio profundo de las personas clasificadas dentro del grupo A. Para esto se caracterizó a los asegurados tipo A con la Ficha de Protección Social (FPS), instrumento que mide el riesgo de estar en pobreza.

Luego, se procedió a realizar un análisis de ingresos reales de los asegurados pertenecientes al grupo A. Mediante ello se detectó que había asegurados que por sus ingresos no deberían pertenecer a este grupo, sino que al tramo B, C y D.

En la primera fase de la reclasificación de asegurados, 503.000 personas que pertenecían al grupo A y presentaban pagos de cotizaciones por más de 4 meses, fueron reclasificadas mayoritariamente como pertenecientes al grupo B, lo que significa que pueden mantener los mismos beneficios que tenían en la Salud Pública más el acceso completo a la MLE (Modalidad de Libre Elección).

Una vez implementado este cambio, se comenzará con una segunda fase de depuración de los 4 millones restantes de asegurados grupo A. En esta etapa se analizará a los trabajadores independientes formales (personas que declaran en Servicio de Impuestos Internos). Estimaciones preliminares indican que el número de asegurados del tramo A que declaran ingresos mensuales y no pagan cotizaciones es del orden de los 500.000.

EJE FINANCIERO

Uno de los principales puntos que se quiso abordar en el marco de las reformas y mejoras en el Sector Salud tiene que ver con el Eje Financiero de la institución. En primer lugar se fijó el propósito de recuperar el Rol Financiero que FONASA ha tenido históricamente, el cual tiene como labor recaudar, fiscalizar y distribuir los recursos, asegurando que su uso corresponda a las prestaciones necesarias, entregadas con calidad y oportunamente a los asegurados.

Fue así como con ésta y otras medidas se logró un considerable aumento de la productividad en la Red de Salud Pública. Otro ejemplo de esto, fue que para ordenar la gestión se incentivó a los hospitales a cumplir los compromisos presupuestarios, lo que logró controlar el gasto y ya en junio de 2010 se empezó a ver cómo la deuda se moderaba.

RECUPERACIÓN DEL ROL FINANCIERO

Uno de los primeros objetivos logrados por la nueva dirección de FONASA fue recuperar el rol financiero establecidos en la Ley. Según el DFL1, que define la institucionalidad del sector y entrega funciones a sus distintos actores, FONASA tiene dos grandes roles: el Rol de Seguro Público de Salud, que establece dar cobertura de salud a los asegurados mediante la compra de prestaciones en el sector público y privado; y el Rol financiero, que tiene como labor recaudar, fiscalizar y distribuir los recursos financieros, asegurando que su uso responda efectivamente a las prestaciones necesarias, entregadas oportunamente y con calidad a los asegurados.

Para recuperar el control presupuestario, se retomaron tanto las actividades de control y seguimiento presupuestario de los Servicios de Salud, como del cumplimiento de los objetivos presupuestarios. Este trabajo se realizó en coordinación con la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud.

Adicionalmente es importante recordar que la deuda de los Servicios de Salud y sus hospitales a enero de 2010 alcanzaba 74 mil millones de pesos, llegando a su punto más alto en el mes de junio de 2010 con 122 mil millones de pesos. Dado este contexto, y debido a la enorme cantidad de facturas no contabilizadas que dejó en evidencia la crisis financiera del sector salud, se generó la necesidad de realizar una evaluación de la real magnitud del problema y tomar acciones correctivas, las que consistieron en los lineamientos impartidos desde FONASA hacia los Servicios de Salud que permitieron controlar y reducir la deuda. Este mismo mes se firmó un compromiso entre el Ministro de Salud, la Dirección Nacional de Presupuesto y el Director Nacional de FONASA de rebajar la deuda histórica. Esta meta fue cumplida y el ejercicio presupuestario del año 2010 terminó con 45 mil millones de deuda. Es decir, entre junio y diciembre de 2010 la deuda se redujo en un 63,1%.

El segundo semestre de 2010 se trabajó en la elaboración del presupuesto de Salud 2011, con el objetivo de situar como eje principal el fortalecimiento y la presencia del sector salud. El presupuesto aprobado por el Ministerio de Hacienda, fue de \$3.911.943 millones lo que significó un incremento presupuestario para el sector salud de 12,5%, que en pesos equivale a un aumento real \$435.425 millones para el presente año. Correspondiente al 15% del erario nacional del año 2011.

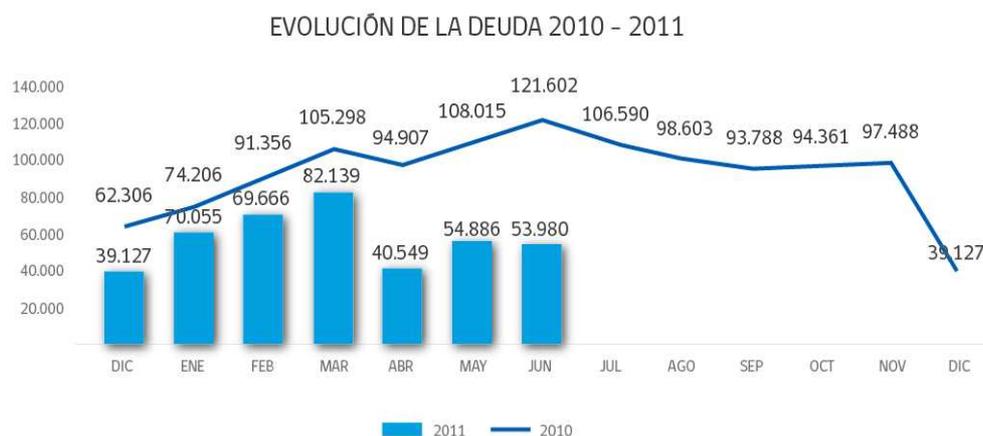
Dentro del presupuesto del 2011, los ingresos correspondientes al aporte fiscal corresponde al 58%, las cotizaciones de los asegurados equivalen al 36% (MM\$1.187.000) y el ítem otros ingresos es del 6% (MM\$ 170.000).

Aumento de Productividad en la Red de Salud Pública

En relación a los Convenios Presupuestarios, FONASA estableció con la Subsecretaría de Redes y los Servicios de Salud un acuerdo de cumplir los compromisos presupuestarios, lo que comprende tanto los objetivos como las metas específicas, siendo una de las más relevantes la eliminación de la lista de espera AUGÉ.

Durante la Administración Anterior el presupuesto se transfería no por el cumplimiento en la producción de prestaciones, sino que por mensualidades iguales. Esto generaba poco compromiso en el cumplimiento de los Servicios de Salud y Hospitales y modificaciones en los compromisos de producción.

La nueva administración generó un cambio en la cultura presupuestaria al interior del sector, definiendo el control mensual y la ejecución de las transferencias según el cumplimiento de los compromisos de producción.



Otras Iniciativas Financieras

Los Convenios Marco son una de las tres maneras que tiene cualquier entidad pública para realizar compras a terceros. Como uno de los hitos dentro de este tema se puede destacar que durante el 2010 se realizaron Convenios Marco para dar sustento a las principales prestaciones GES que requieren complementación público-privada.

Para lograr este objetivo se revisaron más de 1.300 ofertas de diferentes prestadores privados, adjudicándose todos los problemas de salud, excepto los tumores cerebrales.

Dado que la realización de estos convenios conlleva tiempo, para dar sustento al bono auge fue necesario realizar compras directas. Para ello se levantaron propuestas a lo largo de todo el país, permitiendo que nuestros asegurados pudieran elegir donde atenderse dentro de su región.

Otra negociación importante que se realizó fue la compra de Días Cama Integrales, las cuales están bajo la base de Contratos FONASA. Se entregó un ranking de camas disponibles a nivel público y privado que permite optimizar las derivaciones de pacientes cuando en una institución no hay espacios vacantes. Esta medida fue de gran apoyo a la campaña de invierno de este año.

EJE MODERNIZACIÓN

Siguiendo con el principio de situar al asegurado como eje central de la institución, la nueva dirección de FONASA inició un plan profundo de modernización, para así poder entregar un servicio de calidad y a la altura que los tiempos de hoy demandan.

Esta modernización no sólo contempla el uso de nuevas tecnologías como el bono electrónico, las licencias médicas electrónicas, nuevas formas de pago electrónico y la utilización de la huella dactilar para la identificación de pacientes. También se modernizó la imagen de FONASA, con un nuevo logo corporativo más amigable y cercano a la gente y la revisión y mejora de las sucursales de atención para brindar un servicio más cómodo y rápido.

A continuación se muestra el detalle de los cambios realizados tanto a nivel de imagen como de sistemas tecnológicos de atención.

PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN

Con el objetivo de avanzar en la modernización de FONASA se realizaron cambios que apuntan a una mejor relación con los cerca de 13 millones de asegurados con que cuenta. Así, se pretende ofrecer una atención más cercana, moderna, expedita y de calidad.

Para lograr el propósito de acercarnos a nuestros asegurados, se potenció la identificación del asegurado con la nueva imagen corporativa de FONASA. Para ello se implementó el uso estandarizado del nuevo logo en los principales medios de contacto con las personas, es decir los folletos, la gráfica, la señalética, las cajas acrílicas de información, etc.

Para agilizar la atención de los asegurados, se masificó la instalación del bono electrónico en los prestadores, se incorporó el uso de la huella dactilar en la red de sucursales de FONASA, se inició el uso de nuevas formas electrónicas de pago como tarjetas de débito y crédito para la compra de bonos y programas médicos y se ha establecido un convenio para la utilización de las instalaciones del Instituto de Previsión Social para aumentar la cobertura de atención a nivel nacional. También se elaboró un programa de ampliación de la red de sucursales, que permitirá una atención óptima de las necesidades de salud de nuestros asegurados.

Bono Electrónico

Una de las medidas más revolucionarias que se ha tomado dentro del marco del Plan de Modernización de FONASA es la implementación del Bono Electrónico. Este innovador sistema se está implementando en los Centros de Salud acreditados y ayudará a los asegurados a ganar tiempo y simplificar trámites.

La emisión electrónica de bonos en los centros de salud autorizados viene a sustituir el modo de venta tradicional de Bonos de Atención de Salud (BAS) que efectúan las sucursales y otras entidades delegadas de venta de FONASA, permitiendo su emisión directa en el mismo lugar y momento en que el prestador otorga la atención.

Esta modalidad se traduce en ahorro de tiempo para el asegurado, disminución en el gasto de movilización en viajes innecesarios a sucursales de FONASA y en horarios flexibles de atención. Al mismo tiempo, el sistema permite mejorar los controles en el proceso de venta de bonos, evitando la suplantación del cotizante.

En cuanto al funcionamiento del Bono Electrónico, al momento de solicitar atención en el centro de salud acreditado en este sistema, el cotizante debe presentar su carnet de identidad y registrar su huella dactilar electrónicamente para validar su calidad de asegurado. Junto con pagar el valor de su atención directamente, le es emitido el Bono Electrónico FONASA como comprobante de pago y así proceder a su atención por el profesional de salud elegido.

De este modo, el usuario no requiere acudir a una sucursal FONASA para comprar su bono, pudiendo atenderse directamente en el centro de salud adherido al sistema de Bono Electrónico. Cabe destacar que en el caso de que la persona no sea atendida el

mismo día de la citación, podrá solicitar el reintegro del pago devolviendo el Bono Electrónico en la recepción del establecimiento.

En este contexto, se está reforzando este sistema tanto en la red de prestadores institucionales como en los profesionales médicos con la finalidad de lograr una mayor cobertura de acuerdo al plan de trabajo establecido en conjunto con el Colegio Médico.

Licencias Médicas Electrónicas (LME)

Otra de las medidas de modernización que está impulsando FONASA es la implementación de la Licencia Médica Electrónica. Para ello, FONASA realizó una licitación en marzo de 2011. Tres operadores se adjudicaron la licitación: I-Med, Sistemas Tecnológicos SpA y Microsystem S.A.

El modelo operativo del sistema se estructura sobre la base de una suerte de estafeta electrónico, es decir, es el sistema el que pone el documento a disposición del empleador y de FONASA y sólo consigna la información pertinente. Esto significa que, por ejemplo, el empleador no verá el diagnóstico del trabajador, con lo que el resguardo a la información privada del paciente se mantiene.

Se espera que su implementación genere beneficios para todos los actores, en diversos aspectos, como por ejemplo:

- A los trabajadores les evita el trámite de traslado del formulario, ahorrando tiempo y costos.
- A los asegurados de FONASA podrán hacer un seguimiento en línea a través del sitio web de la institución, de los distintos estados en que se encuentra la licencia, con la garantía de que se preservará el secreto médico sobre los diagnósticos.
- Para los empleadores, por su parte, significa la notificación electrónica de la ausencia de sus trabajadores de manera oportuna, con una tramitación rápida, económica y eficiente.
- Para los profesionales médicos, en tanto, la LME permitirá evitar malas prácticas en el otorgamiento de licencias médicas y el acceso a información de las licencias otorgadas, lo que facilitará la fiscalización.
- Se producirá una disminución del tiempo de tramitación.
- Posibilitará el control del gasto en subsidios por licencia médica y tener ahorros operacionales, debido a la sustitución del procesamiento de licencias en papel que es más cara que la LME.
- Por último se sabrá en todo momento quien tiene la LM (desde su otorgamiento hasta el pronunciamiento al menos), lo que da más transparencia y control al proceso.

Es por eso que FONASA tiene el propósito de incorporar este sistema masivamente, no sólo en prestadores privados, sino también en hospitales y consultorios públicos del país.

El propósito de FONASA es que la implementación de la LME sea gradual. Podrán conectarse de inmediato aquellos prestadores que tecnológicamente están en condiciones de hacerlo, principalmente los de Modalidad de Libre Elección, clínicas y algunos hospitales públicos, como el Padre Hurtado, según la definición que hará FONASA. El plan piloto se realizará durante el segundo semestre de este año. Siendo el objetivo que el próximo año esté la mayor parte de la Red Pública conectada al sistema, de acuerdo con el plan de implementación diseñado.

Nuevas formas Electrónicas de Pago

Como una forma de facilitar a nuestros asegurados el pago de los bonos y programas médicos se implementó el sistema de pago con RedCompra y tarjetas de crédito en sucursales de FONASA.

Huella Dactilar en Red de Oficinas

Siempre orientados a la búsqueda de una atención más moderna y de mejor calidad se implementó la identificación de los pacientes mediante huella dactilar; esto, tanto en las sucursales de FONASA como en hospitales, lo que permitirá identificar con precisión a los asegurados de FONASA y las prestaciones que reciben.

EJE FISCALIZACIÓN

Por último, dentro de los hitos que se alcanzaron durante el período 2010 – 2011, está el de la fiscalización o Eje Fiscalización.

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. Es por esto que FONASA se embarcó en una ardua tarea fiscalizadora, para así poder ordenar sus gastos y administrar de mejor manera sus fondos.

Fue necesaria una fiscalización a nivel de prestadores, prestaciones y empleadores. A continuación se explican las medidas utilizadas para mejorar la recaudación y la fiscalización de los recursos de FONASA.

MEJORAS EN LA GESTIÓN DE RECAUDACIÓN Y FISCALIZACIÓN

“Mejorar la eficiencia en el gasto y el correcto uso de los recursos”

Para lograr el objetivo de mejorar la eficacia en el gasto y la recaudación en Salud es necesario aumentar la fiscalización en sus distintos ámbitos (prestadores, prestaciones y empleadores), generar acciones que promuevan el uso eficiente de los recursos públicos y aumentar la recaudación en Salud. Todo esto para contar con más recursos para poder entregar más y mejor salud a los asegurados de FONASA.

