

# Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud

*Comisión para una  
Reforma Integral de Fonasa /*

*Editoras:*

Alejandra Benítez U.

Carolina Velasco O.

## Índice /

Agradecimientos	11
Presentación	13
Comisión para una Reforma Integral de Fonasa	17
Resumen ejecutivo	19
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>UNA REFORMA INTEGRAL DEL FONDO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>33</b>
<b>Comisión para una Reforma Integral de Fonasa</b>	
1. Antecedentes	
1.1. Esquemas de aseguramiento en salud	
1.2. Marco de análisis para el diagnóstico y propuestas para la reforma integral de Fonasa	38
2. Diagnósticos y propuestas para la reforma integral del Fondo Nacional de Salud	40
2.1. Aspectos para considerar del sistema de salud en el que se desempeña Fonasa	40
2.2. Reforma integral de Fonasa: definición de su rol, de un nuevo gobierno corporativo y estructura organizacional	43
2.3. Funciones y atribuciones de Fonasa	46
2.4. Fonasa y su relación con la Superintendencia de Salud y la función de inversión en los prestadores	59
2.5. Transición adecuada para la reforma integral de Fonasa	62
3. El proyecto de ley que reforma Fonasa y crea un plan universal de salud	62
4. Aspectos no desarrollados en este documento	67
5. Referencias	68
6. Anexo	71

## SEGUNDA PARTE

### ESTUDIOS ENCARGADOS POR LA COMISIÓN

#### ***Estudio jurídico sobre el Fondo Nacional de Salud en relación con su organización y sus atribuciones***

<b>Ulises Nancuante Almonacid</b>	79
1. La institucionalidad de Fonasa	79
1.1. Orígenes y evolución normativa	79
1.2. Naturaleza y características	81
1.3. Finalidad	81
1.4. Organización y estructura	83
1.5. Ubicación de Fonasa en el sistema de salud	85
2. Las atribuciones y funciones de Fonasa	86
2.1. Atribuciones y funciones propias	86
2.2. Atribuciones y funciones no exclusivas	95
2.3. Atribuciones y funciones de colaboración facultativas	98
2.4. Atribuciones y funciones de colaboración obligatorias	99
2.5. La atención primaria de salud (APS)	100
3. Fonasa y su relación con las licencias médicas y el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)	102
3.1. Antecedentes normativos	102
3.2. Autorización de licencias médicas	102
3.3. Instancias de reclamos	103
3.4. Pago de los SIL	103
3.5. Participación de Fonasa en las licencias médicas	103
4. La relación de Fonasa con los prestadores públicos de salud	104
4.1. La red asistencial	104
4.2. El financiamiento de los prestadores del SNSS	105
4.3. Los prestadores preferentes de Fonasa	107
5. La supervigilancia que hace la Superintendencia de Salud a Fonasa	107
5.1. Ámbito de acción de la Superintendencia de Salud	107
5.2. La supervigilancia y control sobre Fonasa	108
5.3. Supervigilancia y control de las GES	109
5.4. Los reclamos que resuelve la Superintendencia de Salud	110
5.5. Las sanciones que puede aplicar la Superintendencia de Salud a Fonasa	111
6. Comentarios finales	111
7. Referencias	112

***Oportunidades para mejorar el desempeño del Fondo Nacional de Salud de Chile:  
lecciones desde la experiencia internacional***

<b>Ricardo Bitrán Dicowsky y Pablo Villalobos Dintrans</b>	115
<b>Bitrán y Asociados Ltda.</b>	
1. Objetivos y antecedentes	115
2. Tipos de sistemas y aseguradores de salud y la importancia de la gobernanza	116
2.1. Tipos de sistemas de salud	117
2.2. Tipos de aseguradores de salud	120
2.3. La importancia de la gobernanza	122
3. Metodología: criterios de selección de casos y variables de análisis	122
4. Análisis de casos	124
4.1. Caso 1: Australia	125
4.2. Caso 2: Bélgica	130
4.3. Caso 3: Corea del Sur	136
4.4. Resumen de los casos	141
5. Conclusiones: lecciones para Fonasa	142
6. Referencias	146
7. Anexo	151
Reseñas	157

## Agradecimientos /

Parte importante del análisis y propuestas de este documento se basan en las presentaciones que realizaron a la comisión diversos participantes que contribuyeron con su amplio conocimiento de Fonasa, desde sus diferentes perspectivas. Agradecemos la presentación del actual director de Fonasa, Marcelo Mosso, la ex directora de Fonasa, Jeanette Vega, los miembros de la directiva de la Asociación Nacional de Funcionarios de Fonasa, la presidenta de la Fundación Me Muevo representando a los pacientes de Fonasa, Cecilia Rodríguez, la coordinadora de la Unidad de Análisis Económico en Salud de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, Daniela Sugg, y de José L. Contreras y Raúl Aguilar de la Comisión Nacional de Productividad. Junto con ello, agradecemos las conversaciones con otras autoridades, ex autoridades, académicos y ciudadanos que nos guiaron y resolvieron dudas durante el desarrollo de este trabajo. Agradecemos también a Ulises Nancuante, Ricardo Bitrán y Pablo Villalobos por la participación de este trabajo como autores de los artículos encargados y por la presentación de dichos trabajos a la comisión. A Pedro Sepúlveda, diseñador de este libro, por su paciencia y disposición y a muchos otros integrantes del equipo del Centro de Estudios Públicos (CEP) que nos ayudaron con la organización de cada reunión durante el tiempo en que esta comisión sesionó. Gracias a Eduardo Salinas, Leonardo Trincado, Luz Eliana Machuca y Macarena Rivas. A Leonidas Montes, director del CEP, por dar la oportunidad al área de salud de crear esta comisión de trabajo.

## Presentación /

La salud ha sido constantemente uno de los temas prioritarios para la población chilena.<sup>[1]</sup> 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. Ello ocurre, por un lado, en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) cuando se trata de diagnosticar o tratar condiciones de salud que no han sido priorizadas y, por tanto, no cuentan con Garantías Explícitas en Salud (GES). Y, por otro, en las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), ya que existe discriminación por riesgo (rechazo a aquellos con preexistencias y primas diferenciados por edad —y hasta hace poco por sexo), y el precio a pagar por un plan de salud puede ser muy alto, por lo que es inasequible para la mayor parte de la población. Además, el acceso se dificulta por los desembolsos que deben realizar las personas al atenderse para cubrir los copagos correspondientes a las atenciones recibidas, o el precio de servicios no cubiertos como, por ejemplo, los medicamentos ambulatorios. 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 Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (21%) e igual al promedio de los países de Latinoamérica.<sup>[2]</sup>

---

[1] Encuesta CEP (2019) y consulta ciudadana Asociación Chilena de Municipalidades (2019). Disponibles en: <https://www.cepchile.cl/cep/encuestas-cep/encuestas-2009-2018/estudio-nacional-de-opinion-publica-n-84-diciembre-2019> y <https://www.uestatales.cl/cue/sites/default/files/RESULTADOS%20FINAL.%20Minuta%20Consulta%20Ciudadana%202019.%2026.12.pdf>.

[2] Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. OCDE/Banco Mundial (2020). Disponible en: <http://www.oecd.org/publications/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020-6089164f-en.htm>.

En 2018, 58% de la población percibe inseguridad respecto a la cobertura y protección de su plan de salud, cifra que se mantiene en 2019 (57%) y aumenta a 65% en 2020,<sup>[3]</sup> lo que podría estar afectado por el contexto social y sanitario que se vive en el país. 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>[4]</sup> En efecto, en diciembre de 2019 cerca de 700 mil casos llevaban más de un año en espera para una consulta en los prestadores de Servicios de Salud para la atención de condiciones de salud sin garantías (No GES), cifra que alcanza alrededor de 920 mil casos a junio de 2020, en parte, producto del Covid-19.<sup>[5]</sup> Estos efectos son percibidos por los usuarios de Fonasa, puesto que 45% señala que su acceso a salud en un año será menos oportuno que en la actualidad, cifra que es igual a 34% en la población afiliada a Isapres.<sup>[6]</sup>

Si bien hay una sensación de desprotección importante por parte de los usuarios de Fonasa, la mayoría de sus afiliados valora dicha institución. Un 25% de estos mencionó en 2018 intenciones de cambiarse en caso de que pudiera hacerlo,<sup>[7]</sup> proporción que ha disminuido en el tiempo (38% en 2015, 37% en 2016 y 31% en 2017, según la misma fuente).<sup>[8]</sup> Dentro de las ventajas que perciben los afiliados a Fonasa, se menciona el bajo costo de las atenciones y la posibilidad de acceder a tratamientos de forma gratuita.<sup>[9]</sup> La evaluación positiva en ese aspecto aumentó entre 2015 y 2017 de 48 a 62%.

La necesidad de una reforma que aborde aspectos estructurales del sistema de salud del país se ha puesto en relieve, buscando transitar a un modelo que se ocupe del acceso y cobertura universales en salud. Es decir, que todas las personas obtengan la atención integral que requieran, considerando acciones promocionales, preventivas y soluciones integrales a los problemas de salud, oportunas y de calidad (según los estándares definidos). Dicho acceso no debe verse impedido por barreras asociadas a la capacidad de pago, al estado de salud ni a la zona de residencia, entre otros.

---

[3] Encuesta Nacional de Salud 2020. Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello - Ipsos.

[4] 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).

[5] Glosa 06 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponibles en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/ORD-2386-DIGERA-Glosa-06.pdf> (al 30 de junio de 2020).

[6] Ver nota 3.

[7] Encuesta Nacional de Salud 2018. Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello - Ipsos.

[8] Si bien la encuesta realizada por las mismas entidades en 2019 muestra un aumento en la proporción que se cambiaría (41%), dicho año la pregunta se formuló de forma distinta y, por lo tanto, no es comparable con los años anteriores.

[9] Superintendencia de Salud. 2018. “Estudio de opinión sobre el sistema de salud 2017”. Universidad de Concepción.

Con ese objetivo se han elaborado en los últimos años diversas propuestas de reforma, principalmente, al ámbito asegurador, aunque también para el nivel prestador estatal y en otros aspectos como la evaluación de tecnologías sanitarias, entre otros. Los principales modelos que se plantean como alternativas para el financiamiento corresponden a un esquema de seguros sociales y a uno de un único asegurador. En cualquiera de los casos se requiere fortalecer a Fonasa de manera que pueda garantizar la entrega del plan de salud de sus beneficiarios. En efecto, dichas propuestas concuerdan en que existen características en la organización y atribuciones de Fonasa que dificultan su labor de velar por el otorgamiento de soluciones de salud oportunidad y de calidad a sus usuarios, lo que se aborda en la sección 1 de este documento.

El año 2019 el gobierno presentó distintas iniciativas legales en el ámbito de aseguramiento en salud. Dos de ellas buscaron sustituir y modificar el proyecto de ley del año 2011 que abarcaba la regulación a las Isapres,<sup>[10]</sup> mientras que otros dos se referían a Fonasa.<sup>[11]</sup> El propósito de estos últimos era otorgarle mayores atribuciones a Fonasa y mejorar la cobertura financiera para la Modalidad Libre Elección,<sup>[12]</sup> a través de un seguro catastrófico para problemas de salud que se atendieran bajo esa vía. A juicio de los integrantes de esta comisión, las modificaciones legales propuestas no contenían los cambios requeridos para transformar verdaderamente a Fonasa en garante de la entrega del plan de salud al que tienen derecho sus beneficiarios.

Todo lo anterior motivó la reunión de un grupo de académicos e investigadores con experiencia en políticas públicas de salud pertenecientes a diferentes entidades académicas y centros de estudio, convocados por el Centro de Estudios Públicos en agosto de 2019. El objetivo acordado fue sumar esfuerzos para generar una propuesta de reforma integral del asegurador público. La convicción que motiva a esta mesa de trabajo es que ello es una condición necesaria y urgente, en un proceso de transición para avanzar hacia un sistema de salud que logre el acceso y la cobertura universales en salud, según lo define la Organización Mundial de la Salud,<sup>[13]</sup> independiente del modelo que se defina de largo plazo respecto del aseguramiento en esta área.

---

[10] Boletín 8105-11.

[11] Boletines N° 12588-11 y N° 12662-11.

[12] Modalidad de atención a través de la cual los afiliados de Fonasa de los grupos B, C y D pueden recibir atención en prestadores privados en convenio, como se detalla más adelante.

[13] “El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.” Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf> (acceso el 13 de mayo de 2020).



Si bien esta transformación es urgente y necesaria, sabemos que los cambios al nivel de aseguramiento en salud deben formar parte de una reforma más integral del sistema de salud chileno y requieren ser complementados con otros de mediano y largo plazo en los ámbitos de regulación, rectoría, fiscalización, sector privado, fortalecimiento del sector prestador público y recursos humanos para salud. Estas transformaciones necesarias para el país requieren una acuciosa elaboración y estimación del financiamiento y costo fiscal que ellas implican, de forma tal de darle sustentabilidad en el corto y largo plazo como políticas de Estado.

Quienes conformamos el grupo que trabajo que ha preparado estas propuestas tenemos diferentes visiones de mundo y también diferimos en algunas de las recomendaciones técnicas respecto a cómo abordar los problemas en los ámbitos antes indicados. Sin embargo, hemos logrado concordar elementos sustantivos respecto de los cambios que se requieren en relación con Fonasa. Si bien, como se mencionara, con ello no se resuelven todos los problemas del componente de aseguramiento ni del sistema de salud chileno, se avanza en temas de alta relevancia para fortalecer a Fonasa, entidad que tiene como beneficiarios a la mayoría de los habitantes del país.

El contexto social y político que vive nuestro país a partir del 18 de octubre de 2019 y la pandemia que también ha afectado a Chile en 2020, volvió aún más urgente este trabajo y fortaleció el compromiso de quienes compartimos el desafío de contribuir a mejorar el sistema de salud chileno. Además, durante el trabajo de esta comisión el gobierno anunció la elaboración de un nuevo proyecto de ley para reformar Fonasa, el que fue ingresado al Congreso Nacional el 7 de enero de 2020<sup>[14]</sup>, y que es comentado al final de la sección 1. Allí se señalan las coincidencias y se destacan los aportes contenidos en este trabajo —diferencias al proyecto actual y aspectos que no fueron incorporados— que creemos son relevantes de considerar para alcanzar el objetivo planteado. Esperamos con este esfuerzo contribuir a la discusión que se dará en torno a dicho proyecto de ley. Por lo mismo, lo ponemos a disposición del país en el contexto de un necesario debate nacional sobre las reformas que permitan mejorar nuestro sistema de salud para responder de forma adecuada a las demandas ciudadanas por servicios oportunos y de la mejor calidad.

---

[14] Boletín N° 13178-11.

## Comisión para una Reforma Integral de Fonasa /

### Coordinación:

Carolina Velasco Ortúzar, Centro de Estudios Públicos

### Secretaría ejecutiva:

Alejandra Benítez Ureta, Centro de Estudios Públicos

### Integrantes:

Isabel Aninat Sahli, Decana de la Facultad de Derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez

Óscar Arteaga Herrera, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Cristóbal Cuadrado Nahum, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Álvaro Erazo Latorre, Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales,  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Natalia González Bañados\*, Libertad y Desarrollo

Manuel Inostroza Palma, Consorcio de Universidades para Políticas de Salud

Sebastián Izquierdo Ramírez\*\*, Horizontal

Liliana Jadue Hund, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

Alejandra Palma Riedel, Libertad y Desarrollo

Verónica Pinilla Martínez, Fundación Chile 21

Héctor Sánchez Rodríguez, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional Andrés Bello

\* En su reemplazo durante algunas sesiones participó María Trinidad Schleyer.

\*\* En su reemplazo durante algunas sesiones participó Juan Carlos Said.

## Resumen Ejecutivo /

El contexto social y sanitario que vive el país ponen en relieve la necesidad de avanzar hacia un esquema de salud que brinde acceso oportuno y de calidad y mayor protección financiera a toda la población. Para lo que se hace inminente fortalecer al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) en orden a que pueda hacerse responsable por la entrega del plan de salud al que tienen derecho sus beneficiarios, que representan tres cuartas partes de la población. El objetivo de esta comisión es desarrollar una propuesta de reforma integral a Fonasa considerando su rol de asegurador público, su estructura organizacional, sus funciones y atribuciones y su relación con otras entidades. Dicha propuesta se presenta en la sección 1 de este documento, junto con un análisis comparativo entre esta propuesta y el proyecto de ley presentado por el gobierno en 2020 para reformar Fonasa.

Para la elaboración del diagnóstico y propuestas, los integrantes de la comisión encargaron dos trabajos que se utilizan como insumos, los que son presentados en la sección 2. El primero, realiza un análisis jurídico sobre la organización y atribuciones de Fonasa, detallando las facultades que le son exclusivas, las que comparte con otras entidades y en las que tiene un rol colaborativo, así como aquellas que carece. El segundo, revisa la experiencia de los aseguradores estatales y su contexto en tres países y, a partir de ello extrae algunas lecciones para Fonasa y para el sistema de salud en general.

### PRIMERA PARTE

#### Una reforma integral para el Fondo Nacional de Salud

#### Propuestas para la reforma integral del Fondo Nacional de Salud

Comisión para una Reforma Integral de Fonasa (CEP)

Las propuestas realizadas por esta comisión tienen como objetivo que Fonasa se convierta en un verdadero asegurador público. El diagnóstico para determinar

qué cambios se requerían para lograr este objetivo se basó en la revisión de las funciones críticas para el adecuado funcionamiento de sistemas de salud organizados mediante un esquema de seguro, así como en las recomendaciones para una adecuada gobernanza del esquema. Dicho análisis indicó que, para convertir a Fonasa en el responsable de entregar el plan de salud a sus beneficiarios, cumpliendo con los estándares que sean definidos, se requiere de una serie de cambios, tanto al sistema de salud, como a Fonasa. En este último caso, el foco está puesto en las atribuciones que debe poseer Fonasa para asumir dicho rol, así como en la forma en que se define y organiza. Por ejemplo, destaca la falta de independencia del Ministerio de Salud (Minsal), que limita poner el foco en los beneficiarios, o la dificultad para exigir a los prestadores, contando con la información adecuada, la entrega de soluciones de salud integrales de manera coordinada.

Para lo anterior, las propuestas, basadas en la experiencia de sus integrantes, en la participación de actores relevantes en el proceso de elaboración, y en las revisiones jurídica e internacional encargadas, abordan principalmente cuatro áreas: (i) el marco de acción para Fonasa, (ii) el rol, estructura organizacional y gobierno corporativo de Fonasa, (iii) sus funciones y atribuciones y (iv) la relación de Fonasa con otros actores que componen el sistema de salud. Adicionalmente, se revisan los aspectos a considerar para una adecuada transición y, finalmente, se incorpora un análisis comparativo entre esta propuesta y el proyecto de ley presentado por el gobierno en 2020 para la reforma de Fonasa.

### ***Marco de acción para Fonasa***

De la revisión realizada por la comisión, acorde con los requisitos para el adecuado funcionamiento en el nivel de aseguramiento en salud, se evidencia, por ejemplo, que los mecanismos y criterios para definir beneficios en el plan de salud son diversos y no siempre explícitos, y que los procesos no son transparentes. Tampoco existen estándares para todos los contenidos. Por ello, los beneficiarios desconocen los beneficios a los que pueden acceder y los estándares asociados. Se requiere de un marco institucional claro, estable y adecuado, de manera que Fonasa pueda desenvolverse en un ambiente que le permita cumplir con su rol de responsable de la entrega del plan de salud, con foco en las necesidades de sus usuarios.

Se propone:

**P1. Plan de salud universal.** Definición de un plan de salud para todos, definido por la autoridad de manera técnica, transparente y unificada. Debe ser integral, explícito y exigible para toda la población.

**P2. Separación de funciones en salud.** Las funciones de rectoría y fiscalización deben ser ejercidas de manera independiente de las de aseguramiento y de prestación.

**P3. Principios de la seguridad social en salud.** Avanzar hacia un sistema de salud regido por los principios de la seguridad social, donde el acceso a los servicios de salud a los que las personas tienen derecho se base en la necesidad y no se vea limitado por barreras económicas, geográficas o de otro tipo.

**P4. Consejo Nacional de Salud con mirada de largo plazo.** Creación de una instancia nacional de salud que vele porque la toma de decisiones y las proyecciones se hagan con mirada de largo plazo.

**P5. Transición y ruta clara en la reforma del sistema de salud.** Una transición definida, con etapas, plazos, hitos y financiamiento adecuado.

### ***Rol, gobierno corporativo y estructura organizacional de Fonasa***

El análisis jurídico deja en evidencia que Fonasa no tiene definido un rol claro de garante de la entrega del plan de salud. Por otro lado, su dirección es unipersonal y el nombramiento del Director es realizado por el Presidente de la República según el procedimiento del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP), aunque hasta ahora se ha eximido de dicho sistema. Además, el Director de Fonasa carece de facultades para tomar decisiones relevantes, las que están alojadas en otras entidades o en la ley, por lo que tiene reducida independencia en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos financieros.

Respecto a este ámbito se propone:

**P6. Fonasa como asegurador público de salud.** Definir que su rol es el de asegurador público, es decir, debe garantizar la entrega del plan de salud definido a sus beneficiarios.

**P7. Consejo Directivo de Fonasa.** Creación de un Consejo Directivo, independiente del gobierno de turno y de influencias de grupos de interés, de altas capacidades técnicas, diverso y con participación de los usuarios. Debe velar porque Fonasa cumpla con su misión de garantizar la entrega del plan de salud a sus beneficiarios, para lo que debe participar en la selección, evaluación y remoción del Director Ejecutivo. Este último sólo tendrá derecho a voz en el Consejo Directivo.

**P8. Director Ejecutivo de Fonasa.** Se propone un proceso de selección de tres etapas. Primero, el SADP preselecciona ocho candidatos, en base a un perfil definido por el Consejo Directivo. Segundo, dicho directivo selecciona una terna. Tercero, el Presidente selecciona al Director Ejecutivo de la terna. La duración del cargo deberá ser tal que difiera de los gobiernos de turno y la desvinculación del Director Ejecutivo será propuesta y justificada por el Consejo Directivo al Presidente de la República, en quien recae la tarea de remoción.

**P9. Estructura interna y participación ciudadana.** Se deberá mantener la flexibilidad de la organización interna de Fonasa, aun cuando puedan quedar definidas algunas divisiones mínimas o el número máximo por ley. Por otro lado, se propone fortalecer la organización territorial de Fonasa, para que tenga mayor capacidad de conocer y responder a las demandas de sus beneficiarios. Por último, se debe fortalecer la incidencia de los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC), estableciendo la forma de participación, espacio físico y plataforma tecnológica para publicación adecuados, las materias en las que deben ser consultados y el mecanismo de participación de estos en la cuenta pública anual de Fonasa.

### ***Funciones y atribuciones de Fonasa***

Respecto de las atribuciones, se advierte que Fonasa carece tanto de la información necesaria respecto de sus beneficiarios para ajustarse a sus necesidades, como de la organización adecuada, especialmente, para resolver sus reclamos y solucionar sus problemas de salud. En esa línea, si bien cuenta con las facultades para fiscalizar el cumplimiento de la entrega de los servicios sin garantías explícitas en salud (GES) por parte de los prestadores de salud, no se ha dictado aún las normas que definen dichas garantías. Además, no puede disponer de sus recursos, puesto que solo se le permite incidir parcialmente en el financiamiento de la atención secundaria y terciaria y nada puede decidir en relación con la atención primaria de salud (APS). En cuanto a los convenios que Fonasa celebra con los prestadores estatales (no APS), estos se realizan con los Servicios de Salud y con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y, en el caso de los contratos con privados, existen limitaciones respecto de los montos totales, aranceles y condiciones que les puede exigir.

