



# UNA REFORMA INTEGRAL PARA EL FONDO NACIONAL DE SALUD

SERIE INFORME  
SOCIAL **186**

ISSN 0717-1560

COMISIÓN PARA UNA REFORMA INTEGRAL DE FONASA

FEBRERO 2021



**LA PRESENTE SERIE INFORME RESUME LAS PROPUESTAS DE LA COMISIÓN PLASMADAS EN EL LIBRO “PROPUESTAS PARA UNA REFORMA INTEGRAL DEL FONDO NACIONAL DE SALUD: COMISIÓN PARA UNA REFORMA INTEGRAL DE FONASA”, DEL CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS (BENÍTEZ Y VELASCO 2020).**

**EL RESUMEN FUE ELABORADO POR ALEJANDRA PALMA R., ECONOMISTA SENIOR DE LYD, QUIEN PARTICIPÓ EN DICHA COMISIÓN.**

# CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO

05

INTRODUCCIÓN

08

BREVE DESCRIPCIÓN DE FONASA

09

PROPUESTAS

MARCO DE ACCIÓN	11
GOBERNANZA	13
ATRIBUCIONES	15
RELACIÓN CON SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y LA INVERSIÓN EN LOS PRESTADORES	21
TRANSICIÓN ADECUADA PARA LA REFORMA INTEGRAL DE FONASA	23

CONCLUSIONES

24

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

25

ANEXO

26

NOTAS AL PIE

27



## RESUMEN EJECUTIVO

Libertad y Desarrollo formó parte de la Comisión para una Reforma Integral de Fonasa, convocada por el Centro de Estudios Públicos (CEP), cuyo objetivo fue desarrollar propuestas para que Fonasa se convierta en un verdadero asegurador público, con énfasis en las atribuciones que debe poseer para asumir dicho rol, así como en la forma en que se define y organiza. En esta comisión transversal participaron académicos y expertos en salud de todo el espectro político. A pesar de tener diferentes visiones y diferir en algunos aspectos técnicos, los integrantes de la comisión lograron concordar 22 propuestas con cinco ejes: marco institucional, gobernanza, atribuciones, relación con otras entidades, y transición. La presente Serie Informe resume las propuestas de la Comisión plasmadas en el libro "Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud: Comisión para una Reforma Integral de Fonasa", Centro de Estudios Públicos (Benítez y Velasco 2020).

### Marco de Acción de Fonasa

La Comisión propone la creación de un Plan de Salud Universal (PSU) que consiste en un instrumento de cobertura sanitaria que otorga una protección financiera para un conjunto de servicios prioritarios en salud. El PSU contendrá garantías de acceso, calidad, protección financiera y cuando corresponda, oportunidad. El PSU que debe ser igual para toda la población. En cuanto al contenido del plan, el PSU debe estar

definido en base a soluciones integrales de salud, las que deben incluir medicamentos hospitalarios y ambulatorios.

La Comisión plantea la creación de una institucionalidad técnica independiente para la evaluación de contenidos del PSU, que vele por el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, con foco en las necesidades de la población y mirada de largo plazo.

También se propone avanzar en la separación de funciones en salud: (i) definir el rol de Fonasa como responsable de entregar a sus beneficiarios el plan de salud definido por la autoridad sanitaria, y (ii) la gestión de redes que debe quedar en manos de la entidad a cargo de los prestadores de salud (actualmente la Subsecretaría de Redes Asistenciales).

### Gobernanza de Fonasa

La Comisión propone dar independencia y autonomía a la gestión de Fonasa, para lo cual se establecen cambios en su estructura de gobernanza. Plantea pasar desde el actual gobierno corporativo unipersonal a uno colegiado, lo cual permite mayor deliberación e imparcialidad en la toma de decisiones y también estabilidad en las mismas. Se plantea la creación de un Consejo Directivo de Fonasa, cuya misión es cauterizar que la institución cumpla con sus responsabilidades. Los integrantes del Consejo Directivo serían seleccionados a través del

Sistema de Alta Dirección Pública. En opinión de la comisión, el número de miembros debe incluir a un representante de usuarios, y debe ser ratificado por el Senado. Para mayor independencia del gobierno de turno, la duración del cargo sería de 3 años y la renovación se realizaría por parcialidades. Dentro de las funciones del Consejo Directivo se incluyen: participar en la selección y remoción del Director Ejecutivo de Fonasa, supervisar y evaluar su gestión, aprobar el plan estratégico, las políticas generales de gestión financiera, de riesgo y de compra.

El Director Ejecutivo de Fonasa tiene la labor de dirigir, organizar, coordinar y supervisar el funcionamiento de la institución. La Comisión plantea que el Director Ejecutivo (DE) participe en el Consejo Directivo (CD) sólo con derecho a voz (no a voto). Sus funciones incluyen, entre otros:

- Informar a los usuarios sobre sus beneficiarios y resolver sus reclamos.
- Financiar y asegurar el otorgamiento y cumplimiento de las garantías PSU.
- Establecer estímulos a todos los prestadores con los que tenga convenio y ante incumplimientos de estos últimos, aplicar sanciones relevantes.
- Tratar datos personales, de acuerdo con la legislación vigente.
- Seleccionar a los directores de segundo nivel en el marco del Sistema de Alta Dirección Pública.

La Comisión propone el fortalecimiento del Consejo de la Sociedad Civil, estableciendo sus objetivos, las materias en que deberá ser consultado por el CD o el DE antes de tomar decisiones, la regularidad de sus reuniones, un espacio físico y una plataforma tecnológica para publicar sus actas.

## Atribuciones

La Comisión plantea que Fonasa disponga de todos los recursos que la ley otorga para el financiamiento del PSU, incluyendo la atención primaria de salud.

Fonasa establecerá convenios con redes y prestadores de salud, públicos y privados en todos los niveles de atención. Asimismo, el convenio deberá contener su duración (uno o más años), premios o estímulos a prestadores de buen desempeño y las sanciones asociadas a los incumplimientos. Los proveedores preferentes de Fonasa son los pertenecientes al sistema público prestador de servicios de salud articulado en redes, pudiendo ser complementado por otros prestadores, según criterios definidos previamente, cuando las primeras no tengan la capacidad de atender a sus beneficiarios dentro de los estándares que se establezcan en el plan de salud.

La Modalidad de Libre Elección deberá operar en base a soluciones de problemas de salud de la población, a la que podrán acceder los beneficiarios que así lo deseen y la cobertura del plan lo permita, para lo que Fonasa deberá otorgar la atención preferentemente mediante redes de prestadores de salud, según los criterios que defina. Fonasa deberá definir métodos de pago a redes y prestadores, promoviendo la conformación de redes y el traspaso de riesgo financiero y de responsabilidades en el cumplimiento de las garantías a los prestadores.

## Relación con la Superintendencia de Salud

La Superintendencia de Salud fiscalizará a Fonasa en todo lo referente al PSU, cualquiera sea la modalidad de atención. Asi-

mismo, podrá establecer y hacer exigibles estándares de transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad en el uso de los recursos. También podrá establecer sanciones a Fonasa ante incumplimientos, diferentes a las que actualmente tiene (sumario administrativo).

La Superintendencia de Salud podrá resolver y mediar cuando no se logren resolver los problemas, reclamos o discrepancias entre Fonasa y sus usuarios o entre Fonasa y los prestadores. Para ello, fiscalizará y aplicará sanciones a los prestadores. También deberá generar información sobre el desempeño de los prestadores y aseguradores, como por ejemplo, los tiempos de espera, resultados clínicos, protección financiera y satisfacción usuaria.

### **Transición adecuada**

Se deben definir etapas concretas en este proceso de reforma, que contengan los cambios a realizar en cada una y los hitos a alcanzar (funciones o entidades que empiezan a operar, como, por ejemplo, las redes de salud bajo el nuevo régimen de garantías, el nombramiento de los miembros del Consejo Directivo), así como plazos definidos y, en especial, los recursos financieros adecuados para viabilizar los cambios, tanto en la transición, como en el futuro.