En este sentido, FONASA detectó durante el 2010 diversas irregularidades. Una de ellas son las licencias médicas fraudulentas, tanto por parte de médicos, como por parte de empleadores, que generan empresas fantasmas (sin movimiento) con trabajadores de altos ingresos que presentan licencias largas y recurrentes. Otras, son las que empresas que no pagan el 7% de cotizaciones de salud de sus empleados y que subdeclaran para imponer por menos del 7% del ingreso; los falsos carentes de recursos, que se acogen a la gratuidad en Salud, pero que poseen ingresos no declarados, y los trabajadores independientes que emiten boletas de honorarios, que no cotizan por el 7% de sus sueldos.

FONASA ha establecido dos planes de acción y se espera que como resultado de su implementación, se genere un ahorro que permita disponer de más recursos financieros, los que se destinarán a más y mejores prestaciones de salud para los asegurados.

Estos planes están asociados al uso eficiente de recursos y a la optimización del proceso de recaudación. Para ello se dividió la gestión entre control de prestadores y de cotizaciones.

- **Reforzamiento del plan de fiscalización de cotizaciones:** Se amplió el plan de fiscalización, con 15 fiscalizadores adicionales en terreno, distribuidos en todas las regiones. El equipo de fiscalizadores recibirá una capacitación que les permita operar preventivamente y detectar el fraude. Este plan contempla también el diseño, gestión y evaluación del sistema integral de recaudación de cotizaciones de Salud.
- **Estudio de mecanismo de recaudación en trabajadores independientes formales:** Gracias a que estos trabajadores tienen iniciación 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. De existir inconsistencia entre ambas declaraciones, se contactará al asegurado, otorgando un plazo para que regularice su situación y cotice efectivamente por el 7% de sus ingresos actuales.
- **Estudio de mecanismo de recaudación para independientes informales:** Los trabajadores independientes informales no tienen registrada iniciación de actividades en el Servicio de Impuestos Internos, por lo tanto, se espera que con la información registrada y verificada de la Ficha de Protección Social (FPS), FONASA trabaje en conjunto con 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 se han introducido mejoras al sistema de recaudación, las que han sido diseñadas para incentivar la declaración y pago de las cotizaciones previsionales por la 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.

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 del Subdepartamento de Fiscalización de Cotizaciones (antes era una sección). Durante el 2010, y gracias al plan de acción que se tomó, se fiscalizaron 4.000 empresas y se detectó cerca de 100 millones en evasión de cotizaciones.

En el 2011, en tanto, se dio un vuelco al foco del plan de fiscalización, el cual inicialmente estaba centrado en detectar a los posibles evasores de cotizaciones. Hoy, antes de fiscalizar se detecta cuáles son los evasores, seleccionando a los empleadores que se examinarán. Esto generó un impacto en el aumento de la eficiencia de la labor fiscalizadora, lo que llevó a descubrir casos de empresas con lagunas previsionales.

Por otra parte se aumentó el número de charlas a empleadores con el objetivo de informarles sobre la correcta declaración de las cotizaciones de salud. Esto busca prevenir e instruirlos en las faltas que se cometen normalmente.

Otro hito dentro del mejoramiento de la recaudación y la fiscalización es que se ha mantenido actualizada la base de datos de recaudación de cotizaciones, lo que permite a FONASA pagar los subsidios en función de las rentas declaradas por cada trabajador y actualizar periódicamente la clasificación de nuestros asegurados. Gracias a esta actualización, sabemos con certeza y a tiempo cuánto es lo que gana una persona y cuánto hemos recaudado.

Las mejoras se han traducido en un crecimiento en la recaudación durante 2010, donde se produjo un aumento de 9,5% mayor respecto del año 2009, logrando recaudar cotizaciones por un monto de \$96.186 millones de pesos.

En cuanto a la fiscalización de las cotizaciones se incrementó en un 68,2 por ciento respecto del año 2009. De 11.090 en el año 2009 se aumento a 18.655 fiscalizaciones el año 2010.

DESAFIÓS 2012-2013

Cumplido el gran hito de dar término a las listas de espera AUGE, el próximo año FONASA centrará sus esfuerzos en áreas que buscarán seguir garantizando el mejoramiento de nuestro plan de salud.

En esa línea se priorizarán:

- Ampliar la cobertura, tanto en modalidad de Atención Institucional como en la de Libre Elección. En este último punto, aumentando uno de nuestros productos más exitosos como han sido los PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) y, por sobre todo, buscando el mecanismo para que nuestros asegurados más vulnerables también puedan acceder a esa modalidad.
- En lo referido al AUGE, será crucial ampliar los grupos etéreos de salud priorizados e incorporar medicamentos e intervenciones que, estando recomendadas, no se encuentran cubiertas explícitamente.
- Junto con seguir empeñados en la atención de las patologías AUGE, nuestro nuevo campo de acción apuntará a la resolución de las listas de espera quirúrgicas prolongadas No AUGE y, de paso, ampliar el número de beneficiarios del programa de Medicamentos de Alto Costo y la Cobertura de los Programas de Prestaciones Complejas de Salud Mental.
- Con el propósito de garantizar un trato digno de nuestros asegurados, durante 2012 se reforzará el programa FONASA Pasa Visita, cuya finalidad durante 2011 fue mejorar no sólo la calidad de la atención en los distintos prestadores, sino también conseguir que nuestros asegurados tengan real conocimiento del rol del asegurador y que, a su vez, FONASA conozca efectivamente el perfil de su asegurado.
- Con la incorporación de nuevo personal y nuevas metodologías, FONASA fortalecerá el plan de fiscalización a prestadores,
- Creación de la Contraloría Administrativa de Licencias Médicas, de modo de agilizar el pago del subsidio de incapacidad laboral a los asegurados de FONASA antes de 15 días.
- Todas, mejoras que sólo serán posibles de la mano de un nuevo Plan de tecnologías de la Información, que permita hacer cada vez más eficiente nuestra administración.

MEJORAS AL PLAN DE SALUD

Las mejoras al Plan de Salud que FONASA quiere emprender para el siguiente período se pueden resumir en tres grandes desafíos, relacionados con los aranceles y coberturas que entrega hoy a sus asegurados.

Ampliación de Cobertura

Para ello se trabaja en los diferentes aranceles que tiene el Plan de Salud de FONASA, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE), Modalidad de Atención Institucional (MAI) y arancel de referencia AUGE.

Modalidad Libre Elección (MLE)

Las mejoras que se quiere realizar al Plan de Salud desde la perspectiva de la MLE, se basan en la implementación de aumentos de cobertura financiera de los PAD, la integración de nuevos PAD y nuevas prestaciones.

Los PAD o Pagos Asociados a Diagnóstico 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 natural.

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 hoy tienen coberturas menores al 50% de manera de disminuir el gasto de los asegurados.

Por otro lado se buscará incluir 4 nuevos PAD al arancel de manera de entregar cobertura con costo conocido a problemas de salud que hoy son valorizados como una sumatoria de los costos de las prestaciones y servicios que requieren en forma independiente.

Modalidad de Atención Institucional (MAI)

La Modalidad de Atención Institucional contempla el Pago por Prestaciones Valoradas (PPV), dentro de las cuales se pretende hacer mejoras en las prestaciones asociadas al AUGE y al resto de las prestaciones que se dan en la Red de Atención Institucional.

PPV AUGE

El trabajo de FONASA busca asegurar el financiamiento para la continuidad de atención en los 69 problemas de salud garantizados. Esto, ya que la demanda de las intervenciones de salud asociadas a los problemas AUGE crece con el incremento de la población. Por otra parte se requiere de recursos de expansión para el financiamiento de las mejoras y correcciones indicadas en las guías clínicas vigentes de los 69 problemas de salud AUGE.

Entre las principales mejoras se destacan:

- Ampliación de grupos etéreos en problemas de salud priorizados.
- Incorporación de una serie de fármacos e intervenciones de salud recomendadas que no se encuentran cubiertos explícitamente.
- Apoyo en la solicitud de recursos para el fortalecimiento de la red de atención pública.

PPV No AUGE

FONASA en los próximos años financiará la segunda etapa del programa de Resolución de Listas de Espera Prolongada asociadas a intervenciones quirúrgicas no cubiertas por el AUGE. Además incorporar al Programa de Fertilización Asistida los tratamientos de baja complejidad y entregar presupuesto para la campaña de invierno 2012.

Asimismo se pretende ampliar el número de beneficiarios del Programa de Medicamentos de Alto Costo y la cobertura de los Programas de Prestaciones Complejas y de Salud Mental, así como aumentar el apoyo destinado a casas de acogidas y centros de rehabilitación para pacientes oncológicos y postrados. Se buscará también mejorar la entrega de beneficios a enfermos terminales y apoyar la salida de enfermos crónicos de los hospitales, mediante ciclos de rehabilitación y posterior hospitalización domiciliaria.

Revisión Completa de Aranceles FONASA

Para este año el mayor desafío en este ámbito tiene relación con la realización del Estudio de Costo de Prestaciones, que fue realizado por última vez hace una década. Su objetivo es estimar el costo promedio de las prestaciones, para contribuir a la toma de decisiones en materia de política de precios del Sector Público de Salud. Las prestaciones a estudiar representan un porcentaje significativo del gasto en Salud Pública, el que además incluye prestaciones garantizadas que hoy no están aranceladas.

Además, la información que proporcione este estudio se utilizará para apoyar la fundamentación de propuestas arancelarias y normativas para los siguientes años y la evaluación a costos actuales de nuevos productos a incorporar en nuestro plan de beneficios.

Igualdad de derecho de los asegurados para acceder a la Modalidad Libre Elección

Como se explicó anteriormente, el Plan de Salud de FONASA es único para todos los asegurados, sin embargo los asegurados que por su nivel de ingresos son catalogados como carentes de recursos (grupo 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 siguientes años, buscando la manera de no sólo modificar la ley que establece esta diferencia, sino también de encontrar la manera de financiar este cambio.

PROGRAMA FONASA PASA VISITA

El programa FONASA Pasa Visita surge de la necesidad de mejorar la calidad de atención de los asegurados en prestadores públicos, ya que diferentes estudios han detectado una visión crítica de los asegurados respecto del servicio que reciben.

Para resolver estos inconvenientes FONASA se fijó la meta de:

- Mejorar la calidad de atención de los asegurados en el otorgamiento de las prestaciones del sistema público de salud.
- Favorecer en los asegurados el conocimiento del rol de FONASA en el proceso de atención de salud-enfermedad en la red de atención de pública.
- Conocer el perfil de los asegurados de FONASA que se atienden en la red pública de salud.
- Conocer la opinión que tienen los asegurados de FONASA respecto de la calidad de atención recibida en la red pública de salud.
- Mejorar la oportunidad de atención de las garantías Auge de los asegurados en la red pública de salud.

Con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos se desarrolló un plan de acción donde encuestadores, que son los mismos ejecutivos de sucursales a lo largo de todo el país, entrevistan a los pacientes para así conocer no sólo sus datos personales, sino también su ciclo o proceso de enfermedad y su percepción respecto de la calidad de atención, tiempo de espera para la resolución de sus problemas de salud, infraestructura del establecimiento, entre otros aspectos. Así FONASA logrará una relación más cercana con sus asegurados y podrá contribuir a prestarles un mejor servicio.

El plan contempla la capacitación a los ejecutivos encargados de la aplicación del instrumento con técnicas de entrevista y observación, estadística básica, comunicación efectiva y estandarización. Ellos deberán ser responsables de aplicar el instrumento y luego traspasar los datos.

La entrevista es aplicada a los pacientes de hospitales internados, CDT's, CESFAM y consultorios de las especialidades médicas en maternidad, cirugía en hombres y mujeres, ginecología, traumatología, otorrinolaringología y urología. Más de cinco mil setecientos pacientes han sido encuestados en el país desde el inicio del programa "FONASA pasa visita" hasta junio de este año. La iniciativa ha sido ampliamente valorada tanto por los equipos médicos y asegurados, como por los propios ejecutivos y ejecutivas que han tenido la responsabilidad de ejecutarlo.

Si bien el programa, en su primera fase, se ha centrado en la Red Pública, el próximo año se ampliará también a los prestadores privados.

Testimonio

"Ha sido una experiencia muy satisfactoria para mí. Las personas se sienten bien cuando uno se acerca a escucharlas y con la sola presencia perciben que FONASA se está preocupando de su bienestar. Sacar una sonrisa o un apretón de manos me ha llenado de verdadera emoción, más aún el tener la posibilidad de ayudar en cosas que para uno son sencillas pero para ellas de gran importancia", relata Claudia Zepeda, ejecutiva de la sucursal de La Serena.

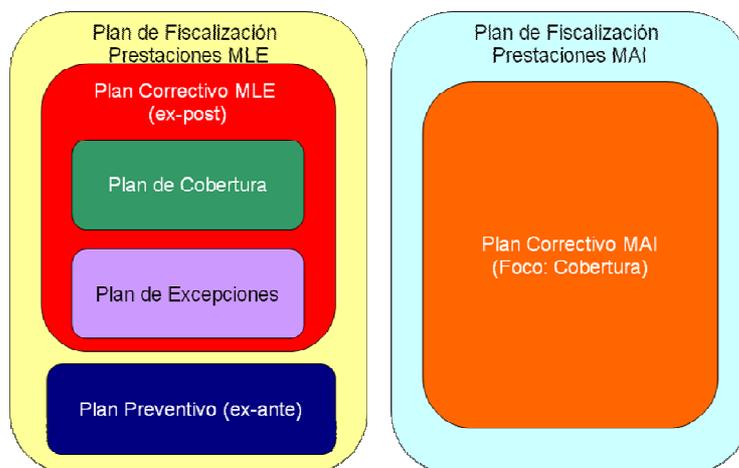
FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE FISCALIZACIÓN A PRESTADORES

“La fiscalización es un mecanismo de control que tiene una connotación muy amplia; se entiende como sinónimo de inspección, de vigilancia, de seguimiento de auditoría, de supervisión, de control y de alguna manera de evaluación, ya que evaluar es medir, y medir implica comparar. El término significa, cuidar y comprobar que se proceda con apego a la ley y a las normas establecidas al efecto”¹

Como ya lo hemos dicho el eje central de FONASA son sus asegurados, es por eso que es necesario garantizar a nuestros usuarios un servicio de Salud con calidad. En este ámbito es un deber prioritario asegurar que las prestaciones otorgadas sean oportunas y cumplan con las condiciones que nuestros asegurados merecen.

Para ello se está trabajando en el fortalecimiento del Área de Fiscalización de Prestadores a la cual se integraron 25 nuevos fiscalizadores que permitirán aumentar las inspecciones en terreno y aumentar la cobertura a nivel nacional.

Luego de haber incrementado la dotación de fiscalizadores, se tomó la medida de rediseñar el Plan de Fiscalización, el cual se enfocó en dos dimensiones: el ámbito de los prestadores preferentes (Modalidad Atención Institucional) y prestadores privados (Modalidad de Libre Elección). Además, se implementarán planes de fiscalización correctivos y preventivos en las carteras de prestadores públicos y privados.



¹ Glosario publicado en el sitio web de la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, <http://www.sbif.cl/sbifweb/servlet/Glosario?indice=5.0>, accedido el 20 de abril de 2011.

Plan de Fiscalización de los Prestadores en Modalidad de Libre Elección (MLE)

El plan de fiscalización para los prestadores privados contemplará un programa correctivo y preventivo, cuya extensión y objetivos se detallan a continuación.

Plan Correctivo: Se diseñó utilizando los siguientes criterios:

- Grupo de prestadores que explican el 80% del gasto de FONASA en MLE.
- Grupo prestadores que explican el 80% de la emisión de bonos MLE.
- Grupo de prestadores que atienden a un mayor volumen de asegurados.