En cuanto a las funciones y atribuciones, se realizan propuestas en cuatro áreas: (i) relación con beneficiarios, (ii) gestión financiera, (iii) relación con prestadores y (iv) gestión del riesgo. Se plantea:

#### **(i) Relación con beneficiarios**

**P10. Garantía de la entrega del plan de salud universal.** Fonasa podrá establecer condiciones y sanciones necesarias para que los prestadores respondan ante incumplimientos reportados por los usuarios, quienes también podrán recurrir a instancias superiores, como la Superintendencia de Salud (SdS).

**P11. Afiliación y cobertura en zonas alejadas.** Fonasa mantendrá la facultad de afiliación de beneficiarios. Quienes no estén inscritos en otra entidad previsional serán por defecto beneficiarios de Fonasa, entidad que debe poder requerir la información necesaria a las instituciones pertinentes, con los resguardos necesarios.

**P12. Información a la población.** Fonasa tiene el rol de informar a sus beneficiarios respecto de los beneficios, garantías explícitas, formas de acceder a soluciones sanitarias y políticas públicas vigentes, así como vías de reclamo en caso de que no se logre acceder a dichos beneficios en la forma pactada. Podrá compartir este rol informativo con otras entidades (como el Minsal y la SdS).

#### **(ii) Gestión financiera**

**P13. Recaudación de cotizaciones, copagos y aporte fiscal.** Fonasa debe recibir y cautelar todos los recursos asociados a la entrega del plan de salud de sus beneficiarios (cotizaciones, aportes del Estado y copagos cuando corresponda). Debe contar con los mecanismos adecuados para su recolección.

**P14. Administración de recursos.** Fonasa debe disponer y decidir el uso de la totalidad de los recursos asociados al plan de salud de cada año, dentro del marco presupuestario.

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

**P15. Decisión de compra.** Fonasa comprará soluciones integrales (fortaleciendo la atención primaria) a redes de prestadores. Se plantea que el prestador preferente de Fonasa sea el sistema público prestador de servicios de salud articulado en redes, pudiendo ser complementado por otros con criterios definidos previamente, cuando las capacidades sean insuficientes. La Modalidad Libre Elección (MLE) deberá operar en base a soluciones de problemas de salud. Se debe desincentivar la atención fuera de red, con objeto de hacer buen uso de los recursos.

**P16. Mecanismo de pago a prestadores.** Fonasa debe decidir los mecanismos de pago a sus redes de prestadores, de manera de poder alinearlos con sus propios objetivos. Dichos métodos deben buscar promover la coordinación y entrega de soluciones integrales.

**P17. Convenios con prestadores.** Fonasa acordará en convenios o contratos con los prestadores la duración (anual o no), condiciones para la entrega de los recursos (como metas sanitarias, de trato usuario, tiempos de espera), premios y sanciones. Fonasa debe tener las atribuciones para hacer exigible el cumplimiento del contrato o convenio, especialmente ante infracciones, mediante la potestad de hacer cumplir las sanciones (como económicas, términos de compra de servicios y traslado de beneficiarios).

#### **(iv) Gestión del riesgo**

**P18. Capacidad de gestión de riesgo.** Fonasa debe desarrollar la capacidad técnica para encontrar y caracterizar grupos de riesgo y los costos asociados a su atención, y así adecuar la entrega de servicios a dichos grupos. Para lo anterior, debe poder

solicitar la colaboración e información comprendida en el ámbito de su competencia a las entidades con que se relacione; así como también exigir a los prestadores el uso de plataformas interoperables para recopilar la información, respetando la confidencialidad de los datos personales. Asimismo, se deben fortalecer las áreas asociadas a dichas labores en Fonasa.

### ***Fonasa y su relación con la Superintendencia de Salud y la función de inversión en los prestadores***

Para que un sistema de salud basado en un esquema de seguro se desempeñe adecuadamente, se requiere una buena gobernanza de todo el sistema, por lo que se deben definir y separar las funciones que ejercerá cada entidad. El análisis detectó un déficit en relación con la información necesaria para la toma de decisiones de los diferentes actores (tiempos de espera, resultados clínicos, protección financiera y satisfacción usuaria) y con la fiscalización (en particular de las prestaciones sin GES) y las sanciones que la SdS puede aplicar a Fonasa. Por otra parte, se diagnostica que la función de Fonasa de financiar infraestructura y equipamiento para los prestadores de salud es ajena a las que corresponden a un asegurador.

Se propone:

**P19. Fiscalización a Fonasa.** La SdS debe fiscalizar a Fonasa en todo lo referente al plan de salud, cualquiera sea la modalidad de atención. Además, debe exigirle transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad en el uso de los recursos, y debe poder aplicar sanciones efectivas en caso de incumplimiento. La SdS debe contar con los recursos para ello.

**P20. Mediación entre Fonasa y usuarios y entre Fonasa y prestadores.** La SdS debe poder resolver y mediar cuando no se logren solucionar los problemas, reclamos o discrepancias entre Fonasa y sus usuarios o entre Fonasa y los prestadores, pudiendo fiscalizar y aplicar sanciones también a prestadores.

**P21. Financiamiento de la inversión.** El financiamiento de la infraestructura y equipamiento de los prestadores estatales debe ser realizado por la entidad a cargo de dichos prestadores (actualmente Minsal), pero no por el asegurador.

### ***Transición adecuada para la reforma integral de Fonasa***

El proceso de reforma integral de Fonasa debe contar con una transición bien diseñada. En este contexto, se propone:

**P22. Transición en etapas, con hitos, plazos y recursos.** Se deben definir las etapas concretas e hitos y plazos del proceso de reforma, así como los recursos financieros adecuados para viabilizar los cambios, tanto en la transición como en el futuro.



## ***El proyecto de ley que reforma Fonasa y crea un plan de salud universal***

El proyecto de ley presentado por el gobierno a inicios del año 2020 busca “modificar las normas que regulan al Fondo Nacional de Salud, a fin de transformar su rol y funciones, gobernanza y atribuciones”,<sup>[1]</sup> ámbitos que son necesarios de reformar para que pueda cumplir con el objetivo mencionado. Nos parece que la iniciativa legal sienta las bases para un fortalecimiento a Fonasa, por lo que reafirmamos la importancia de este proyecto de ley, no obstante, se requiere incorporar varias modificaciones para que logre sus objetivos.

Dentro de las medidas coincidentes entre esta propuesta y el proyecto de ley están, primero, la creación de un plan de salud universal y la consideración de una institucionalidad para la evaluación de los servicios y tratamientos a ser incluidos. No obstante, diferimos en relación con la amplitud del contenido del plan de salud y en el mecanismo de definición de dichos contenidos, que debe ser independiente y el mismo para todos los programas y planes de salud. Segundo, valoramos la modificación del gobierno corporativo de Fonasa y la creación de un Consejo Directivo, pero consideramos que el proyecto de ley no logra el objetivo de buena gobernanza interna de Fonasa, ni de independencia, diversidad y participación. Tercero, concordamos en cuanto a las funciones relativas a la gestión de riesgo y al uso prioritario de la red prestadora estatal. Sin embargo, hay un déficit en el proyecto en relación con el financiamiento de la atención primaria, que no queda en manos de Fonasa, afectando la entrega de soluciones integrales. Por último, respecto del aumento en las atribuciones de fiscalización para la SdS, consideramos que también debe incluir la fiscalización de la Modalidad Libre Elección.

Respecto de las materias que no son tratadas por el proyecto de ley y que son necesarias para que Fonasa pueda cumplir con su rol, principalmente está la separación de funciones en salud. Fonasa no debe gestionar las redes de prestadores, sino que negociar las condiciones del contrato con quien esté a cargo de dichas redes, lo que requiere otorgar a Fonasa atribuciones para sancionar incumplimientos. Sugerimos que para reforzar el sistema de salud se requiere de una institución con mirada de largo plazo, cuyo objetivo sea velar porque dicho sistema cumpla con su rol y se enfoque en las personas. Finalmente, el proyecto no explicita etapas que contengan los hitos, plazos y recursos adecuados para su implementación.

---

[1] Boletín N° 13178-11

## SEGUNDA PARTE

### Estudios para la reforma integral del Fondo Nacional de Salud

#### **Estudio jurídico sobre el Fondo Nacional de Salud en relación con su organización y sus atribuciones**

Ulises Nancuante Almonacid

En este estudio se analiza la institucionalidad de Fonasa, esto es, su origen, naturaleza, características y finalidad, su organización y estructura, y su ubicación en el sistema de salud; sus atribuciones y funciones, separando entre las que son propias del asegurador, las que comparte con otras entidades, las colaborativas (ya sea una colaboración facultativa u obligatoria) y las relativas a la atención primaria de salud (APS); y la relación de Fonasa con las licencias médicas y el subsidio de incapacidad laboral, con los prestadores públicos y con la SdS.

Respecto de la institucionalidad, el informe destaca que la ley no precisa cuál es el sentido concreto de Fonasa, para qué existe, ni la característica principal que lo define, a diferencia de lo que sucede con otros órganos del sector salud. No obstante, es posible conceptualizar su objetivo a partir de las principales funciones que se le otorgan, deduciéndose que tiene a su cargo principalmente el financiamiento de las acciones de salud que requieran sus beneficiarios<sup>[2]</sup>, en la forma y condiciones que señala la ley. Para ello debe utilizar los recursos fiscales, las cotizaciones y copagos de sus afiliados y los demás recursos que señalen las leyes. Por tanto, es la ley y no Fonasa quien define aspectos como cobertura financiera, costo de los servicios, acciones que deben ser cubiertas y el modo en que las personas acceden a las acciones y a la cobertura financiera (MAI y MLE). Se advierte que, respecto a la función de financiamiento, se excluye a la atención primaria de salud, puesto que ello está a cargo del Minsal. Asimismo, la revisión jurídica evidencia que Fonasa no tiene atribuciones respecto de la autorización de licencias médicas, ni del cálculo y pago de los subsidios por incapacidad laboral.

Respecto a la exigencia que puede realizar Fonasa a los prestadores estatales, Fonasa celebra convenios que incluyen los recursos a transferir a cambio de metas (de producción, sanitarias) con los Servicios de Salud y la Subsecretaría de Redes y no con los establecimientos de salud. Si bien Fonasa tiene la facultad para definir los mecanismos de pago sin que requiera ser visado por otra institución, otras leyes pueden modificar lo indicado. Ello ha ocurrido, tanto en las diversas Leyes de Presu-

---

[2] Excepcionalmente, financia prestaciones de personas que no son sus beneficiarios, como su obligación de administrar el financiamiento del fondo de diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ley N° 20.850 de 2015).

puestos del Sector Público, como en el Estatuto de Atención Primaria, normas que han definido dichos métodos de pago. En el otorgamiento de prestaciones puede fiscalizar el cumplimiento de garantías de acceso, calidad y oportunidad distintas a las GES. Sin embargo, dichas garantías no se han dictado a la fecha. También puede asegurar el cumplimiento de las garantías para las condiciones de salud que tienen GES. Por otro lado, Fonasa tiene la facultad de fiscalizar y descontar y ordenar a los prestadores la devolución de lo pagado y cobrado en exceso y de eximir o eximirse de pagar cuando las prestaciones no cumplan con las normas (salvo respecto a la APS). En la MLE, Fonasa ejerce la tuición y fiscalización del cumplimiento de las normas que rigen a los prestadores y puede aplicar sanciones (amonestación, multa, suspensión y cancelación del registro). No obstante, no puede determinar qué prestadores forman parte de dicha modalidad, ya que cualquier profesional de la salud o cualquier establecimiento con autorización para otorgar prestaciones, puede inscribirse como prestador en convenio MLE (ver Nancuante en este volumen).

En cuanto a las atribuciones de la SdS sobre Fonasa, en rigor la primera no tiene facultad para sancionar directamente a Fonasa, lo que sí puede hacer con las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Ante incumplimientos del Fonasa puede solicitar sumarios administrativos al Director de Fonasa —en caso de las GES— y al Ministro de Salud —es caso de instrucciones y dictámenes—. Las sanciones consideradas por la norma son censura, multa, suspensión del empleo desde treinta días a tres meses y destitución.

## **Oportunidades para mejorar el desempeño del Fondo Nacional de Salud de Chile: lecciones desde la experiencia internacional**

Ricardo Bitrán Dicowsky y Pablo Villalobos Dintrans (Bitrán y Asociados S.A.)

Este trabajo examina los casos de los aseguradores públicos de salud de Australia, Bélgica y Corea del Sur y extrae lecciones potencialmente útiles para mejorar la gobernanza y desempeño de Fonasa. A la vez, arroja otras lecciones que podrían contribuir a mejorar el sistema de aseguramiento en salud chileno. Para ello primero, se describe brevemente el contexto en el que se desenvuelven los aseguradores (organización y el financiamiento de los sistemas de salud) y, segundo, se analiza la estructura organizacional, es decir, el tipo de gobierno corporativo que poseen los aseguradores, los mecanismos que usan para la designación de cargos y su organización interna, entre otros, así como sus responsabilidades y atribuciones legales. Posteriormente se plantean algunas recomendaciones.

Australia tiene un seguro nacional de salud cuyo financiamiento proviene mayoritariamente de impuestos generales. Los aseguradores públicos de salud de Bélgica

y Corea, en cambio, son sistemas estatales de seguridad social en salud, cuyo financiamiento proviene de aportes obligatorios de los afiliados a la seguridad social. En Australia y Corea operan dos grandes aseguradores públicos, Medicare y el *National Health Insurance Service*, respectivamente, mientras que en Bélgica aseguradores privados sin fines de lucro compiten con un asegurador público para cubrir a toda la población bajo el sistema de seguridad social. En Australia, el Estado proporciona subsidios a personas de ingresos medios y bajos para promover su afiliación a aseguradores privados. Los tres países han alcanzado una cobertura universal en el aseguramiento para la salud.

Los autores concluyen que Fonasa enfrenta cinco problemas de gobernanza que perjudican su desempeño. Primero, carece de un directorio que cuente con la representación de las partes interesadas en su buen funcionamiento, lo que contrasta con el asegurador público de Corea del Sur, que tiene un directorio integrado por 15 personas que representan a las distintas partes interesadas (sindicato, empleadores, sociedad civil, consumidores, sector agrícola, tercera edad y gobierno). Segundo, tiene una relación de subordinación con el Minsal, lo que inhibe su autonomía y gestión, puesto que los prestadores públicos a los que les compra servicios también son regidos por el Minsal. Respecto a lo anterior, se evidencia que, en el caso del asegurador público de Bélgica, no hay dependencia del Ministerio de Salud y, en el de Corea, si bien la hay entre el asegurador y el ministerio, a diferencia del caso chileno, el ministerio no es dueño de la red de prestadores públicos. Tercero, Fonasa publica un conjunto muy restringido de indicadores de desempeño, limitando la transparencia de su funcionamiento y, por ende, impidiendo una evaluación integral de su operación. El Centro Belga para el Conocimiento sobre Salud presenta un buen ejemplo del desarrollo de indicadores de desempeño. Cuarto, no está sujeto a los mismos estándares regulatorios que las Isapres, que son las otras entidades aseguradoras de la seguridad social en lo que respecta a salud, con las que coexiste. Por último, no participa en la definición de los beneficios de salud que debe financiar, ni tampoco tiene control sobre sus mecanismos de financiamiento, de manera de lograr conciliar ingresos con gastos. Dada la amplia cobertura poblacional de Fonasa, estos problemas de gobernanza repercuten en el bienestar de la mayoría de los chilenos.

Para extraer lecciones para Chile, el trabajo se centra en la buena gobernanza, es decir, estructuras coherentes de toma de decisiones, participación de las partes interesadas, transparencia e información, supervisión y regulación, y consistencia y estabilidad. Para ello se analizan cuatro aspectos fundamentales: (i) capacidad institucional, (ii) participación amplia de interesados, (iii) transparencia sobre la toma de decisiones y (iv) claridad en deberes y responsabilidades.

En relación con la capacidad institucional, las experiencias internacionales muestran la existencia de una institución que tiene un proceso definido para relacionarse con los proveedores de salud y el uso de comités de expertos para la definición de los beneficios a incluir en el plan de salud, lo que permite una mejor la definición de las responsabilidades del asegurador respecto de la toma de decisiones. En cuanto a la participación, se usan comités que incluyen no solo a expertos que ayudan en las definiciones técnicas (como beneficios a otorgar), sino también a un grupo amplio de otros interesados (consumidores, proveedores, y empleadores). Respecto a la transparencia, por una parte, la definición de beneficios del seguro aparece como relevante. Por ejemplo, *Medicare* en Australia publica las actas de las reuniones. Asimismo, se releva la disponibilidad de información poniendo como ejemplo a Bélgica, donde la entidad coordinadora de los aseguradores publica reportes de desempeño y a Australia, que ha buscado consolidar y actualizar toda la información en una única institución (AIHW). Por último, en cuanto a la claridad sobre deberes y responsabilidades, el caso belga, que se asemeja más al esquema de Chile, define un único regulador, y declara que los múltiples aseguradores (fondos) compiten entre sí (incluyendo al seguro público) en igualdad de condiciones. Lo anterior, elimina la discrecionalidad regulatoria, con reglas claras y responsabilidades similares para todos los aseguradores del sistema de salud. En los casos de Australia y Corea, se resuelve a través de un sistema de asegurador de salud obligatorio único (y seguros voluntarios complementarios que establecen claramente su ámbito de acción).

Finalmente, se presentan algunas lecciones generales. En relación con la integración y equidad y la baja protección financiera, se plantean alternativas de mancomunación de riesgos y recursos, la existencia de topes de gasto y la cobertura de medicamentos. Sin embargo, como lo muestran los casos de Australia y Bélgica, no hay mejor estrategia para lograr una reducción significativa del gasto de bolsillo para la población que un seguro que ofrezca un paquete de beneficios amplio y con coberturas elevadas.

## PRIMERA PARTE

# Una reforma integral para el Fondo Nacional de Salud

# Una reforma integral para el Fondo Nacional de Salud

Comisión para una Reforma Integral de Fonasa

En esta primera parte del volumen se presenta el diagnóstico y propuestas elaboradas por la comisión convocada por el Centro de Estudios Públicos para la reforma integral del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Para ello, en primer lugar, se detalla el funcionamiento del sistema de salud a modo general y se presenta el marco de análisis usado en el trabajo, cuya aplicación en detalle se encuentra en el Anexo. Posteriormente, se realiza un diagnóstico del funcionamiento de Fonasa en diferentes ámbitos, analizando en particular cómo su estructura y atribuciones le facilitan o limitan garantizar la entrega del plan de salud a sus beneficiarios.<sup>[1]</sup> Para cada ámbito, se presentan las propuestas elaboradas por la comisión. Luego, se desarrolla un análisis del proyecto de ley ingresado en enero de 2020. Finalmente, se exponen las limitaciones de este documento, seguidas de las Referencias y el Anexo.

## 1. Antecedentes /

### 1.1. Esquema de aseguramiento en salud

En Chile todos los trabajadores (y pensionados) tienen la obligación de destinar 7% de sus salarios brutos (pensiones) 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>[2]</sup> Dichas entidades deben financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios, según las condiciones establecidas en el plan de salud correspondiente a cada uno.<sup>[3]</sup>

[1] El análisis completo de la estructura y atribuciones de Fonasa se puede ver en el artículo de Nanquante en este volumen.

[2] Resolución Exenta N° 10 de la Superintendencia de Pensiones del 10 de enero de 2020.

[3] Este debe considerar ciertos contenidos mínimos: prestaciones incluidas en el Régimen de Prestaciones Generales y subsidio de incapacidad laboral.

Existen dos esquemas principales de previsión en salud (el tercero se refiere al personal perteneciente a las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública y sus cargas). Por una parte, está Fonasa, institución estatal que cubre a 76% (Superintendencia de Salud 2019) de la población. Fonasa ofrece un único plan de salud en cuanto a los beneficios incluidos y difiere en cuanto a la protección financiera y el tipo de prestador. 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. Dicho listado se va actualizando a propuesta de Fonasa, previa autorización del Ministerio de Hacienda y depende de la disponibilidad de recursos que haya para el sector salud. Aun así, hay contenidos y exigencias mínimas que debe contener el plan de salud entregado por Fonasa y las Instituciones Previsionales de Salud (Isapres), que están establecidas en la ley.<sup>[4]</sup> Entre otros, desde 2004 existe un grupo de condiciones de salud (que partieron siendo 25 y a 2020 suman 85), cuyo diagnóstico y tratamiento deben ser cubiertos cumpliendo con las Garantías 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). Asimismo, el plan de salud debe incluir prestaciones preventivas y curativas determinadas,<sup>[5]</sup> cumpliendo, al menos, con niveles mínimos definidos de cobertura financiera (proporción de la prestación cubierta), así como atención de urgencia, entre otros.

Para ser beneficiario de Fonasa los trabajadores y pensionados deben enterar la cotización legal a dicha entidad, lo que también otorga acceso a sus dependientes. Las personas que carezcan de recursos se pueden afiliar a Fonasa aun cuando no coticen.<sup>[6]</sup> Fonasa debe aceptar a todos los potenciales afiliados y se financia principalmente con un aporte estatal que corresponde a cerca de dos tercios de sus gastos (68% según el presupuesto ejecutado de 2019).<sup>[7]</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.

---

[4] Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud (en adelante DFL1 de 2005).

[5] Las que cubre Fonasa en la Modalidad Libre Elección, que será explicada más adelante.

[6] Al momento de inscribirse en el asegurador estatal (en línea o presencialmente en las oficinas de Fonasa), las personas deben presentar su última liquidación de sueldos, en el caso de los trabajadores dependientes, un comprobante de pago de cotizaciones de salud a Fonasa, en el caso de independientes, una copia del contrato, para los recién contratados y un certificado de carencia de recursos, en otro caso. Los beneficiarios del grupo A (ver Cuadro 1) pueden realizar la inscripción directamente en el consultorio de su domicilio (<https://bit.ly/31mKIOX> (acceso el 17 de octubre de 2019)).

[7] Dirección de Presupuestos (2020).



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%. Las prestaciones con GES se otorgan principalmente en esta modalidad de atención.<sup>[8]</sup>

La alternativa de atención es la Modalidad Libre Elección (MLE), que se otorga a través de prestadores privados en convenio con Fonasa. Solo 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> (ver Nancuante en este volumen) y no al grupo al que pertenezcan. 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.<sup>[11]</sup>

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

---

[8] 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).

[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] 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).

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.<sup>[12]</sup>

**CUADRO 1** Descripción inscripción a Fonasa

Grupo	Descripción beneficiarios	Cobertura financiera		
		Modalidad de Atención Institucional	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).	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%.	Excepciones en nota.	Copago 20%. Tope anual según cotizaciones y eventos.

*Fuente:* Elaboración propia a partir de información de Fonasa, Decreto Supremo N° 136 de 2005 del Minsal y Paolucci y Velasco (2017).

*Notas:* 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).

Por otra parte, están las Isapres, organismos de carácter privado que ofrecen planes de salud individuales de contenidos diversos (en precios, beneficios, cobertura financiera y prestadores), que se explicitan en un contrato individual con el afiliado.

[12] Presentación del Director de Fonasa en la comisión de salud de la Cámara de Diputados del 23 de julio de 2019. Disponible en <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmlID=1707>.

El plan debe contener al menos las prestaciones y condiciones mínimas exigidas por la legislación. El precio final que paga el cotizante corresponde a la suma de las primas de cada integrante del grupo familiar (cotizante y sus cargas), las que varían según el contenido del plan, prestadores en convenio, edad y, hasta principios de 2020, el sexo de cada afiliado.<sup>[13]</sup> Los cotizantes de Isapres, que corresponden a 18,2%<sup>[14]</sup> de la población, utilizan la contribución legal obligatoria como abono para pagar el precio final del plan de salud, ya que, en promedio, dicho precio supera el 7% del salario de sus afiliados.<sup>[15]</sup> En base a una declaración de salud que los usuarios deben completar al momento de la afiliación, las Isapres pueden, ya sea, rechazar a potenciales afiliados, o dejar fuera de la cobertura problemas de salud que el beneficiario tenga al momento de ingresar a la Isapre (preexistencias) por un máximo de 18 meses.