## INTRODUCCIÓN

La salud ha sido constantemente uno de los temas prioritarios para la población chilena. Lo anterior responde a diferentes razones, pero principalmente a las dificultades que tienen los usuarios para acceder de manera oportuna a los servicios de salud que requieran y sin que ello les genere un problema financiero. En efecto, el gasto de bolsillo en Chile es alto (34% del gasto total en salud) en relación con el promedio de los países de la OCDE (21%) e igual al promedio de los países de Latinoamérica.<sup>2</sup> La falta de horas y listas de espera afectan a la población afiliada a Fonasa, lo que se traduce en más de dos millones de personas que esperan para diagnosticar o tratar sus condiciones de salud.<sup>3</sup>

Numerosas comisiones asesoras han sido convocadas en los últimos años y diversas han sido las propuestas formuladas para reformar la salud en Chile, principalmente en lo referente al ámbito asegurador, aunque también para el nivel prestador estatal, así como para la evaluación de tecnologías sanitarias. Lamentablemente no ha habido avance y las discusiones se han estancado en torno al "modelo de llegada", planteando alternativas al modelo asegurador actual como, por ejemplo, un sistema de seguros sociales mixto o un modelo de asegurador único. Sin embargo, para cualquiera de los modelos de llegada se requiere fortalecer el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de manera que pueda garantizar la entrega del plan de salud de sus beneficiarios.

Libertad y Desarrollo formó parte de la Co-

misión para una Reforma Integral de Fonasa convocada por el Centro de Estudios Públicos (CEP). En esta comisión transversal participaron académicos y expertos en salud de todo el espectro político<sup>4</sup>. El objetivo de la Comisión fue desarrollar propuestas para que Fonasa se convierta en un verdadero asegurador público, con énfasis en las atribuciones que debe poseer para asumir dicho rol, así como en la forma en que se define y organiza. A pesar de tener diferentes visiones y diferir en algunos aspectos técnicos, los integrantes de la Comisión lograron concordar 22 propuestas con cinco ejes: marco institucional, gobernanza, atribuciones, relación con otras entidades, y transición. En esta Serie Informe se resumen las principales propuestas de la Comisión convocada por el CEP (en adelante, la Comisión). Las siguientes secciones son extractos del libro "Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud: Comisión para una Reforma Integral de Fonasa", Centro de Estudios Públicos (Benítez y Velasco 2020).

En la sección 3 se realiza una breve descripción de Fonasa. En la sección 4 se analiza el funcionamiento de Fonasa en diferentes ámbitos. Para cada ámbito, se analizan los aspectos que facilitan o limitan garantizar la entrega del plan de salud a sus beneficiarios y se presentan las correspondientes propuestas elaboradas por la Comisión. Finalmente, se exponen las conclusiones, seguidas de las Referencias y Anexos.

## BREVE DESCRIPCIÓN DE FONASA

En Chile todos los trabajadores (y pensionados) tienen la obligación de destinar el 7% de sus salarios brutos a la entidad previsional de salud elegida, ya sea privada o estatal (con un tope que en 2020 es de 80,2 unidades de fomento).<sup>5,6</sup> Fonasa es la institución estatal que cubre a 76% de la población<sup>7</sup> y debe aceptar a todos los potenciales afiliados, financiándose principalmente con un aporte estatal que corresponde a cerca de dos tercios de sus gastos.<sup>8</sup>

La protección financiera que otorga Fonasa a sus beneficiarios depende tanto del grupo en que las personas son clasificadas por Fonasa, como de los prestadores donde reciben la atención. En el Cuadro 1 se pueden visualizar estas diferencias.

**CUADRO 1 DESCRIPCIÓN INSCRIPCIÓN A FONASA**

GRUPO	DESCRIPCIÓN BENEFICIARIOS	MODALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL	COBERTURA FINANCIERA	
			MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	PRESTACIONES CON GES
A	Carentes de recursos e indigentes (no cotizantes)	AA: 100%. AH: 100%.	0% Sin acceso.	100%.
B	Ingresos menores al ingreso mínimo mensual o entre 1 y 1,46 veces dicho monto con 3 o más cargas.	AA: 100%. AH: 100%.	AA: Máximo 60%. AH: Máximo 50% (75% en PAD).	100%.
C	Ingreso superior al ingreso mínimo mensual, que no exceda 1,46 veces dicho monto. Ingresos superiores, con 3 o más cargas.	AA: 100% MG y 90% especialistas. AH: 90%.	Consultas de urgencia entre 60 y 90%. Consultas médicas $\geq$ 60% y parto $\geq$ a 75% (según DS). Excepciones en nota.	Copago 10%. Tope anual según cotizaciones y eventos.
D	Ingresos superiores a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual.	AA: 100% MG y 80% especialistas. AH: 80%.		Copago 20%. Tope anual según cotizaciones y eventos.

**Fuente |** Benítez y Velasco (2020) a partir de información de Fonasa, Decreto Supremo N° 136 de 2005 del Minsal y Paolucci y Velasco (2017).

**Nota |** AA: atención ambulatoria y medicamentos entregados en atención primaria de salud; AH: atención hospitalaria; MG: médico general; PAD: pago asociado a diagnóstico; DS: Decreto Supremo. Existen ciertas excepciones: (i) Bonificación 100% para 60 años o más en MAI en cualquier nivel, (ii) 100% en atenciones médicas de alta complejidad y que se encuentran asociadas a patologías con riesgo vital y alto costo ("catastróficas"), (iii) bonificación de 100% para Fonasa A y mayores de 60 años en atenciones médicas, insumos y medicamentos entregados en hospitales (60% tramo C, 35% tramo D), (iv) atenciones odontológicas otorgadas en nivel secundario y terciario (100% de bonificación para tramo A y mayores de 60 años, 70% tramo B, 50% tramo C y 20% tramo D).

Existen cuatro grupos en Fonasa, que van desde aquellas personas sin recursos (grupo A), hasta los de mayores ingresos (grupo D). Asimismo, existen dos modalidades de atención, las que se relacionan con los prestadores y copagos. En la Modalidad de Atención Institucional (MAI), cuyos prestadores son principalmente los que forman parte de la red estatal, se pueden atender todos los beneficiarios de Fonasa. Los copagos se asocian al grupo del beneficiario, y van entre 0 (atención gratuita) a 20%.

La alternativa de atención es la Modalidad Libre Elección (MLE), que se otorga a través de prestadores privados en convenio con Fonasa. Sólo los beneficiarios de los grupos B, C y D, pueden acceder a esta modalidad.<sup>9</sup> Fonasa no selecciona qué prestadores privados participan de la libre elección, ya que basta con que aquellos que deseen hacerlo y que estén habilitados para entregar prestaciones de salud, se inscriban. Los copagos que realizan los usuarios en la MLE están asociados a la clasificación del prestador<sup>10</sup> y no al grupo al que pertenezcan.<sup>11</sup>

Si bien no existe un contrato individual explícito entre Fonasa y sus beneficiarios que contenga las prestaciones cubiertas (u otros aspectos), existe un listado de prestaciones que cuentan con cobertura. Entre otros, desde 2004 existe un grupo de condiciones de salud (que partieron siendo 25 y a 2020 suman 85), cuyo diagnóstico y tratamiento debe ser cubierto cumpliendo con las Ga-

rantías Explícitas en Salud (GES) sobre acceso, oportunidad (tiempo máximo para ser otorgadas), protección financiera (montos máximos a pagar) y calidad (acreditación de prestadores que otorgan los servicios). Las prestaciones con GES se otorgan principalmente en la MAI.<sup>12</sup>

# PROPUESTAS PARA LA REFORMA INTEGRAL DE FONASA

Para estudiar los aspectos que limitan el rol de Fonasa como garante de la entrega del plan de salud a sus beneficiarios, se utilizan como insumos las funciones críticas para el adecuado funcionamiento de sistemas de salud organizados mediante un esquema de seguro (Anexo 1).<sup>13</sup> En base a ellos se revisan los aspectos relativos al rol de Fonasa, su gobierno corporativo y estructura organizacional, así como sus atribuciones. Asimismo, se revisa su relación con otras entidades que componen el sistema de salud y el marco de acción en el que se desenvuelve.