También se incluyó un Plan de Excepciones, que tiene por objetivo controlar a los prestadores que presentan comportamientos que se escapan de lo esperado. Para esto se realizarán estudios y análisis de riesgo que tratarán de predecir y controlar estas irregularidades.

Plan Preventivo: Contempla fiscalizaciones periódicas en forma aleatoria a los prestadores que tienen comportamiento normal y no están dentro del Plan de Cobertura.

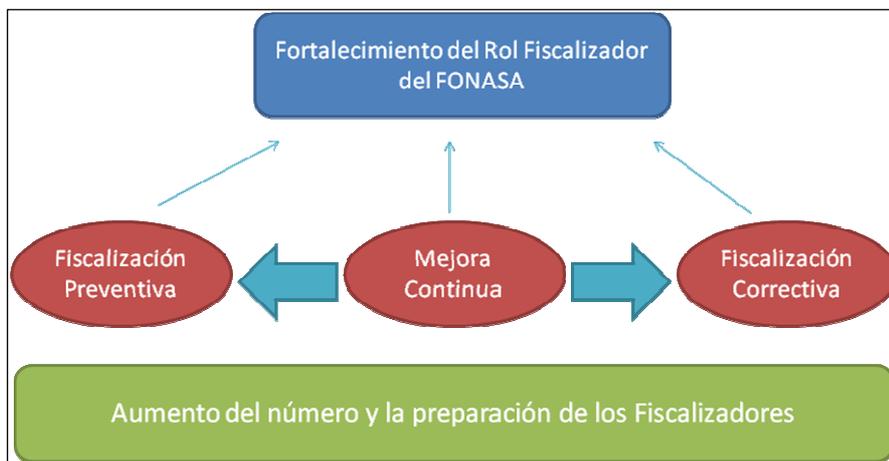
Plan de Fiscalización de los prestadores en Modalidad de Atención Institucional (MAI)

Este plan sólo contempla cobertura, y se enfoca en:

- La fiscalización del 100% de los hospitales del país, por lo menos 2 veces al año.
- La fiscalización (tipo auditoría) del 10% de los hospitales del país.
- La fiscalización del 50% del resto de los establecimientos de Salud, 2 veces en el año.

Tanto el plan de fiscalización a los prestadores de la Modalidad de Atención Institucional (Red de Salud Pública) y a los de Modalidad Libre Elección (Red de Salud Privada) se potenciarán mediante:

- La implementación del nuevo Plan de Fiscalización antes detallado, que contempla la detección de infracciones.
- El reforzamiento de tecnologías de información en las tareas del fiscalizador para apoyarlo y hacer su labor más eficiente, reduciendo tiempo y carga de trabajo.
- La generación de ranking público de calidad de los prestadores e indicadores de las prestaciones, lo que permitirá la asegurado tomar una decisión más informada de dónde atenderse.



Por último, para fortalecer el trabajo de FONASA como fiscalizador de aquí al año 2014 se espera avanzar en un cambio de imagen, donde los fiscalizadores de prestaciones cumplan el rol de generar un cambio de percepción del cliente externo. Posicionando a FONASA como el garante del correcto uso de los recursos financieros en salud, lo que protegerá, aún más, los derechos de los asegurados.

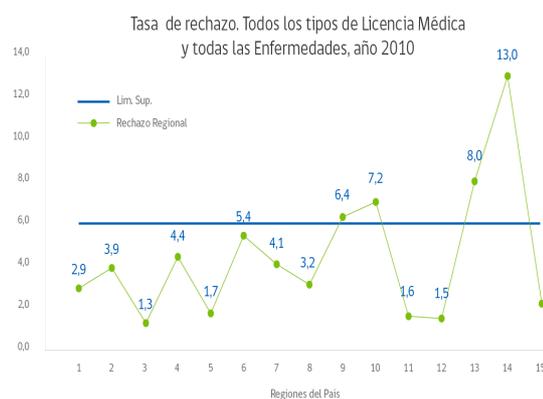
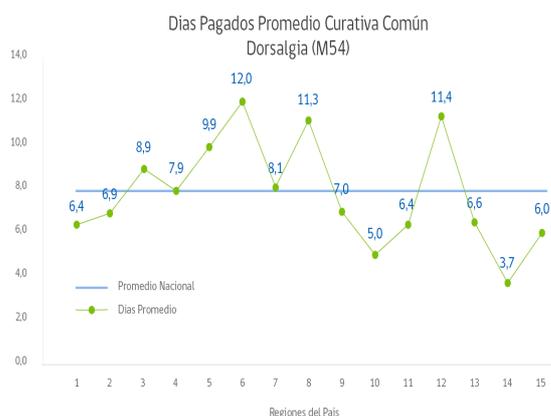
CONTRALORÍA DE LICENCIAS MÉDICAS

Como Asegurador Público de Salud, FONASA, debe resguardar los recursos con los que cuenta. Es por eso que se hizo necesario evaluar el sistema de Contraloría de Licencias Médicas actualmente ejercido por la COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez). Esta entidad se encarga de certificar el estado de salud de trabajadores y beneficiarios, para garantizar el acceso a los beneficios de la protección social en salud que les corresponden.

Se pudo observar que la COMPIN presenta falencias, las que se clasificaron de la siguiente manera:

Estructura: No existe una estructura organizacional homogénea en la COMPIN a nivel país, por lo que se definió la necesidad de estandarizar los procesos.

Licencias médicas: Los criterios de pronunciamiento son heterogéneos entre los diferentes agentes de la COMPIN en cuanto a las tasas de rechazo y días otorgados para las mismas patologías (Código CIE-10). Así se muestra en los siguientes gráficos:

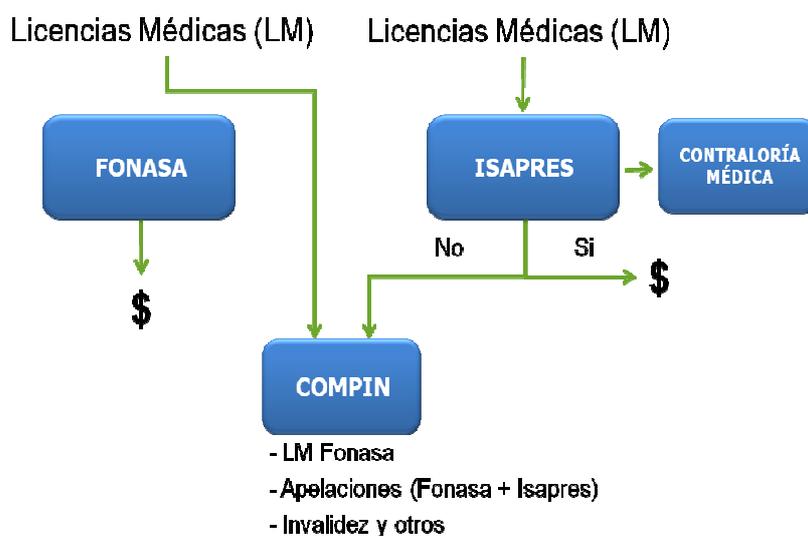


Carga laboral: La carga laboral por tramitación de licencias médicas es heterogénea, tanto para el personal médico como administrativo. La cantidad de licencias médicas diarias tramitadas no tienen relación con la dotación. No hay información sobre el soporte tecnológico utilizado a nivel regional, que permita subsanar las enormes diferencias de dotación versus cantidad de licencias.

Peritajes: El número de licencias médicas que pasa por un proceso de peritaje elaborado por un especialista es bajo y los criterios para realizarlo son heterogéneos.

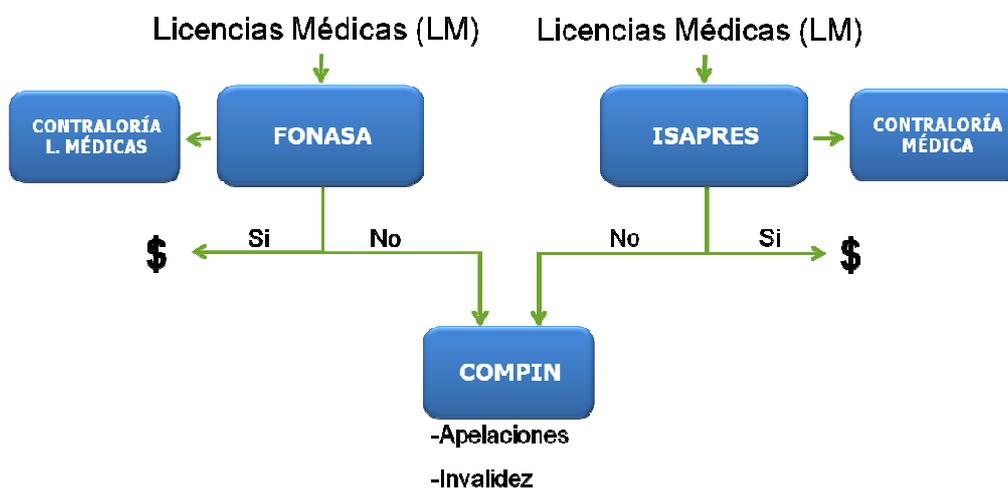
Creación de la Contraloría Administrativa de Licencias Médicas

En la tramitación de Licencias Médicas en Chile existe una desigualdad entre el procedimiento que deben seguir los asegurados públicos y los privados. Es así que las Licencias Médicas de los trabajadores asegurados por FONASA se entregan en la Sub Comisión de la COMPIN regional correspondiente y las de aquellos pertenecientes al sistema privado de salud se presentan directamente en la Isapre respectiva.



Otra diferencia en la tramitación de licencias médicas que presenta el sistema público y el privado es que en caso de que el asegurado privado quiera apelar al rechazo de una licencia médica, deberá presentar su licencia en la COMPIN, como tribunal de segunda instancia; mientras que el asegurado público deberá volver a hacerlo a la misma COMPIN. Como tribunal de tercera instancia, en ambos casos, está la SUSESO (Superintendencia de Seguridad Social).

En función de las falencias y las desigualdades que presenta la COMPIN con respecto de las Isapres, FONASA quiere perfeccionar el procedimiento de las licencias médicas basándose en el realizado por privados. Es por esto que se pretende crear una Contraloría Administrativa de Licencias Médicas en FONASA. Así se lograría que la COMPIN empiece a actuar sólo como tribunal de segunda instancia y deje de ser juez y parte para los asegurados públicos.



Para mejorar los criterios de heterogeneidad, FONASA propone el siguiente modelo de negocio para la Contraloría Administrativa de Licencias Médicas. La estructura de la entidad estaría constituida por tres secciones, Contraloría Médica, Auditoría Administrativa, Cálculo y Pago de Subsidio. Cada sección tiene funciones específicas y organiza sus responsabilidades en base a una estructura celular.

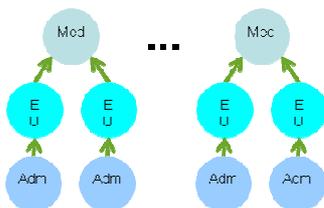
- **Contraloría Médica:** Es la sección responsable del procesamiento y tramitación de las licencias médicas.
- **Auditoría Administrativa:** Es responsable del análisis de datos de los involucrados y de la recopilación de antecedentes de los casos a seguir.
- **Cálculo de Pago y Subsidio:** Es responsable de la determinación del estado del cotizante y del cálculo del subsidio en caso de que corresponda.



Sección Contraloría Médica

- Procesamiento Administrativo
- Procesamiento Enfermería
- Procesamiento Médico
- Procesamiento Perito (Especialista)

• Estructura Celular:

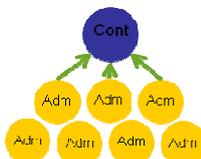


Sección Auditoría Administrativa

- Análisis del Empleador (Volumen de facturación, últimos IVA, proceso de Cierre)
- Análisis del Trabajador, Boletas electrónicas y otros
- Análisis contrato de trabajo
- Análisis últimas liquidaciones

• Estructura Celular:

1 Cont / 10 Adm

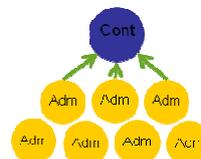


Sección Cálculo del Subsidio

- Determinación Estado Cot.
- Estimación Precio / Día
- Estimación monto a Pagar
- Procesamiento y Control Pago

• Estructura Celular:

1 Cont / 10 Adm



Estimaciones realizadas por FONASA señalan que el ahorro para el Estado producido por la Contraloría de Licencias Médicas es superior a \$40.000 millones, esto sin aumentar el rechazo de licencias médicas sino que detectando y sancionando las licencias fraudulentas. Es por eso que en la actualidad, FONASA está trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud, para presentar durante el segundo semestre de este año el proyecto de ley que otorgue a FONASA las atribuciones necesarias para ejercer el control y administración del gasto de las licencias médicas de sus asegurados.

PLAN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Otro de los grandes desafíos que este gobierno tiene para el sector Salud, es la implementación de un Plan de Tecnologías de la Información para hacer más eficiente la administración de los recursos, optimizar los procesos de atención y poder entregar un servicio de mejor calidad.

Se espera que este plan esté funcionando en un 100% en diciembre de 2013. Las medidas se han ido tomando sistemáticamente y la modernización tecnológica en los modelos de atención se han ido implementando en etapas.

Las Redes Asistenciales han presentado avances en esta materia pero con diferentes niveles de éxito, pues son esfuerzos locales que en contadas ocasiones han sido coordinados entre los Servicios de Salud. La implementación de la tecnología digital (TD) requiere introducir cambios fundamentales en los modelos de gestión y en las prácticas de trabajo de las personas.

El objetivo central de Plan de TI es apoyar las prioridades gubernamentales en el sector salud e implementar una estrategia que permita mantenerlas y desarrollarlas en el tiempo.

Estas prioridades gubernamentales son:

1. Avanzar en materia de calidad y mejora de la atención en salud, con énfasis en la satisfacción de los usuarios, entregando una atención de salud oportuna, digna y eficaz para todas y todos los habitantes del país.
2. Potenciar las acciones de prevención y promoción de la salud desarrollando hábitos de vida y entornos más saludables.
3. Asegurar la oportunidad y calidad en el acceso de las garantías explícitas en salud GES.
4. Mejorar la gestión y el uso de los recursos de las instituciones del sector Salud, para tender la sostenibilidad financiera del sistema.
5. En relación a FONASA:
 - Mejorar la calidad y actualización del registro de asegurados.
 - Mejorar la recaudación por concepto de cotizaciones.
 - Velar por la correcta asignación y ejecución del presupuesto, teniendo como foco el servicio al asegurado.
 - Mejorar el proceso de fiscalización de prestadores.

Para llevar a cabo las medidas mencionadas anteriormente se diseñó un plan de acción. En él se señala que es importante comenzar por la instalación de iniciativas habilitantes, que son la base sobre la cual se construirán y operarán los sistemas: una red de comunicaciones eficiente y equipos computacionales confiables.

El proyecto Red de Comunicaciones del Sector Salud Público materializó la aspiración de dotar al sector de una plataforma tecnológica. Esta plataforma en base a comunicaciones de voz, datos e imágenes permitirá implementar los instrumentos necesarios para modernizar y mejorar la gestión y así poder proporcionar una mejor salud y calidad de vida a la población beneficiaria.

La Red de Comunicaciones MINSAL, por muchas personas conocida, como la Ruta 5 Digital de Salud (Ruta 5D de Salud), es una red privada virtual que integra desde los establecimientos asistenciales hasta los Consultorios de Atención Primaria Municipalizados. Gracias a ella prácticamente todos los usuarios pueden comunicarse vía anexos, sin costo adicional, utilizando tecnología VoIP.