Los beneficiarios de Isapres pueden atenderse únicamente en establecimientos privados, a excepción de la utilización de la Unidad de Cuidados Intensivos, atención de urgencia y servicios de pensionados en prestadores de salud estatales, sujeto a la atención preferente de los beneficiarios legales de Fonasa. Las prestaciones con GES y los tratamientos de enfermedades que son calificadas como catastróficas debido a su costo, son otorgados en redes de prestadores cerradas.<sup>[16]</sup> Algunos planes de salud también son ofrecidos en dicha modalidad.

Las diferentes condiciones que se aprecian entre Fonasa y las Isapres tienen como efecto que sus respectivos beneficiarios difieran en cuanto a sus características, principalmente riesgo e ingreso. Fonasa tiene una población mayormente femenina, de mayor edad y carga de enfermedad y de menores ingresos que las Isapres.<sup>[17]</sup> Junto a ello, se observa que en Fonasa las personas que sufren condiciones de salud cuyo diagnóstico y tratamiento no cuenta con GES tienen un acceso diferente a la atención en salud, teniendo que esperar largamente por sus tratamientos.<sup>[18]</sup>

---

[13] Circular N° 343 de diciembre de 2019 de la Superintendencia de Salud.

[14] El 5,9% restante de la población se encuentra afiliado a los esquemas de previsión en salud de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública, a otros aseguradores privados o no cuenta con protección en salud (Superintendencia de Salud 2019).

[15] En promedio los afiliados a alguna Isapre destinan más de tres puntos porcentuales adicionales a la cotización legal (estimaciones a partir de la información sobre ingresos de Isapres publicada por la Superintendencia de Salud (2020)).

[16] Caso en el que sólo se otorga financiamiento en prestadores determinados especificados en el plan de salud (DFL1 de 2005).

[17] Pardo (2019).

[18] Infante y Paraje (2010), Butelmann et al. (2014), Banco Interamericano del Desarrollo (2014). Ver glosa 06 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales al 30 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/ORD-2386-DIGERA-Glosa-06.pdf> (20 de octubre 2020).

## 1.2. Marco de análisis para el diagnóstico y 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 (Cuadro 2) enunciadas por Banco Mundial (2012) y Dipres (2013) y las recomendaciones para la adecuada gobernanza del nivel de aseguramiento en salud (Cuadro 3) desarrolladas por Savedoff y Gotrett (2008). 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 en el que se desenvuelve.

**CUADRO 2** Funciones críticas para el funcionamiento de un esquema de seguro de salud

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 empleados y pago de cotizaciones por parte de empleadores.</li> </ul>
Sistemas de información y monitoreo	<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).

### CUADRO 3 Recomendaciones para la adecuada gobernanza del nivel de aseguramiento en salud

La buena gobernanza de un esquema de seguro, entendida como relaciones transparentes y responsables entre los actores que participan —gobierno, beneficiarios, pagadores, proveedores, otros aseguradores— se puede lograr mediante:

- Estructuras coherentes para la toma de decisiones. Cada participante debe contar con la autoridad y recursos para cumplir con su responsabilidad y enfrentar consecuencias por ello. Ejemplo, si la ley responsabiliza a los aseguradores por su sostenibilidad fiscal, deben poder controlar costos mediante el pago a prestadores, el paquete de beneficios y el aumento de la recaudación.
- Participación de las partes interesadas. Sus insumos deben ser incorporados en la toma de decisiones y supervisión. Ejemplo, el Consejo que supervisa en esquema de seguro en Ghana integra actores del gobierno, oficiales distritales, sector privado y sociedad civil.
- Transparencia e información. Esta última debe ser accesible a los tomadores de decisiones y partes interesadas para hacer responsables a los tomadores de decisiones. Ejemplo, rankings de desempeño de todos los aseguradores para consumidores y proveedores.
- Supervisión y regulación. Los actores deben ser responsables por sus acciones y desempeño (con consecuencias cuando es bajo). Por ejemplo, en India el Estado pagó a una compañía de seguros para afiliar a la población pobre por un año, pero hubo pocas solicitudes de reembolsos médicos y la compañía aumentó sus ganancias a costa de las primas. Hubo una falla en la gobernanza debida a una inadecuada supervisión y falta de incentivos para la promoción del acceso y uso de los beneficios.
- Consistencia y estabilidad. Un esquema de seguro estable y con comportamiento consistente ayuda a evitar la incertidumbre sobre las reglas y procedimientos en el tiempo y los potenciales trastornos de los cambios políticos. Ello estimula inversiones de largo plazo en los proveedores y mayor aceptación de los beneficiarios. Por ejemplo, aumenta la inversión en tecnologías de la información para mejorar la calidad y eficiencia si hay confianza en la continuidad de pagos.

Fuente: Elaboración propia en base a Savedoff & Gotrett (2008).

Si bien el trabajo de esta comisión está acotado a las modificaciones necesarias para que Fonasa pueda garantizar a sus beneficiarios la entrega del plan de salud cumpliendo con los estándares definidos, al analizar las funciones críticas se consideró relevante entender el contexto en el que Fonasa está inserto. En dicha labor, se identificaron las entidades que actualmente cumplen cada una de las funciones y las que, a criterio de los miembros de la comisión, debieran hacerse cargo (Cuadro A1 en el Anexo). De las cinco áreas contenidas en el análisis, hay dos que se recomienda estén alojadas en instituciones diferentes a las aseguradoras: (i) la regulación y diseño de política y (ii) los sistemas de información y monitoreo del sistema de salud. El resto son propias de un asegurador, por lo que se recomienda estén en manos de la o las entidades que cumplan esa función, lo que se analiza en este trabajo para el caso de Fonasa (relación con prestadores, gestión financiera, afiliación, recaudación y comunicación con beneficiarios y monitoreo e información de desempeño propio).

## 2. Diagnóstico y propuestas para la reforma integral del Fondo Nacional de Salud /

### 2.1. Aspectos para considerar del sistema de salud en el que se desempeña Fonasa

Actualmente, la estructura del sistema, las fuentes de financiamiento y los criterios de elegibilidad para participar en este están definidos en la ley. El Minsal interviene en la definición de los beneficios que deberá cubrir el plan de salud y su cobertura, en conjunto con el Ministerio de Hacienda, previa consulta a Fonasa. De la evidencia revisada e información obtenida en las reuniones de trabajo se advierte, entre otros, que: (i) existen diferentes mecanismos para definir beneficios (por ejemplo, “Ley Ricarte Soto”,<sup>[19]</sup> arancel Fonasa, programas específicos, fondo de farmacia, plan de salud familiar, condiciones con GES, entre otros), (ii) los criterios de incorporación de beneficios difieren y en muchos casos no son explícitos y (iii) 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. En parte ello responde a que el Minsal no ha ejercido la facultad que la ley le otorga de definir estándares para la atención en las prestaciones sin GES y a que las acreditaciones están solo asociadas a los procesos y no a los resultados. En efecto, 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. Es probable que la labor de generar estándares otorgada por ley a la entidad rectora (Minsal), quien debe también velar por su cumplimiento (o delegar dicha labor), se vea obstaculizada y no se realice puesto que implica evaluar su propia gestión.<sup>[20]</sup>

A partir de ello, y acorde con los requisitos para el adecuado funcionamiento y gobernanza en el nivel de aseguramiento en salud propuestos (cuadros 2 y 3), la comisión plantea la necesidad de un marco institucional claro, estable y adecuado, aspecto relevado por propuestas previas.<sup>[21]</sup> Por lo anterior, se proponen algunas

---

[19] Ley N° 20.850 de 2015.

[20] Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2017) (CEP-ESP 2017)

[21] Butelmann et al. (2014), Espinoza et al. (2014), Inostroza y Sánchez (2017), Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (CEP-ESP 2017), Colegio Médico de Chile A.G. y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile 2018 (Colmed-ESP 2018).

modificaciones adicionales a las que tienen que ver con el asegurador estatal, propiamente tal, pero que le permiten desenvolverse en un ambiente adecuado para cumplir con su rol de garante de la entrega del plan de salud, con foco en las necesidades de sus usuarios.

### ***Propuestas sobre el marco de acción para Fonasa***

#### **P1. Plan de salud universal en salud**

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 necesidades 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. Por ejemplo, en Australia, esta función la cumple el *Review Taskforce*, entidad integrada por distintos expertos de salud, entre ellos médicos, profesionales de la salud, economistas, así como representantes de los usuarios, que actualizan el plan de salud que debe ser entregado por el asegurador estatal (Medicare).<sup>[22]</sup> Así también, en Corea del Sur y Bélgica existen comités de expertos que tienen a cargo la priorización y definición de los beneficios de salud. En general, según la revisión realizada por Bitrán y Villalobos en este volumen, en estos países destaca el avance logrado en términos de transparencia de estos procesos.

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,

---

[22] Véase Bitrán y Villalobos en este volumen.

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 de 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 explicitar 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 objeto de ir conduciendo el desarrollo del sistema con mirada estratégica de largo plazo y con foco en el usuario y sus necesidades.<sup>[23]</sup> Los cambios que estimamos se requieren en la función aseguradora por parte del asegurador público son el objeto del presente trabajo, no obstante trabajos previos han abordado el ámbito de la función prestadora pública.<sup>[24]</sup>

## **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.

---

[23] Butelmann et al. (2014), Velasco (2014), Vergara (2014), CEP-ESP (2017), ISP UNAB (2017), Comisión Nacional de Productividad (2020).

[24] Véase nota 20.



## **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.

### **2.2. Reforma integral de Fonasa: definición de su rol, de un nuevo gobierno corporativo y estructura organizacional**

Tal como se detalla en el informe jurídico,<sup>[25]</sup> en la actualidad la ley no define concretamente el rol de Fonasa. Sin embargo, se infiere de la norma que su función principal es el financiamiento de las acciones de salud que requieran sus beneficiarios. No obstante, la forma y condiciones en que cumple dicha función están determinadas en la legislación (nivel de cobertura, beneficios cubiertos, modo y requisitos de afiliación). Además, en su definición participa el Minsal, Ministerio de Hacienda y otras entidades del Estado, teniendo Fonasa en algunos casos un rol colaborativo no vinculante. Lo anterior implica que el asegurador tiene reducida independencia en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos financieros.

Según la norma, Fonasa es un servicio público dirigido de manera unipersonal cuya dirección superior está a cargo de un Director. La entidad se organiza en divisiones y departamentos y puede estar desconcentrada territorialmente. Las divisiones y departamentos, así como las direcciones regionales o zonales son definidas por el Director.<sup>[26]</sup> Hasta 2016, el cargo de Director era de exclusiva confianza del Presidente de la República y desde ese año pasó a ser parte del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP). 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.

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 Minsal, lo que redundará, junto con su mecanismo de selección, en que la dirección

---

[25] Véase Nancuante en este volumen.

[26] Véase nota 25.

y ejecución de Fonasa esté fuertemente ligada a las decisiones priorizadas por los gobiernos de turno y, por ende, 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. Según el estudio de Bitrán y Villalobos en este volumen, la gobernanza es importante en el proceso de toma de decisiones al definir relaciones responsables y transparentes, para lo que requiere consistencia y estabilidad. El que Fonasa sea unipersonal le resta entonces independencia a la estructura directiva, en comparación con una organizada mediante un directorio transversal, de alto nivel técnico y con participación de actores relevantes para la toma de decisiones. En la misma línea, los autores 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. Los autores destacan como ejemplo de dicha independencia al asegurador público de Bélgica.

### ***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. De esa manera, los usuarios se convierten en el foco de su trabajo, procurando que las acciones promocionales, preventivas y la atención recibida por ellos sea integral, coordinada y continua, facilitando su acceso y tránsito por el sistema de salud, y procurando responder adecuadamente a sus problemas de salud.

#### **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, se-

gún 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 porque se logre una representación amplia de la visión e intereses en materia de salud de los usuarios en general. En la revisión de los países estudiados los comités incluyen la participación de expertos y actores relacionados (usuarios, proveedores y empleadores).<sup>[27]</sup>

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. 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. 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, para asegurar que cuente con las capacidades técnicas necesarias. 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.

.....  
[27] Véase nota 22.

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.

### **P9. 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 de Fonasa y agilizar la solución de problemas de salud en dichos lugares.

Respecto de la participación ciudadana, en cumplimiento con la legislación,<sup>[28]</sup> Fonasa debe contar con un Consejo de la Sociedad Civil (conocidos como COSOC), elegido por el sistema legalmente establecido. La participación de los usuarios de Fonasa es relevante para la gestión del asegurador público, puesto que son quienes están en mejores condiciones de evaluar la calidad técnica, el trato y otras atribuciones de los servicios recibidos. Por lo tanto, se propone fortalecer la incidencia de éstos 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.

## **2.3. 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. Para algunas funciones la ley establece exclusividad a Fonasa en su ejecución, para otras esta última es compartida con otras entidades (minis-

---

[28] Ley N° 20.500 de 2011 y el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2001).

terios de Salud y de Hacienda, entre otros) y en las restantes Fonasa participa como colaborador en definiciones que toman otras entidades (ministerios de Salud y de Hacienda).

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

#### **• Financiamiento de prestaciones de salud**

Una de las principales funciones de Fonasa consiste en financiar las prestaciones de salud que se otorguen a sus beneficiarios, función para la que tiene exclusividad.<sup>[29]</sup> Para ello, Fonasa tiene la atribución de recolectar, administrar y fiscalizar los recursos con que cuenta.<sup>[30]</sup> El financiamiento de Fonasa proviene principalmente del aporte fiscal definido anualmente en la Ley de Presupuestos del Sector Público y de las cotizaciones (65% y 31%, respectivamente, del presupuesto de Fonasa según la Ley de Presupuestos del Sector Público de 2020).<sup>[31]</sup> Adicionalmente, como lo indica Nancuante en este volumen, 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. Excepcionalmente, Fonasa puede traspasar dicha facultad a los Servicios de Salud y a los establecimientos de autogestión en red, no obstante, en la práctica la ha traspasado con regularidad. Los copagos no se cobran totalmente y corresponden a un porcentaje menor de los ingresos de Fonasa, ya que ni los Servicios de Salud ni los establecimientos autogestionados en red tienen incentivos suficientes para hacerlo. Adicionalmente, Fonasa puede realizar préstamos médicos a sus beneficiarios en caso de que estos los soliciten para el financiamiento de los copagos, tanto en la MAI como en la MLE.

Respecto del gasto de Fonasa (Cuadro 4), más de 80% se destina a los prestadores de salud a través de la MAI y específicamente de los programas Atención Primaria de Salud (APS), Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), principalmente a establecimientos estatales de salud. Estos últimos reciben aportes desde Fonasa, pero también desde los municipios, Servicios de Salud y a través del pago directo de usuarios. Los montos y mecanismos de pago son definidos casi en su mayoría por los ministerios de Salud y de Hacienda a través de distintas leyes.

.....  
[29] Véase nota 25.

[30] 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).

[31] Ley N° 21.192 de diciembre de 2019. El resto del financiamiento proviene de la Ley Ricarte Soto, Chile Solidario, Sistema de Protección Integral a la Infancia, entre otros.

**CUADRO 4** Proporción del gasto total de Fonasa destinado a cada ítem, 2020.

Ítem de gasto	Proporción gasto total (%)
APS (APS como porcentaje de APS+GRD+PPI)	24,1 (29,8)
GRD (GRD como porcentaje de APS+GRD+PPI)	38,2 (47,3)
PPI (PPI como porcentaje de APS+GRD+PPI)	18,5 (22,9)
Prestaciones previsionales	12,5
Convenios de provisión de prestaciones médicas (MLE)	3,4
Subsecretaría de Salud Pública	1,4
Aplicación Ley N° 20.850 (Ley Ricarte Soto)	1,0
Gasto en personal y bienes y servicios	0,6
Programas informáticos	0,2
Préstamos médicos	0,2
Bono Auge al sector privado	0,1
Instituto de Salud Pública	0,01
Deuda	0,00001

*Fuente:* Presupuesto 2020, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.

*Nota:* APS se refiere al programa de atención primaria de salud, GRD al pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico, PPI al programa de prestaciones institucionales.

El gasto en la MLE que se otorga mediante prestadores privados de salud representa menos de 5% del presupuesto de Fonasa. Los desembolsos restantes (menos de 10%) se destinan a subsidios de la caja de compensación familiar, a las prestaciones de la Ley Ricarte Soto y a la Subsecretaría de Salud Pública, entre otros (Cuadro 4).

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 solo incidir en la atención secundaria y terciaria. Ello porque tanto los recursos para la atención primaria de salud (24,1% del gasto), 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>[32]</sup> Con respecto a la APS, Fonasa sólo tiene la atribución de validar la población beneficiaria registrada en cada municipio, con lo que se calculan los montos que el Minsal, a través de los Servicios de Salud, traspasa a los municipa-

[32] 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.

lidades. Como menciona Nancuante,<sup>[33]</sup> Fonasa no incide en dicha transferencia de recursos ni en la definición del monto a entregar. La APS recibe, además, recursos desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal, entre otros, para acciones de promoción y prevención de la salud, Programa Campaña de Invierno y mejoras en trato usuario.

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>[34]</sup> del presupuesto que destina al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).<sup>[35]</sup> Los mecanismos de pago (hasta 2019 fueron el pago histórico y por actividad),<sup>[36]</sup> y las restricciones al uso de los recursos (como el límite al gasto en prestadores privados en la MAI de 10% de su presupuesto<sup>[37]</sup>), están definidos en leyes permanentes<sup>[38]</sup> y en la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año. Si bien la norma le otorga al Director de Fonasa la función de elaboración y proposición del presupuesto, es la Dirección de Presupuestos (Dipres) del Ministerio de Hacienda quien aprueba en última instancia no solo el presupuesto global, sino también la forma en que se transfieren dichos recursos. 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).<sup>[39]</sup> El Cuadro A2 del Anexo contiene una descripción de los principales métodos de pago y recomendaciones para su uso a partir del trabajo de CEP-ESP (2017).

---

[33] Véase nota 25.

[34] Incluye pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico y Programa de Prestaciones Institucionales (Cuadro 6).

[35] 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).

[36] Los mecanismos de pago que se utilizaban 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).

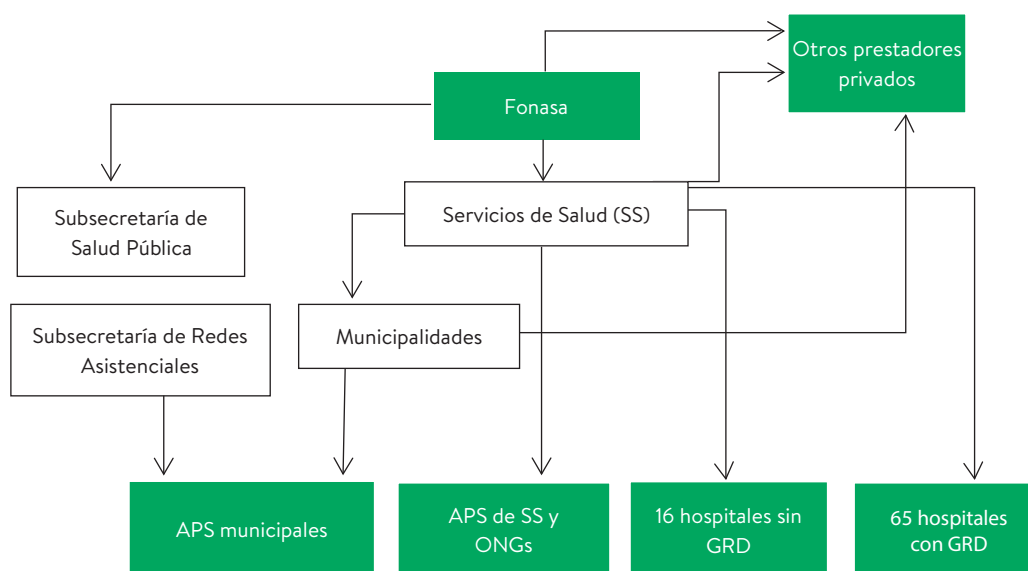
[37] En ellas se usa el pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) o por solución de un diagnóstico (se ajustan por severidad y complejidad). Este traspasa riesgo financiero a los prestadores, quienes asumen los costos de una mayor utilización de recursos a la esperada.

[38] Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; DFL1 de 2005.

[39] Dato de 2019 proporcionado por Fonasa para el presente documento. 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.

En el presupuesto de Fonasa para el año 2020, a partir de una propuesta elaborada por la Dipres, se incluyó una nueva partida para pagar a 65 hospitales llamada Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Esta consta de tres componentes: (i) atención cerrada, servicio que se financiará a través de GRD;<sup>[40]</sup> (ii) atención ambulatoria, que considera un monto fijo según un modelo de proyección de gastos; y (iii) gastos de administración y otros que no se pueden atribuir a un egreso hospitalario en particular. La Figura 1 resume los flujos de pago según el presupuesto de 2020.

**FIGURA 1** Organización del flujo de financiamiento desde Fonasa hacia los prestadores de salud



Fuente: Elaboración propia. Actualización de CEP-ESP (2017).

Nota: APS: Atención primaria de salud; ONGs: Organizaciones no gubernamentales; GRD: hospitales que reciben pago a través de Grupos Relacionados de Diagnóstico.

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>[41]</sup> ni se ajustaban a las necesidades de la población (ver Cuadro A2 del Anexo).

[40] Véase nota 51 y Cuadro A2 del Anexo. Dentro del pago a la atención cerrada se define una función de costos que permite determinar un valor de egreso eficiente y luego, con el número de egresos efectivos (que se ajusta por nivel de complejidad), el monto que debiera ser traspasado al hospital.

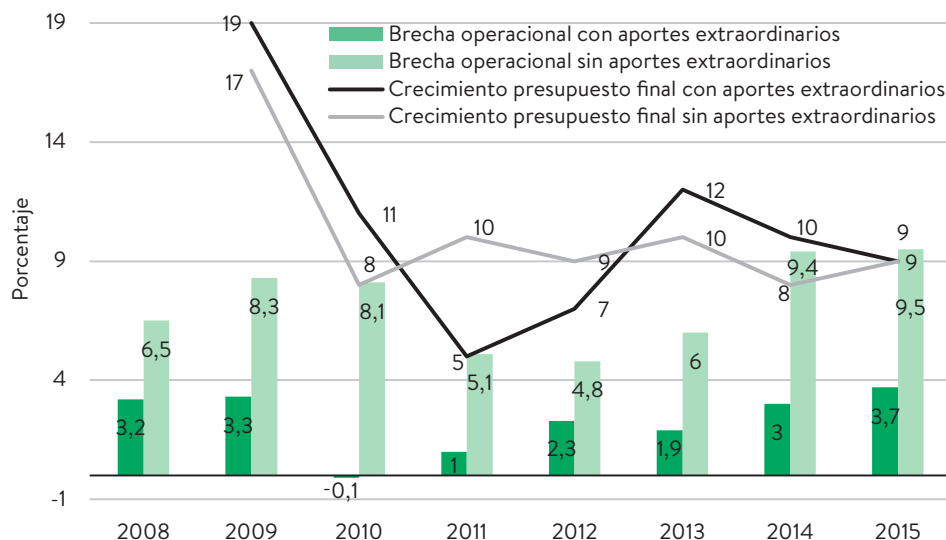
[41] Véase nota 20.



Las excepciones son los asociados a un grupo de prestadores privados que reciben financiamiento mediante PAD y GRD, según se mencionó previamente. El cambio en el método de pago a 65 hospitales en 2020, a los que se les comenzó a pagar por GRD, como se mencionó, avanza en la línea recomendada.