## 4.1. MARCO DE ACCIÓN DE FONASA

Existen diferentes mecanismos para definir beneficios (por ejemplo, "Ley Ricarte Soto"<sup>14</sup>, arancel Fonasa, programas específicos, fondo de farmacia, plan de salud familiar, condiciones con GES, entre otros). Los criterios de incorporación de beneficios difieren y en muchos casos no son explícitos y los procesos no son transparentes. El plan de salud resultante no es conocido en su totalidad por los beneficiarios y, por lo tanto, tampoco los beneficios a los que pueden acceder ni los estándares asociados. Asimismo, la calidad y contenido de los servicios entregados puede diferir según el prestador, y no existe información sobre el desempeño de los prestadores estatales (ni privados) que permita conocer las diferencias en las condiciones en que se entregan los servicios en una u otra institución.

A partir de ello, la Comisión propuso algunas modificaciones adicionales a las que tienen que ver con el asegurador estatal propiamente tal, pero que le permiten a Fonasa desenvolverse en un ambiente adecuado para cumplir con su rol de garante de la entrega del plan de salud.

## **PROPUESTAS SOBRE EL MARCO DE ACCIÓN PARA FONASA**

### **P1. Plan de Salud Universal (PSU)**

La autoridad de salud debe definir un plan de salud con acceso para toda la población. Este plan debe considerar las necesidades de salud de todos los habitantes de manera integral y comprehensiva. Es fundamental que se expliciten (i) los beneficios a los que se tiene derecho, (ii) los estándares con que dichos beneficios se entregarán —ya sea por prestadores públicos o privados—, y (iii) las garantías de protección financiera para asegurar el acceso de todos. El plan de salud se ha de articular en torno a soluciones a los problemas de salud de las personas, con incentivos para desarrollar y fortalecer un modelo de atención promocional y preventivo, integrado, continuo y coordinado.

Se propone que el contenido y la cobertura del Plan de Salud Universal sean definidos por la autoridad sanitaria nacional, mediante una institucionalidad técnica, independiente de Fonasa, que asegure una mirada de largo plazo y que considere las necesi-

dades sanitarias presentes y futuras, actualizaciones regulares, así como el marco de recursos y la capacidad con que se cuenta y sus proyecciones. Ha de considerar un esquema de priorización único, transparente, participativo y representativo, que incorpore al menos criterios de costo-efectividad, equidad, eficacia, impacto sanitario y agregación de valor a las personas.

Es primordial que el proceso de definición del plan de salud considere, por una parte, el cálculo del costo de los beneficios según la priorización, tomando en cuenta un contexto de buen uso de los recursos, el modelo de atención que se busca promover y la cobertura esperada. El resultado de dicho cálculo debe ser público, para que la población conozca las sumas necesarias para garantizar la entrega de los beneficios (según los estándares definidos) a los que tendrá derecho en cada momento del tiempo (asumiendo progresividad en la incorporación de beneficios y actualizaciones regulares del plan). Por otra parte, debe atender a la capacidad del país para satisfacer las nuevas coberturas y demandas, así como el marco de los recursos disponibles y su proyección. Esto permite mejorar la rendición de cuentas a la ciudadanía sobre los procesos de asignación presupuestaria.

## **P2. Separación de funciones en salud**

Para asegurar el adecuado funcionamiento del sistema de salud en general —y de Fonasa en particular—, se requiere expli-

tar y separar sus funciones. Las de rectoría y fiscalización (definir políticas y reglas para todo el país y velar por su cumplimiento), deben ser ejercidas de manera independiente, tanto de la función de financiamiento o aseguramiento de la salud, como de la función prestadora de salud (administración de hospitales y otros centros de salud del Estado), con el objeto de ir conduciendo el desarrollo del sistema con una mirada estratégica de largo plazo y con foco en el usuario y sus necesidades.

## **P3. Principios de la seguridad social en salud**

Se considera que el sistema de salud debe avanzar a uno que se rija por los principios de la seguridad social, en coherencia con la legislación nacional vigente, así como con los tratados y pactos internacionales suscritos por Chile. Se busca garantizar que las personas puedan acceder a los servicios de salud a los que tienen derecho en función de sus necesidades, y que el acceso efectivo no se vea limitado por barreras económicas, geográficas o de otro tipo.

## **P4. Consejo Nacional de Salud con mirada de largo plazo**

Se propone considerar la creación de una entidad autónoma, similar al Consejo Nacional de Educación. Sus objetivos serían velar porque la toma de decisiones y las proyecciones se hagan con visión sanitaria de largo plazo y centrada en las necesidades de la población, más allá del ciclo político de

turno, y contribuir en la elaboración y verificación del cumplimiento del plan estratégico del área. La integración de esta entidad debe procurar el carácter técnico, transversal, participativo y transparente.

#### **P5. Transición y ruta clara en la reforma del sistema de salud**

Si bien se ha generado bastante consenso en la necesidad de reestructurar el sistema de salud en varios aspectos, como en el aseguramiento, cualquiera sea el modelo de salud que nuestra sociedad defina, debe haber un período de transición que considere apoyar el desarrollo de las demás áreas para que se ajusten a las nuevas regulaciones, así como etapas, plazos e hitos que deben ser cumplidos. Es fundamental contar con una nueva institucionalidad pública y privada, moderna y fuerte, capaz de hacerse cargo de las nuevas responsabilidades que se le asignen.

#### **4.2. GOBERNANZA**

Se infiere de la norma que la función principal de Fonasa es el financiamiento de las acciones de salud que requieran sus beneficiarios. No obstante, Fonasa tiene reducida independencia en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos financieros. Fonasa es un servicio público dirigido de manera unipersonal cuya dirección superior está a cargo de un Director. Hasta 2016, el cargo de Director era de exclusiva confian-

za del Presidente de la República y desde ese año pasó a ser parte del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP).<sup>15</sup> El Director de Fonasa tiene la labor de dirigir, organizar, coordinar y supervigilar el funcionamiento de Fonasa, de acuerdo con las políticas, normas y planes del Ministerio de Salud (Minsal), lo que redundará, junto con su mecanismo de selección, en que la dirección y ejecución de Fonasa esté fuertemente ligada al énfasis político y coyuntura en que se enmarca cada administración.

Lo anterior plantea la necesidad de un nuevo gobierno corporativo para Fonasa, que asegure más autonomía e independencia, continuidad en las políticas de salud, altas capacidades técnicas, foco en el usuario, e independencia de grupos de interés. Bitrán y Villalobos (2020) mencionan la falta de independencia que tiene Fonasa en su gestión producto de la subordinación que tiene con el Minsal. Este último, además, tiene a su cargo la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que, a su vez, dirige a los prestadores estatales, a los que Fonasa compra servicios de manera preferencial.

#### ***PROPUESTAS SOBRE EL ROL, GOBIERNO CORPORATIVO Y LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE FONASA***

#### **P6. Fonasa como asegurador público de salud**

Fonasa debe ser definido como un asegurador público de salud, cuyo principal objetivo

es garantizar la entrega de un plan de salud universal a sus beneficiarios, según los estándares definidos por la autoridad y el marco regulatorio que lo rige.

### **P7. Consejo Directivo de Fonasa**

Creación de un Consejo Directivo de Fonasa cuya misión será cautelar que la institución cumpla con su objetivo de garante de la entrega del plan de salud a sus beneficiarios. Para ello, su composición debe asegurar alta calificación técnica, reconocido prestigio profesional o académico, en un proceso transparente de selección. Se deberá velar de manera permanente por la conformación de un Consejo diverso que equilibre la experiencia, conocimiento técnico y legitimidad social, y por evitar la captura por grupos de interés. El Consejo deberá contar con un número de miembros impar (ejemplo, entre 5 y 9 miembros), considerando ambos géneros, según lo establecido en el marco de la normativa relativa al SADP, y la participación de los beneficiarios de Fonasa, en un proceso de elección que vele por que se logre una representación amplia de la visión e intereses en materia de salud de los usuarios en general.