El proyecto de Renovación del Parque Computacional consiste en dotar al sector Salud de nuevos equipos computacionales, con software actualizado y con el soporte necesario para sus funciones y requerimientos.

En agosto de 2008 el Departamento de Agenda Digital publicó el Convenio Marco CM-06-2008 Software de Salud y Servicios Informáticos asociados N° 2239-10023-LP08, con el objetivo de facilitar la incorporación de tecnología en el sector. El respaldo financiero a la iniciativa ha permitido costear los avances en la implantación de sistemas en tres categorías.

Servicios de Salud, con adjudicación de Convenio Marco con 5 componentes.

- Agenda
- Referencia y Contrarreferencia
- Registro de Población en Control
- Dispensación de Fármacos
- Urgencia

Servicios de Salud, con adjudicación de Convenio Marco con 2 componentes.

- Agenda
- Referencia y Contrarreferencia

Servicios de Salud, con desarrollos propios acreditados

- Agenda
- Referencia y Contrarreferencia

En septiembre del año 2009 se realizó el proceso de acreditación de soluciones propias, donde se analizaron los sistemas de información que incluyen los casos de uso de Agenda y Referencia-Contrarreferencia.

Los Servicios de Salud que cuentan con desarrollos propios dan cuenta de las necesidades de información de la red asistencial. Con el propósito de ayudar a su mantenimiento e integrarlos a la plataforma tecnológica fueron acreditados y se les destinó un aporte para financiar los cambios y desarrollo de interfaces de integración. También existen otros proveedores con soluciones ya instaladas en las redes asistenciales. Estos sistemas deben ajustarse a los estándares tecnológicos e integrarse al modelo de información establecido por el sector.

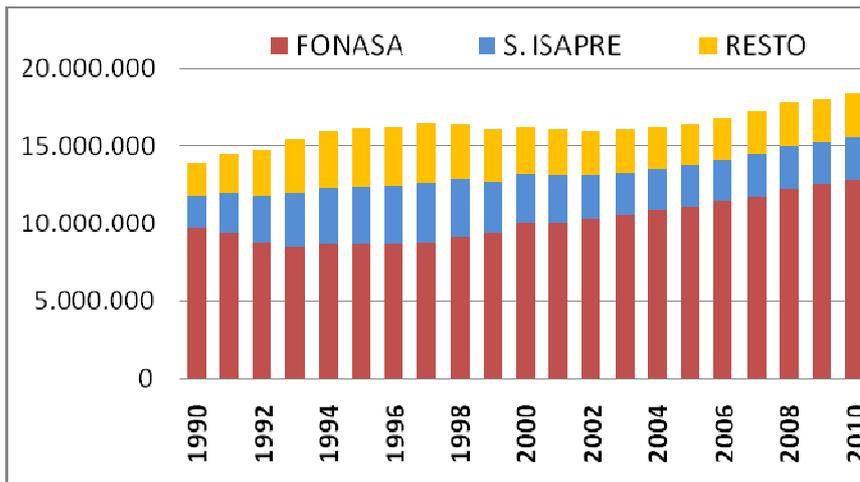
Dada la autonomía y la particularidad de cada Red Asistencial se puede observar que hay dos tipos de integración: Integración Local (Transacciones de información dentro de la red) e Integración Global (Integraciones de nivel superior, información de gestión al nivel central, comunicaciones con sistemas de carácter nacional).

Una vez que los sistemas se han implementado, la calidad y la oportunidad de la información hacen necesario que el registro interactúe con otros sistemas a los cuales debe enviar o bien obtener información, generando con esto la Interoperabilidad entre los sistemas de información. Sin embargo, para que este proceso sea exitoso debe tener una base conceptual fuerte, soportada por normas, políticas y estándares que habiliten la cooperación entre los sistemas.

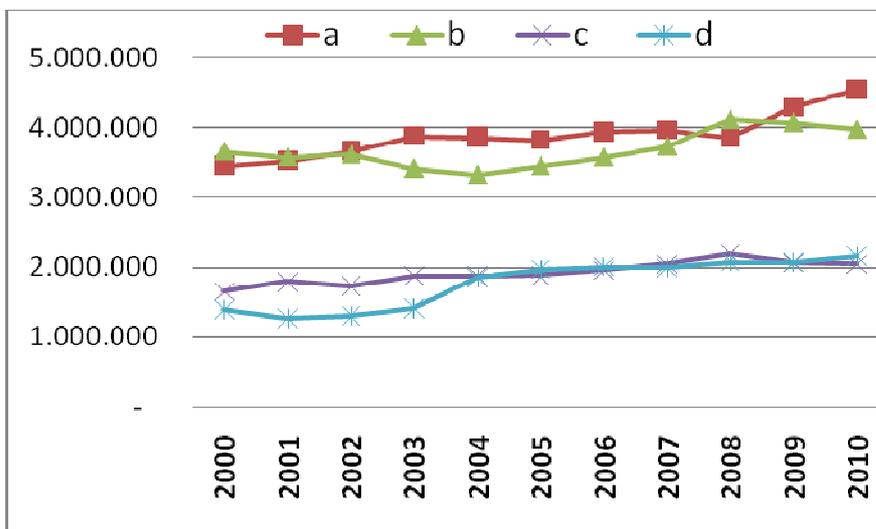


FONASA EN NÚMEROS

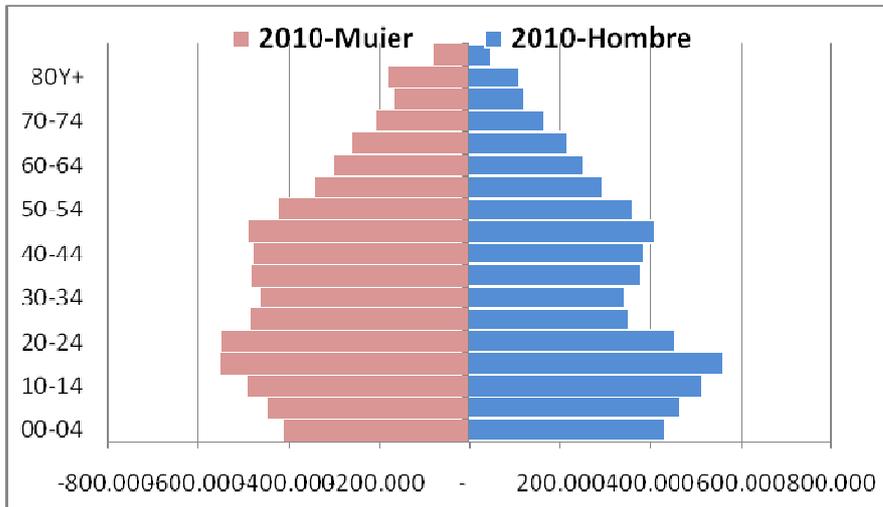
1. Evolución de asegurados 200-2011



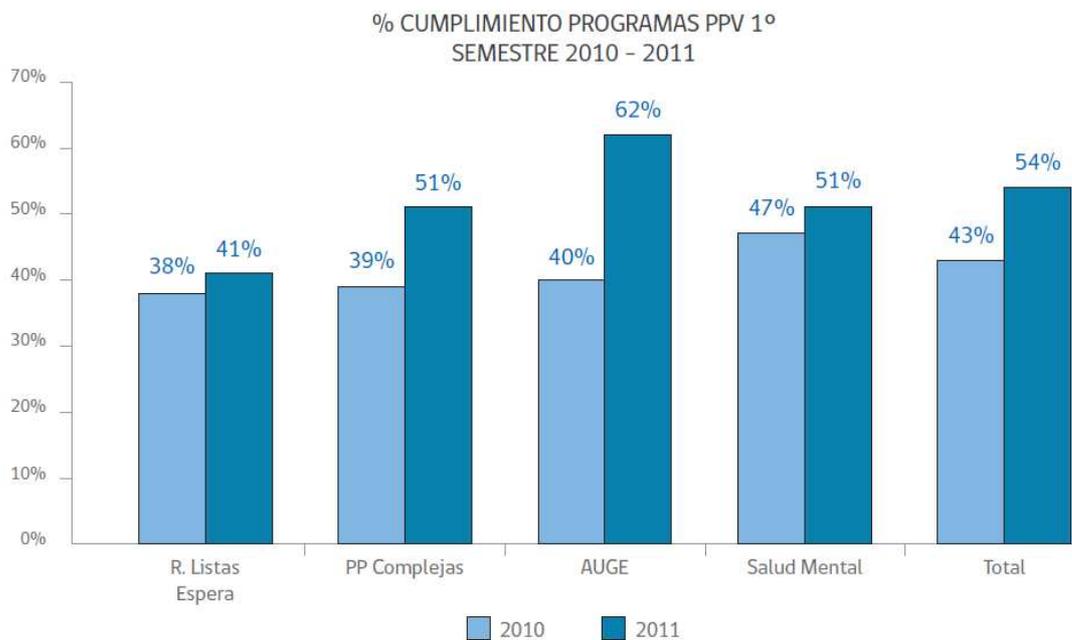
2. Asegurados por Tramo A-B-C-D



3. Asegurados por Edad



4. Compra de Prestaciones PPV Comparativa año 2010



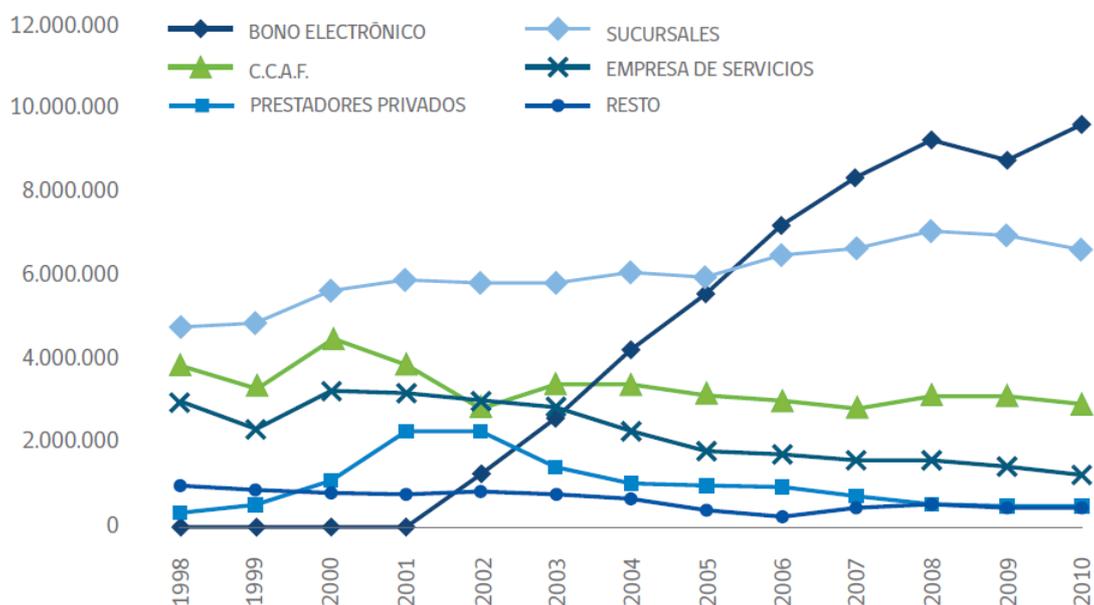
5. Deuda de establecimientos

EVOLUCIÓN DE LA DEUDA 2010 - 2011



6. Bonos Emitidos

MLE - Emisión BAS según tipo, años 1998 - 2010



DETALLE DE EJECUCIÓN EN DIRECCIONES ZONALES DE FONASA

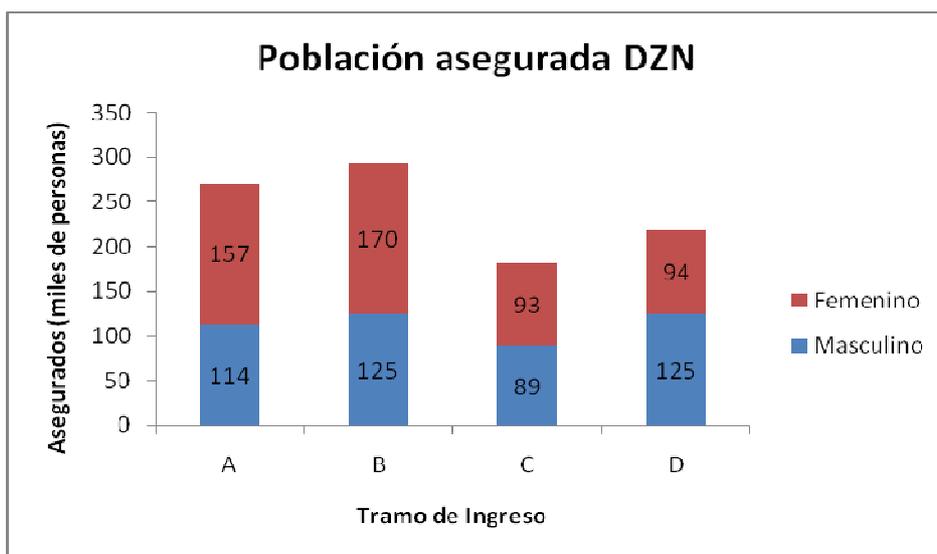
Dirección Zonal Norte

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

Población asegurada

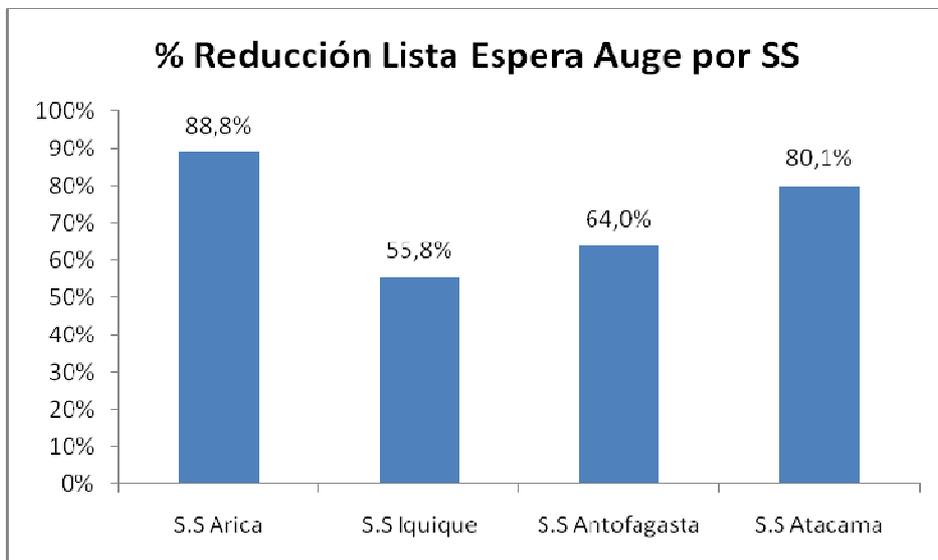
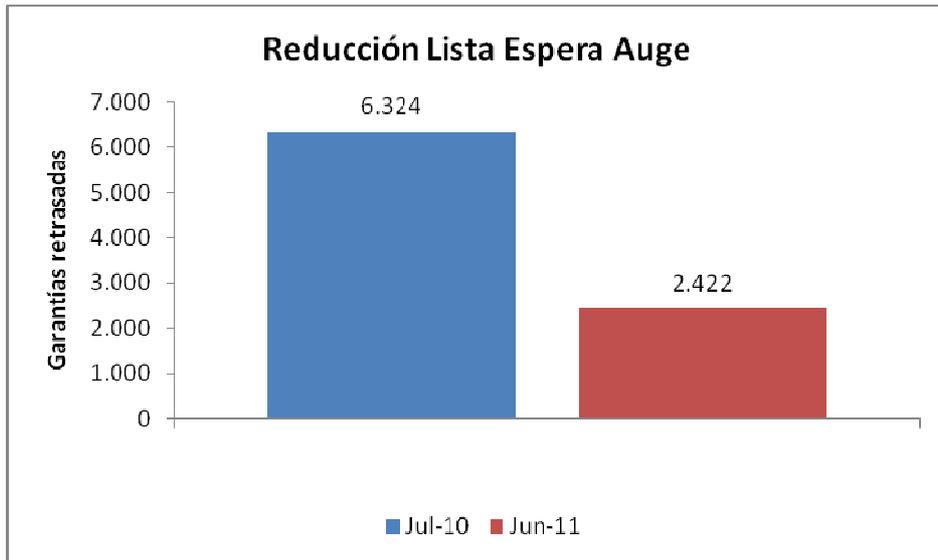
En las regiones bajo la Dirección Zonal Norte, FONASA entrega cobertura a una población de 967 mil personas, que representan el 7,5% de los asegurados del país.