En los últimos años se ha evidenciado que los gastos del sector salud superan de manera importante a sus recursos financieros. Como consecuencia, el gasto operacional<sup>[42]</sup> ejecutado es mayor al presupuesto asignado, aun incluyendo en este último los aportes extraordinarios (presupuesto anual vigente), como se presenta en la Figura 2 (barras verdes). Si bien es probable que parte del sobregasto se explique porque los mecanismos de pago no incentivan la contención de costos, no se cuenta con información precisa para determinar en qué proporción ello responde también a un déficit presupuestario. Según un estudio reciente de la Comisión Nacional de Productividad,<sup>[43]</sup> que analiza el uso de pabellones, hay evidencia de que ambos aspectos influyen. De todas maneras, el aumento en la carga de enfermedad, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y la incidencia de factores de riesgo en la población debería continuar aumentando la presión de gasto a futuro.

**FIGURA 2** Gastos en salud



Fuente: Ahumada et al. (2016).

[42] Incluye los gastos corrientes para la producción —personal y bienes y servicios— en los subtítulos 21 y 22 del presupuesto, respectivamente.

[43] Comisión Nacional de Productividad (2020).

#### • **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, en las presentaciones que se hicieron ante la comisión se mencionó la baja capacidad que tiene actualmente Fonasa 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. Ello sólo ha ocurrido para las atenciones consideradas en el PPV (actualmente para GRD) y la MLE. En el caso de lo que se realiza en la MAI y se paga por PPI, no se conocen los datos sobre frecuencia, detalle del servicio entregado, entre otros, salvo lo que tiene que ver con egresos hospitalarios. No obstante, dicho registro es administrado por el Minsal. 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.

A la vez, la organización territorial de Fonasa, sumada al bajo número de funcionarios por población a cargo, dificulta la capacidad del asegurador público para informar y orientar adecuadamente a los usuarios en relación con el acceso a los prestadores de salud, pero especialmente en lo relativo a reclamos y solución de problemas de salud.<sup>[44]</sup>

#### • **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.

En términos generales y con el objetivo de cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a los servicios que se entregan a sus beneficiarios, Fonasa tiene, por una parte, la atribución de fiscalizar que el financiamiento que se entrega corresponda a las prestaciones efectivamente otorgadas. Por otra parte, 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, ya que 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

---

[44] Esta inquietud fue presentada por representantes de funcionarios ante la comisión.

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**

Fonasa debe celebrar convenios con prestadores públicos y privados para la entrega de atenciones en cualquiera de sus modalidades de atención, acción que pueden realizar también los Servicios de Salud y los establecimientos autogestionados en red. Respecto a los convenios con entidades privadas, se establecen algunas condiciones a Fonasa, respecto al precio a pagar y el monto máximo que puede destinar a dichos convenios, las que no se exigen ni a los Servicios de Salud ni a los establecimientos autogestionados en red. En primer lugar, deben realizarse 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.

En el caso de la MLE, Fonasa no tiene prestadores preferentes, sino que cualquier prestador habilitado para otorgar prestaciones de salud puede inscribirse para otorgar atención de salud por esta vía. Los convenios que celebra Fonasa en la MLE con los prestadores sean estatales o privados, definen el nivel de atención al que pertenece el prestador (nivel 1, 2 o 3) y el valor asociado a los servicios fijados en un arancel. El que Fonasa no pueda incorporar en el convenio otros compromisos de gestión (metas de resultados o satisfacción usuaria, entre otros), sumado al mecanismo de pago que se utiliza en esta modalidad (mayoritariamente pago por servicio) no fomentan la contención de costos del sector salud.

Por otro lado, el financiamiento a los prestadores estatales se realiza por medio de un convenio que suscriben Fonasa, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud. Dichos convenios contienen los recursos que Fonasa debe transferir a los Servicios de Salud y las condiciones referidas a nivel de producción, metas sanitarias, su valoración y los procedimientos y otras condiciones.

Por tanto, 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**

La ley establece que Fonasa puede financiar la adquisición de equipos, instrumental y otros elementos de infraestructura que requieran los prestadores públicos,<sup>[45]</sup> pero dicha labor es también propia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Asimismo, la norma establece que el pago de las prestaciones puede considerar el costo de capital, lo que permite cubrir la mantención. Dado que Fonasa tiene definida a la red de prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud como red preferente, está en su interés que estos cuenten con la infraestructura y recursos necesarios para responder a los requerimientos sanitarios de sus beneficiarios. Es por eso, según el levantamiento realizado en las reuniones y presentaciones que, en la práctica, Fonasa realiza la función de inversión en infraestructura y equipamiento, con el objetivo de que la oferta disponible pueda hacerse cargo de las necesidades sanitarias de la población. 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 en el caso de los prestadores que forman parte de la red estatal).

### **• 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. Ello responde a que la normativa actual le atribuye a Fonasa la función de colaboración con el Minsal para administrar el financiamiento asociado a programas de relevancia nacional y que sean costeados por el Estado para toda la población, ya que dichas prestaciones de alto costo no están incluidas en el plan de salud.

### **• Colaboración con otras instituciones**

Fonasa debe colaborar con el Minsal en la compatibilización y consolidación del presupuesto de los Servicios de Salud con el presupuesto del sector salud. Adicionalmente, debe colaborar con la Subsecretaría de Salud Pública en la administración de su presupuesto, atribución que se le otorgó desde la separación del financiamiento

---

[45] Artículo 50 del DFL1 de 2005.

de salud pública del resto del financiamiento de salud. Por último, Fonasa debe participar en el proceso de determinación del arancel de las prestaciones de salud y en el de clasificación de personas indigentes o carentes de recursos. Ambas materias son definidas por los ministerios de Salud y de Hacienda a proposición de Fonasa, por tanto, la proposición no es vinculante.<sup>[46]</sup>

### ***c) Lo que Fonasa no puede hacer***

El estudio de Nancuante presentado en este volumen identifica aspectos en los que Fonasa no tiene atribuciones legales en la actualidad. En primer lugar, ello sucede en todo lo relativo a la APS. Como se mencionó, la definición de los montos y mecanismos de pago queda fuera del alcance de Fonasa.<sup>[47]</sup> Ello impide que Fonasa influya en la coordinación y fiscalización de la entrega de la atención de salud. Son los Servicios de Salud quienes tienen la facultad de retener los aportes a la APS ante incumplimientos, los que dependen del cumplimiento en el pago de las cotizaciones previsionales y de salud del personal de la entidad municipal. 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.<sup>[48]</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 (aprobación, ampliación, reducción y rechazo de licencias médicas) 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. En dichos casos, la unidad debe pronunciarse antes de tres días hábiles y el usuario puede reclamar ante la Superintendencia de Salud (SdS) si lo requiere. El resto de las licencias deben ser enviadas a la Compin (correspondiente al domicilio del cotizante), la que autoriza (aprueba, amplía, reduce o rechaza) el reposo dentro de los siete días desde la solicitud.<sup>[49]</sup> Una vez resuelta, la Compin envía el caso a la Unidad de Licencias Médicas. El pago del SIL lo realizan los Servicios de Salud y la Caja de Compensación de Asignación Familiar, según corresponda. Dicho proceso es diferente para los afiliados de Isapres. Son las propias Isapres las que realizan la autorización y el pago del SIL. En caso de reclamo, el afiliado puede acudir a la Compin.

---

[46] Véase nota 25.

[47] Artículo 50 del DFL1 de 2005.

[48] Véase nota 20.

[49] Puede extenderse siete días más en los casos de mayor complejidad.

En conclusión, al menos en lo que respecta a las funciones estudiadas, 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.

### ***Propuestas respecto de las funciones y atribuciones de Fonasa***

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. En las propuestas se incluyen algunas alternativas de herramientas que son utilizadas por aseguradores públicos, a partir de la revisión internacional de países encargada en este trabajo.<sup>[50]</sup> Cabe mencionar que dichas opciones están lejos de ser exhaustivas, en cuanto sólo consideran las usadas en los tres países estudiados.

#### ***(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

.....  
[50] Véase nota 22.

públicas vigentes, así como las vías para efectuar reclamos en caso de que no se logre acceder a éstos 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 de que el plan de salud universal considere copagos por parte de los usuarios, Fonasa debe poder establecer todos los mecanismos para recuperarlos, cuando estos sean recibidos por los prestadores.

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

Fonasa debe disponer el 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. Por diversas razones expresadas en el equipo, 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 integridad 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 proble-

mas 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 conformación 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 autoridad.

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).



Los países estudiados presentan un ejemplo de esta función que es realizada de manera exclusiva por los aseguradores. Tanto en Corea del Sur, como en Australia y en Bélgica, los aseguradores públicos cuentan con una institucionalidad que define la relación con los prestadores de salud, estableciendo metas y condiciones para el cumplimiento del contrato o convenio.<sup>[51]</sup>

#### **(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 éstos, 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 plataformas 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.

La revisión internacional destaca el avance que tiene el asegurador público de Australia en cuanto a la gestión de información de sus beneficiarios. Para ello, el Instituto Australiano de Salud y Bienestar está a cargo de recopilar y sistematizar la información de los usuarios, la que sirve como insumo al asegurador.<sup>[52]</sup>

### **2.4. Fonasa y su relación con la Superintendencia de Salud y la función de inversión en los prestadores**

Según el análisis realizado por la comisión respecto de las condiciones 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.<sup>[53]</sup>

.....  
[51] Véase nota 22.

[52] Véase nota 22.

[53] Véase Cuadro 3.

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. Por ejemplo, al asegurador, permitiéndole reajustar convenios o establecer sanciones, y al ente rector, quien debe evaluar constantemente el desempeño del sistema de salud y establecer políticas públicas acordes con las necesidades detectadas. Dicha información debe contener, por ejemplo, tiempos de espera, resultados clínicos, protección financiera y satisfacción usuaria. 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 beneficiarios.<sup>[54]</sup> Según Nancuante (en este volumen), la SdS debe fiscalizar que los copagos se ajusten a lo que dice la ley, para lo que puede verificar si la clasificación de los afiliados está bien realizada. Además, la SdS podrá interceder por los beneficiarios cuando Fonasa no resuelva en caso de cobros en exceso o ante problemas relacionados con los préstamos médicos. Sin embargo, es escaso el nivel de injerencia que tiene la SdS para fiscalizar la entrega de prestaciones sin GES.

Adicionalmente, como se menciona en el trabajo de Bitrán y Villalobos (en este volumen), esta 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. Los autores presentan como contraste lo que ocurre en el caso del Centro Belga para el Conocimiento Sobre Salud, que publica indicadores de calidad de la atención, accesibilidad, eficiencia, sustentabilidad, equidad y desigualdades, transparentando así el desempeño de los aseguradores, incluyendo al asegurador público.

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>[55]</sup> Una de las falencias que plantean Bitrán y Villalobos (en este volumen) respecto a Fonasa es justamente que no está sujeto a los mismos es-

.....  
[54] Véase nota 25.

[55] Banco Interamericano de Desarrollo (2014).

tándares 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>[56]</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 de-

---

[56] 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).

cisiones 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).

## 2.5. 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, consideramos que los cambios sugeridos no pueden esperar para comenzar a implementarse, aunque entendemos 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).

## 3. El proyecto de ley que reforma Fonasa y crea un plan de salud universal /

Como se ha argumentado a lo largo de este documento, 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. El proyecto de ley presentado por el Minsal a inicios de 2020<sup>[57]</sup> busca “modificar las normas que regulan al Fondo Nacional de Salud, a fin de transformar su rol y funciones, gobernanza y atribuciones”, ámbitos que son necesarios de reformar para que pueda cumplir con el objetivo mencionado. Nos parece que la iniciativa legal sienta las bases para un fortalecimiento a Fonasa, por lo que reafirmamos la importancia de que este proyecto de ley, con modificaciones que se detallarán en esta sección, siga su curso en el Congreso.

---

[57] Boletín N° 13178-11.

Dentro de las medidas coincidentes con el proyecto de ley están la creación de un plan de salud universal y la consideración de una institucionalidad para la evaluación de los servicios y tratamientos a ser incluidos. No obstante, esta propuesta presenta diferencias en relación con la iniciativa legal. Por una parte, proponemos que el plan de salud considere las necesidades de toda la población y que se componga de soluciones a dichas necesidades, es decir, que incluya todo lo necesario para resolver el problema de salud, considerando medicamentos, sean estos hospitalarios o ambulatorios. Por otra parte, planteamos la creación de una institucionalidad técnica única para determinar el contenido del plan, terminando con la dispersión de entidades, criterios y mecanismos que existen actualmente en la definición del contenido de diferentes programas como, por ejemplo, GES, Ricarte Soto, fondo de farmacia, arancel de Fonasa, entre otros. Proponemos que dicha institución sea técnica, transparente, participativa e independiente de la influencia de intereses coyunturales o grupos particulares. Estos aspectos no se logran adecuadamente en el proyecto de ley, ya que la determinación del contenido del PSU queda a cargo del trabajo conjunto del Ministerio de Hacienda y del Ministerio de Salud, el cual a través de la Subsecretaría de Salud Pública realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible y hará una recomendación priorizada de los servicios a incorporar al PSU. El Consejo Directivo de Fonasa se pronunciará sobre la capacidad de la red de prestadores para otorgar dichos servicios priorizados y sus precios. Además, el proyecto no es claro respecto a los servicios y tratamientos que incluye y si estos permiten otorgar soluciones integrales a los problemas de salud. Por ejemplo, se menciona que el plan incluiría medicamentos ambulatorios, pero, a la vez, crea un seguro aparte para cubrir medicamentos ambulatorios, lo que podría indicar que hay medicamentos que no serían parte del plan de salud.

Otro aspecto relevante que se incorpora en el proyecto de ley es la modificación del gobierno corporativo de Fonasa, que pasa de ser un órgano unipersonal a uno colegiado, a través de la creación de un Consejo Directivo, aspecto que debe ser incluido en una reforma que intente fortalecer a la entidad otorgándole independencia de políticas coyunturales e intereses de grupos de interés. Sin embargo, la estructura y funciones propuestas en el proyecto presentado no le entregan dicha independencia ni separan adecuadamente la gestión de la dirección, como es esperable de una entidad de este tipo. Ello, principalmente, porque el Director Ejecutivo de Fonasa no solo integraría dicho Consejo con derecho a voz y voto en la propuesta gubernamental, sino que además lo preside. Lo anterior no parece adecuado puesto que uno de los principales roles de dicho órgano superior es evaluar la gestión de Fonasa, a cargo justamente del Director Ejecutivo. El mecanismo de selección de los integrantes del Consejo propuesto en la iniciativa legal entrega la decisión al Presidente de la República. Si bien dicha selección se realizaría mediante el SADP, el nombramiento aún recae fuertemente en la discrecionalidad del Ejecutivo, más aún el primer nombramiento del Consejo, que quedaría completamente en manos de

un mismo gobierno. De todas formas, la elección planteada luego del primer nombramiento, por parcialidades, parece adecuada para alcanzar mayor independencia del Consejo. Por otro lado, el número de participantes del Consejo (cinco) limita la diversidad de este y con ello, la posibilidad de mitigar la influencia de cada consejero. Por último, el proyecto de ley crea un consejo consultivo, además de los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC) ya existentes, cuyos miembros serían seleccionados por el Director Ejecutivo de Fonasa y sus recomendaciones no serían vinculantes, aunque el Consejo Directivo deberá hacerse cargo de sus informes y recomendaciones.

Si bien tanto el proyecto de ley como nuestra propuesta consideran la creación de un órgano directivo colegiado, a diferencia del proyecto de ley descrito, esta Comisión propone: (i) que el Director Ejecutivo solo tenga derecho a voz en las reuniones del Consejo Directivo en que participe (se excluye su participación en las dedicadas a seleccionar, evaluar o remover al Director Ejecutivo), no siendo parte ni presidente del mismo; (ii) involucrar al Senado en la selección de los integrantes de dicho consejo (ratificando la elección); (iii) un número mayor de miembros del Consejo (entre 5 a 9), incluyendo representantes de los usuarios (en orden de que su opinión influya en la toma de decisiones); (iv) definir un mecanismo transitorio para la selección del primer Consejo que limite su dependencia del gobierno de turno; (v) que el Consejo participe en la selección y remoción del Director Ejecutivo, a partir de la evaluación su gestión y; (vi) potenciar la participación de la sociedad civil mejorando las condiciones y estableciendo, entre otros, requisitos y regularidad de participación en las sesiones para fortalecer los COSOC.

Respecto a las atribuciones que el proyecto de ley otorga a Fonasa también se encuentran coincidencias con los cambios propuestos por esta comisión. Particularmente, en la función relativa a la gestión de riesgo (aumentando las capacidades para recopilar información) y en la entrega del plan prioritariamente en la red estatal (permitiendo la libre elección, pero con limitaciones que incentiven la atención en los prestadores preferentes). Sin embargo, se mantiene la atribución de tomar la decisión final respecto al financiamiento de la atención primaria en los ministerios de Salud, Interior y Seguridad Pública y de Hacienda. Ello no sólo le quita autonomía a Fonasa en dicha decisión, sino que afecta la entrega del plan de salud y el objetivo de que la atención en salud sea integrada y no fragmentada. En efecto, con ello se mantiene por ley la separación del financiamiento a la atención primaria de la atención de mayor complejidad. En contraste, los mecanismos de financiamiento modernos justamente buscan integrar la atención de los diferentes niveles, lo que muchas veces pasa por pagar de manera conjunta (por ejemplo, pagos amarrados o *bundled payments*). Reforzamos la idea de que Fonasa debe administrar libremente dichos recursos, siempre dentro del marco presupuestario y legal y en función de su objetivo. Junto con lo anterior, proponemos asegurar que Fonasa cuente con los

recursos necesarios para la entrega del plan de salud (lo que implica que la autoridad debe transparentar el costo del plan en un escenario de buen uso de los recursos).

Por último, si bien el proyecto de ley también propone que Fonasa sea fiscalizado por la SdS, lo que es necesario para asegurar que cumpla con su labor, el ámbito de fiscalización se refiere al plan de salud, entregado en la red preferente, excluyendo así lo relativo a la Modalidad Libre Elección. El proyecto define que la fiscalización de dicha modalidad quedará a cargo de Fonasa. En este documento, se propone no sólo que dicha entidad pueda supervisar a Fonasa en todas las modalidades de entrega de los servicios, sino también que pueda hacerlo en cuanto a transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad en el uso de los recursos, aspectos que no son planteados en la iniciativa legal. Lo anterior requiere el establecimiento de sanciones efectivas, más allá de las consideradas por el proyecto de ley. Además, sugerimos que la SdS pueda tomar un rol mediador entre usuarios y Fonasa y entre prestadores y Fonasa cuando ello sea requerido.

Respecto de las materias que no son tratadas por el proyecto de ley y que son necesarias para que Fonasa pueda cumplir con su rol, principalmente está la separación de funciones en salud. Por una parte, la entidad no debe gestionar las redes de prestadores, sino que negociar las condiciones del contrato con quien esté a cargo de dichas redes, lo que requiere otorgar a Fonasa atribuciones para que pueda forzar el cumplimiento de dichas condiciones y tomar medidas ante incumplimientos. Ello no se observa en el proyecto de ley, donde la entidad toma un rol de gestionar las redes y no se le otorgan nuevas facultades para sancionar.

Por otro lado, si bien el proyecto de ley se acota a Fonasa, tal como se argumentó en el presente documento, junto con un fortalecimiento de Fonasa se requiere reforzar la institucionalidad y el marco de acción donde esta entidad está inserta, para lo que proponemos contar con una institución que tenga como objetivo el velar constantemente porque el sistema de salud apunte a cumplir con su rol, cuyo foco sean las personas y su salud y que tenga una mirada de largo plazo.

Finalmente, la reforma debe contar con una transición adecuada. Ello implica definir etapas que contengan los hitos, plazos y recursos necesarios para su implementación. Por ejemplo, un primer paso es la determinación del contenido y la realización de un costeo riguroso del primer plan de salud. Ello no es trivial. Requiere definir los mecanismos y criterios para elegir los tratamientos y problemas de salud a ser incluidos en el primer plan de salud, así como el modelo de atención y de gestión de prestadores que permitan conocer el costo de la entrega de dicho plan, en condiciones de buen uso de los recursos.

El Cuadro 5 sintetiza las coincidencias y diferencias de las medidas aquí propuestas con las planteadas en el proyecto de ley.

**CUADRO 5** Comparación entre las propuestas de esta comisión y el proyecto de ley que reforma a Fonasa y crea un plan de salud universal

	Coincidencias	Diferencias
Marco institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de plan de salud universal (PSU).</li> <li>• Creación de institucionalidad técnica que evalúe contenidos del plan de salud universal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A diferencia del proyecto de ley que propone un PSU para Fonasa, se plantea que este debe ser igual para toda la población y debe ser definido por la autoridad sanitaria.</li> <li>• En cuanto al contenido del plan, a diferencia del proyecto de ley (que plantea un seguro de medicamentos de forma separada al PSU), la comisión propone que el PSU debe estar definido en base a soluciones de salud, las que deben incluir medicamentos hospitalarios y ambulatorios.</li> <li>• La comisión plantea que institucionalidad técnica debe ser independiente y debe ser la misma para la evaluación de todos los programas y planes de salud.</li> <li>• La comisión propone avanzar en la separación de funciones en salud: (i) definir el rol de Fonasa como responsable de la entrega del plan de salud, (ii) la gestión de redes debe quedar en manos de la entidad a cargo de los prestadores de salud (actualmente la Subsecretaría de Redes Asistenciales).</li> <li>• Se plantea la creación de una entidad 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.</li> </ul>
Gobernanza de Fonasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en la gobernanza desde gobierno corporativo unipersonal a colegiado, mediante la creación de un Consejo Directivo (CD).</li> <li>• Selección de integrantes del CD a través de SADP.</li> <li>• Se fortalece la participación de usuarios como voz ante el CD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de ley considera que Director Ejecutivo (DE) preside e integra (voz y voto) el CD. Comisión plantea que DE participe sólo con derecho a voz. CD evalúa al DE y participa de su selección y remoción.</li> <li>• Para la selección de miembros del CD, además del proceso del SADP, debe haber ratificación del Senado. El número de miembros debe ser mayor al propuesto por proyecto de ley e incluir a un representante de usuarios.</li> <li>• A diferencia del proyecto de ley, que plantea consejo consultivo, la comisión propone fortalecimiento de COSOC.</li> </ul>
Atribuciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se fortalece en Fonasa la atribución de gestión del riesgo de los usuarios, mediante mayor capacidad de recopilar información.</li> <li>• Se propone que la red estatal sea la preferente para la entrega del plan de salud y desincentivar la atención fuera de esta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A diferencia del proyecto de ley que mantiene la decisión sobre el financiamiento de la APS en el Minsal, se plantea que Fonasa disponga de todos los recursos que la ley otorga para el financiamiento del plan de salud. Asimismo, que los recursos sean suficientes para la entrega del PSU.</li> <li>• La comisión plantea que, en la relación de Fonasa con la red de prestadores, Fonasa debe poder definir en un contrato las condiciones que le permitan hacerse cargo de la entrega del plan de salud. A la vez, debe tener las atribuciones adecuadas para exigir su cumplimiento.</li> </ul>
Relación con otras entidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se fortalece la capacidad de la SdS para fiscalizar a Fonasa en la entrega del plan de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantea que la SdS fiscalice a Fonasa en todo lo relativo a la entrega del PSU, incluyendo la atención en libre elección, pero también, en cuanto a transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad.</li> </ul>
Transición adecuada		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantea la necesidad de contar con una transición adecuada en la implementación de las modificaciones propuestas. Ello requiere definir etapas con sus hitos y metas, así como los recursos necesarios.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.



## 4. Aspectos no desarrollados en este documento /

Estamos conscientes que existen otras reformas estructurales al sistema de salud relevantes que escapan al trabajo actual, como la necesidad de separar la función rectora de la función prestadora en salud (materia que fue desarrollada en un trabajo previo donde participaron varios de los autores de este documento en el año 2017<sup>[58]</sup>). Pero más allá de ello, hay varios aspectos tratados en este documento que 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).