Sus integrantes deberán ser remunerados y elegidos de a uno por el Presidente de la República, a partir de una quina propuesta por el SADP, y deberán ser ratificados por el Senado. Permanecerán por periodos que sean independientes del ciclo político (ejemplo, tres o seis años) y se renovarán

por parcialidades.<sup>16</sup> Los consejeros cesarán en su cargo por cumplimiento del plazo de nombramiento, incompatibilidad o inhabilidad sobreviniente, faltas graves al cumplimiento de sus funciones, según se detalle en la ley, o renuncia.

Sus principales funciones serán participar en la selección, evaluación y remoción del Director Ejecutivo y aprobar el plan estratégico, las políticas generales de gestión financiera, de riesgo y de compra, así como la estructura interna. Asimismo, deberá supervisar y evaluar la gestión del Director Ejecutivo. Sus actas deben ser públicas.

### **P8. Director Ejecutivo de Fonasa**

El proceso de selección del Director Ejecutivo propuesto contiene tres etapas. Primero, el SADP deberá preseleccionar ocho candidatos para el cargo, en base al perfil del cargo definido por el Consejo Directivo de Fonasa, que incluirá los requisitos técnicos y competencias necesarias. Esa preselección será presentada al Consejo Directivo de Fonasa, que elaborará una terna a ser presentada al Presidente de la República. Este último nombrará al Director de entre dicha terna.

La duración del cargo de Director debe diferir de los cambios de gobierno. Por ejemplo, como es la regla general para los cargos del SADP, podría tener una duración de tres años, renovable por dos periodos.

El Director cesará en el cargo por cumplimiento del plazo de nombramiento, incompatibilidad o inhabilidad sobreviniente o renuncia. Asimismo, puede ser removido por incumplimiento grave de sus funciones y de su convenio de desempeño, el que debe ser elaborado según la normativa actual. Su remoción será propuesta y justificada por el Consejo Directivo al Presidente de la República, en quien recaerá la tarea de remoción.

El Director Ejecutivo de Fonasa deberá participar en las sesiones del Consejo Directivo con derecho a voz, exceptuando las sesiones dedicadas a seleccionar, evaluar o remover a quien esté en dicho cargo.

### **Pg. Estructura interna y participación ciudadana**

Se debe mantener la flexibilidad en la organización interna de Fonasa. Será atribución del Director Ejecutivo fijar su estructura, con aprobación del Consejo Directivo. No obstante, se propone señalar en la ley la cantidad máxima de divisiones, así como las funciones críticas mínimas que debieran estar consideradas (ejemplo, financieras y de riesgo). Los directores de segundo nivel deben ser seleccionados por el Director en el marco del SADP.

Se deben fortalecer y descentralizar en mayor medida las unidades pertinentes de Fonasa a nivel regional y comunal, procurando a la población accesibilidad a sus servicios,

para cumplir las funciones de asegurador y agilizar la solución de problemas de salud en dichos lugares.

Respecto de la participación ciudadana, en cumplimiento con la legislación,<sup>17</sup> Fonasa debe contar con un Consejo de la Sociedad Civil (conocidos como COSOC), elegido por el sistema legalmente establecido. Se propone fortalecer la incidencia de estos estableciendo la regularidad de las reuniones, un espacio físico adecuado, una plataforma tecnológica para publicar sus actas y definición de sus objetivos, así como las materias específicas en que deberá ser consultado por el Consejo Directivo de Fonasa, antes de tomar decisiones en dichas materias. Ello debe establecerse formal y públicamente, de manera de hacerlo exigible. Además, el COSOC debiese estar activamente involucrado en la cuenta pública participativa anual de la institución.

### **4.3. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE FONASA**

Las atribuciones y funciones de Fonasa se pueden desagregar según si son propias de los aseguradores, así como también según el nivel de autonomía con que Fonasa cuenta en la ejecución de cada una de ellas.

#### **a) Funciones relativas a los aseguradores**

- **Financiamiento de prestaciones de salud**

Una de las principales funciones de Fona-

sa consiste en financiar las prestaciones de salud que se otorguen a sus beneficiarios, función para la que tiene exclusividad.<sup>18</sup> Para ello, Fonasa tiene la atribución de recolectar, administrar y fiscalizar los recursos con que cuenta.<sup>19</sup> El financiamiento de Fonasa proviene principalmente del aporte fiscal definido anualmente en la Ley de Presupuestos del Sector Público y de las cotizaciones. Adicionalmente, los copagos que efectúen sus usuarios en la MAI son legalmente de su propiedad, por ello la norma indica que los puede condonar (parcial o totalmente) cuando los afiliados se atienden en esta modalidad de atención.<sup>20</sup>

Si bien Fonasa es el encargado de financiar las prestaciones de salud, no cuenta con independencia en la administración de los recursos para ese fin. Por una parte, la ley le permite sólo incidir en la atención secundaria y terciaria. Ello, porque tanto los recursos para la atención primaria de salud, en su mayoría administrada por los municipios, como el mecanismo de pago son determinados principalmente por el Minsal, según el mecanismo y los criterios establecidos en la Ley N° 19,378 de 1995.<sup>21</sup>

Por otra parte, Fonasa tampoco cuenta con la atribución para definir de manera independiente el financiamiento de la atención de mayor complejidad (como la de especialidad y la hospitalaria), que representa cerca de 70,2%<sup>22</sup> del presupuesto que destina al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).<sup>23</sup> Los mecanismos de pago<sup>24</sup> y las

restricciones al uso de los recursos están definidos en leyes permanentes<sup>25</sup> y en la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año.

Los métodos de pago a prestadores utilizados hasta 2019 no estaban asociados a la resolución de los problemas de salud, no fomentaban la costo-efectividad (disminuyendo consultas e intervenciones innecesarias) ni la atención continua y coordinada,<sup>26</sup> ni se ajustaban a las necesidades de la población. Las excepciones son los pagos asociados a un grupo de prestadores privados que reciben financiamiento mediante Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y el cambio en el método de pago a 65 hospitales en 2020, a los que se les comenzó a pagar por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).<sup>27</sup>

#### • Clasificación de beneficiarios, tratamiento de datos y relación con usuarios

Fonasa tiene la facultad autónoma de tratar datos sensibles de sus afiliados, tanto para motivos sanitarios, como para determinar los beneficios a los que tienen acceso sus afiliados. Sin embargo, tiene baja capacidad actualmente para el manejo y análisis de dichos datos. En parte ello se explica por el acceso a los datos, ya que la información que registra la APS no asocia las prestaciones con los usuarios y además, no se envían a Fonasa, salvo lo referido a la validación de inscritos. En los niveles de mayor complejidad no existe el registro unificado de la atención por cada usuario.<sup>28</sup> Ello dificulta a

Fonasa el análisis exhaustivo del riesgo de sus usuarios, así como la estimación de las necesidades sanitarias futuras y la planificación de la atención.

• **Fiscalización de la entrega del plan de salud según los estándares, derechos y condiciones pactadas**

Fonasa debe asegurar el cumplimiento de las garantías de acceso, protección financiera, calidad y oportunidad para los diagnósticos y tratamientos de las condiciones de salud que cuentan con GES, actuando entonces como garante de sus beneficiarios. Sin embargo, ello no ocurre con los beneficios que no cuentan con dichas garantías. Fonasa debe velar por el cumplimiento de las normas y estándares que se establezcan para la entrega de dichos servicios en lo referente a la atención bajo la MLE, pero dicha fiscalización recae en el Minsal para el caso de las atenciones realizadas bajo la MAI. El DFL1 de 2005 establece que el Minsal debía definir las normas e instrucciones que se deben cumplir al otorgar los servicios de salud para la atención de condiciones de salud sin GES, sin embargo, hasta ahora no se han dictado, lo que ha impedido a Fonasa ejercer dicha facultad.