Reducción de lista de espera AUGE

La reducción de la lista de espera AUGE ha sido una de las prioridades que ha tenido FONASA durante el último año.

Desde julio de 2010 hasta junio de 2011, los Servicios de Salud de la jurisdicción de la Dirección Zonal Norte redujeron sus listas de espera AUGE en un 61,7%, pasando de 6.324 a 2.422 garantías retrasadas durante ese periodo.



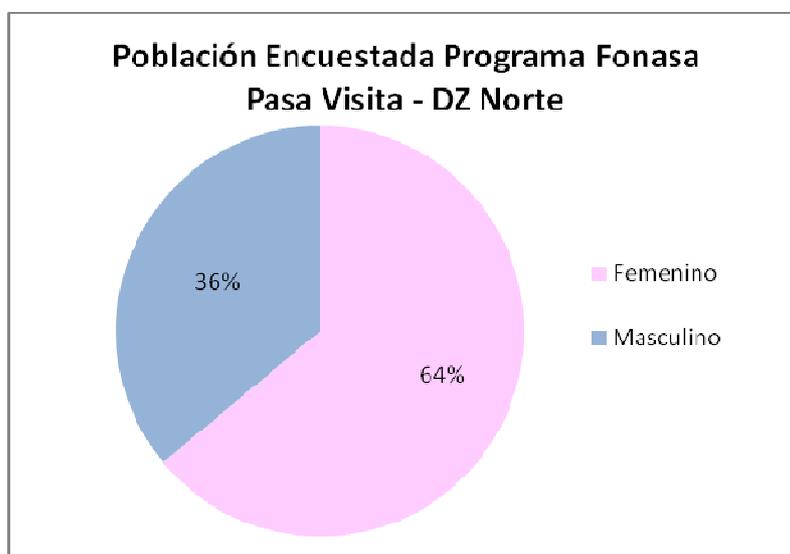
FONASA Pasa Visita

Entre las iniciativas que se han puesto en marcha durante el 2011 se encuentra “FONASA pasa visita”, programa que consta del desarrollo a lo largo de Chile de una serie de encuestas, mediante las cuales la institución se pone en contacto directo con los

asegurados buscando evaluar la calidad de atención recibida en los centros públicos como privados.

Con respecto al grado de avance alcanzado al mes de Septiembre 2011, en función de las 17.200 encuestas que contempla el programa nacional, la Dirección Zonal Norte alcanzaba un 77% de cumplimiento de la población objetivo asignada a encuestar.

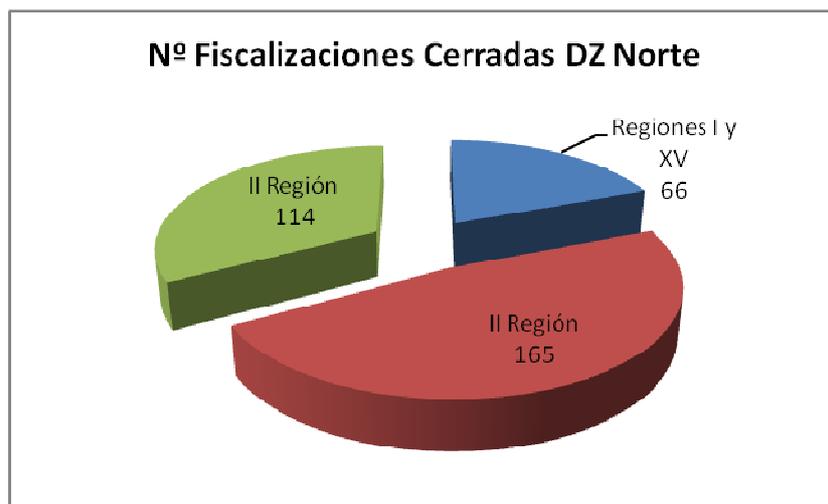
Siendo esta población encuestada compuesta por todos aquellos hombres y mujeres mayores de 18 años asegurados de FONASA, en los distintos tramos de ingreso y con residencia en la Dirección Zonal antes mencionada, manteniendo un comportamiento porcentual en base a su género que es detallado en el gráfico a continuación.



Fiscalización de Cotizaciones

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.

A Junio de 2011, la Dirección Zonal Norte ha finalizado el 11,8% de las fiscalizaciones de cotizaciones realizadas en el país, siendo la segunda región donde más fiscalizaciones se han finalizado.

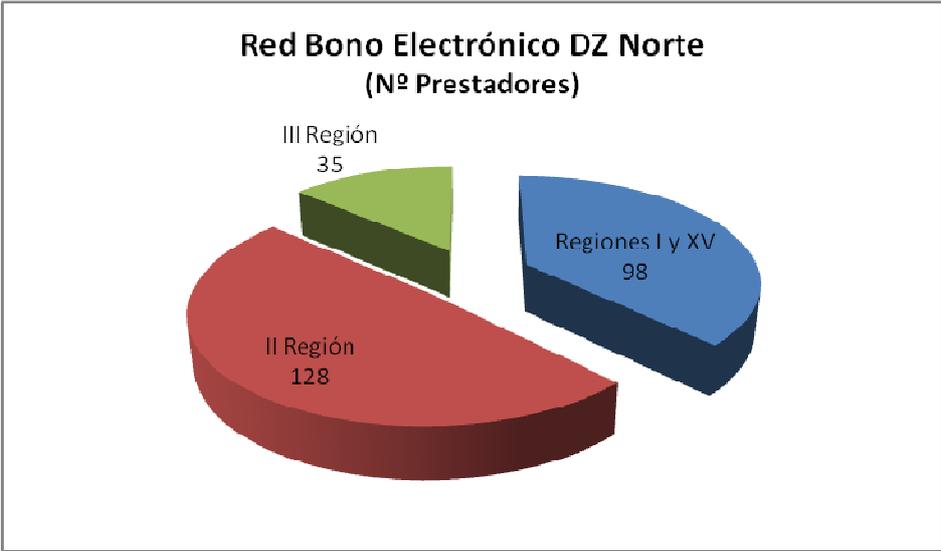


Región	Nº de Fiscalizaciones Cerradas
Regiones I y XV	66
II Región	165
III Región	114

Bono Electrónico

Como parte del programa de modernización de FONASA se encuentra la implementación del sistema de venta de bonos electrónicos en los Centros de Salud acreditados.

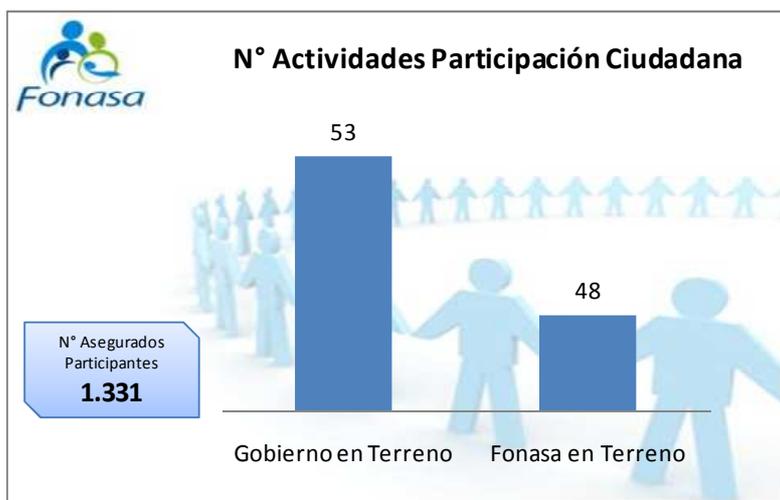
A junio de 2011, la Dirección Zonal Norte cuenta con 261 centros con convenio de emisión electrónica de bonos, en su mayoría concentrados en la segunda región.



Región	Nº Prestadores con Bono Electrónico
Regiones I y XV	98
II Región	128
III Región	35

Participación Ciudadana

Como parte de los planes de empoderamiento ciudadano y del fomento del conocimiento de los múltiples beneficios que ofrece FONASA por parte de nuestra población asegurada, 1331 asegurados participaron en las actividades de la Dirección Zonal. Se realizaron diferentes actividades en terreno, las que contribuyen a reducir las brechas de información respecto a las diferentes modalidades de atención y servicios prestados a nuestros asegurados.



Como una forma de conseguir este plan de participación ciudadana FONASA realizó reuniones con sus consejos de la sociedad civil, a fin de fortalecer la cooperación y el real involucramiento ciudadano en los procesos de toma de decisiones de los planes institucionales en la Dirección Zonal Norte.

Comuna	Reuniones Consejos de la Sociedad Civil
Antofagasta	8
Arica	7
Calama	7
Copiapó	7
Iquique	7
Tocopilla	7

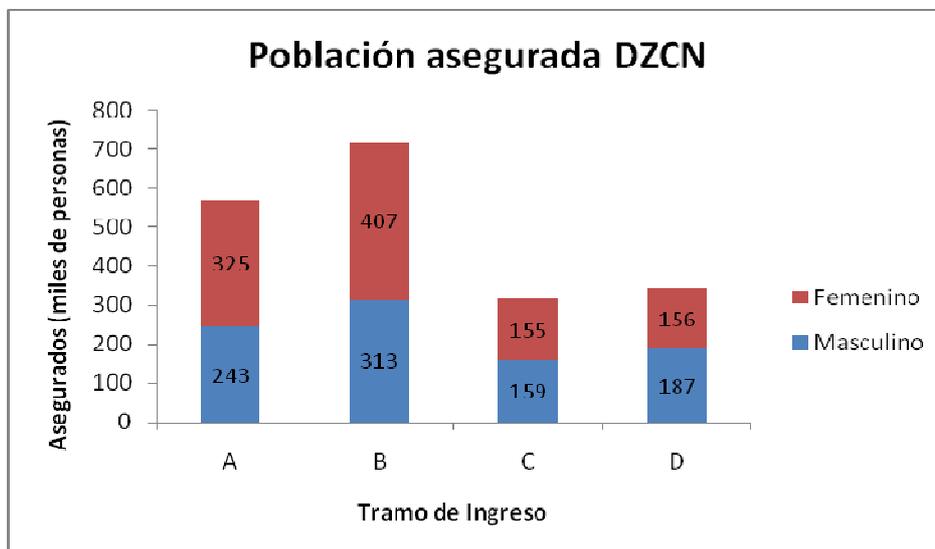
Dirección Zonal Centro Norte

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.

Para ello, el Director Zonal, don Antonio Eguren Barrales, representa a FONASA en las regiones de su competencia, y vela por el cumplimiento de los objetivos estratégicos en su zona.

Población asegurada

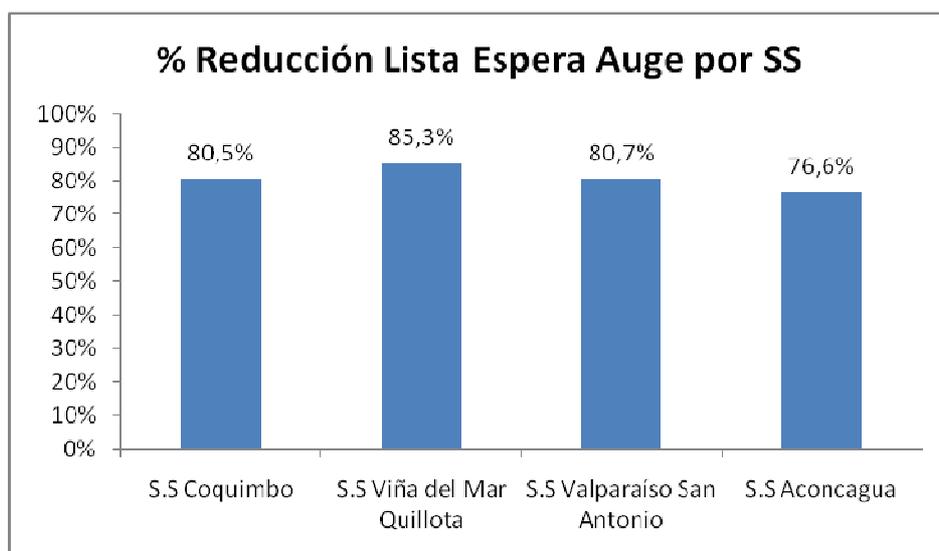
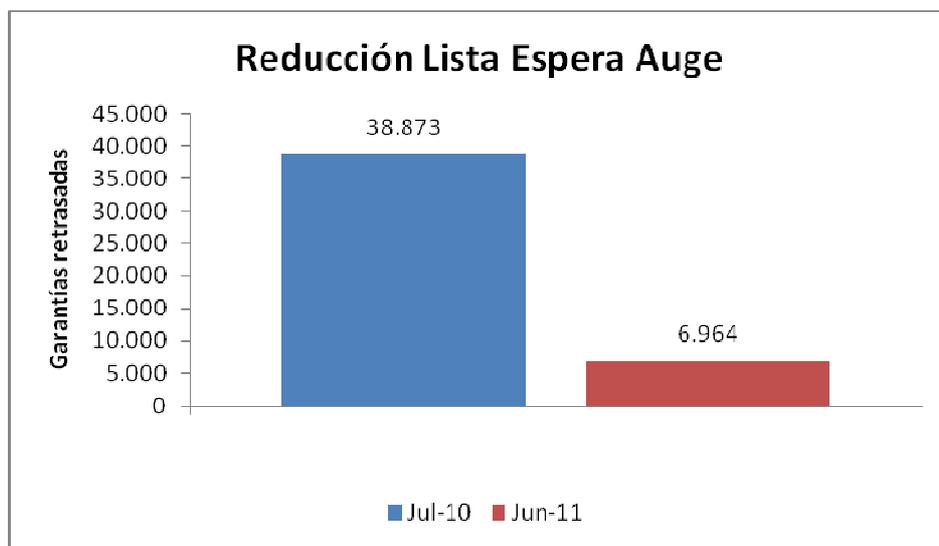
En las regiones bajo la Dirección Zonal Centro Norte, FONASA entrega cobertura a una población de 1 millón 947 mil personas, que representan el 15,1% de los asegurados del país.



Reducción de lista de espera AUGE

La reducción de la lista de espera AUGE ha sido una de las prioridades que ha tenido FONASA durante el último año.