Respecto de Fonasa, se debe revisar su capacidad (recursos físicos, humanos y financieros) de hacerse cargo de garantizar la entrega del plan de salud a sus usuarios en las nuevas condiciones. Por ejemplo, dotación y creación de nuevas sedes de atención, rol y atribuciones para la gestión de reclamos. En esta línea, tanto este documento como el proyecto de ley adolecen de un adecuado tratamiento del rol de Fonasa en la gestión y reclamo de las licencias médicas y del Subsidio por Incapacidad Laboral asociado. Se requiere detallar también la composición del Consejo Directivo (más allá de lo que proponemos respecto de integrar la representación usuaria), su duración en el cargo (y la del Director Ejecutivo), los perfiles, entre otros.

Por otra parte, es importante describir el abanico de posibles sanciones asociadas a incumplimientos de Fonasa (desde la SdS) y de los prestadores (desde Fonasa y la SdS), así como las facultades de hacerlos efectivos.

Finalmente, la definición de la institucionalidad única, técnica e independiente a cargo de la determinación del contenido y costos del plan de salud es crucial. Sin ello, se corre el riesgo de no cumplir con lo comprometido (y con las expectativas de la ciudadanía), ya sea por falta de recursos, por capacidad del sistema, por ineficiencias o falta de planificación, como ha ocurrido previamente en el sector salud.

Esperamos 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.

---

[58] Véase nota 20.

## 5. Referencias /

Ahumada, B., M. Lagos y D. Sugg. 2016. “Sobregasto operacional y deuda del sistema nacional de Servicios de Salud”. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.

Asociación Chilena de Municipalidades. 2019. “Consulta Ciudadana Municipal 2019”.

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.

Boletín N° 13178-11. 2020. “Reforma el Fondo Nacional de Salud y Crea un Plan Universal de Salud”. Ministerio de Hacienda, Ministerio de Interior y Seguridad Pública y Ministerio de Salud, República de Chile.

Butelmann, A. 2014. “Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno”. *Informe de políticas públicas*. Espacio Público.

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”.

Centro de Estudios Públicos. 2020. “Encuesta de Opinión Pública N° 84, diciembre 2019”, disponible en [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20200116/20200116081636/encues-tacep\\_diciembre2019.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20200116/20200116081636/encues-tacep_diciembre2019.pdf).

Centro de Políticas Públicas. 2014. “Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno”. *Temas de la Agenda Pública*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Colegio Médico de Chile A.G. y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (Col-med-ESP). 2018. “Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile”.

Comisión Nacional de Productividad. 2020. “Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica No GES”.

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.

Dirección de Presupuestos. 2020. “Informe de ejecución trimestral 2019”. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.

Espinoza, M., Candía, G., Madrid, R., Alaniz, R., Lavín, C. Madrid, M. P. 2014, ‘Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud’, en Propuestas para Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Infante, A., y G. Paraje. 2010. “La reforma de salud en Chile”. *Documento de Trabajo* N° 4. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Chile.

Inostroza, Manuel y Héctor Sánchez (eds). 2017. “Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición”. Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello.

Ley N° 18.933. 1990. “Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de salud, de 1981”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.378. 1995. “Establece estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.650. 1999. “Perfecciona normas del área de salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.813. 2002. “Otorga beneficios a la salud primaria”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.157. 2007. “Concede beneficios al personal de atención primaria de salud y modifica las leyes 19.378 y 19.813”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.966. 2005. “Establece un régimen de garantías en salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.250. 2008. “Modifica las leyes N° 19.378 y 20.157 y concede otros beneficios al personal de atención primaria de salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.500. 2011. “Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública”. Ministerio Secretaría General de Gobierno, República de Chile.

Ley N° 20.584. 2012. “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.850. 2015. “Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Palacios, A. 2017. “Financiamiento y gasto en APS en Chile”. Presentación en Congreso de Atención Primaria de Salud “Construyendo Valor Social”. Ministerio de Salud, República de Chile.

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.

Pardo, C. 2019. “Health care reform, adverse selection and health insurance choice”. *Journal of Health Economics*, 67: 102221.

Savedoff, W. D. y P. Gottret. 2008. “Governing Mandatory Health Insurance. Learning from Experience”. Washington DC: Banco Mundial.

Superintendencia de Salud. 2019. “Distribución de la población según Sistema de Aseguramiento 2001-2018”. Series Estadísticas de Beneficiarios.

Superintendencia de Salud. 2020. “Índice de información financiera a diciembre de 2019”. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Velasco, C. 2014. “Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile”. *Debates de Política Pública* N° 3, Centro de Estudios Públicos.

Vergara, M. 2014. “Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile”. *Documento de Referencia*, Espacio Público.

## 6. Anexo

**CUADRO A1** Análisis de las atribuciones actuales y futuras de Fonasa en el marco de las funciones críticas del Banco Mundial (2012)

Funciones críticas	¿Se realiza? ¿Quién lo hace? ¿Dónde está normado?	Cambios necesarios para Fonasa (quién, cómo, mecanismo)
Regulatorias y de política	Diseño esquema (financiamiento, criterios elegibilidad, beneficios)	<p>Financiamiento y criterios elegibilidad de Fonasa en la ley.</p> <p>Beneficios: Ley, Ministerio de Salud (Minsal), Fonasa, Dirección de Presupuestos (Dipres) y Ministerio del Interior y Seguridad Pública.</p> <p>Definir qué es Fonasa (asegurador), su rol (garante de la entrega de plan de salud) y funciones.</p> <p>Plan de beneficios debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicitar contenido y estándares de acceso, oportunidad y calidad. El Minsal debe hacerlo por ley.</li> <li>- Tener mecanismo único de priorización (a través de entidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETESA)) y transparente. Según recursos acordados.</li> <li>- Ser fiscalizado (su entrega) por SdS con consecuencias. Avanzar a homologar facultades a las que tiene con Isapres.</li> </ul>
	Elección institución administradora del esquema	<p>Legislación determina que Fonasa e Isapres administran el seguro (7% + otros aportes), junto a la Superintendencia de Salud (SdS) en el fondo de compensación.</p> <p>Fonasa e Isapres deben administrar. Si las prestaciones con GES aumentan o se crea un fondo único, la compensación de riesgo debería salir de la SdS (organismo autónomo).</p>
	Estándares de calidad de proveedores y comunicación con beneficiarios.	<p>Proveedores: Secretaría Regional Ministerial autoriza y SdS acredita (estándares del Minsal que puede proponer la SdS).</p> <p>Laboratorios y medicamentos. ISP registro y bioequivalencia. Acreditación de laboratorios en conjunto con la SdS.</p> <p>Comunicación beneficiarios: aseguradores (Fonasa e Isapres) y SdS.</p> <p>Existiendo un marco en DFL1 de 2005 para que el Minsal fije normas para los tratamientos no GES, estas no se han elaborado.</p> <p>Autoridad debe definir estándares, entre otros, de calidad, para la entrega del plan de beneficios.</p> <p>SdS debe fiscalizar la entrega del plan de salud con todas las facultades requeridas.</p>
	Normas para asegurar solvencia y protección de consumidores	<p>Solvencia: Ley (DFL1 de 2005, ley corta Isapres) y SdS.</p> <p>Protección consumidores: DFL1 de 2005, Ley N° 18.933 de 1990 (conocida como Ley corta de Isapres), Ley N° 20.583 de 2012 (conocida como Ley de derechos y deberes) directa e indirectamente.</p> <p>Considerar actualizarla a la de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) o traspasar dicha competencia a esa institución (establecer norma y su fiscalización).</p>
	Selección prestadores de salud	<p>MAI: red estatal establecida por ley. Fonasa elige segundo prestador GES (SdS el tercero). Fonasa realiza convenios con prestadores privados para algunos servicios.</p> <p>MLE: Fonasa inscribe a los prestadores que estén habilitados para otorgar prestaciones, pero no los elige.</p> <p>Isapres eligen sus proveedores.</p> <p>Fonasa debe elegir red de prestadores (y métodos de pago que no impliquen favorecer a privados (actualmente, compras a privados son 3% del presupuesto) y desincentivar atención fuera de red. Redes de diferentes copagos.</p> <p>Se requiere reformar prestadores estatales (institucionalidad y funciones).</p>

(continúa)

Relación con prestadores	Promoción calidad (mecanismos de pago, acreditación, auditorías)	<p>Mecanismos pago. En Fonasa están en ley permanente para APS. Para el resto Fonasa propone a la Dipres y al Minsal y queda definido en Ley de Presupuestos del Sector Público. Fonasa propone aranceles de prestaciones. En Isapres, definen éstas.</p> <p>Acreditación a prestadores: Minsal define estándares propuestos por SdS. SdS acredita y fiscaliza (con sanciones).</p> <p>Auditorías: Fonasa fiscaliza otorgamiento prestaciones. Minsal auditorías clínicas, que son requisito para acreditación. Isapres tienen auditorías internas y externas financieras.</p>	<p>Fonasa debe contar con facultad para definir métodos de pago a toda su red (que incentiven trabajo en red, eficiencia, efectividad sanitaria y soluciones integrales). Asimismo, exigir estándares en trato usuario (Fonasa, SdS).</p> <p>Evolución de estándares de acreditación más asociados a resultados que a procesos.</p>
	Negociación con proveedores	<p>En Fonasa: Minsal lo hace con su red. También Fonasa negocia metas de producción. Con privados Fonasa y Servicios de Salud. Fonasa negocia precios para propuesta arancel. En MLE a veces se ha negociado el PAD. Excepción es APS que lo hace el Minsal (con la Dipres).</p> <p>En Isapres: Isapres.</p>	Fonasa debe definir contenidos contratos (precios, formas de pago, exigencias) y negociar con prestadores de todo nivel.
	Cumplimiento condiciones contratos	<p>En Fonasa: En MAI existen compromisos de gestión con el Minsal y con Fonasa. Fonasa y Servicio de Salud en algunos convenios MAI con privados. En MLE es Fonasa. Contraloría. En Isapres: Isapres y SdS puede regular y fiscalizar ante incumplimiento de contratos.</p>	<p>Fonasa debe poder fiscalizar cumplimiento de todos los contratos con prestadores.</p> <p>Otorgar la potestad a SdS para recibir reclamos y fiscalizar también a Fonasa.</p>
	Procesamiento de reembolsos	<p>Fonasa en MLE. Hospitales los copagos en MAI (que son de Fonasa). Poco incentivo a cobrar. Fonasa no tiene mecanismos adecuados para exigirlos (no es reembolso).</p> <p>Isapres reembolsan y junto con prestadores cobran copagos.</p>	Debiera estar en Fonasa (con o sin copago), dentro del convenio entre Fonasa y prestadores.
	Pago a tiempo a prestadores y según contrato	<p>Los proveedores de prestadores estatales pueden acudir a Contraloría.</p> <p>Isapres: SdS.</p>	Contraloría.
Gestión financiera	Gestión financiera y planificación para solvencia	<p>En Fonasa: Fonasa maneja caja y flujos en MLE. En MAI, Minsal, Fonasa, Servicios de Salud. En APS, Minsal y Ministerio del Interior.</p> <p>En Isapres: Isapres.</p>	Fonasa para todos los niveles de atención.
	Análisis actuarial. Prevenir déficit y tomar medidas en primas, costos, beneficios, cobertura, reaseguros	<p>En Fonasa, incipiente.</p> <p>En Isapres, Isapres.</p>	<p>Debe fortalecerse en Fonasa (ej. para determinar costo del plan) y usarse para presupuesto (considerando planificación sanitaria del Minsal) anual y plurianual.</p> <p>Evaluar participación (información, costos) de Fonasa en inversiones del Minsal (y gobierno regional, municipios).</p> <p>Minsal debe hacer análisis actuarial para todo el país (planificación sanitaria).</p>
	Reportes financieros a accionistas, con auditoría anual	<p>En Fonasa: Fonasa realiza cuenta pública. Balance integrado de gestión. Reportes periódicos de gasto y gestión a comisión especial mixta de presupuestos y comisiones de salud de la Cámara de Diputados y del Senado (Ley de Presupuestos del Sector Público).</p> <p>En Isapres: Isapres.</p>	Balance financiero (incobrables, recaudación, no pago, sobre gasto). Mayor transparencia.

(continúa)

Comunicación beneficiarios, afiliación y recaudación	Aplicar ajustes de riesgo aseguradores (si corresponde)	SdS en Isapres para el GES.	Actualmente no involucra a Fonasa, pero si las prestaciones con GES aumentan o se crea un fondo único, la compensación de riesgo debería salir de la SdS (organismo autónomo).
	Educación población en esquema de seguro	SdS, Fonasa, Isapres. Todos parcialmente.	SdS (reglamentar, fiscalizar). Minsal (decidir qué informar).
	Llegar a población alejada	Fonasa registra a todos los que soliciten y a inmigrantes sin documentos.	Afiliación a Fonasa por defecto. Se debe generar sistema que permita pre clasificar a quienes no cuentan con protección.
	Educación sobre derecho a beneficios	En Fonasa, Fonasa, SdS y Minsal. En Isapres, Isapres, SdS y Minsal. Prestadores por obligación en las GES.	Fonasa debe dar a conocer beneficios explícitos del plan. Minsal debe disponer de toda la información del ramo (seguros, salud pública, Ricarte Soto, prestadores) y SdS.
	Afiliar beneficiarios	En Fonasa: Fonasa (Fonasa A, B C y D) y consultorios (Fonasa A. Puede ser corroborado por Fonasa). En Isapres: Isapres. En Ricarte Soto, prestadores.	Fonasa.
	Recaudar recursos	En Fonasa: (i) Fonasa cotización y copagos de MLE y (ii) hospitales copagos MAI. En Isapres: (i) Isapres la prima y copagos en bonos y (ii) prestadores generalmente copagos.	Fonasa.
	Revisión y resolución de reclamos	En Fonasa: Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) en establecimientos y Fonasa (GES) y SdS si Fonasa no resuelve. SdS para reclamos relacionados con préstamos médicos. Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) en licencias médicas. Enfermedades de origen laboral Suseso e Instituto de Previsión Social de la Dirección del Trabajo. En Isapres, Isapres y SdS si no resuelven. Para licencias médicas Compín y Suseso como última instancia. SdS en incumplimiento en derechos de personas en atención de salud.	Fonasa como primera instancia y SdS como segunda instancia.
	Asegurar registro empleados y pago cotizaciones	Superintendencia de Seguridad Social, Fonasa, Dirección del Trabajo.	Fonasa (primera instancia) y Dirección del Trabajo.
	Sistemas informáticos y uso información para provisión, financiamiento y gestión usuarios	Diseño y compra de sistemas: Fonasa para sí mismo. Minsal para Servicios de Salud y hospitales. Municipios para APS. Isapres para sí mismas, prestadores privados para sí mismos. Uso de información: en Fonasa, muy bajo. Sistemas no están unificados. En Isapres, las propias Isapres. SdS la información sobre prestadores y de Isapres.	Comité de transformación digital debe elaborar estrategia que considere protección de datos y homogenización de sistemas de información. Con participación del Minsal (Corporación de Fomento y de la Producción, otros). Fonasa puede exigir ficha única a prestadores, considerando protección de datos. Mesa de modernización del Estado (unidad salud digital).

(continúa)

Sist. información y monitoreo	Captura de datos de prestadores	En Fonasa: Minsal (Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)), Fonasa (poco en APS), Servicios de Salud, Municipios, hospitales. Subsecretaría de Redes Asistenciales.  En Isapres: Isapres y SdS. Falta de datos estandarizados.	Estandarización de datos. Minsal.
	Análisis de datos para mejorar calidad, equidad y eficiencia	SdS tiene un rol. Falta hacer uso para patrones de práctica, resultados clínicos. Minsal, muy incipiente. Servicios de Salud. Muy poco. En Fonasa, algo. En las Compín casi nada. En Isapre se hace.	Fonasa con unidad de gestión de riesgo y otras áreas. SdS (calidad, equidad, eficiencia → fiscalización). Gestor de red. Minsal.
	Sistemas para control de costos, aseguramiento de calidad y cumplimiento proveedores y beneficiarios	No se hace. Sólo en GES hay tiempos de esperas y garantías.	APS. Fonasa GES y No GES. Incentivos a quien implementa sistema de información (dentro de los establecimientos).

.....  
Fuente: Dirección de Presupuesto (2013), Banco Mundial (2012) y análisis comisión.

Nota: SdS: Superintendencia de Salud; ETESA: Evaluación de Tecnología Sanitaria; Minsal: Ministerio de Salud; APS: Atención Primaria de Salud; GES: Garantías Explícitas en Salud; Dipres: Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda; MLE: Modalidad Libre Elección; MAI: Modalidad de Atención Institucional; Suseso: Superintendencia de Seguridad Social.



**CUADRO A2** Algunas recomendaciones relativas a métodos de pago a prestadores de salud

Método de pago	Recomendaciones
Métodos per capitados y amarrados ( <i>bundled</i> o pago por el continuo de atención de una condición médica)	Deben incluir entre las variables de ajuste algunas relacionadas al riesgo de la población, las que deben contener una estimación del gasto esperado para cada persona. Los pagos capitados se sugieren para servicios donde el volumen es prioritario, como estrategias de inmunización, ya que incentivan volumen, pero no calidad. En el caso de los pagos amarrados, se recomienda que cubran el total del cuidado y que sean contingentes a los resultados. Además, deben contar con mecanismos de tope al gasto para casos catastróficos. En ambos casos se plantea que los excedentes o márgenes se utilicen con el fin de incentivar eficacia y eficiencia.
Pagos por desempeño	Pagos asociados a la mejora en la calidad del servicio y a los resultados obtenidos, que debieran utilizar indicadores tanto de proceso como de resultados e incluir medidas de satisfacción usuaria y calidad de la infraestructura. Se sugiere que vayan acompañados de una estrategia más amplia de mejoramiento de la calidad de los prestadores.
Pago por GRD y financiamiento de otras actividades hospitalarias	La evidencia europea muestra que cerca del 70-80% de los pagos de sus hospitales se realiza a través de GRD y el resto sobre presupuesto. Este último iría destinado a investigación y docencia principalmente, pero debe tener un techo efectivo para contener costos. No se recomienda pago por presupuesto para el financiamiento de servicios de salud, ya que reduce la transparencia de los servicios prestados y costos incurridos en cada uno de ellos. Para el pago a través de GRD se recomiendan los pagos mixtos (prospectivo y retrospectivo). Adicionalmente, en algunos casos se realiza una compensación extra por diferencias geográficas o costos específicos.
Pagos <i>for success</i> (por resultado)	Financiamiento de retornos por inversión a privados que demuestren resultados positivos. Se recomienda que sean flexibles en el desarrollo de proyectos y que el contrato establezca pagos que trasciendan aún cuando cambie el gobierno de turno. Además, puede ayudar contar con una organización a nivel local que actúe como intermediaria entre las partes y recolectar información de indicadores interés. Se plantea que requiere habilidad para recolecte y evaluar datos de resultados.

.....  
*Fuente:* Elaboración propia en base a CEP-ESP (2017).

*Nota:* Pago por GRD se refiere a los pagos asociados a la solución de un diagnóstico (se ajustan por severidad y complejidad).

Este cuadro contiene recomendaciones sobre algunos métodos de pago, entendiendo que no existe un mecanismo de pago que sea superior a los otros en todos los aspectos.

## PRIMERA PARTE

# Una reforma integral para el Fondo Nacional de Salud

# Estudio jurídico sobre el Fondo Nacional de Salud en relación con su organización y sus atribuciones

Ulises Nancuante Almonacid

## 1. La institucionalidad de Fonasa<sup>[1]</sup> /

### 1.1. Orígenes y evolución normativa

En el año 1979 se dicta el Decreto Ley N° 2.763, que vino a reformular al sector salud, desconcentrando al Servicio Nacional de Salud en 27 Servicios de Salud, y creando al Fondo Nacional de Salud (Fonasa, o también, “el Fondo”), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast) dejando la potestad normativa radicada en el Ministerio de Salud (Minsal). Con dicho decreto ley se puso término, también, al Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena).

En 40 años, este cuerpo legal ha tenido solamente tres modificaciones importantes.<sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup> La primera, a través de la Ley N° 19.650 de 1999, uno de cuyos objetivos fue “perfecciona[r] el rol de Fonasa para mejorar las condiciones de acceso, oportuni-

[1] El presente documento utiliza como base los trabajos de Nancuante y Sotomayor (2001 y 2012).

[2] En rigor, hubo otras modificaciones menores: la Ley N° 18.122 de 1982, que crea el Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana; la Ley N° 18.126 de 1982, que disolvió la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios; la Ley N° 18.191 de 1982, que disolvió el Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición; la Ley N° 18.210 de 1983, que suprime el Servicio de Salud Metropolitano Nor-Occidente; la Ley N° 18.417 de 1985, que reformuló la atribución de los servicios de salud para celebrar convenios con terceros; la Ley N° 19.310 de 1994, que facultó a Fonasa para transferir a título gratuito a los servicios de salud, derechos de aguas y toda clase de bienes inmuebles que se encuentren ubicados dentro del territorio de su competencia y que éstos necesiten para el cumplimiento de sus funciones.

[3] La Ley N° 19.966 de 2004, que creó el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), no modificó de modo importante el decreto ley N° 2.763 de 1979. De hecho, introdujo solo una modificación menor: elimina a Fonasa el requisito de autorización previa del Ministro de Salud para celebrar convenios con prestadores que no pertenezcan a los servicios de salud en la Modalidad de Atención Institucional.

dad y calidad de las prestaciones de salud para sus beneficiarios, en el marco de las políticas y normas que defina el Ministerio de Salud” según se lee en el Mensaje del proyecto de ley que le dio inicio. Agregó el Mensaje que las “nuevas facultades que se proponen para el Fondo Nacional de Salud no se superponen ni contradicen con las propias del Ministerio de Salud (Minsal), en cuanto ente superior en la dictación de políticas del sector, y en la definición de las acciones de salud pública que benefician a toda la población”.

Entre esas nuevas facultades estaban:

- Recaudar las cotizaciones de sus afiliados
- Establecer los mecanismos de pago
- Fiscalizar el correcto financiamiento de las prestaciones de salud
- Ordenar la devolución de lo que se haya pagado o cobrado en exceso
- Celebrar convenios con prestadores privados en la Modalidad de Atención Institucional (MAI)<sup>[4]</sup>
- Condonar el copago de sus afiliados cuando usan la MAI
- Clasificar a sus beneficiarios en alguno de los grupos de salud A, B, C o D

La segunda es la Ley N° 19.937 de 2004, conocida como Ley sobre Autoridad Sanitaria, la que afectó fundamentalmente a los Servicios de Salud, despojándolos de funciones administrativas y de fiscalización sanitaria<sup>[5]</sup>, creando los establecimientos autogestionados en red y transformando a la Superintendencia de Isapres en Superintendencia de Salud. Respecto de Fonasa, esta ley le otorgó dos nuevas atribuciones: la primera, conocer y resolver los reclamos que le presentaran sus beneficiarios y, la segunda, hacer tratamiento de datos personales y sensibles con el fin de proteger la salud de la población y para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.

La tercera modificación importante se hizo a través de la Ley N° 20.850 de 2015, conocida como Ley Ricarte Soto, que le otorgó a Fonasa las facultades de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de esta ley y de administrar operativamente los recursos contemplados para el financiamiento de los diagnósticos y tratamientos respectivos.

.....  
[4] La ley establece dos modalidades de atención para los beneficiarios de Fonasa, la Modalidad de Atención Institucional (atención principalmente por establecimientos de salud correspondientes a la red asistencial de cada Servicio de Salud) y la Modalidad Libre Elección (profesionales y establecimientos o entidades asistenciales de salud no pertenecientes a las redes de los Servicios de Salud).

[5] Funciones que se le entregan a las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi) de Salud.