• **Convenios con prestadores**

Respecto a los convenios con entidades privadas, se establecen algunas condiciones a Fonasa sobre el precio a pagar y el monto máximo que puede destinar a dichos convenios. En primer lugar, deben realizar-

se a precios establecidos en el arancel de Fonasa (el que es fijado por el Minsal con el Ministerio de Hacienda a propuesta de Fonasa). Por otro lado, el monto destinado a dichos convenios en la MAI no puede superar el 10% del presupuesto de dicha modalidad.

La facultad de Fonasa de establecer convenios se ve limitada en relación con el tipo de prestadores, definición de montos a pagar, mecanismos de pago y exigencias más allá de las legales (amonestaciones, multas, suspensión del convenio, entre otras) y, además, en dichos convenios participa también la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por lo que Fonasa no puede definir el contenido del convenio en una negociación directa únicamente con cada Servicio de Salud.

**b) Otras funciones**

• **Financiamiento de inversión (infraestructura y equipamiento) en prestadores**

Fonasa tiene a la red de prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud como red preferente y, en la práctica, realiza la función de inversión en infraestructura y equipamiento. Dicha labor parece ajena a la función de un asegurador de velar por la entrega de un plan de salud, ya que ello es parte de la gestión propia de la institucionalidad a cargo de las redes de prestadores (actualmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales).

### • Ley Ricarte Soto

Si bien el financiamiento de prestaciones de salud a sus beneficiarios es un rol del asegurador, en el caso de los tratamientos y diagnósticos de alto costo (Ley N° 20.850 de 2015, conocida como Ley Ricarte Soto), a Fonasa le corresponden más atribuciones: (i) debe administrar todos los recursos asociados a la norma, y financiar prestaciones a personas beneficiarias de otros esquemas de previsión; y (ii) debe administrar el sistema de información asociado a dicho sistema.

### c) Lo que Fonasa no puede hacer

Fonasa no tiene atribuciones legales en todo lo relativo a la APS. La definición de los montos y mecanismos de pago queda fuera del alcance de Fonasa.<sup>29</sup> Ello impide que influya en la coordinación y fiscalización de la entrega de la atención de salud.<sup>30</sup>

En segundo lugar, Fonasa no tiene atribuciones legales ni reglamentarias respecto de la autorización y del pago del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) asociado a las licencias médicas, a diferencia de las Isapres que realizan ambas funciones. La autorización se da a través de la Unidad de Licencias Médicas de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) para las licencias de menos de 30 días y las relativas a maternidad.

### **PROPUESTAS RESPECTO DE LAS FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE FONASA**

Del análisis anterior se desprende que Fonasa no cuenta con las atribuciones necesarias para disponer de los recursos asociados al financiamiento de todas las prestaciones de salud. En particular, no define el financiamiento de la APS, los métodos de pago, los contenidos de los convenios, ni puede fiscalizar el cumplimiento de los estándares establecidos. A partir del análisis se elaboraron propuestas relacionadas con las funciones de Fonasa que abordan cuatro áreas: (i) relación con beneficiarios; (ii) gestión financiera; (iii) relación con prestadores; y (iv) gestión del riesgo.

rias para disponer de los recursos asociados al financiamiento de todas las prestaciones de salud. En particular, no define el financiamiento de la APS, los métodos de pago, los contenidos de los convenios, ni puede fiscalizar el cumplimiento de los estándares establecidos. A partir del análisis se elaboraron propuestas relacionadas con las funciones de Fonasa que abordan cuatro áreas: (i) relación con beneficiarios; (ii) gestión financiera; (iii) relación con prestadores; y (iv) gestión del riesgo.

### (i) Relación con beneficiarios

#### **P10. Garantía de la entrega del Plan de Salud Universal**

Es el asegurador público el que debe actuar como garante del acceso de sus usuarios a los beneficios del plan, según los estándares definidos y las condiciones pactadas. Por ello, ante incumplimientos en la entrega del plan de salud, Fonasa podrá establecer las condiciones y sanciones necesarias para que los prestadores respondan de manera adecuada. Cuando ello no ocurra, sus beneficiarios podrán exigir a Fonasa el cumplimiento de sus derechos, así como en las instancias superiores (SdS), como se señala posteriormente.

#### **P11. Afiliación y cobertura en zonas alejadas**

Se plantea que Fonasa mantenga la facultad de decisión técnica y operacional respecto de la afiliación de beneficiarios (y su clasificación en caso de que exista). Se propone que Fonasa sea la opción por defecto,

es decir, quienes no están inscritos en otra entidad previsional, serán por defecto beneficiarios de Fonasa sin necesidad de realizar trámites adicionales, en la medida que cumplan con los requisitos establecidos por la normativa. Para eso, Fonasa debe poder requerir la información que sea necesaria a las instituciones pertinentes, respetando la confidencialidad de los datos personales.

#### **P12. Información a la población**

Fonasa debe informar sobre los beneficios a los que tienen derecho sus beneficiarios, las garantías explícitas, las formas de acceder a soluciones sanitarias y políticas públicas vigentes, así como las vías para efectuar reclamos en caso que no se logre acceder a estos en las condiciones pactadas. Este rol puede ser compartido con otras autoridades (Minsal, SdS, entre otras).

#### **(ii) Gestión financiera**

#### **P13. Recaudación de cotizaciones, copagos y aporte fiscal**

Fonasa debe recibir y cautelar el uso de todos los recursos asociados al financiamiento del Plan de Salud Universal de sus beneficiarios, lo que implica recaudar las cotizaciones y recibir íntegramente el aporte fiscal definido en la Ley de Presupuestos del Sector Público. En caso que el Plan de Salud Universal considere copagos por parte de los usuarios, Fonasa debe poder establecer todos los mecanismos para recupe-

rarlos, cuando estos sean recibidos por los prestadores.

#### **P14. Administración de recursos**

Fonasa debe disponer del uso de la totalidad de los recursos asociados al plan de salud en cada año calendario, para garantizar su entrega según los estándares definidos y condiciones pactadas. Así, dentro del marco de recursos presupuestados, debe poder determinar cómo se gastan dichos recursos, algo que no acontece en la actualidad.

#### **(iii) Relación con prestadores**

#### **P15. Decisión de compra**

Dado su rol de garante de la entrega del plan de salud con sus estándares asociados, Fonasa comprará a redes de prestadores de servicios de salud capaces de ofrecer soluciones integrales para los problemas de salud de sus beneficiarios. Se plantea que el proveedor preferente de Fonasa sea el sistema público prestador de servicios de salud articulado en redes (por ejemplo, funcionales, territoriales), pudiendo ser complementado por otros prestadores, según criterios definidos previamente (orden de prelación), cuando las primeras no tengan la capacidad de atender a sus beneficiarios dentro de los estándares que se establezcan en el Plan de Salud. Fonasa debe cautelar la integralidad del Plan de Salud Universal definido por la autoridad sanitaria según la institucionalidad propuesta, en

particular, fortaleciendo el rol de la atención primaria, debido a la preponderancia que ésta tiene en la prevención, así como en la promoción y cuidado de la salud.

Tal como ocurre actualmente, se contempla una modalidad de atención de libre elección. No obstante, la nueva MLE deberá operar en base a soluciones de problemas de salud de la población, a la que podrán acceder los beneficiarios que así lo deseen y la cobertura del plan lo permita, para lo que Fonasa deberá comprar preferentemente a redes de prestadores de servicios de salud, también considerando criterios definidos previamente.

Se debe desincentivar la atención fuera de las redes en la medida que se cumpla con las condiciones de entrega de los servicios en las redes preferentes (por ejemplo, mediante una menor cobertura financiera), con objeto de hacer un buen uso de los recursos.