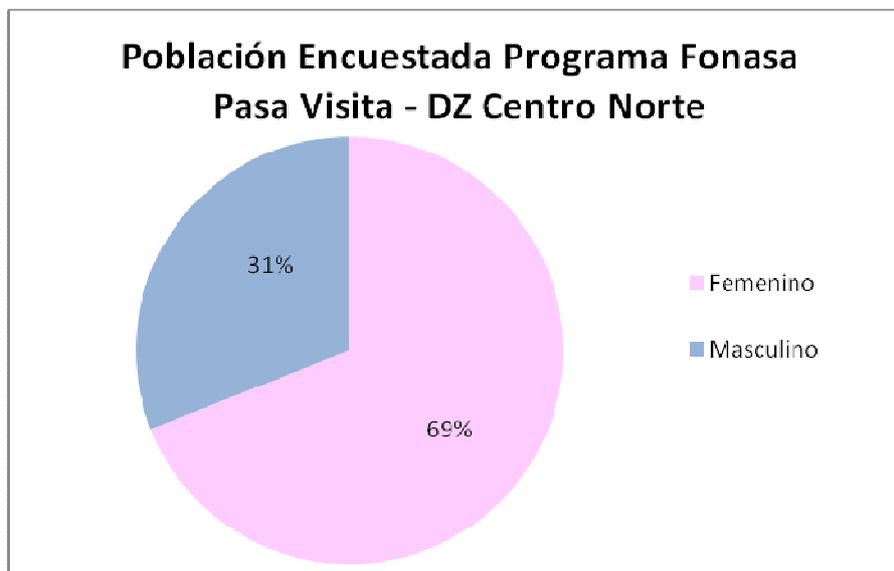
Desde julio de 2010 hasta junio de 2011, los Servicios de Salud de la jurisdicción de la Dirección Zonal Centro Norte redujeron sus listas de espera AUGE en un 82%, pasando de 38.873 a 6.964 garantías retrasadas durante ese periodo.



Entre las iniciativas que se han puesto en marcha durante el 2011 se encuentra “FONASA pasa visita”, programa que consta del desarrollo a lo largo de Chile de una serie de encuestas, mediante las cuales la institución se pone en contacto directo con los asegurados buscando evaluar la calidad de atención recibida en los centros públicos como privados.

Con respecto al grado de avance alcanzado al mes de Septiembre 2011, en función de las 17.200 encuestas que contempla el programa nacional, la Dirección Zonal Centro Norte alcanzaba un 77% de cumplimiento de la población objetivo asignada a encuestar.

Siendo esta población encuestada la compuesta por todos aquellos hombres y mujeres mayores de 18 años asegurados a FONASA, en los distintos tramos de ingreso y con residencia en la Dirección Zonal antes mencionada, manteniendo un comportamiento porcentual en base a su género que es detallado en el gráfico a continuación.

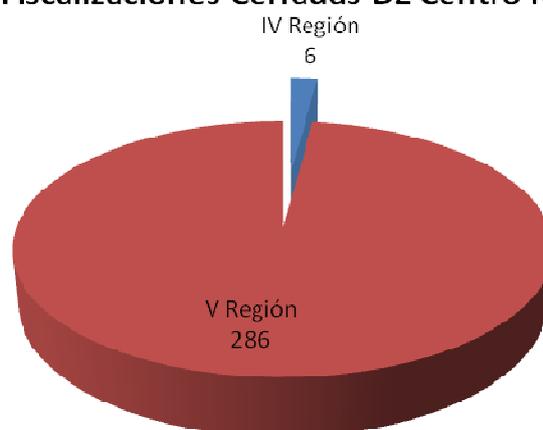


Fiscalización de Cotizaciones

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.

A Junio de 2011, la Dirección Zonal Centro Norte ha finalizado el 10% de las fiscalizaciones de cotizaciones realizadas en el país, concentrándose casi exclusivamente en la quinta región.

Nº Fiscalizaciones Cerradas DZ Centro Norte



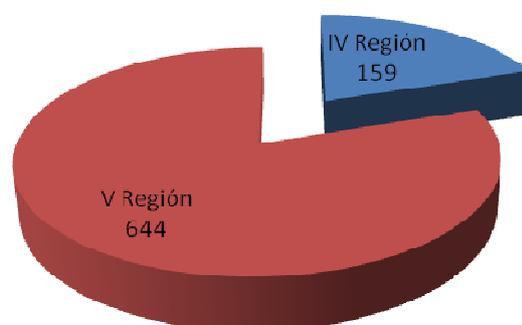
Región	Nº de Fiscalizaciones Cerradas
IV Región	6
V Región	286

Bono Electrónico

Como parte del programa de modernización de FONASA se encuentra la implementación del sistema de venta de bonos electrónicos en los Centros de Salud acreditados.

A junio de 2011, la Dirección Zonal Centro Norte cuenta con 803 centros con convenio de emisión electrónica de bonos, en su mayoría concentrados en la quinta región.

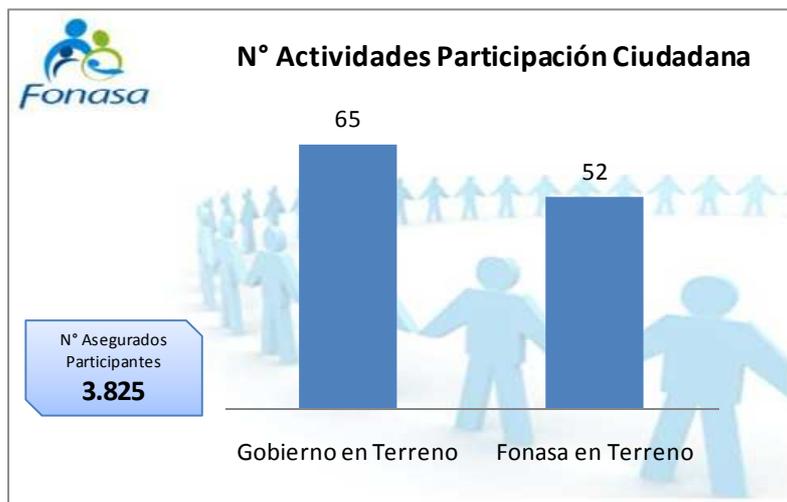
**Red Bono Electrónico DZ Centro Norte
(Nº Prestadores)**



Región	Nº Prestadores con Bono Electrónico
IV Región	159
V Región	644

Participación Ciudadana

Como parte de los planes de empoderamiento ciudadano y del fomento del conocimiento de los múltiples beneficios que ofrece FONASA por parte de nuestra población asegurada, 3825 asegurados participaron en las actividades de la Dirección Zonal. Se realizaron diferentes actividades en terreno, las que contribuyen a reducir las brechas de información respecto a las diferentes modalidades de atención y servicios prestados a nuestros asegurados.



Como una forma de conseguir este plan de participación ciudadana FONASA realizó reuniones con sus consejos de la sociedad civil, a fin de fortalecer la cooperación y el real involucramiento ciudadano en los procesos de toma de decisiones de los planes institucionales en la Dirección Zonal Centro Norte.

Comuna	Reuniones Consejos de la Sociedad Civil
Coquimbo	7
Illapel	6
Ovalle	8
Quillota	4

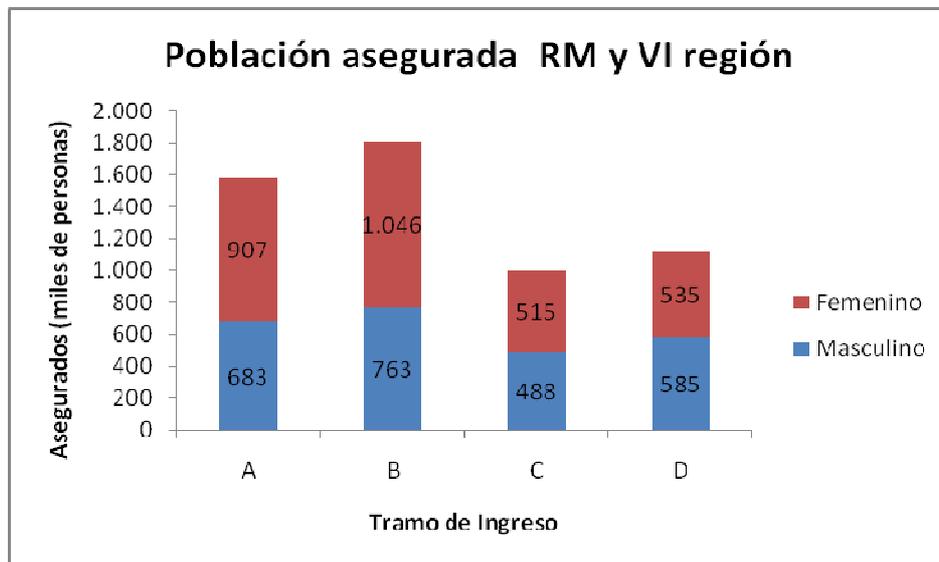
San Antonio	2
San Felipe	4
Valparaíso	5

Actividades de la Región Metropolitana y VI del Libertador Bernardo O'Higgins

Las actividades de correspondientes a las regiones Metropolitana y VI, se encuentran bajo la dependencia y responsabilidad directa del Nivel Central de FONASA.

Población asegurada

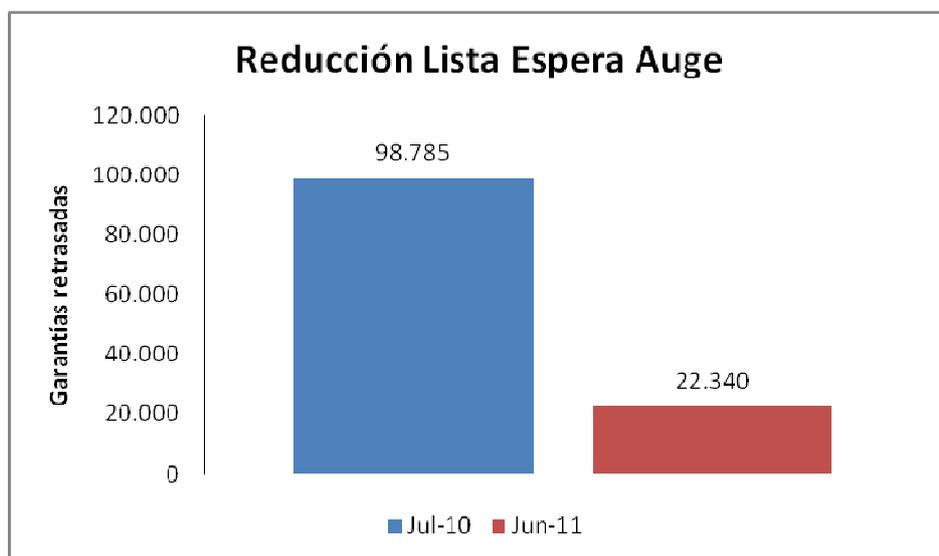
En las regiones Metropolitana y Sexta, FONASA entrega cobertura a una población de 5 millones 522 mil personas, que representan el 42,9% de los asegurados del país.

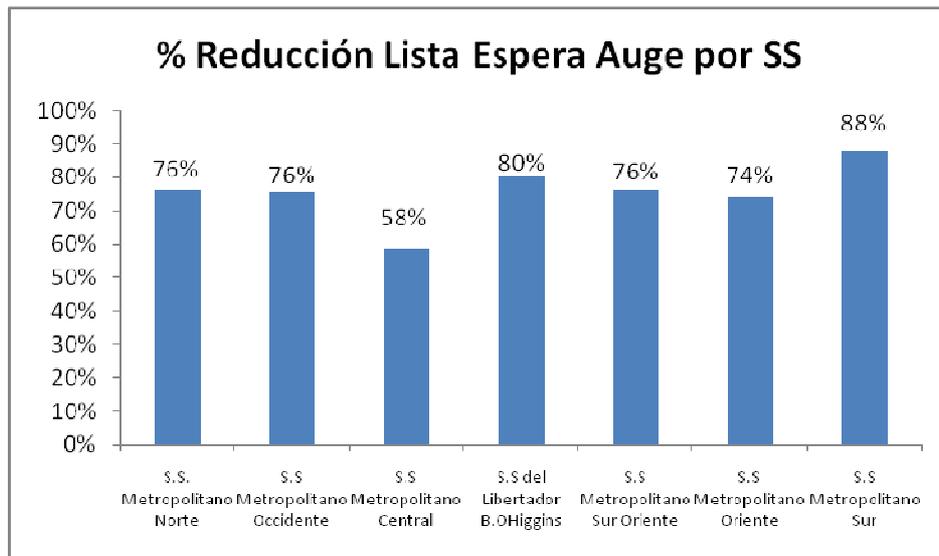


Reducción de lista de espera AUGE

La reducción de la lista de espera AUGE ha sido una de las prioridades que ha tenido FONASA durante el último año.

Desde julio de 2010 hasta junio de 2011, los Servicios de Salud de las regiones Metropolitana y Sexta redujeron sus listas de espera AUGE en un 77,3%, pasando de 98.785 a 22.340 garantías retrasadas durante ese periodo.



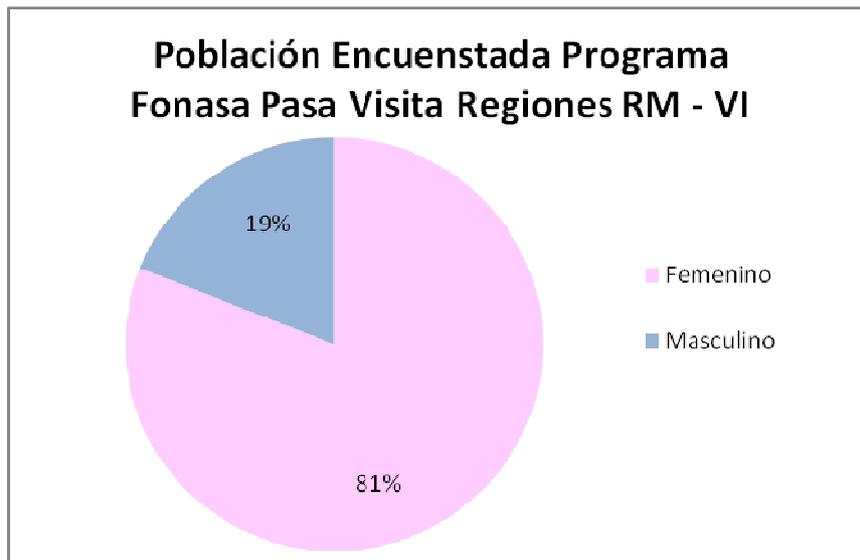


FONASA Pasa Visita

Entre las iniciativas que se han puesto en marcha durante el 2011 se encuentra “FONASA pasa visita”, programa que consta del desarrollo a lo largo de Chile de una serie de encuestas, mediante las cuales la institución se pone en contacto directo con los asegurados buscando evaluar la calidad de atención recibida en los centros públicos como privados.

Con respecto al grado de avance alcanzado al mes de Septiembre 2011, en función de las 17.200 encuestas que contempla el programa nacional, las regiones Metropolitana y Sexta alcanzaban un 62% de cumplimiento de la población objetivo asignada a encuestar.

Siendo esta población encuestada la compuesta por todos aquellos hombres y mujeres mayores de 18 años asegurados a FONASA, en los distintos tramos de ingresos y con residencia en la dirección zonal antes mencionada. Manteniendo un comportamiento porcentual en base a su género que es detallado en el gráfico a continuación.

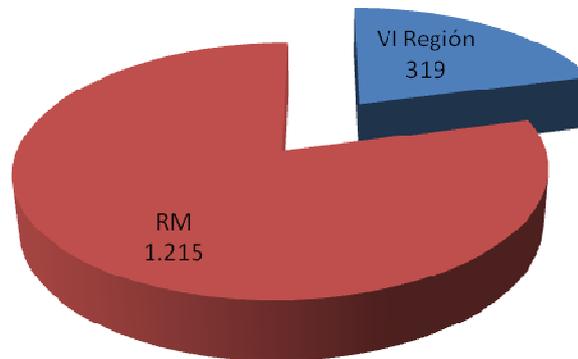


Fiscalización de Cotizaciones

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.