## 1.2. Naturaleza y características

Fonasa es un servicio público funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio (DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud,<sup>[6]</sup> artículo 49).

Lo anterior significa que, en el desempeño de las funciones que le competen, no actúa bajo la personalidad jurídica del Fisco, sino que las desarrolla autónomamente. De este modo, para tomar las decisiones dentro del ejercicio de sus facultades no requiere autorizaciones especiales de ningún ministerio y solo compromete su propio patrimonio.

Fonasa integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud<sup>[7]</sup> (SNSS) y está sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Minsal (DFL 1). Que forme parte del sistema significa que debe trabajar coordinadamente con los demás órganos que integran dicho sistema (Servicios de Salud, ISP, Cenabast, Sere-mi de Salud), dentro de los marcos fijados por el Minsal para el cumplimiento de las normas y planes que este apruebe (artículo 2°, inciso 1).

Su sede es la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las direcciones regionales que establezca el Director en otras regiones del país (DFL 1, artículo 49, inciso cuarto).

## 1.3. Finalidad

La ley no precisa cuál es el sentido concreto de Fonasa, para qué existe, ni la característica principal que lo define, a diferencia de lo que sucede con otros órganos del sector salud.<sup>[8]</sup> El legislador en ningún momento dice que sea el “asegurador público de salud”, como se le suele presentar y como la propia institución se ve a sí misma.<sup>[9]</sup> Solo dice que es el continuador legal, con los mismos derechos y obli-

---

[6] De ahora en adelante, DFL 1.

[7] Según el artículo 2 del DFL 1, este está conformado por “las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe”.

[8] Por ejemplo, al mencionar los Servicios de Salud, en donde la ley dice que ellos “tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas” (DFL 1, artículo 16). Asimismo, en el caso del ISP, señala que él “servirá de laboratorio nacional y de referencia en los campos de la microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, imagenología, radioterapia, bancos de sangre, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional” (DFL 1, artículo 57).

[9] Fonasa dice en su misión: “Somos el Seguro Público competitivo que garantiza a las personas acceso a soluciones y servicios de salud de calidad, dignos y comprometidos de manera oportuna” (<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/conoce-fonasa>).

gaciones, del Sermena y del Servicio Nacional de Salud (SNS), para los efectos del cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero que a la época de supresión de dichos servicios existían en las leyes que los regían (DFL 1, artículo 49). Ciertamente, esto no dice nada concreto del objeto para el que se creó el Fondo.<sup>[10]</sup> No obstante, es posible conceptualizarlo a partir de las principales funciones que legalmente le competen y que se presentan en detalle más adelante.

Así, Fonasa es el organismo público que tiene a su cargo principalmente el financiamiento de las acciones de salud que requieran sus beneficiarios, en la forma y condiciones que señala la ley, con los recursos fiscales, las cotizaciones y copagos de sus beneficiarios que logre recaudar y con los demás recursos que señalen las leyes.<sup>[11]</sup>

De este concepto, es posible identificar cuatro elementos cruciales:

- Es un organismo público creado por ley, como se precisó previamente.
- El financiamiento de las acciones principalmente es para sus beneficiarios; pero, excepcionalmente, también financia prestaciones de personas que no son sus beneficiarios, como es el caso del financiamiento de diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ley Ricarte Soto), en donde los beneficiados son personas adscritas no solo a Fonasa, sino también alcanza a quienes están adscritos a las Isapres, al sistema de salud de las Fuerzas Armadas, al sistema de salud de Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (Dipreca).
- El financiamiento de las acciones lo hace en la forma y condiciones que indica la ley; es decir, es la ley y no Fonasa quien define los aspectos cruciales del financiamiento, a saber:
  - la cobertura financiera (porcentaje que cubre el Fondo y porcentaje que debe ser asumido por el beneficiario),
  - las acciones que deben ser cubiertas (están en un arancel que aprueban los ministerios de Salud y de Hacienda) y
  - el modo en que las personas acceden a las acciones y a la cobertura financiera (MAI o MLE).
- El Fondo recauda recursos de tres fuentes principales: aporte fiscal, cotizaciones de los afiliados y copagos de ellos.

.....  
[10] Pero era una manera fácil de evitar vacíos respecto de qué órgano debía asumir alguna determinada función. Hay que situarse en la época para entender esta referencia; se estaba terminando con dos servicios que habían funcionado durante décadas (SNS y Sermena), a los que se le habían entregado a lo largo de esos años varias atribuciones. En consecuencia, con esta referencia se aseguraban que cualquier potestad administrativa o financiera que no se hubiese listado, quedaba radicada en Fonasa.

[11] Como se verá más adelante, de acuerdo con la Ley N° 19.378 de 1995, el financiamiento de la atención primaria de salud se fija en un decreto tripartito de los ministerios de Salud, de Hacienda y del Interior; y quien transfiere materialmente debe ser el Servicio de Salud y no Fonasa.

## 1.4. Organización y estructura

De acuerdo con la ley, Fonasa cuenta con un Director y se organiza en divisiones y departamentos,<sup>[12]</sup> sin perjuicio de que pueda desconcentrarse territorialmente (DFL 1, artículos 52 y 54). En todo caso, como se verá posteriormente, no es la ley la que define concretamente la estructura del Fondo, sino que es el Director el que la fija libremente mediante una resolución administrativa.

Legalmente, el Director de Fonasa está facultado para determinar su estructura y organización interna, así como los cometidos que correspondan a cada uno de los departamentos y las que les competan a las direcciones regionales o zonales para el ejercicio de las funciones asignadas al Fondo.

### 1.4.1. Dirección y nombramiento

La administración superior del Fondo está a cargo de un Director, que es funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República. El Director es el jefe superior del Fondo y tiene su representación judicial y extrajudicial (DFL 1, artículo 52). Como se advierte, el órgano que toma todas las decisiones –sin perjuicio de que pueda delegar algunas de ellas–, es unipersonal.

Por otro lado, con la Ley N° 20.955 de 2016, Fonasa se incorporó al Sistema de Alta Dirección Pública (SADP). En consecuencia, las jefaturas de primer y segundo nivel (director, jefes de división y directores zonales) deben ser nombradas a través de dicho sistema. En todo caso, es preciso tener presente que dicha ley faculta desde el año 2016 al Presidente de la República para eximir de la aplicación del mecanismo de selección de los altos directivos públicos hasta doce cargos de jefes superiores de servicio que se encuentren afectos al SADP. En el caso de Fonasa, el Presidente Sebastián Piñera ejerció esta facultad en el año 2018.

### 1.4.2. Estructura

Actualmente, la estructura de Fonasa consta en la Resolución Exenta N° 4A/28 de 2019.

Según ella, la estructura interna del Fondo está constituida por las siguientes divisiones y direcciones zonales, que dependen del Director:

- **División Administración:** le corresponde administrar y gestionar los procesos de compras y contrataciones públicas de todos los bienes, productos y servicios que requiere el Fondo para su normal funcionamiento.

---

[12] DFL N° 1 de 2017 del Ministerio de Salud, que fija la planta de Fonasa.

- **División Auditoría Interna:** le corresponde asesorar al Director y a las distintas jefaturas, en materias de control interno, probidad, gestión de riesgos y gobernanza.
- **División Comercialización:** le corresponde asegurar el acceso a los servicios sanitarios contenidos en el plan de salud de los beneficiarios de Fonasa, mediante la detección de necesidades, gestionando la oferta y demanda con enfoque sanitario, de equidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- **División Contraloría:** le corresponde definir e implementar estrategias que permitan vigilar, monitorear y fiscalizar el correcto uso de los recursos en el otorgamiento del plan de salud a los beneficiarios.
- **División Desarrollo Institucional:** le corresponde asesorar en todas aquellas materias que digan relación con el diseño de políticas públicas en salud, estudios e investigaciones que permitan mejorar la gestión del Servicio, diseñar y desarrollar nuevos productos y servicios asociados al plan de salud, además de la Planificación Estratégica Institucional.
- **División Fiscalía:** le corresponde asesorar al Director y apoyar a los demás órganos del Fondo en todas aquellas materias de índole jurídica y judicial, velando por la legalidad de los actos administrativos de la institución sometidos a su consideración o de los que toma conocimiento.
- **División Gestión y Desarrollo de las Personas:** le corresponde diseñar, proponer y liderar estrategias en materias de gestión de personas de Fonasa, impulsando, a nivel nacional, políticas y normativas que lo rigen.
- **División Gestión Financiera:** le corresponde proponer la política y administrar los procesos de intermediación financiera y de gestión de recursos financieros y presupuestarios del Fondo. Debe gestionar la recaudación de cotizaciones, el aporte fiscal y otros ingresos del Fondo. Asimismo, le corresponde diseñar y proponer las políticas y normas de ejecución presupuestaria de Fonasa y del SNSS.
- **División Servicio al Usuario:** le corresponde asegurar la atención de calidad, oportuna y eficiente que satisfaga la demanda de los usuarios a través de un modelo de servicio al usuario, supervigilando la implementación de las políticas públicas.
- **División Tecnologías de Información:** le corresponde gestionar eficiente y eficazmente los recursos, la infraestructura y servicios tecnológicos institucionales, mediante la administración, mantención y desarrollo de sistemas de información y servicios informáticos, tanto para usuarios internos como externos, con el objetivo de mejorar el desempeño, la gestión y el cumplimiento de metas.
- **Dirección Zonal Norte.**
- **Dirección Zonal Centro Norte.**
- **Dirección Zonal Centro Sur.**
- **Dirección Zonal Sur.**



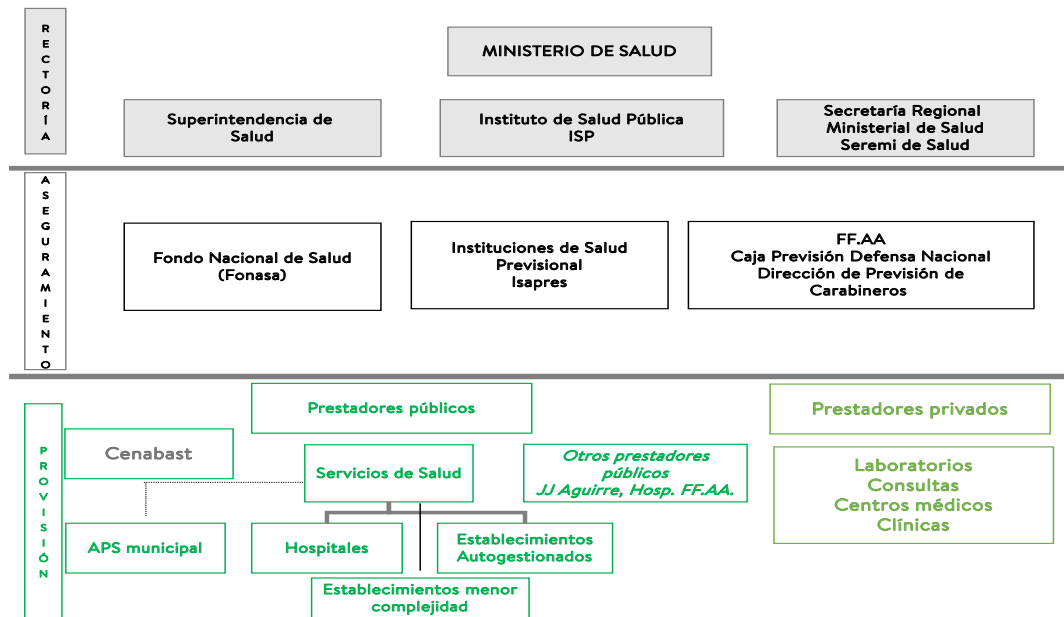
Las divisiones y las direcciones zonales constituyen el segundo nivel jerárquico para efecto de lo dispuesto en el SADP.

## 1.5. Ubicación de Fonasa en el sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud (2000) menciona tres funciones principales que se pueden identificar en los sistemas de salud: 1) rectoría, 2) financiamiento o aseguramiento, 3) prestación de servicios.

En el esquema que sigue, se aprecia la ubicación de Fonasa dentro del sistema de salud.

**FIGURA 1** Instituciones del sistema de salud según función ejercida



Fuente: elaboración propia.

Nota: APS se refiere a atención primaria de salud.

## 2. Las atribuciones y funciones de Fonasa /

La ley se encarga solamente de listar las atribuciones y funciones de Fonasa y de su Director, sin ninguna clasificación especial. Por ello, para una mejor comprensión, se han clasificado del siguiente modo:

- *Atribuciones y funciones propias*, es decir, aquellas que ejerce autónomamente, sin que sea necesario para desarrollarlas que otro organismo le solicite su participación.
- *Atribuciones y funciones no exclusivas*, esto es, aquellas que ejerce en forma autónoma pero que otros organismos también las desarrollan.
- *Atribuciones y funciones de colaboración facultativas*, esto es, que otro órgano a cargo de una determinada función, puede requerir o no de Fonasa su ayuda para desarrollarla plenamente.
- *Atribuciones y funciones de colaboración obligatorias*, es decir, aquellas en que la participación de Fonasa es necesaria para que otro organismo pueda llevar a cabo una determinada actividad.
- *Atribuciones y funciones en materia de atención primaria de salud*.

### 2.1. Atribuciones y funciones propias

#### 2.1.1. *Financiamiento de las prestaciones de salud*

El artículo 50 del DFL 1 señala que a Fonasa le corresponde financiar, en todo o parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Min-sal, y a lo dispuesto en el régimen de prestaciones de salud, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a sus beneficiarios en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al SNSS o dependan de éste, sean públicos o privados. En estos casos, el financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital. Es importante mencionar que el financiamiento de las prestaciones que regula el Decreto Ley N° 2.763 de 1979, excluye a la atención primaria de salud. Por tanto, todo lo referente a dicho nivel de atención se trata en la subsección 2.1.5.

Esta es la clave de las atribuciones del Fondo en materia de financiamiento de las prestaciones y fue incorporada por la Ley N° 19.650 de 1999. En concreto significa lo siguiente:

- a) A Fonasa le compete financiar prestaciones de salud de sus beneficiarios.<sup>[13]</sup>

---

[13] Los artículos 135 y 136 del DFL 1 señalan cuáles son los afiliados y beneficiarios de Fonasa.

- b) Las prestaciones de salud que Fonasa financia están contenidas en aranceles (catálogos valorizados de prestaciones). Sin embargo, el Fondo no define el contenido de esos aranceles, puesto que legalmente solo le corresponde proponerlos a los Ministerios de Salud y de Hacienda y éstos no están obligados a aceptar las propuestas. Esta atribución se analiza más adelante.
- c) El financiamiento que otorga Fonasa por las prestaciones puede ser total o parcial. Es decir, puede otorgar una cobertura de 100% del valor de la prestación o una menor.
- d) Al Minsal le compete fijar las políticas y prioridades de salud en base a las que se hace el financiamiento de las prestaciones de salud.
- e) En general, de acuerdo con la ley, Fonasa debiera definir los mecanismos de pago mediante resolución de su Director en forma autónoma, sin que requiera ser visado por otra institución. En otras palabras, no le corresponde al Minsal definirlos (podrá sugerir mecanismos de pago, pero Fonasa decide si los incorpora). No obstante, otra ley puede modificar lo indicado; y eso es lo que ha ocurrido. En efecto, como se verá a continuación, tanto las diversas Leyes de Presupuestos del Sector Público, así como la Ley N° 19.378 de 1995, sobre Estatuto de Atención Primaria, han definido mecanismos de financiamiento o de pago. Lo importante a destacar es que Fonasa podría establecer otros mecanismos de pago, usando su atribución general.
- f) La ley contempla la posibilidad de Fonasa de utilizar aportes, pagos directos y convenios o, incluso, de establecer otros mecanismos que cree a través de una resolución. Actualmente, existen diversos mecanismos de financiamiento definidos en diversas leyes:
  - Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): es el pago por la actividad realizada en la resolución de un problema de salud de un asegurado con nombre y apellido en la atención hospitalaria. Este era un mecanismo de financiamiento definido en las Leyes de Presupuestos del Sector Público que se utilizó hasta el año 2019.
  - Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): financiamiento hospitalario basado en presupuestos históricos, como complemento al PPV, financiando tanto prestaciones no sujetas a programación como costos fijos. Este mecanismo fue creado por las diversas Leyes de Presupuestos del Sector Público y se mantiene vigente para el año 2020.
  - Per Cápita: financiamiento basado en población inscrita en Fonasa; existe un per cápita (monto por persona) basal para la atención primaria (que define un monto en base al Plan de Salud Familiar) y una serie de criterios de incremento (nivel socioeconómico, el conjunto de prestaciones

que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, la ruralidad y dificultad para prestar atenciones de salud, la dificultad para acceder a las atenciones de salud, la cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral) (Ministerio de Salud 2011). Este mecanismo fue creado a partir de la Ley N° 19.378 y del reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 2.296 de 1995 del Ministerio de Salud.

- Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD): “sistema de clasificación de prestaciones de salud que permiten relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital, es decir su casuística, con el costo que representa su asistencia” (Ahumada et al. 2016).
- g) El financiamiento puede incluir el costo de reposición del capital.
- h) El proveedor de las prestaciones puede ser un organismo público o privado, pertenezca o no al SNSS.
- i) Tratándose de convenios en la MAI con prestadores que no pertenezcan al SNSS, los precios de las prestaciones no pueden ser superiores a los que contenga el arancel de dicha modalidad, salvo excepciones,<sup>[14]</sup> y el monto de los recursos que el Fondo destine al financiamiento de dichos convenios no puede exceder el equivalente a 10% del presupuesto total de la MAI.

### 2.1.2. ***Acreditación y clasificación de sus beneficiarios***

Hasta el año 1999, quienes determinaban autónomamente si una persona era o no beneficiaria de Fonasa y en qué grupo de salud se clasificaba, eran el municipio (para la atención primaria) y el servicio de salud. Fonasa no tenía facultades sobre esta materia. En dicho año, con la Ley N° 19.650, se estableció que a Fonasa le correspondería determinar los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación en alguno de los grupos de salud A, B, C o D (DFL 1, artículo 163). La cobertura financiera que Fonasa otorga en la MAI depende del grupo de salud al que la persona esté adscrita, tal como lo presenta la sección 1 (Cuadro 1) de este documento.

Agrega la ley que por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, pueden establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes de los señalados. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes.

---

[14] La ley señala en el artículo 50 del DFL 1, que sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se pueden celebrar convenios a precios superiores a los del arancel respectivo.

La resolución a la que se alude es la N° 1.717 de 1985.<sup>[15]</sup> En ella se establecen las coberturas financieras generales y especiales. Así, por ejemplo, las prestaciones que se otorgan a las personas de 60 años o más tienen una contribución estatal de un 100% para todos los grupos (A, B, C y D); lo mismo sucede para la APS.<sup>[16]</sup> Respecto de los eventos “catastróficos”, la mencionada resolución no establece una definición de lo que se considera como tal y lo que hace es identificar algunas prestaciones de alto costo que resuelven enfermedades graves. De esta manera, la cobertura de 100% se aplica a prestaciones cardioquirúrgicas, prestaciones neuroquirúrgicas, tratamiento quirúrgico de la escoliosis, trasplante renal, trasplante hepático, atención integral al paciente fisurado, atención de urgencia al gran quemado, y atención de urgencia al paciente con trauma complejo.

La ley (DFL 1, artículo 164) establece que a Fonasa le corresponde determinar el ingreso mensual de sus beneficiarios, para lo cual puede exigir una declaración jurada de ellos. Asimismo, puede requerir de los empleadores, entidades de previsión y cualquier organismo de la administración del Estado, las informaciones que estime pertinentes con ese objeto.

### 2.1.3. **Garantías Explícitas en Salud (GES)**

Dispone la ley (Ley N° 19.966, artículo 2) que las GES relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente, deben ser aseguradas obligatoriamente por Fonasa a sus respectivos beneficiarios, tal como lo deben hacer las Isapres con los suyos. Agrega la ley que las GES son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por estos ante Fonasa o las Isapres, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan. Ello se traduce en que, si a una persona no se le otorgan las prestaciones por su problema de salud, Fonasa no puede alegar que el responsable del incumplimiento es el prestador de salud; puesto que el obligado es Fonasa.

La ley dispone que las prestaciones con GES se otorguen a través de prestadores determinados previamente por los aseguradores que, para el caso de Fonasa, son todos aquellos que forman parte de la red asistencial pública. En efecto, para tener derecho a las GES (Ley N° 19.966, artículos 25 y 26), los beneficiarios de Fonasa

---

[15] En estos casi 35 años dicha resolución ha sufrido diversas modificaciones.

[16] Para revisar todas las coberturas, ver <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=75183>.

deben obligatoriamente atenderse en la red asistencial que les corresponda.<sup>[17]</sup> Ello es reafirmado categóricamente en el artículo 28 del Decreto Supremo N° 136 de 2005, del Ministerio de Salud: “En consecuencia, sólo una vez que hayan ingresado a dicha Red Asistencial se iniciará la cobertura de dichas Garantías y de los plazos asociados a ellas”.

Respecto de oportunidad, cabe destacar que las prestaciones asociadas a un problema de salud no tienen un único plazo que, de no respetarse, genere automáticamente incumplimiento de la garantía. En efecto, en los casos en que el primer prestador no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, se debe seguir el procedimiento establecido.

#### 2.1.4. Copagos

Las prestaciones de salud tienen un valor determinado, como se mencionó previamente. En la MAI la regla general es que, dependiendo del grupo de salud al que se encuentre adscrita la persona (A, B, C o D), la cobertura que otorgue Fonasa puede variar entre el 80% y el 100% de su valor.<sup>[18]</sup> Lo anterior significa que, en el caso del Grupo C y del D, las personas deben aportar el 10 y 20%, del valor respectivamente. Este aporte se denomina “copago”.

De acuerdo con la ley (DFL 1, artículo 61), a quien le compete condonar los copagos total o parcialmente en la MAI es a Fonasa. La condonación se debe hacer caso a caso, a través de una resolución administrativa que dicta el Director, en donde se deben explicitar las razones que la justifican.

Los servicios de salud o los establecimientos de salud autogestionados pueden condonar, siempre y cuando el Director de Fonasa les haya encomendado tal función.

La facultad de condonación que posee Fonasa solo se aplica a la MAI y al régimen GES, pero no opera en el caso de la Modalidad Libre Elección (MLE).

.....  
[17] La red asistencial de cada servicio de salud (DFL 1, artículo 17) está constituida por el conjunto de: (i) Establecimientos asistenciales públicos que forman parte del respectivo servicio (hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de referencia de salud, etc.); (ii) Establecimientos municipales de la APS de su territorio; y (iii) Los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el servicio de salud respectivo, los que deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

[18] Se debe recordar que entre las excepciones está la APS, cuya cobertura financiera es de 100% para todos; lo mismo ocurre con las atenciones para personas de 60 años o más; entre otras.

### 2.1.5. Fiscalización

La fiscalización del funcionamiento del sistema de salud le corresponde a la Superintendencia de Salud, al ISP y a las Seremi de Salud en el ámbito que a cada institución le es propia.

La atribución de Fonasa de fiscalizar es propia de su función de financiamiento de prestaciones, pero no de la marcha del sistema. En otras palabras, si paga por las prestaciones, debe velar porque el pago que hizo corresponda. Por ello, la ley le otorga a Fonasa el deber de cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Minsal sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones (que no sean GES) que se otorguen a sus beneficiarios por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas (con la excepción de la atención primaria). Asimismo, el artículo 3° de la Ley N° 19.966 señala para las prestaciones sin GES que “El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas”.

Sobre esto, dos alcances. El primero es que tanto el deber de cuidar el financiamiento, así como velar por el cumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y oportunidad de prestaciones No GES no se extienden a la APS, pues la Ley N° 19.378 radica en los servicios de salud la potestad de entregar el aporte a los órganos que administran los establecimientos de este nivel de atención y velar por el cumplimiento de las normas ministeriales aplicables a dicho nivel de atención. El segundo alcance es que el Minsal no ha dictado las normas sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones No GES, a pesar de que la ley que le faculta hacerlo data del año 1999.