#### **P16. Mecanismos de pago a prestadores**

Fonasa deberá definir qué métodos usará para pagar a sus redes de prestadores de salud (y prestadores individuales cuando corresponda), sean estos públicos, privados y de mayor o menor complejidad, puesto que los mecanismos de pago deben permitir alinear los objetivos de los prestadores con los de Fonasa. Dichos instrumentos, al servicio de los objetivos que se busca impulsar, deben promover tanto la conforma-

ción de redes y traspasarles riesgo financiero y responsabilidades en el cumplimiento de las garantías, como la integración, eficiencia, oportunidad, calidad y continuidad de la atención (evitando la fragmentación), la coordinación entre los diferentes niveles de atención y la entrega de soluciones integrales de salud, todo ello, con foco en las necesidades de su población. Lo anterior no ocurre con los métodos de pago actuales, como presupuestos históricos, pago por servicio y mecanismos de pago que no integran los diferentes niveles de atención que, entre otros, no estimulan la eficiencia, integración ni continuidad de la atención.

#### **P17. Convenios con prestadores**

Fonasa acordará en contratos o convenios las condiciones para la entrega de los recursos (como por ejemplo, metas sobre resultados clínicos, de morbilidad de la población, de satisfacción y trato usuario, de tiempos de espera, de coordinación entre prestadores, de entrega de información y derivaciones, tanto para la atención primaria como para la de mayor complejidad), su duración (uno o más años), premios o estímulos a prestadores de buen desempeño y las sanciones asociadas a los incumplimientos (por ejemplo, devolución de pagos y traslado de beneficiarios a otro prestador), entre otros. Los convenios son el instrumento con que cuenta Fonasa para asegurar el cumplimiento de la entrega del plan de salud a sus usuarios, en las condiciones pactadas y según los estándares definidos por la auto-

ridad. Para que sea efectivo, Fonasa debe tener las atribuciones para hacer exigible el cumplimiento del contrato o convenio, especialmente en el caso de infracciones, mediante la potestad de hacer cumplir las sanciones asociadas (económicas, término de compra de servicios y traslado de beneficiarios).

#### (iv) Gestión de riesgo

##### **P.18. Capacidad de gestión de riesgo**

Para que la entrega del plan de salud sea acorde a las necesidades de los usuarios, se requiere conocer el perfil socio sanitario de estos, lo que permite, por ejemplo, encontrar y caracterizar los grupos de riesgo y los costos asociados a su atención, y con ello adecuar las acciones asistenciales, promocionales y preventivas a las necesidades identificadas (como uso de dispositivos de autogestión en salud o cuidado domiciliario). Esto implica desarrollar una capacidad técnica de primer nivel. En ello es fundamental que Fonasa pueda solicitar la colaboración de los distintos órganos del Estado, y obtener de ellos toda la información y documentos necesarios para el examen de las situaciones comprendidas en el ámbito de su competencia, así como también a otras entidades con que se relacione. Todo lo anterior requiere también fortalecer las áreas asociadas a dichas labores en Fonasa. Asimismo, se plantea que Fonasa pueda exigir a todos los prestadores con los que establezca un convenio, el uso de platafor-

mas de información clínica interoperables que permitan recopilar la información que cada establecimiento tiene de su población beneficiaria y con ello, gestionar el riesgo de mejor manera, respetando la confidencialidad de los datos personales.

#### **4.4. RELACIÓN CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y LA INVERSIÓN EN LOS PRESTADORES**

Para que un sistema de salud basado en un esquema de seguro se desempeñe adecuadamente, se requiere de una buena gobernanza del sistema como un todo, por lo que existen funciones que deben ser ejercidas por otras entidades. Una de las funciones más importantes es la generación de información, ya que es fundamental para monitorear el cumplimiento de la entrega del plan en las condiciones pactadas y así apoyar la toma de decisiones de las diferentes entidades involucradas en el sistema de salud. Esta función puede alojarse en diversas entidades, lo importante es que sea completa, oportuna, transparente, técnicamente adecuada, fácilmente accesible y pública. A continuación, se señalan otras funciones consideradas relevantes en el contexto de una reforma a Fonasa, las que se pueden asociar a entidades existentes.

La supervisión al propio Fonasa está actualmente en manos de la SdS en lo relativo a las prestaciones con GES y en todo lo relacionado con los derechos de los benefi-

ciarios.<sup>31</sup> Sin embargo, es escaso el nivel de injerencia que tiene la SdS para fiscalizar la entrega de prestaciones sin GES. La entidad fiscalizadora exige a las Isapres enviar información acerca de su desempeño, nivel de protección y cobertura de afiliados, entre otros, mientras que ello no ocurre con Fonasa. Esto se traduce en una baja transparencia del asegurador público y su funcionamiento, lo que dificulta evaluar su desempeño.<sup>32</sup>

Algo similar ocurre con las sanciones ante incumplimientos que aplica la SdS, que difieren cuando se trata de Fonasa (sumario administrativo) o Isapres (multas), siendo más efectivas las que se aplican a estas últimas. Adicionalmente, en la práctica se ha visto que ha existido resistencia por parte de Fonasa a la fiscalización de la SdS, bajo el argumento de que el ente fiscalizador de Fonasa es en realidad la Contraloría General de la República.<sup>33</sup> Una de las falencias que plantean Bitrán y Villalobos (2020) respecto a Fonasa es justamente que no está sujeto a los mismos estándares regulatorios que los otros aseguradores, como el hecho de que no puede ser multado ante incumplimiento de la garantía explícita de salud de oportunidad, a diferencia de las Isapres. Ello explicaría, al menos en parte, que incluso antes de la pandemia del Coronavirus existieran casi ocho mil casos con garantías de oportunidad retrasadas en Fonasa, mientras que no existen dichos casos en Isapres.<sup>34</sup>

Por otro lado, como se mencionó previamente, entre las funciones de Fonasa está la de financiar infraestructura y equipamiento para los prestadores de salud, función que es ajena a las funciones de un asegurador de salud que tiene como objetivo velar por la entrega de un plan de salud a la población. Dicha función es propia de la entidad que esté a cargo de las redes de prestadores, la que, en el caso de la red estatal, corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

### ***PROPUESTAS SOBRE LA RELACIÓN CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y LA FUNCIÓN DE INVERSIÓN EN LOS PRESTADORES DE SALUD***

A continuación se presentan las propuestas relativas a la relación de Fonasa con la Superintendencia de Salud y a la función de inversión en los prestadores de salud.

#### **P19. Fiscalización a Fonasa**

La SdS debe poder fiscalizar a Fonasa en todo lo referente al plan de salud cualquiera sea la modalidad de atención, para así garantizar la entrega de los mismos derechos a toda la población. Asimismo, debe exigirle transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad en el uso de los recursos (ejemplo, publicación de un balance financiero o requisitos de solvencia), mediante sanciones efectivas, ya que las actuales son débiles (sumario administrativo). La SdS deberá

contar con los recursos necesarios para esta función, que actualmente no posee.

#### **P20. Mediación entre Fonasa y usuarios y entre Fonasa y prestadores**

La SdS debe poder resolver y mediar cuando no se logren resolver los problemas, reclamos o discrepancias entre Fonasa y sus usuarios o entre Fonasa y los prestadores. Para ello, la SdS debe poder fiscalizar y aplicar sanciones también a prestadores.

#### **P21. Financiamiento de la inversión**

Se plantea que la función que actualmente tiene Fonasa de financiar la inversión en infraestructura de los prestadores de salud estatales sea exclusiva de la entidad a cargo de los prestadores estatales, actualmente el Minsal. Ello no obsta a que Fonasa (y eventualmente otros aseguradores) participen en una instancia consultiva en la toma de decisiones de inversión y planificación (con el Minsal, gobiernos regionales y municipios), considerando que contará con información relevante de su población (morbilidad, análisis actuariales, calidad y disponibilidad de los servicios entregados).