A Junio de 2011, las regiones Metropolitana y Sexta han finalizado el 52,5% de las fiscalizaciones de cotizaciones realizadas en el país, de las cuales el 79% se realizó en la Región Metropolitana, y el 21% restante en la sexta región.

Nº Fiscalizaciones Cerradas Nivel Central



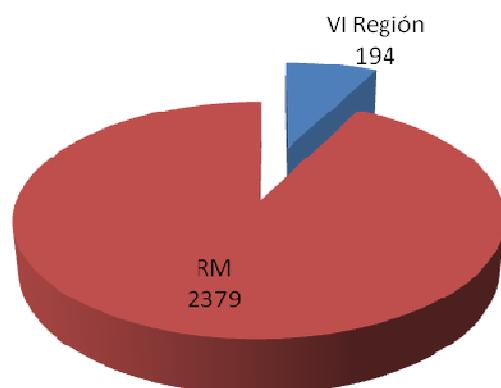
Región	Nº de Fiscalizaciones Cerradas
VI Región	319
RM	1.215

Bono Electrónico

Dentro del programa de modernización de FONASA se encuentra la implementación del sistema de venta de bonos electrónicos en los Centros de Salud acreditados.

A junio de 2011, las regiones Metropolitana y VI cuentan con 2.573 centros con convenio de emisión electrónica de bonos.

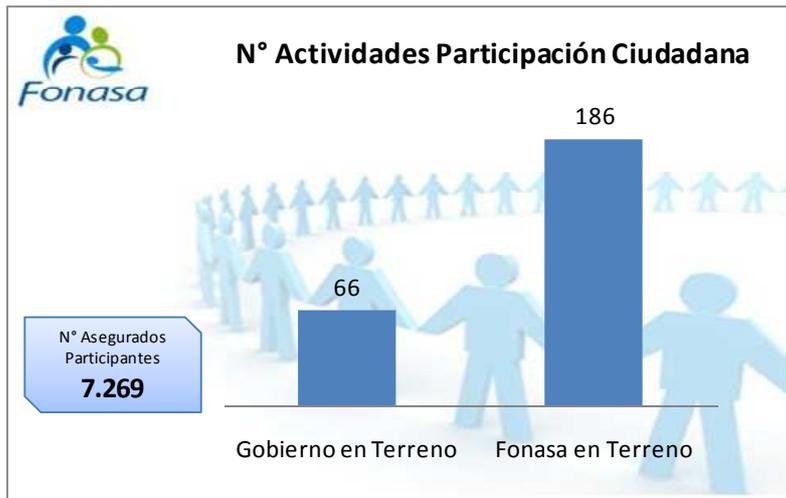
Red Bono Electrónico Nivel Central (Nº Prestadores)



Región	Nº Prestadores con Bono Electrónico
VI Región	194
RM	2.379

Participación Ciudadana

Como parte de los planes de empoderamiento del conocimiento de los 7269 asegurados participantes en la RM – VI y junto con el objetivo de informar a la ciudadanía en general de los múltiples beneficios que ofrece FONASA. Se realizaron diferentes actividades en terreno, las que contribuyen a reducir las brechas de información respecto a las diferentes modalidades de atención y servicios prestados a nuestros asegurados.



Como una forma de conseguir este plan de participación ciudadana FONASA realizó reuniones con sus consejos de la sociedad civil, a fin de fortalecer la cooperación y el real involucramiento ciudadano en los procesos de toma de decisiones de los planes institucionales en la RM - VI.

Comuna	Reuniones Consejos de la Sociedad Civil
Maipú	3
Rancagua	6
San Bernardo	2
Santiago	7

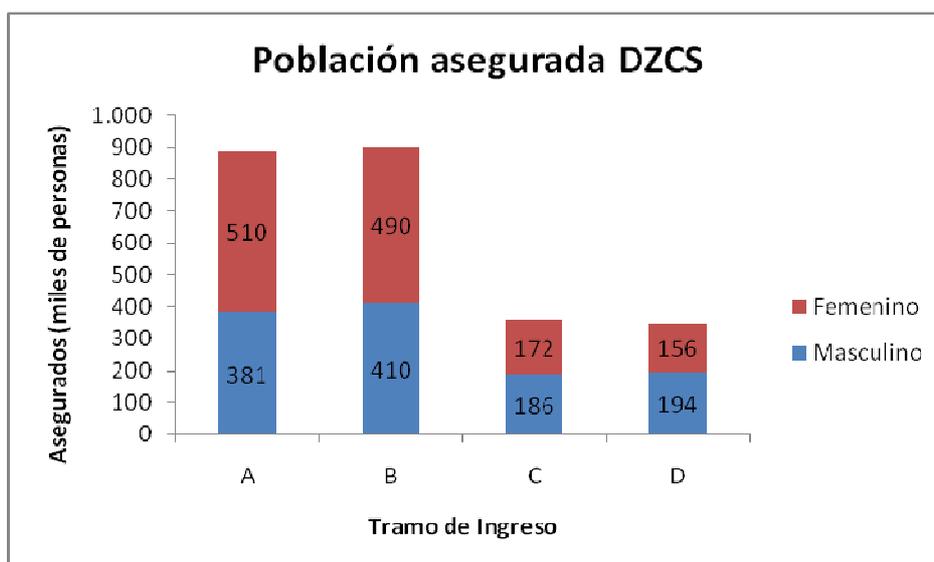
Dirección Zonal Centro Sur

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, don 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.

Población asegurada

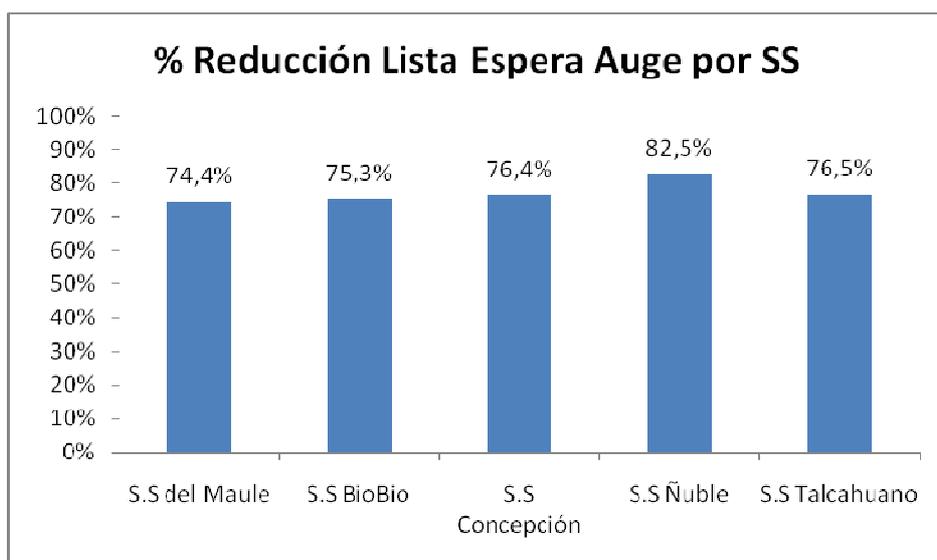
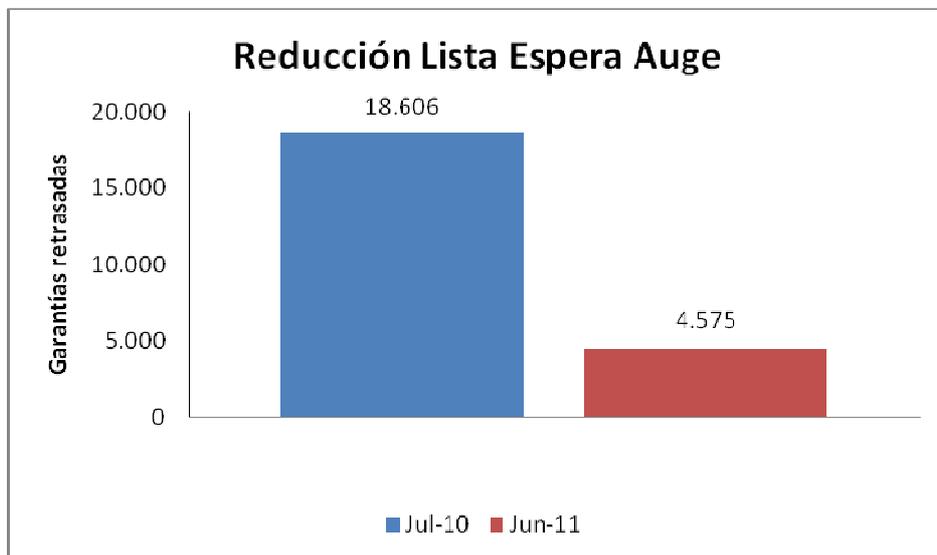
En las regiones bajo la Dirección Zonal Centro Sur, FONASA entrega cobertura a una población de 2 millones 499 mil personas, que representan el 19,4% de los asegurados del país.



Reducción de lista de espera AUGE

La reducción de la lista de espera AUGE ha sido una de las prioridades que ha tenido FONASA durante el último año.

Desde julio de 2010 hasta junio de 2011, los Servicios de Salud de la jurisdicción de la Dirección Zonal Sur redujeron sus listas de espera AUGE en un 72,5%, pasando de 19.827 garantías retrasadas a 5.451 durante ese periodo.

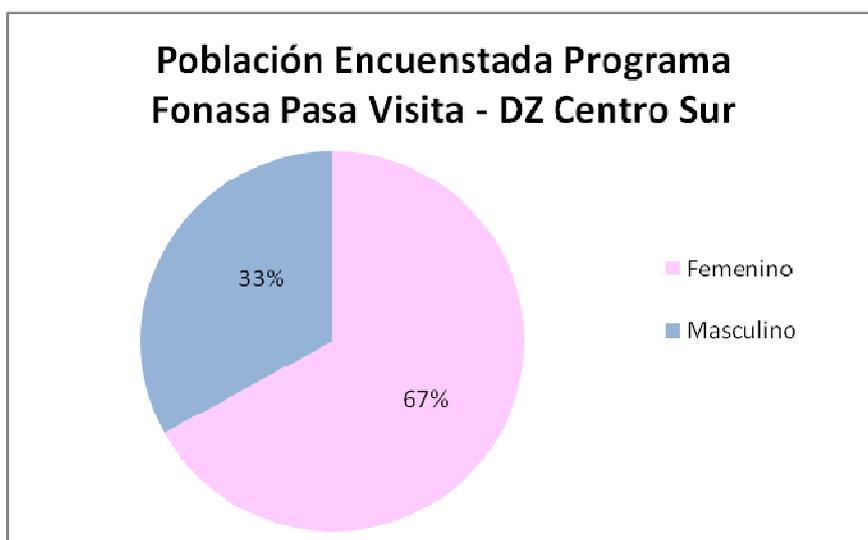


FONASA Pasa Visita

Entre las iniciativas que se han puesto en marcha durante el 2011 se encuentra “FONASA pasa visita”, programa que consta del desarrollo a lo largo de Chile de una serie de encuestas, mediante las cuales la institución se pone en contacto directo con los asegurados buscando evaluar la calidad de atención recibida en los centros públicos como privados.

Con respecto al grado de avance alcanzado al mes de Septiembre 2011, en función de las 17.200 encuestas que contempla el programa nacional, la Dirección Zonal Centro Sur alcanzaba un 67% de cumplimiento de la población objetivo asignada a encuestar.

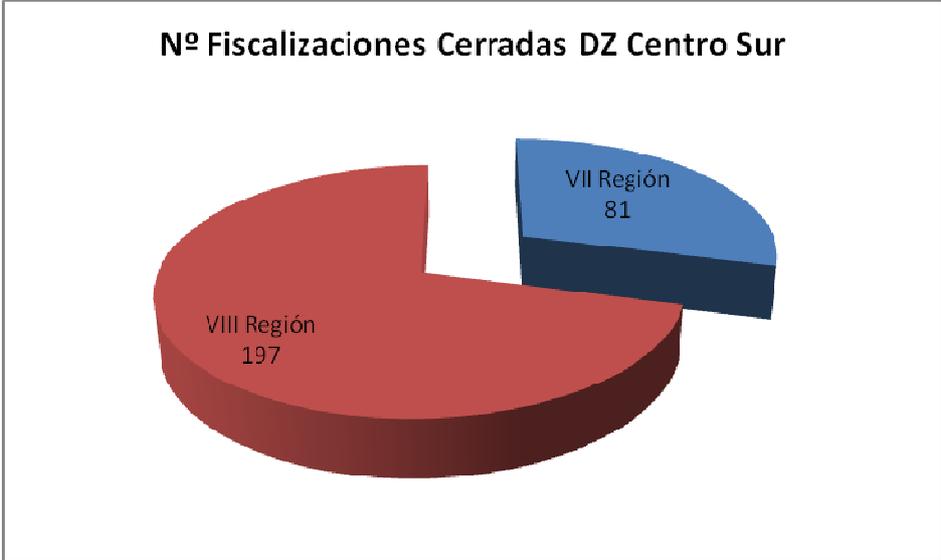
Siendo esta población encuestada la compuesta por todos aquellos hombres y mujeres mayores de 18 años asegurados a FONASA, en los distintos tramos de ingresos y con residencia en la dirección zonal antes mencionada. Manteniendo un comportamiento porcentual en base a su género que es detallado en el gráfico a continuación.



Fiscalización de Cotizaciones

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.

A Junio de 2011, la Dirección Zonal Centro Sur ha finalizado el 9,5% de las fiscalizaciones de cotizaciones realizadas en el país, de las cuales el 70% se realizó en la octava región, y el restante 30% en la séptima región.



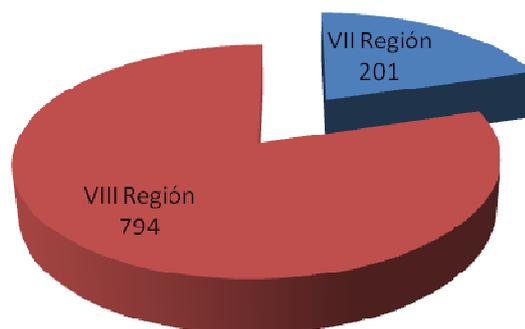
Región	Nº de Fiscalizaciones Cerradas
VII Región	81
VIII Región	197

Bono Electrónico

Dentro del programa de modernización de FONASA se encuentra la implementación del sistema de venta de bonos electrónicos en los Centros de Salud acreditados.

A junio de 2011, la Dirección Zonal Centro Sur cuenta con 995 centros con convenio de emisión electrónica de bonos, en su mayoría concentrados en la octava región.

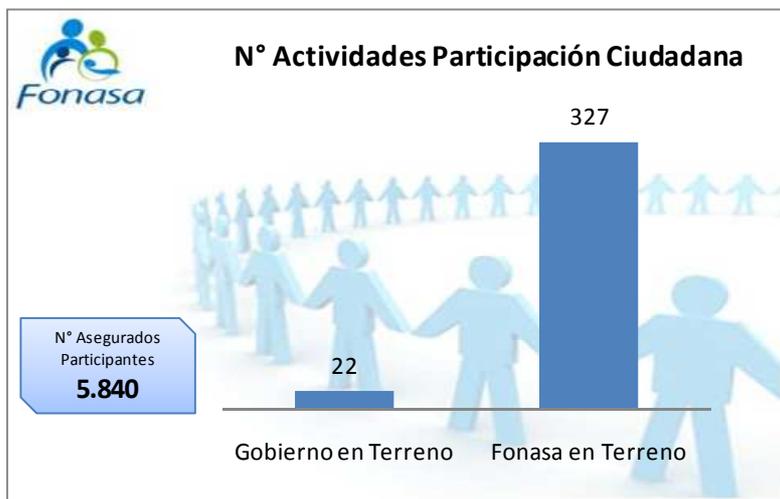
Red Bono Electrónico DZ Centro Sur (Nº Prestadores)



Región	Nº Prestadores con Bono Electrónico
VII Región	201
VIII Región	794

Participación Ciudadana

Como parte de los planes de empoderamiento del conocimiento de los 5840 asegurados participantes en la Dirección Zonal Centro Sur y junto con el objetivo de informar a la ciudadanía en general de los múltiples beneficios que ofrece FONASA. Se realizaron diferentes actividades en terreno, las que contribuyen a reducir las brechas de información respecto a las diferentes modalidades de atención y servicios prestados a nuestros asegurados.