Para dichos efectos, en el financiamiento que no se refiera a la APS, Fonasa, de oficio —es decir, sin que nadie se lo solicite— o a petición de los beneficiarios, está facultado para:

- Descontar lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales sobre acceso, calidad y oportunidad.
- Requerir la devolución de lo pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales sobre acceso, calidad y oportunidad.
- Eximir al afiliado de pagar lo cobrado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales sobre acceso, calidad y oportunidad.

- Eximirse el propio Fondo de pagar lo cobrado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales sobre acceso, calidad y oportunidad.

Adicionalmente, para el caso de la MLE, Fonasa está facultado además para efectuar inspecciones a los profesionales e instituciones inscritas en dicha modalidad en cualquier momento, a fin de verificar, de acuerdo con su competencia, la existencia de los instrumentos y equipos necesarios para otorgar la prestación, así como la existencia de las autorizaciones sanitarias en los casos en que sean exigibles, sin perjuicio de requerir la información técnica o administrativa que respalde el otorgamiento de las prestaciones efectuadas.

A propósito del financiamiento de las prestaciones otorgadas en el contexto de atenciones de urgencia vital,<sup>[19]</sup> en 2003 tanto el Hospital Clínico de la Universidad de Chile como el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica discutieron la posibilidad de que Fonasa pudiese analizar si se estaba en presencia de un cuadro clínico de esa naturaleza o no, cuando un médico cirujano ya había certificado que sí se trataba de tal urgencia. Al respecto, la Contraloría General de la República fue categórica en resolver que Fonasa sí puede inmiscuirse en la calificación de urgencia, fundado precisamente en que posee importantes atribuciones en materia de fiscalización.<sup>[20]</sup> Cabe señalar que las Isapres no poseen la misma potestad.<sup>[21]</sup>

[19] “Toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable” (Decreto Supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud, artículo 3).

[20] En el Dictamen N° 25.095 de 2003, la Contraloría General de la República (CGR) sostuvo que “la circunstancia de que de acuerdo con la ley un médico cirujano debe certificar los casos de emergencia o urgencia no obsta a que el Fondo Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y en cumplimiento de sus deberes legales, y considerando los términos de la regulación aplicable en la especie, en casos calificados verifique y determine fundadamente que las prestaciones otorgadas efectivamente hayan correspondido a una atención de emergencia o urgencia, y que una atención que no ha sido considerada como emergencia o urgencia deba ser calificada como tal, para los efectos de proceder a su pago”. Para arribar a dicha conclusión, la CGR señaló que el ordenamiento jurídico le impone a Fonasa “el deber de cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios... y de velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de Ley N° 18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas”.

[21] La propia CGR mediante Dictamen N° 35.205 de 29 de julio de 2008, señaló que “se advierte la improcedencia de homologar las atribuciones del Fondo Nacional de Salud a las instituciones de salud previsional, toda vez que estas entidades no cuentan con autorización legal para eximirse del pago debido a los prestadores, por la atención de emergencia o urgencia que hayan otorgado a sus afiliados, ya que, en su caso, la ley ha entregado la facultad de calificar el carácter de urgencia o emergencia de la atención, en forma exclusiva, al médico cirujano del establecimiento, público o privado, que ha efectuado la respectiva prestación”.



Actualmente, al Subdepartamento Regulación Ley de Urgencia de Fonasa le corresponde, entre otras cosas, validar la pertinencia del financiamiento mediante Ley de Urgencia en los casos certificados por un médico en un Servicio de Urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave (Resolución Exenta N° 4A/28 de 2019, de Fonasa, artículo 3).

#### **2.1.6. *Tratamiento de datos personales o datos sensibles***

Fonasa está expresamente facultado (DFL 1, artículo 50) para tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para estos efectos, puede requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria.

#### **2.1.7. *Otorgamiento de préstamos médicos***

En aquellos casos en que el beneficiario no pueda efectuar el copago que le corresponde, tiene la opción de solicitar a Fonasa un “préstamo médico”. Para estos casos, la ley (DFL 1, artículo 53) faculta a dicho Fondo a otorgar préstamos a sus beneficiarios para financiar acciones de salud, tanto para la MAI como para la MLE.

La regulación específica de estos préstamos se encuentra en un reglamento (Decreto Supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud), el que indica que el monto máximo que puede otorgarse como préstamo será equivalente a la parte no bonificada de la prestación, de acuerdo a su valor arancelario (y no del copago efectivo). La Ley de Presupuestos del Sector Público (en adelante, Ley de Presupuestos) para el año 2020 considera para el ítem de préstamos médicos la suma de \$14.570.883.000.

El Director de Fonasa está facultado, previa autorización del Minsal y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del Fondo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los mecanismos de cobro (DFL 1, artículo 162).

#### **2.1.8. *Ingresos de Fonasa***

Señala la ley (DFL 1, artículos 50 y 55) que a Fonasa le corresponde recaudar, administrar y distribuir una serie de ingresos y recursos.<sup>[22]</sup> De ellos, es preciso des-

.....  
[22] Entre estos ingresos y recursos están: a) los aportes que se consulten en la Ley de Presupuestos; b) los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados; c) las contribuciones que los afiliados deban hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos

ta car dos: las cotizaciones para salud de sus beneficiarios y los copagos que efectúan ellos por las prestaciones que reciben.

Respecto de las cotizaciones de salud que corresponda efectuar a sus afiliados, hasta el año 1999, quien recaudaba era el Instituto de Normalización Previsional —actual Instituto de Previsión Social—. Fonasa no tenía atribuciones respecto de la recaudación. Es a partir de ese año, con la dictación de la Ley N° 19.650, que pasa a tener esta importante atribución.

Las cotizaciones para salud ascienden a 7% de los ingresos de los afiliados a Fonasa, al que le corresponde recaudarlas, administrarlas y distribuirlas, así como fiscalizar la recaudación de ellas. Consecuente con lo anterior, se señala en la ley que, para los efectos de lo dispuesto en la Ley N° 17.322 de 1970,<sup>[23]</sup> Fonasa tiene las mismas atribuciones que dicha ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no sea considerado entidad de previsión para ningún otro efecto, en especial, que no está sujeto a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social.

En relación con los copagos, jurídicamente constituyen ingresos de propiedad de Fonasa y no de los Servicios de Salud. Es por esta razón que, como se mostró anteriormente, es Fonasa el que puede condonar el copago en la MAI; y los Servicios de Salud o directores de hospitales solo podrán hacerlo en la medida que se les haya encomendado previamente.

Ahora bien, en el caso de la MAI, si bien los copagos son de Fonasa legalmente, en los convenios que celebra con los Servicios de Salud, se pacta que esos recursos los cobran directamente los establecimientos de salud públicos y se quedan con todo o parte de esos ingresos. Por tanto, el incentivo para los establecimientos de recaudarlos es que presupuestariamente se considera como ingreso propio en todo o parte, según lo establezca el convenio.

### 2.1.9. **Financiamiento de prestaciones de la Ley Ricarte Soto**

En el año 2015 se dicta la Ley N° 20.850, conocida popularmente como Ley Ricarte Soto, cuyo objetivo fue crear un sistema de protección financiera para el otor-

.....  
y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban; d) los frutos de sus bienes propios y el producto de la enajenación de estos bienes; e) los bienes muebles e inmuebles que adquiera por donaciones, herencias o legados o a cualquier otro título; f) las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones u otros recursos o ingresos que le corresponda percibir; g) los empréstitos y créditos internos y externos que contrate de acuerdo con la ley, y h) los demás recursos que establezcan las leyes.

[23] Especialmente, se le confieren a los funcionarios que determine el Director de Fonasa para realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, lo señalado en el artículo 17 de la mencionada ley, quienes para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe.

gamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo que se contengan en un decreto supremo del Minsal, que también lleva la firma del Ministro de Hacienda.<sup>[24]</sup>

En este sentido, el DFL 1 (artículo 50) establece que a Fonasa le corresponde asegurar el otorgamiento de las prestaciones de diagnósticos y tratamientos de alto costo, en la forma y condiciones establecidas en la ley, y administrar operativamente los recursos contemplados para el financiamiento de dichos diagnósticos y tratamientos.

Fonasa debe asegurar esta protección financiera a todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile (Ley N° 20.850, artículo 1), esto es, no solo a sus propios beneficiarios, sino que también a los afiliados y beneficiarios de las Isapres, de las Fuerzas Armadas, Capredena y Dipreca.

## 2.2. Atribuciones y funciones no exclusivas

### 2.2.1. *Financiamiento de las inversiones del sector público de salud*

Según el DFL 1, artículo 50, compete a Fonasa financiar —a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que defina—, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el SNSS. Esta es una función que obviamente no es exclusiva de Fonasa, puesto que esas compras las pueden hacer los propios Servicios de Salud directamente, o hacerlo otro organismo público a nombre de los referidos servicios (por ejemplo, la Central Nacional de Abastecimientos).

### 2.2.2. *Convenios con prestadores para otorgar acciones de salud*

Fonasa está facultado para celebrar convenios con prestadores privados para el otorgamiento de prestaciones de salud (DFL 1, artículo 50). Pero no es una facultad exclusiva, puesto que también pueden celebrar convenios para tal fin los propios Servicios de Salud y los establecimientos autogestionados en red.<sup>[25]</sup> Para estos órganos, en todo caso, no existen las limitaciones que pesan sobre Fonasa respecto del

---

[24] Actualmente, Decreto Supremo N° 2 de 2019, del Ministerio de Salud.

[25] Ellos pueden celebrar dos clases de convenios: (i) compra aislada de prestaciones, que se rige por las reglas generales de compra y se usa para comprar prestaciones a las sociedades médicas; (ii) compra a terceros, regido por el Decreto con Fuerza de Ley N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud, y es para convenios con instituciones prestadoras de salud, tales como el Hospital José Joaquín Aguirre, la Fundación Arturo López Pérez, el Hospital Clínico de la Universidad Católica para prestaciones cardiorquirúrgicas, etc.

precio a pagar (no está vinculado al valor del arancel de la MAI) ni del máximo que se puede destinar a financiar esta clase de convenios (Fonasa no puede usar un monto superior al 10% del presupuesto de la MAI).

La potestad de Fonasa para celebrar convenios se ejerce en la MLE y en la MAI.

### a) Convenios en la MLE

La facultad más tradicional de celebrar convenios con prestadores privados y públicos se da en la MLE, en la que Fonasa suscribe un contrato tipo con el prestador, que puede ser un prestador individual (médicos cirujanos, psicólogos, enfermeros, etc.) o uno institucional (laboratorios, clínicas, hospitales, etc.).

Al presentar la solicitud de inscripción, el prestador debe indicar en qué nivel desea hacerlo: Nivel 1, 2 o 3. Los valores del arancel están fijados en base al Nivel 1 (o “Básico”). La inscripción en el Nivel 2 significa que el prestador recibirá un 30% más del valor del Nivel 1, y en el Nivel 3, un 60% más. La cobertura financiera que otorga Fonasa no puede exceder del 60% del valor del Nivel 1 (con excepciones<sup>[26]</sup>); y por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se fija la cobertura concreta que, en 2020 es de 50% del valor del Nivel 1. Así, por ejemplo, en el arancel MLE de 2020, el examen “Mamografía bilateral” tiene un valor de \$ 18.700 en dicho Nivel 1. En la tabla 2 se presentan los valores de esta prestación, la cobertura financiera y el copago por nivel.

**TABLA 2** Valores, coberturas y copagos para la mamografía bilateral en 2020

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
<b>Valor prestación</b>	\$18.700	\$24.310	\$29.920
<b>Cobertura (50% Nivel 1)</b>	\$9.350	\$9.350	\$9.350
<b>Copago</b>	\$9.350	\$14.960	\$20.570

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, el prestador debe cobrar el valor indicado en el arancel de la MLE para cada prestación. Si el prestador cobra más de lo que señala el arancel, comete un delito cuya pena variará dependiendo del monto de lo cobrado en exceso. Se

[26] Existen excepciones: la consulta médica debe tener una cobertura de al menos el 60% del valor Nivel 1; las urgencias vitales o de secuela funcional grave deben ser cubierta entre un 60% y un 90% del valor que tengan en el Nivel 1; consultas generales ambulatorias hasta un 80%, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias.

exceptúan el derecho de pabellón y día cama, traslados y prótesis, en donde tiene libertad de cobrar lo que desee, con la única limitación que debe informar previamente esos valores a Fonasa.

De acuerdo con la ley (DFL 1, artículo 143), Fonasa ejerce la tuición y fiscalización de esta modalidad. Ello se traduce en que supervigila que los prestadores cumplan con las normas que rigen esta forma de acceder a las prestaciones, haciendo visitas periódicas, revisando la congruencia entre lo cobrado y lo otorgado, revisando las fichas clínicas para determinar si las personas efectivamente se han atendido, resolviendo los reclamos que pueden presentar sus beneficiarios y aplicando las sanciones. Estas últimas se establecen según la gravedad de la falta cometida, las que pueden ser amonestación, multa (hasta 500 UF), suspensión para otorgar prestaciones en la MLE de hasta 180 días y cancelación del registro. De las sanciones aplicadas se puede apelar ante el Ministro de Salud y de lo resuelto se puede deducir un recurso de reclamación ante la Corte de Apelaciones.

Para inscribirse en la MLE en cualquiera de sus niveles se requiere que el prestador esté habilitado para otorgar prestaciones. En el caso de los profesionales de la salud basta poseer un título otorgado por una institución reconocida por el Estado y en el de los prestadores institucionales, contar con la autorización sanitaria otorgada por la Seremi de Salud respectiva. Fonasa, en consecuencia, no está facultado para exigir a los prestadores ningún requisito adicional a aquel que les permite funcionar como tal; es decir, está obligado a inscribirlos en el nivel que el prestador quiera. Así lo ha refrendado en varias oportunidades la Contraloría General de la República.<sup>[27]</sup>

## **b) Convenios en la MAI**

En el caso de los prestadores públicos que pertenecen al SNSS, la Ley de Presupuestos fija un monto que debe transferir Fonasa a los Servicios de Salud a cambio de una producción que se calcula y se refleja en un convenio que se suscribe entre el servicio, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el propio Fondo. La Ley de Presupuestos para el año 2020 establece que los convenios que suscriben deben contener:

---

[27] Por ejemplo, el dictamen N° 1.889 de 1999, señalaba que Fonasa había excedido sus atribuciones al establecer exigencias de infraestructura, equipamiento, personal y otros aspectos de los centros privados de diálisis, indicando que el Código Sanitario indica que corresponde a la autoridad sanitaria respectiva vigilar su funcionamiento. Además, concluye que es de la esencia de la modalidad analizada la libertad de los beneficiarios para elegir entre las distintas entidades que se encuentran habilitadas para funcionar y que se han inscrito en el rol que lleva Fonasa.

- Los objetivos y metas sanitarias que se deben cumplir
- El marco presupuestario asignado
- Los procedimientos de control y evaluación
- Demás condiciones a que se deben someter las entidades según el respectivo convenio.

Respecto de los convenios con prestadores que no pertenezcan al SNSS (públicos<sup>[28]</sup> o privados), la facultad de celebrar convenios con tales organismos para proveer determinadas prestaciones en la MAI la tienen Fonasa, los Servicios de Salud y los establecimientos autogestionados en red.

Como se mencionó, los convenios que Fonasa suscriba con prestadores privados no pueden contener precios superiores a los del arancel de la MAI, salvo excepciones, y existe un límite a los recursos que el Fondo puede destinar a dichos convenios de 10% del presupuesto total de la MAI.

## 2.3. Atribuciones y funciones de colaboración facultativas

### 2.3.1. *Materias presupuestarias*

Más allá de que al Director de Fonasa le corresponde elaborar y proponer el presupuesto de su servicio, Fonasa (DFL 1, artículo 53), le corresponde también colaborar con el Minsal en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuestos de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados a esa secretaría de Estado, con el presupuesto global de salud (DFL 1, artículo 50).

Como se aprecia, la función es de “colaboración”, pues a quien le corresponde formular el presupuesto sectorial en salud es al Minsal (DFL 1, artículo 4). Pero, además, es facultativa para el Minsal, quien podría hacer esa colaboración más o menos intensa, pudiendo incluso asumirla como propia sin participación de Fonasa.

### 2.3.2. *Bienes públicos de salud*

Fonasa debe colaborar también con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie (DFL 1, artículo 50). Por ejemplo, las vacunas.

---

[28] Por ejemplo, el Hospital José Joaquín Aguirre (que depende de la Universidad de Chile) o los hospitales de las Fuerzas Armadas y de Carabineros que tampoco dependen de un servicio de salud.

Es decir, la ley separa el financiamiento de las prestaciones que se refieren a bienes públicos de los que se refieren a bienes asegurables. Tal distinción implica, entre otras cosas, separar presupuestariamente los ingresos por concepto de cotizaciones, copagos y aportes fiscales para los bienes asegurables, del aporte fiscal para los bienes públicos. En términos prácticos, la Ley de Presupuestos debe contener ítems distintos. En este caso el Minsal también puede hacer esa colaboración más o menos intensa.

## 2.4. Atribuciones y funciones de colaboración obligatorias

### 2.4.1. *Arancel de prestaciones de salud*

El artículo 159 del DFL 1 señala que los afiliados deben contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban, mediante pago directo, de acuerdo con el grupo de salud al que pertenezcan (A, B, C o D). El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa. Es decir, Fonasa no fija autónomamente el arancel que contiene las prestaciones que se deben cubrir y el valor de cada una de ellas y su propuesta no es vinculante, lo que ha sido avalado por la Contraloría General de la República.<sup>[29]</sup> Por ejemplo, Fonasa puede proponer que se incorpore una determinada prestación a un valor de 100 y los Ministerios de Salud y de Hacienda pueden aprobarla tal como se propuso, pueden rechazar la incorporación, o pueden aprobar la incorporación, pero a un valor inferior o superior.

Si bien la ley no lo dice expresamente, al ejercer el Fondo la facultad de proponer el arancel y el valor de las prestaciones contenidas en él, debe hacerlo teniendo en cuenta la racionalidad de los precios que propone y evitar el enriquecimiento sin causa. Lo anterior significa que Fonasa no puede proponer precios o valores absurdos, sino que deben ser razonables, que no signifiquen un detrimento financiero para el prestador, lo que también ha sido refrendado por la Contraloría General de la República<sup>[30]</sup> a propósito de diversos reclamos que formularon prestadores institu-

[29] En su Dictamen N° 31.383 de 2005 señala “que la institución a la cual le compete decidir acerca de las prestaciones concretas respecto a las cuales se aplicará la modalidad de libre elección y que deben ser incluidas en arancel aludido, es el Ministerio de Salud, al que, por lo demás, conjuntamente con el Ministerio de Hacienda, le corresponde en definitiva aprobar tal arancel, el que es propuesto por el Fondo Nacional de Salud... la decisión de incorporar [una prestación], constituye un asunto de carácter eminentemente técnico y de mérito, que es de competencia exclusiva de dicha Secretaría de Estado”.

[30] En su Dictamen N° 39.751 de 2014 señala que “los actos de los órganos de la Administración del Estado requieren tener un fundamento racional y ajustarse a los principios generales del Derecho, como el de enriquecimiento sin causa, motivo por el cual las decisiones que adopten las referidas Secretarías de Estado y Fonasa, tanto en la fijación del aludido arancel, como en la determinación de los pagos a realizar, deben estar revestidas de un sustento racional, y respetar tales principios”.

cionales en contra de Fonasa y del Minsal (respecto de los valores de las atenciones de urgencia).<sup>[31]</sup>

La ley no dice que los aranceles deban ser revisados con alguna periodicidad. No obstante, es costumbre que ello se haga anualmente, aunque sin una fecha o mes determinado.

#### 2.4.2. **Acreditación de indigentes o carentes de recursos**

Como se vio previamente, en el Grupo A de Fonasa se encuentran los indigentes y carentes de recursos. Hasta el año 1999, cada municipio definía la indigencia o carencia de recursos como estimara pertinente. La norma actual (DFL 1, artículo 163) señala que las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa.<sup>[32]</sup> La ley no señala que la propuesta que haga el Fondo sea vinculante.

## 2.5. La atención primaria de salud (APS)

### 2.5.1. **Financiamiento**

El financiamiento de la APS se encuentra regulado en la Ley N° 19.378 de 1995, que contiene el Estatuto de Atención Primaria Municipal. Al ser una norma de carácter especial, prevalece por sobre las facultades que la ley le confiere a Fonasa en materia de financiamiento y de fiscalización.

En los artículos 53 y 55 se señala que cada entidad administradora de salud municipal debe recibir mensualmente del Minsal, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal. Dicho aporte se determina anualmente mediante decreto fundado del Minsal, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente.<sup>[33]</sup> Tal decreto lo deben suscribir, además, los ministros del interior y de hacienda.

.....  
[31] El arancel de la MLE de Fonasa incorpora el denominado “Pago Asociado a Atención de Emergencia” que define valores máximos prefijados en función de la complejidad de esas prestaciones, distinguiendo las categorías de menor, mediana y mayor, valores que no coincidirían con el precio real de las cuentas que se generan.

[32] Decreto Supremo N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda.

[33] En la resolución N° 84 de 2018, del Ministerio de Salud, que contiene el monto per cápita basal para el año 2019, se dice en el considerando 5 que “mediante ordinario N° 5101, de fecha 7 de diciembre de 2018, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se efectuó la consulta a los Gobiernos Regionales del país conforme lo establece el Art. 49° de la ley N° 19.378”.



Como se aprecia, la ley no contempla a Fonasa para definir el mecanismo del aporte. Tampoco que sea Fonasa el que debe transferir dichos aportes, pues eso lo hace el Minsal a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades.

Del mismo modo, el decreto establece el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.<sup>[34]</sup> Si las entidades administradoras están disconformes con el aporte transferido pueden reclamar al Minsal, por intermedio del Secretario Regional Ministerial de Salud.

En suma, la ley que regula la APS municipal no considera a Fonasa como un ente relevante para el financiamiento de esta atención. Ello se debe a que hasta el año 1999 Fonasa era visto como una simple tesorería del sector. Fue recién a partir de la Ley N° 19.650 que se le dotó a dicho Fondo de importantes atribuciones en materia de financiamiento y aseguramiento.

### 2.5.2. **Fiscalización**

Del mismo modo, la fiscalización del financiamiento de la APS tampoco está radicada en Fonasa, sino que en los Servicios de Salud, que deben retener los aportes cuando las entidades administradoras de salud municipal no se encuentren al día en los pagos de cotizaciones previsionales y de salud de su personal (Ley N° 19.378, artículo 53) y pueden modificar el aporte cuando existan discrepancias entre la información entregada por dichas entidades y los antecedentes de que se disponga (Ley N° 19.378, artículo 55). Además, estas entidades deben formular anualmente un proyecto de programa de salud municipal, que debe enmarcarse en las normas técnicas del Minsal y debe remitirse al Servicio de Salud respectivo. Este último evalúa si se enmarca o no en dichas normas y puede hacer observaciones, que el Alcalde debe remitir al Concejo Municipal para su aprobación o rechazo (Ley N° 19.378, artículo 58).