### **4.5. TRANSICIÓN ADECUADA PARA LA REFORMA INTEGRAL DE FONASA**

El fortalecimiento del rol asegurador público de salud de Fonasa, de su gobierno corporativo, estructura organizacional y de sus funciones y atribuciones, así como los

demás cambios propuestos, son cruciales para que sus beneficiarios tengan acceso oportuno a la solución de sus problemas de salud según los estándares que se definan. Por ello, la comisión considera que los cambios sugeridos no pueden esperar para comenzar a implementarse, aunque entiende que para que dicho inicio y desarrollo sea adecuado se debe contar con una bien diseñada transición.

#### **P22. Transición en etapas, con hitos, plazos y recursos**

Se deben definir etapas concretas en este proceso de reforma, que contengan los cambios a realizar en cada una y los hitos a alcanzar (funciones o entidades que empiezan a operar, como, por ejemplo, las redes de salud bajo el nuevo régimen de garantías, el nombramiento de los miembros del Consejo Directivo), así como plazos definidos y, en especial, los recursos financieros adecuados para viabilizar los cambios, tanto en la transición como en el futuro. Asimismo, las etapas deben considerar también los elementos fundamentales del marco de acción de Fonasa, que deben estar operativos en cada una de ellas (como el plan universal de salud y su institucionalidad, ampliación atribuciones de la SdS).

## CONCLUSIONES

Se requiere con urgencia enfrentar los principales problemas de la ciudadanía en materia de salud, como son el alto gasto de bolsillo y las largas listas de espera en el sector público. Numerosas comisiones asesoras han sido convocadas en los últimos años y diversas han sido las propuestas formuladas para reformar la salud en Chile. Lamentablemente no ha habido avance y las discusiones se han estancado en torno al "modelo de llegada", planteando alternativas al modelo asegurador actual como, por ejemplo, un sistema de seguros sociales mixto o un modelo de asegurador único. Sin embargo, para cualquiera de los modelos de llegada se requiere fortalecer el Fondo Nacional de Salud. La reforma de Fonasa es urgente, especialmente dado que atiende a más de tres cuartas partes de la población.

La reforma integral de Fonasa es crucial para que esta institución se convierta en un asegurador público que se responsabilice por la entrega de un Plan de Salud Universal a sus afiliados. La Comisión para una Reforma Integral de Fonasa convocada por el Centro de Estudios Públicos logró un consenso técnico transversal en cuanto a 22 propuestas de reformas en diferentes ámbitos: 1) marco de acción, 2) gobernanza, 3) funciones y atribuciones, 4) relación con la Superintendencia de Salud y función de inversión en los prestadores, y 5) transición adecuada para la reforma integral de Fonasa.

Varios de los aspectos tratados por la Comisión deben definirse con mayor precisión para una adecuada implementación de los cambios propuestos. No obstante, por limitaciones de tiempo, no fueron desarrollados en esta oportunidad. Uno de los más importantes tiene que ver con la transición. Se requiere definir la cantidad y duración de las etapas de implementación de estas reformas. Para cada etapa es necesario identificar las entidades que empiezan a operar (Consejo Directivo, institucionalidad a cargo de definir el contenido, estándares y costo del plan, Consejo Nacional de Salud, etcétera) y las funciones que se hacen efectivas (exigencias a Fonasa, nuevos contratos, tiempos de entrega del contenido del plan, entre otros).

Con todo, se espera que este documento pueda contribuir al debate actual y con ello avanzar hacia la entrega de una mejor atención y calidad de la salud a la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Interamericano del Desarrollo. 2014. "Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional". División de protección social en salud.
- Banco Mundial. 2012. "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar". Banco Mundial de la Salud.
- Benítez, A. y C. Velasco. 2020 "Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud: Comisión para una Reforma Integral de Fonasa", Centro de Estudios Públicos.
- Bitrán, R. y P. Villalobos. 2020. "Oportunidades para mejorar el desempeño del Fondo Nacional de Salud de Chile: lecciones desde la experiencia internacional".
- Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (CEP- ESP). 2017. "Propuesta de modernización de los prestadores de Servicios de Salud estatales".
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1. 2005. "Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley N° 2.763, de 1797 y de las leyes N° 18.933 y 18.469". Ministerio de Salud, República de Chile.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1. 2001. "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado". Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile.
- Decreto Supremo N° 136. 2005. "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud". Ministerio de Salud, República de Chile.
- Dirección de Presupuestos. 2013. "Informe Final Evolución del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud (FONASA)". Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Nancuante, U. 2020. "Estudio jurídico sobre el Fondo Nacional de Salud en relación con su organización y sus atribuciones".
- Paolucci, F. y C. Velasco. 2017. "Reformando el sistema de seguros de salud chileno: elección, competencia regulada y subsidios por riesgo". Debates de Política Pública, N°25. Centro de Estudios Públicos.
- Savedoff, W. D. y P. Gottret. 2008. "Governing Mandatory Health Insurance. Learning from Experience". Washington DC: Banco Mundial.

# ANEXO

**CUADRO 1 DESCRIPCIÓN INSCRIPCIÓN A FONASA**

FUNCIONES	DETALLE CONTENIDO
Regulatorias y de política	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño esquema (financiamiento, criterios elegibilidad, beneficios).</li> <li>• Elección de institución que administra el esquema.</li> <li>• Establecimiento de estándares de calidad para proveedores y para comunicación con beneficiarios.</li> <li>• Establecimiento de normas para asegurar solvencia y protección de consumidores.</li> </ul>
Relación con proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección de proveedores.</li> <li>• Promoción de calidad (mecanismos de pago, acreditación, auditorías).</li> <li>• Negociación con proveedores.</li> <li>• Cumplimiento condiciones contratos.</li> <li>• Procesamiento de reembolsos.</li> <li>• Pago a tiempo y según contrato.</li> </ul>
Gestión financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión financiera y planificación para asegurar solvencia (manejo de caja y flujos).</li> <li>• Análisis actuarial para prevenir déficit y tomar medidas (alza de primas, reducción beneficios, control de costo y revisión cobertura reaseguros).</li> <li>• Reportes financieros transparentes y rigurosos a los accionistas, incluyendo auditoría anual.</li> <li>• Aplicar ajustes de riesgo (si es necesario) entre aseguradores.</li> </ul>
Comunicación con beneficiarios, afiliación y recaudación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar a la población sobre el esquema de seguro.</li> <li>• Llegar a población alejada.</li> <li>• Educar a beneficiarios sobre beneficios a los que tienen derechos.</li> <li>• Afiliar beneficiarios.</li> <li>• Recaudar recursos.</li> <li>• Revisión y resolución de reclamos.</li> <li>• Asegurar registro de empleados y pago de cotizaciones por parte de empleadores.</li> </ul>
Comunicación con beneficiarios, afiliación y recaudación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño (compra) de sistemas informáticos y uso de la información para las demás funciones.</li> <li>• Captura de datos de proveedores (uso, diagnósticos, patrones de prácticas, resultados clínicos).</li> <li>• Apoyar análisis de los datos para la toma decisiones de gestión y así mejorar la calidad, equidad y eficiencia.</li> <li>• Desarrollo de sistemas para apoyar el control de costos, aseguramiento de calidad y cumplimiento (proveedores y beneficiarios), con reglas para derivaciones, tiempos de espera y manejo de casos.</li> </ul>

**Fuente |** Dirección de Presupuesto (2013), Banco Mundial (2012).

## NOTAS AL PIE

**1 |** La garantía de acceso es el derecho a recibir los servicios contenidos en el PSU. La garantía de calidad es el derecho a que los servicios del PSU sean otorgados por un prestador acreditado o registrado. La garantía de oportunidad es el derecho a que los servicios del PSU sean otorgados en el plazo máximo establecido. Y, por último, la garantía de protección financiera es el derecho a la bonificación o monto del precio del servicio del cual Fonasa se hará cargo para cada servicio incluido en el PSU.

**2 |** Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. OCDE/Banco Mundial (2020).

**3 |** Glosa 06 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponibles en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Ord-251-Glosa-06.pdf> (al 31 de diciembre de 2019).