Como una forma de conseguir este plan de participación ciudadana FONASA realizó reuniones con sus consejos de la sociedad civil, a fin de fortalecer la cooperación y el real involucramiento ciudadano en los procesos de toma de decisiones de los planes institucionales en la Dirección Zonal.

Comuna	Reuniones Consejos de la Sociedad Civil
Arauco	4
Chillán	4
Concepción	4
Coronel	4
Curico	4
Linares	4
Los Ángeles	4
Talca	4
Talcahuano	4

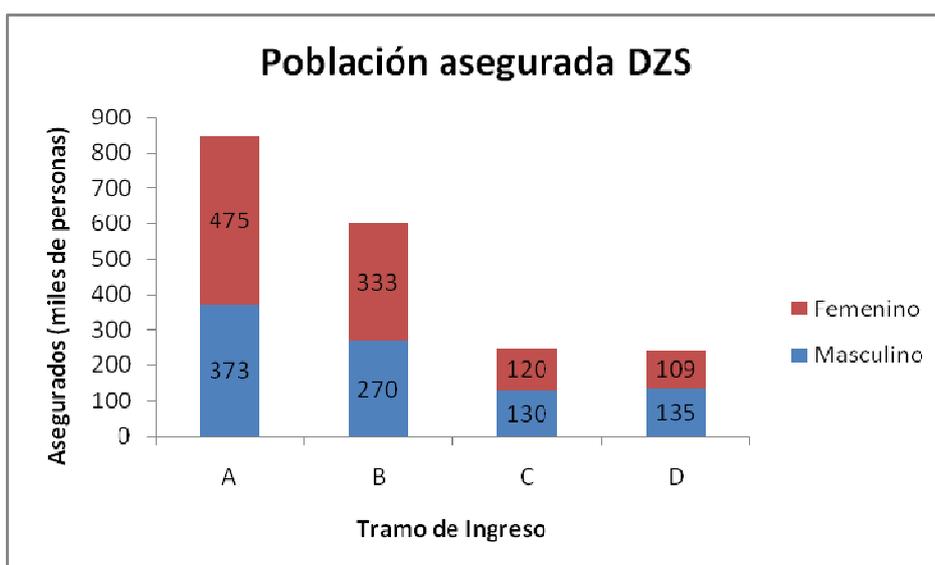
Dirección Zonal Sur

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, don Pedro Valenzuela Quijada, representa a FONASA en las regiones de su competencia, y vela por el cumplimiento de los objetivos estratégicos en su zona.

Población asegurada

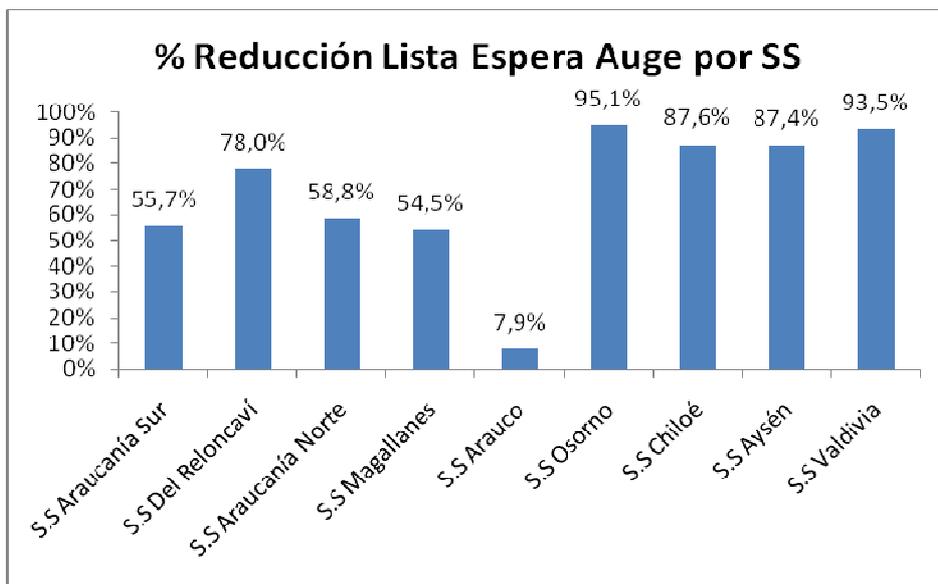
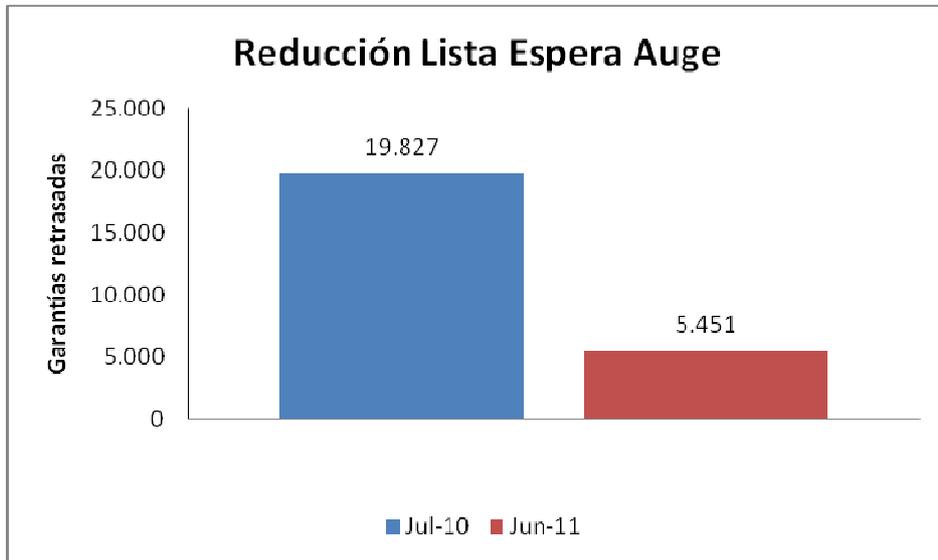
En las regiones bajo la Dirección Zonal Sur, FONASA entrega cobertura a una población de 1 millón 946 mil personas, que representan el 19,4% de los asegurados del país.



Reducción de lista de espera AUGE

La reducción de la lista de espera AUGE ha sido una de las prioridades que ha tenido FONASA durante el último año.

Desde julio de 2010 hasta junio de 2011, los Servicios de Salud de la jurisdicción de la Dirección Zonal Sur redujeron sus listas de espera AUGE en un 72,5%, pasando de 19.827 garantías retrasadas a 5.451 durante ese periodo.

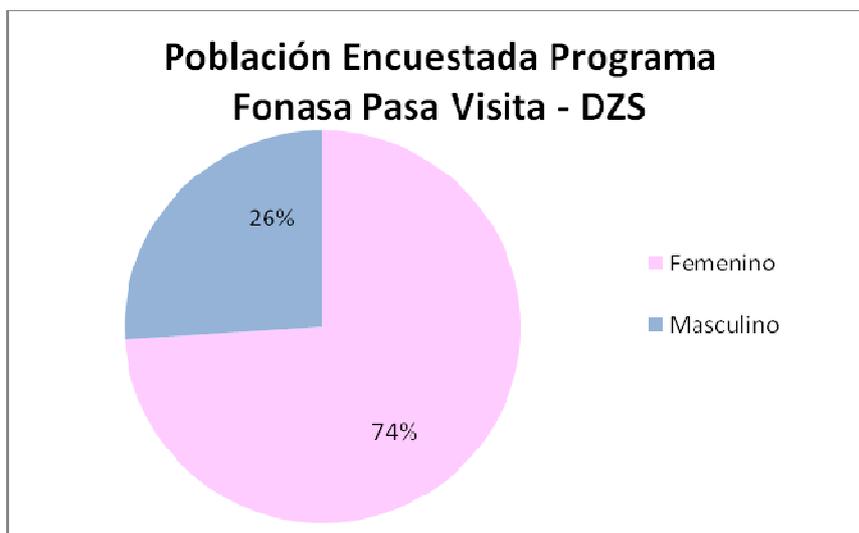


FONASA Pasa Visita

Entre las iniciativas que se han puesto en marcha durante el 2011 se encuentra “FONASA pasa visita”, programa que consta del desarrollo a lo largo de Chile de una serie de encuestas, mediante las cuales la institución se pone en contacto directo con los asegurados buscando evaluar la calidad de atención recibida en los centros públicos como privados.

Con respecto al grado de avance alcanzado al mes de Septiembre 2011, en función de las 17.200 encuestas que contempla el programa nacional, la Dirección Zonal Sur alcanzaba un 85% de cumplimiento de la población objetivo asignada a encuestar.

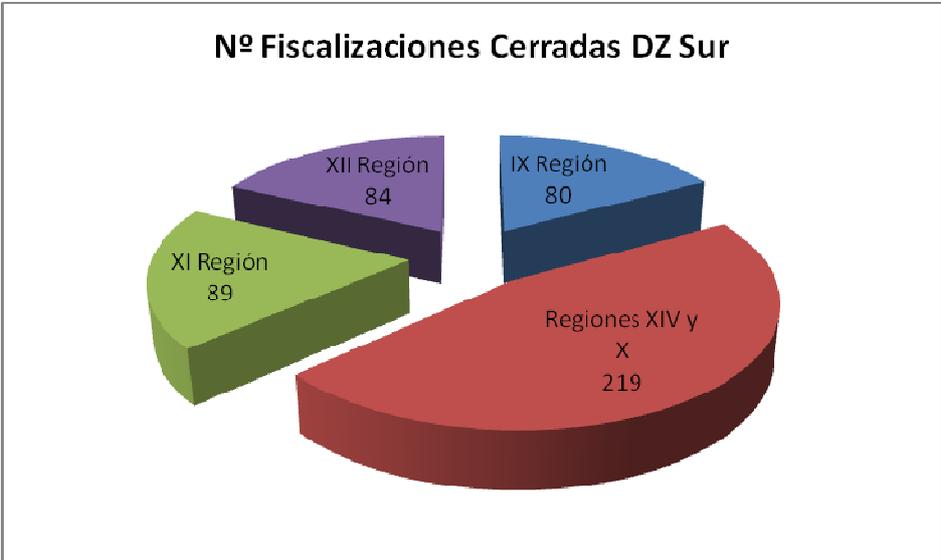
Siendo esta población encuestada la compuesta por todos aquellos hombres y mujeres mayores de 18 años asegurados a FONASA, en los distintos tramos de ingresos y con residencia en la dirección zonal antes mencionada. Manteniendo un comportamiento porcentual en base a su género que es detallado en el gráfico a continuación.



Fiscalización de Cotizaciones

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.

A Junio de 2011, la Dirección Zonal Sur ha finalizado el 16,2% de las fiscalizaciones de cotizaciones realizadas en el país.

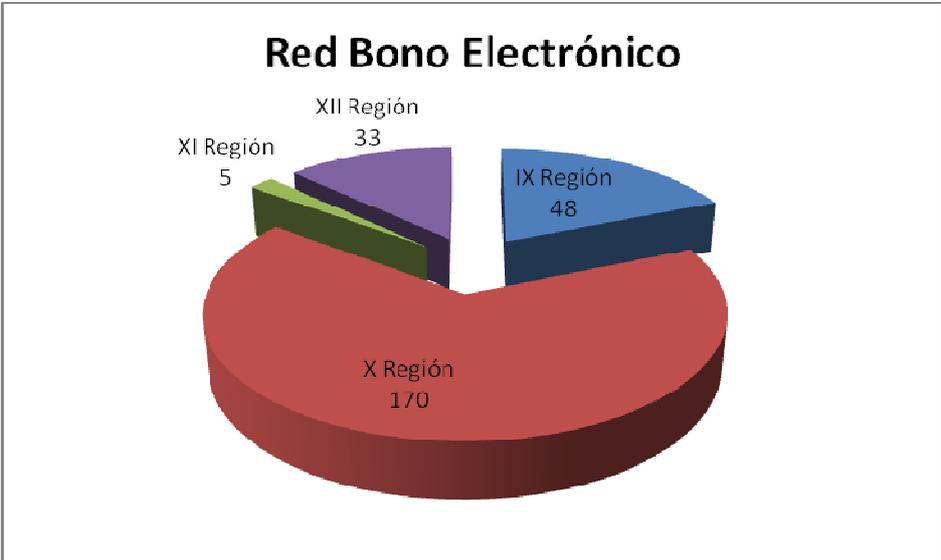


Región	Nº de Fiscalizaciones Cerradas
IX Región	80
Regiones XIV y X	219
XI	89
XII	84

Bono Electrónico

Dentro del programa de modernización de FONASA se encuentra la implementación del sistema de venta de bonos electrónicos en los Centros de Salud acreditados.

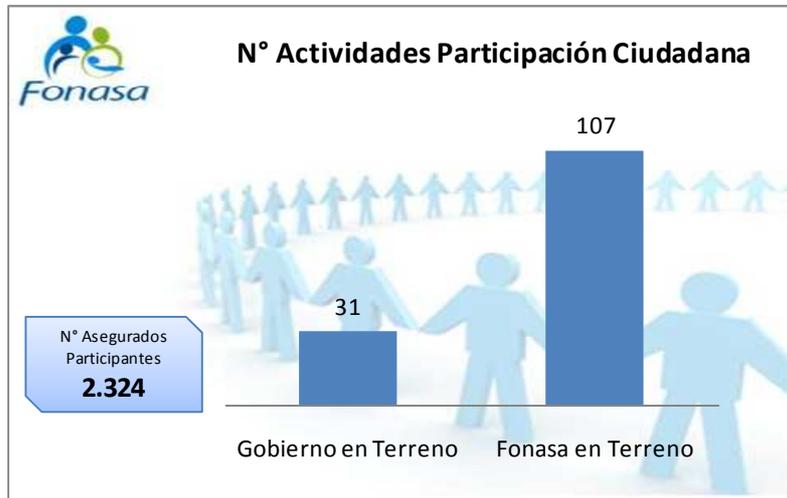
A junio de 2011, la Dirección Zonal Centro Sur cuenta con 256 centros con convenio de emisión electrónica de bonos.



Región	Nº de Prestadores con Bono Electrónico
IX Región	48
Regiones XIV y X	170
XI	5
XII	33

Participación Ciudadana

Como parte de los planes de empoderamiento del conocimiento de los 2324 asegurados participantes en la DZS y junto con el objetivo de informar a la ciudadanía en general de los múltiples beneficios que ofrece FONASA. Se realizaron diferentes actividades en terreno, las que contribuyen a reducir las brechas de información respecto a las diferentes modalidades de atención y servicios prestados a nuestros asegurados.



Como una forma de conseguir este plan de participación ciudadana FONASA realizó reuniones con sus consejos de la sociedad civil, a fin de fortalecer la cooperación y el real involucramiento ciudadano en los procesos de toma de decisiones de los planes institucionales en la Dirección Zonal.

Comuna	Reuniones
Consejos de la Sociedad Civil	
Temuco	6
Coyhaique	4
La Unión	4
Osorno	4
Puerto Montt	4
Punta Arenas	4
Valdivia	4