**4 |** La coordinación estuvo a cargo de Carolina Velasco con el apoyo de Alejandra Benítez (ambas del Centro de Estudios Públicos). Los otros integrantes de la Comisión fueron: Isabel Aninat (Facultad de Derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez), Óscar Arteaga (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile), Cristóbal Cuadrado (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile), Álvaro Erazo (Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile), Natalia González y en su reemplazo durante algunas

sesiones María Trinidad Schleyer (Libertad y Desarrollo), Manuel Inostroza (Consortio de Universidades para Políticas de Salud), Sebastián Izquierdo y en su reemplazo durante algunas sesiones Juan Carlos Said (Horizontal), Liliana Jadue (Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo), Alejandra Palma (Libertad y Desarrollo), Verónica Pinilla (Fundación Chile 21) y Héctor Sánchez (Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional Andrés Bello).

**5 |** Resolución Exenta N° 10 de la Superintendencia de Pensiones del 10 de enero de 2020.

**6 |** Este debe considerar ciertos contenidos mínimos: prestaciones incluidas en el Régimen de Prestaciones Generales y subsidio de incapacidad laboral.

**7 |** Superintendencia de Salud 2019.

**8 |** Dirección de Presupuestos (Dipres) (2020). "Informe de ejecución trimestral 2019" Ministerio de Hacienda Gobierno de Chile.

**9 |** Los beneficiarios del grupo A pueden usar prestadores privados únicamente en casos excepcionales (Ley N° 19.650 de 1999 o Ley de Urgencia). De lo contrario deben pagar el total del precio de la prestación (Fonasa no les otorga cobertura).

**10 |** Los prestadores deben inscribirse en

uno de los tres niveles de prestadores en convenio según el arancel cobrado (nivel 1 corresponde al menor arancel y nivel 3 al mayor) y el precio que pueden cobrar puede ser como máximo el arancel del nivel en el que están inscritos. El monto cubierto por Fonasa se establece según el arancel definido.

**11 |** A través de un decreto de los ministerios de Salud y de Hacienda se determinan las prestaciones, el arancel y la proporción mínima del arancel que Fonasa debe cubrir. Por la misma vía, se pueden determinar otras excepciones en cuanto a cobertura, siempre y cuando se ajusten a los límites establecidos por la ley. No podrá ser inferior al 75% respecto del Grupo C, ni al 50% respecto del grupo D. Los límites anteriores pueden no cumplirse en el caso de medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas (DFL1 de 2005, artículo 161). Sin embargo, el Decreto Supremo N° 369 de 1989 del Ministerio de Salud (Minsal) permite a los prestadores en convenio de la MLE definir libremente el precio cobrado en los ítems día-cama, derecho de quirófano o pabellón y sala de procedimientos. Por lo tanto, la cobertura para estas atenciones puede ser menor en dichos ítems, ya que serán financiadas con una contribución de un 50% del valor del arancel determinado por Fonasa. El afiliado debe financiar el restante 50% y la diferencia entre el arancel fijado por el Minsal y el precio real asignado por los prestadores. Por otro lado, no existe cobertura

de materiales, insumos médicos o medicamentos mediante la MLE. Esto lleva a que la cobertura efectiva sea bastante baja para ciertos grupos de prestaciones. En 2017 esta fue en promedio de entre 2 y 5% para los días cama, 0% en materiales, insumos médicos y medicamentos hospitalarios y ambulatorios y 36% en exámenes de diagnóstico (Presentación del Director de Fonasa en la comisión de salud de la Cámara de Diputados del 23 de julio de 2019).

**12 |** Las garantías en el caso de los afiliados de Fonasa se otorgan solo si el diagnóstico se realizó en algún prestador de la red estatal (aun así, los beneficiarios pueden elegir al profesional de preferencia dentro del prestador estatal que les corresponda, siempre y cuando existan opciones disponibles y se cumpla la garantía de oportunidad, es decir, el profesional tenga la capacidad de otorgar la prestación dentro del tiempo máximo establecido).

**13 |** Banco Mundial (2012), Dipres (2013), Savedoff y Gotrett (2008).

**14 |** Ley N° 20.850 de 2015.

**15 |** Sin embargo, no ha sido concursado a la fecha, ya que el Presidente ejerció para este cargo la facultad que le otorga la ley para eximir a 12 cargos de dicho sistema de selección.

**16 |** En el primer nombramiento del Consejo

se deberá incorporar un mecanismo transitorio para asegurar que su composición no sea capturada por el gobierno de turno al tener la posibilidad de nombrar a todos sus miembros.

**17** | Ley N° 20.500 de 2011 y el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2001).

**18** | Nancuante (2020).

**19** | Estos son: (i) aportes de la Ley de Presupuestos del Sector Público; (ii) ingresos por cotizaciones de salud; (iii) copagos que realicen los afiliados; (iv) recursos que la ley haya destinado al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados; (v) frutos de sus bienes e inmuebles; (vi) participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones u otros ingresos; (vii) empréstitos y créditos internos y externos; (viii) demás recursos que establezcan las leyes (Artículo 55 del DFL1 de 2005).

**20** | Nancuante (2020).

**21** | Dicho mecanismo corresponde a un pago por persona registrada. El monto se calcula según el valor estimado de entregar el Plan de Salud Familiar, elaborado por el Minsal, y los costos de administración y farmacia. El monto se ajusta según nivel de pobreza, ruralidad, zona geográfica, dificultad de desempeño y número de adultos

mayores de la comuna. Adicionalmente, la APS recibe transferencias por pagos asociados a desempeño y metas, que se establecen en las Leyes N° 19.813, 20.157 y 20.050.

**22** | Incluye pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico y Programa de Prestaciones Institucionales.

**23** | El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está compuesto por las personas e instituciones públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Minsal. Ello incluye los 29 servicios de salud que forman parte de la red estatal de prestadores de salud (DFL1 de 2005).

**24** | Los mecanismos de pago que se utilizaban hasta 2019 eran tres: (i) Programa por Prestaciones Valoradas (PPV), basado en pago por diagnóstico, (ii) Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), que se basa en el gasto histórico del establecimiento, y (iii) aportes extraordinarios que realiza el Ministerio de Hacienda para el pago de deudas hospitalarias, acortar listas de espera y recursos para inversión. Los pagos a través de PPV y PPI se definían cada año en la ley de presupuestos del sector público (CEP-ESP 2017).

**25** | Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; DFL1 de 2005.

**26** | CEP-ESP 2017.

**27** | En el presupuesto de Fonasa para el año 2020, se incluyó una nueva partida para pagar a 65 hospitales llamada Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). El pago por GRD o por solución de un diagnóstico (se ajusta por severidad y complejidad) traspasa riesgo financiero a los prestadores, quienes asumen los costos de una mayor utilización de recursos a la esperada. En la MLE se utiliza principalmente el pago por servicios y alrededor de la cuarta parte se financia mediante el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). El PAD corresponde a un monto fijo por un paquete de procedimientos médicos y quirúrgicos para el tratamiento de alguna condición de salud (cirugía, días cama, medicamentos, insumos, exámenes), del cual los usuarios pagan una proporción, entregándoles así certeza del desembolso que deberán hacer por la atención.

**28** | Ello sólo ha ocurrido para las atenciones consideradas en el PPV (actualmente para GRD) y la MLE.

**29** | Artículo 50 del DFL1 de 2005.

**30** | A partir de 2012 existen pagos por desempeño colectivo y por mejoras en trato usuario en dicho nivel de atención, aunque dichas bonificaciones no parecen ser muy exigentes y Fonasa no tiene facultades para exigir a este nivel de atención (CEP-ESP 2017).

**31** | Nancuante (2020).

**32** | Bitrán y Villalobos (2020).

**33** | Banco Interamericano de Desarrollo (2014).

**34** | Glosa 06 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Ord-251-Glosa-06.pdf> (al 31 de diciembre de 2019). <https://www.subtel.gob.cl/trafico-total-de-internet-fija-y-movil-crece-40-a-marzo-de-2020-impulsado-por-la-pandemia-de-covid-19/>.