### 2.5.3. **Participación de Fonasa en la APS**

Fonasa tiene dos roles principales en la APS. Primero, procede en línea y en tiempo real, a la validación de la información sobre personas inscritas en los consultorios. En esta revisión, está facultado para objetar las inscripciones correspondientes a beneficiarios fallecidos; a personas afiliadas a una Isapre; a personas afiliadas a los

---

[34] Ni la Ley N° 19.378, ni el reglamento dicen que se debe consultar a los Gobiernos Regionales respecto del listado prestaciones.

sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública; a personas con error en el número de rol único nacional; y a personas con inscripciones en lugares distintos en la misma fecha o con dobles inscripciones.<sup>[35]</sup>

Segundo, es que en la partida de Fonasa de las Leyes de Presupuesto existe<sup>[36]</sup> el llamado “Programa de Atención Primaria”, que contempla los recursos que el Fondo debe transferir a cada uno de los servicios de salud, quienes los distribuyen en la APS. Asimismo, se establece que, antes del 31 de marzo de cada año, Fonasa debe enviar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos un informe pormenorizado y desglosado de los montos y formas de cálculo del aporte llamado “per cápita” y la cantidad de población sobre la que fue calculado, junto con la explicación precisa de cómo dicha información está reflejada en la Ley de Presupuestos. Respecto de esto, no es infrecuente ver que en las Leyes de Presupuestos se establecen obligaciones a los servicios públicos que no dicen relación con las leyes que regulan la materia; este es uno de esos casos pues, el cálculo lo hace el Minsal previa consulta a los Gobiernos Regionales, como se señaló.

### 3. Fonasa y su relación con las licencias médicas y el subsidio por incapacidad laboral (SIL) /

#### 3.1. Antecedentes normativos

Otro elemento común de los componentes público y privado de salud lo constituyen las licencias médicas y los subsidios por incapacidad laboral. La regulación de las primeras ha sido de creación reglamentaria más que legal.<sup>[37]</sup>

#### 3.2. Autorización de licencias médicas

A diferencia de lo que ocurre con las Isapres, Fonasa no tiene atribuciones para la autorización de las licencias médicas de sus afiliados, es decir, no las aprueba, ni

---

[35] Norma General Técnica N° 185 de 2016, aprobado por Decreto N° 45 de 2016, ambas del Ministerio de Salud.

[36] La Ley N° 21.192 contiene el presupuesto vigente para el año 2020.

[37] La regulación legal está en el DFL1, artículos 149 a 196. El Decreto Supremo N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud contiene prácticamente toda la normativa relativa a las licencias, incluido el concepto, autorización y su otorgamiento. El cálculo del subsidio se regula en el DFL N° 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo. La Ley N° 20.585 de 2012, del Ministerio de Salud contiene normas para asegurar el otorgamiento y correcto uso de la licencia médica y una adecuada protección a los cotizantes.

las modifica ni las rechaza. Estas son autorizadas ya sea por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) o la Unidad de Licencias Médicas (que es una unidad que también forma parte de la Compin). Esta última debe resolver lo relativo a licencias que aisladamente o en conjunto no excedan de 30 días y a licencias pre y post natales. Aquellas de mayor plazo, o si derivan de una patología que requiere mayor estudio o antecedentes, se envían a la Compin, previo aviso al empleador y al trabajador. Una vez resuelta la licencia médica, la Compin la devolverá a la Unidad.<sup>[38]</sup>

### 3.3. Instancias de reclamos

En el caso de las licencias médicas reducidas o rechazadas a los afiliados de Fonasa por parte de la Compin (y su Unidad de Licencias Médicas), la única opción de reclamo la constituye la Superintendencia de Seguridad Social, opción que no está expresamente establecida en ninguna ley, pero que dicha superintendencia se ha arrogado interpretando la ley orgánica que la regula.

### 3.4. Pago de los SIL

El artículo 151 del DFL 1 señala que el trabajador debe requerir el pago del SIL en el respectivo servicio de salud o Caja de Compensación de Asignación Familiar.<sup>[39]</sup> En la Ley de Presupuestos para el año 2020, la partida de la Subsecretaría de Salud Pública contiene los montos que se destinarán al pago de los subsidios, por lo que las imputaciones presupuestarias se hacen a dicho presupuesto.

### 3.5. Participación de Fonasa en las licencias médicas

De la revisión del proceso de autorización y pago del subsidio asociado, queda claro que Fonasa no tiene atribuciones legales ni reglamentarias respecto de estos. En esta materia, la diferencia con las Isapres es manifiesta.

Con todo, las Leyes de Presupuestos en algunos años le han otorgado obligaciones a Fonasa, pero que no son permanentes. Por ejemplo, para 2020 se establece que “El

.....  
[38] En el primer caso el plazo para pronunciarse es de 3 días hábiles contado desde la fecha de recepción, el que puede ampliarse por otro período igual si los antecedentes requieren estudio especial. Para el resto son siete días hábiles. Este plazo podrá ampliarse por otros siete días hábiles cuando los antecedentes requieran estudio especial.

[39] Ello se debe a que, al reorganizarse la institucionalidad de salud en 2004 (Ley N° 19.937), involuntariamente se generó una incongruencia al sacar la Compin del servicio de salud y dejarla en la Seremi, sin alterar el órgano obligado a pagar el subsidio. Esto sólo puede modificarse con otra ley.

Fondo Nacional de Salud entregará a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Superintendencia de Seguridad Social, información sobre los estudios y gestiones realizadas para regular el cobro y pago, según corresponda, de los Subsidios por Incapacidad Laboral por Licencias Médicas según el origen de la afección invocada, respecto de trabajadores afiliados a Mutualidades de Empleadores o al Instituto de Seguridad Laboral, de manera de asegurar el correcto pago de estos beneficios según el organismo previsional que corresponde” (Glosa 09).

Ello ocurre porque cuando una enfermedad tiene origen laboral, el organismo que debe financiar el reposo es alguno de los señalados en la Ley N° 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.<sup>[40]</sup> Esta obligación de informar las gestiones realizadas para el cobro y pago de los subsidios en estos casos, no significa el traspaso del pago a Fonasa.

## 4. La relación de Fonasa con los prestadores públicos /

En esta sección se explica en mayor detalle la relación entre Fonasa y los prestadores públicos del SNSS. Estos últimos son definidos en el artículo 17 del DFL 1: “Las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe, constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud”.

### 4.1. La red asistencial

El mismo artículo señala que la red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo<sup>[41] [42]</sup>, los que deben colaborar y comple-

---

[40] Dada la dificultad de determinar el origen, la norma señala que ante un conflicto (artículo 77), la Superintendencia de Seguridad Social resuelve.

[41] Consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales de salud, estaciones médico rurales, centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, hospitales, otros establecimientos municipales administrados por instituciones privadas sin fines de lucro en convenio y otros establecimientos públicos y privados en convenio con el Servicio de Salud.

[42] El DFL N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud y el artículo 23 del DFL 1 regulan los convenios en que un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud, sustituye a este en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos.

mentarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. La red de cada servicio debe también colaborar y complementarse con la de los otros servicios para cumplir con dicho fin. Con ello se buscaba delimitar el marco de acción de cada gestor de red (director del servicio).

El artículo 18 del DFL 1 establece que la “Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos”.

## 4.2. El financiamiento de los prestadores del SNSS

El financiamiento de la APS fue revisado en la subsección 2.5. En esta subsección se detalla el financiamiento de los prestadores públicos que dependen directamente de un Servicio de Salud y de aquellos que son autogestionados en red, que corresponde a la MAI.

### 4.2.1. *Servicios de Salud*

Las fuentes principales de financiamiento del Servicio de Salud debieran provenir de la actividad sanitaria de los servicios (DFL 1, artículo 29), que son principalmente: (i) aportes y pagos que efectúe Fonasa por las prestaciones que otorguen a sus beneficiarios, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo con los presupuestos aprobados; (ii) fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública; y (iii) las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes.

Existen otras fuentes de recursos, pero estas son las más importantes. Se advierte que no existe como fuente los aportes que considere la Ley de Presupuestos, algo usual en los servicios públicos.

Como se definiera previamente, el programa de prestaciones institucionales (PPI) corresponde a recursos que financian costos fijos y otras prestaciones, dado que la pura actividad sanitaria no financia todos los costos de los Servicios de Salud, ya que existen gastos permanentes como sueldos. En la Ley de Presupuestos se señala que los recursos de este programa serán transferidos a los Servicios de Salud correspondientes y a los establecimientos experimentales<sup>[43]</sup> de acuerdo con los

---

[43] Centro de Referencia de Salud de Maipú y Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente.

convenios (acuerdos de gestión) que suscriban con Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En dichos convenios se determinarán los objetivos y metas sanitarias, el marco presupuestario asignado, los procedimientos de control y evaluación y demás condiciones para los prestadores. Los convenios deberán siempre ajustarse al presupuesto autorizado. Fonasa puede anticiparles transferencias de recursos hasta por el monto total de los convenios.

#### 4.2.2. **Establecimientos de salud**

Los establecimientos pertenecientes a la red asistencial pública de salud no reciben financiamiento directamente desde Fonasa en la Ley de Presupuestos, sino que a través del Servicio de Salud al que pertenecen. En efecto, Fonasa celebra compromisos de gestión con los Servicios de Salud y no con los establecimientos. Las excepciones son los establecimientos autogestionados en red (que poseen autonomía en diversos campos, entre ellos, los financieros) y los establecimientos experimentales.

Los establecimientos autogestionados en red reciben los siguientes recursos (DFL 1, artículo 42): aquellos pagos que le efectúe Fonasa (por las prestaciones que otorgue a sus beneficiarios), el Servicio de Salud respectivo (por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios del Libro II del DFL 1) y el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial (por la ejecución de acciones de salud pública). Asimismo, los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste (fijados en aranceles, convenios u otras fuentes) y los aportes, transferencias y subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos. Por tanto, tienen la posibilidad expresa de recibir aportes directos de la Ley de Presupuestos. Las normas de pago vistas para los servicios de salud se aplican íntegramente a esta clase de prestadores.

Como se mencionó previamente, los establecimientos de salud se financiaban hasta 2019 mediante los programas de Prestaciones Institucionales y de Prestaciones Valoradas. Desde el año 2020 se reemplaza para 65 establecimientos hospitalarios el PPV por el mecanismo de pago de grupo relacionado de diagnóstico (GRD). Estos recursos se transfieren a los Servicios de Salud, para el financiamiento exclusivo de los 65 establecimientos. El monto asociado a cada uno se destinará a gastos operacionales. El procedimiento de cálculo de los recursos se establece mediante resolución conjunta de Fonasa y de la Dirección de Presupuestos (Dipres) del Ministerio de Hacienda.

Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud de acuerdo con los convenios que suscriban con Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que entre otros contendrán los objetivos y metas sanitarias, niveles de producción, su valoración y los procedimientos y otras condiciones. La valoración de la producción conve-

nida (y sus modificaciones) deberá compatibilizarse con los recursos autorizados en este programa. Fonasa podrá anticipar recursos hasta por el monto de los convenios. Además, deberá informar a la Dipres sobre la ejecución trimestral de los convenios antes señalados.

### 4.3. Los prestadores preferentes de Fonasa

El artículo 141 del DFL 1 señala que las prestaciones comprendidas en la MAI se otorgarán por Fonasa, a través de los establecimientos de salud correspondientes a la red asistencial de cada Servicio de Salud y los establecimientos de salud de carácter experimental, con los recursos físicos y humanos de que dispongan (los establecimientos), sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o Fonasa con otros organismos públicos o privados. Se advierte que son sus prestadores preferentes (no exclusivos ni excluyentes, desde el momento que puede convenir con terceros el otorgamiento de prestaciones en la MAI), a los que financia no solo respecto de las prestaciones de salud que les compra, sino que para la mantención de ellos. Ello se corrobora en que las Leyes de Presupuestos disponen que la participación de Fonasa no solo se limita a una simple transferencia, sino que a un compromiso de metas sanitarias y actividad que es supervigilada por el Fondo y que se materializa en sendos convenios que firma con los Servicios de Salud y con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

## 5. La supervigilancia que hace la Superintendencia de Salud a Fonasa /

### 5.1. Ámbito de acción de la Superintendencia de Salud

Los ámbitos de acción de la Superintendencia de Salud son cuatro:

A la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud le corresponde supervigilar y controlar:

- (i) A las Isapres y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como régimen de garantías en salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
- ii) A Fonasa en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios del Fondo en la MAI y MLE, lo que la ley establezca como GES y al Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

A la Intendencia de Prestadores de salud le corresponde:

- (iii) Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, personas naturales y jurídicas, respecto de la acreditación y certificación, y la mantención del cumplimiento de los estándares de la acreditación; las garantías de pago que pueden o no exigir los prestadores de salud para asegurarse el pago de las prestaciones que otorguen, y el cumplimiento de la Ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en la atención de salud.
- (iv) Ejercer el control y supervigilancia del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, regulando, fiscalizando y resolviendo las controversias respecto de prestadores, seguros, fondos e instituciones que participen de todos los sistemas previsionales de salud.

## 5.2. La supervigilancia y control sobre Fonasa

Durante la discusión parlamentaria de la norma referida a Fonasa hubo distintas posturas. Algunos sostenían que la Superintendencia de Salud debía fiscalizar a Fonasa en todos sus aspectos, es decir, del mismo modo como se fiscaliza a las Isapres. Otros, que solo correspondía fiscalizar en lo relativo a las GES. Se acordó que supervigilaría y controlaría a Fonasa, además de las GES, solo en lo relativo a derechos que tienen los beneficiarios de Fonasa en la MAI y MLE.<sup>[44]</sup> En concreto, entre otros debiera vigilar los siguientes aspectos.

### 5.2.1. *La cobertura financiera y los copagos*

La Superintendencia de Salud debe fiscalizar que los copagos, esto es, las contribuciones que los usuarios deben hacer para financiar las prestaciones y atenciones solicitadas y recibidas, se ajusten a la legalidad. La ley lo ha dicho expresamente para el caso de la MLE y no existe motivo alguno para que no ocurra lo mismo con la MAI.

.....  
 [44] La discusión de esta norma en el Senado es muy ilustrativa sobre la intención del legislador. El artículo original disponía que el deber de supervigilancia y control de las Isapres sería ejercido a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, lo que se propuso reemplazar por la senadora Matthei por lo siguiente: “Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud serán supervigilados en el ejercicio de sus funciones por la Intendencia de Seguros Previsionales en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones que le sean aplicables. En su labor fiscalizadora la Intendencia deberá aplicar los mismos criterios y normas para el sistema público y el privado”. Recogiendo el espíritu de la indicación, se convino en agregar un inciso segundo nuevo al artículo: ‘La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud. En relación con la MLE, corresponderá a dicho Intendente velar por que las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título’. En consecuencia, la indicación fue retirada por su autora. (Segundo Informe Comisión de Salud del Senado, Boletín N° 2.980-11 de fecha 17 de diciembre de 2003).



### **5.2.2. Clasificación de las personas en los grupos de salud**

Como se señaló, Fonasa clasifica a las personas en alguno de los grupos de salud con el solo objetivo de determinar el copago que la persona debe hacer. Por tanto, dado que la Superintendencia de Salud debe fiscalizar que el copago que se cobre sea el que corresponde, resulta evidente que, si una persona ha sido mal clasificada puede reclamar ante la Superintendencia de Salud.

### **5.2.3. Devolución de lo cobrado en exceso**

Fonasa debe cuidar que el financiamiento que entregue corresponda a las prestaciones que se han otorgado a sus beneficiarios. Puede ocurrir que un prestador haya cobrado en exceso o haya cobrado por prestaciones no otorgadas. La persona puede reclamar a Fonasa y si esta institución no resuelve a favor del beneficiario, este último podría reclamar ante la Superintendencia de Salud.

### **5.2.4. Otorgamiento de préstamos médicos**

Fonasa otorga préstamos médicos a sus afiliados, por el monto asociado al copago. Esos préstamos se otorgan ya sea en la MAI o en la MLE. Las personas pueden presentar reclamos por diversas materias, por ejemplo, si Fonasa no otorga el préstamo, en circunstancias que le corresponde; o si el préstamo es menor al que procede; o cuando se cobra por el préstamo un monto mayor al autorizado; o cuando se ejecuta al deudor impago, en circunstancias que ya pagó; entre otros. La Superintendencia de Salud será el órgano que resuelva estos reclamos.

### **5.2.5. En materia de ingresos. Las cotizaciones**

A Fonasa le corresponde recaudar, administrar y distribuir una serie de recursos. De ellos, a la Superintendencia de Salud le compete fiscalizar los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados de Fonasa. Por ejemplo, si Fonasa considera como ingresos ítems que no corresponden, o si cobra cotizaciones ya pagadas, lo que afecta los derechos de sus beneficiarios. En todo caso, no es función de la Superintendencia de Salud velar porque Fonasa ejerza el cobro de las cotizaciones. Esa es una función propia del asegurador.

## **5.3. Supervigilancia y control de las GES**

Le corresponde a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la supervigilancia y control de las GES que están obligadas a otorgar tanto Fonasa como las Isapres. Para ello, se le entregan facultades de interpretar leyes, reglamentos

y normas relacionadas a las GES, de fiscalizar y resolver reclamos y de comunicar información a los usuarios respecto a las Isapres, Fonasa y los prestadores tanto públicos como privados.<sup>[45]</sup>

## 5.4. Los reclamos que resuelve la Superintendencia de Salud

### 5.4.1. *Reclamos administrativos*

El artículo 127 del DFL 1 señala que los afiliados y beneficiarios de Fonasa y de las Isapres solo pueden deducir reclamos administrativos ante la Intendencia que corresponda en contra de esas instituciones y prestadores una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos por la entidad que corresponda, fundada-mente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, esta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda (Fonasa, Isapre, prestador).

### 5.4.2. *Reclamos arbitrales*

Al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales le compete, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolver las controversias que surjan entre las Isapres o Fonasa y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilan-cia y control que le compete a la Superintendencia de Salud, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a una instancia de mediación o a la justicia ordinaria.

.....  
[45] En particular: (1) Interpretar administrativamente las normas que rigen a las GES, impartir instruc-ciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento; (2) Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establecen las GES; (3) Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Super-intendencia de Salud emita; (4) Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor cla-ridad de contratos y convenios entre prestadores y las Isapres y Fonasa, para facilitar su interpretación y fiscalización; (5) Difundir periódicamente información para usuarios sobre beneficios y obligaciones asociadas a las GES y otras informaciones generales sobre prestaciones; (6) Requerir de los prestadores las fichas clínicas u otros antecedentes médicos necesarios para resolver reclamos médicos presenta-dos por afiliados o beneficiarios, manteniendo confidencialidad de dicha información; (7) Requerir de los prestadores información para resolver los reclamos de carácter médico y aquella que acredite el cumplimiento de las GES; (8) Recibir, derivar o absolver, las consultas y presentaciones de los usuarios; (9) Dictar resoluciones obligatorias para suspender transitoriamente actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los usuarios; (10) Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones; (11) Imponer sanciones; (12) Ordenar a Fonasa y a las Isapres la devolución de pagos que no corresponden; (13) Designar a los prestadores que otorgarán las prestaciones con GES ante incumplimientos de Fonasa y las Isapres.

Se trata, entonces, de un tribunal especial creado por ley que resuelve los conflictos judiciales de acuerdo con su prudencia y equidad, no estando obligado a seguir lo que la ley señale. De ahí que se trata de un “árbitro arbitrador”.

## 5.5. Las sanciones que puede aplicar la Superintendencia de Salud a Fonasa

En rigor, la Superintendencia de Salud no tiene facultad para sancionar directamente a Fonasa, lo que sí puede hacer con las Isapres. Ante incumplimientos de Fonasa, puede solicitar sumarios administrativos en dos casos.

- (i) Incumplimiento de las GES. Puede requerir del Director de Fonasa que instruya los correspondientes sumarios administrativos al personal de su dependencia, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias posee dicho Director y la Contraloría General de la República.
- (ii) Incumplimiento de instrucciones y dictámenes. Puede requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos en contra del Director de Fonasa, del Servicio de Salud o del establecimiento público de salud respectivo.

De acuerdo con el artículo 121 del Estatuto Administrativo, los funcionarios podrán ser objeto de las siguientes medidas disciplinarias: a) Censura; b) Multa; c) Suspensión del empleo desde treinta días a tres meses; y d) Destitución. Estas medidas se deben aplicar considerando la gravedad de la falta y las circunstancias atenuantes o agravantes que arroje el mérito de los antecedentes.

## 6. Comentarios finales /

1. Fonasa es la entidad a la que le corresponde ejercer la función de financiamiento de las acciones de salud a que tienen derecho sus beneficiarios, con una importante excepción: el financiamiento de la APS, ya que, en este caso la ley se lo encarga al Ministerio de Salud que lo hace a través de los Servicios de Salud.
2. Para llevar a cabo la función de financiamiento, la ley dota a Fonasa de atribuciones de recaudación de ingresos (cotizaciones y copagos) y de recepción y distribución de los aportes que la Ley de Presupuestos considera para el financiamiento de las prestaciones de salud de sus beneficiarios.
3. No obstante, Fonasa no define las prestaciones que va a financiar, ni el valor de ellas en la MAI y la MLE; la ley solo le confiere la posibilidad de proponer el arancel que contiene tales prestaciones y sus valores, pero quienes los aprueban son

los Ministerios de Salud y de Hacienda sin que la propuesta del Fondo sea vinculante en su definición.

4. Fonasa tampoco puede fijar la cobertura financiera de las prestaciones que financia; en el caso de la MAI, la ley establece coberturas mínimas, facultando a los Ministerios de Salud y de Hacienda para fijar por resolución la cobertura concreta. En el caso de la MLE, la ley establece techos o topes de cobertura, facultando a los mencionados ministerios para fijar por decreto supremo la cobertura específica de las prestaciones.
5. Fonasa puede, desde un punto de vista jurídico, ejercer una intensa fiscalización respecto del financiamiento que ha otorgado o debía otorgar, pudiendo ordenar la devolución de lo pagado en exceso o eximir o eximirse de pagar (salvo respecto de la APS). Puede hacer lo mismo cuando, en el otorgamiento de las prestaciones no se han cumplido las normas de acceso, calidad y oportunidad distintas de las GES que dicte el Ministerio de Salud. No obstante, dichas normas hasta la fecha no se han dictado.
6. En donde sí posee potestades legales de aseguramiento es en las GES, pues es la ley la que le encarga directamente asegurar que las garantías se les otorguen a sus beneficiarios. Pero Fonasa no define el listado de prestaciones que cuentan con GES, ni tiene la atribución de proponerlo al Ministerio de Salud.
7. Por otra parte, Fonasa posee atribuciones de financiamiento que escapan a su rol de asegurador público, puesto que administra el fondo de diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ley Ricarte Soto) para todos los beneficiarios de algún sistema de salud previsual.
8. Fonasa no posee atribuciones respecto de la autorización de las licencias médicas, ni del cálculo y pago de los subsidios por incapacidad laboral.

## 7. Referencias /

Ahumada, B., M. P. Lagos y D. Sugg. 2016. “Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud”. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Decreto con Fuerza de Ley N° 44. 1978. “Fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado”. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.

Decreto con Fuerza de Ley N° 2.763. 1979. “Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud”. Ministerio de Salud Pública, República de Chile.

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° 36. 1980. “Normas que se aplicarán en los convenios que celebren los Servicios de Salud”. Ministerio de Salud Pública, República de Chile.

Decreto con Fuerza de Ley N° 1. 2017. *Fija planta de personal del Fondo Nacional de Salud*. Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Supremo N° 3. 1984. “Aprueba reglamento de autorización de licencias médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Supremo N° 369. 1985. “Aprueba reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Supremo N° 2.296. 1995. “Aprueba reglamento general de la Ley N° 19.378”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Supremo N° 110. 2004. “Fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes”. Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Decreto Supremo N° 136. 2005. “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Supremo N° 45. 2016. “Aprueba reglamento sobre las prestaciones de diálisis y los establecimientos que las otorgan”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Supremo N° 2. 2019. “Determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la Ley N° 20.850”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 16.744. 1968. *Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.

Ley N° 17.322. 1970. *Normas para la cobranza judicial de cotizaciones, aportes y multas de las instituciones de seguridad social*. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.

Ley N° 18.122. 1982. *Modifica decreto ley N° 2.763, de 1797, y crea el servicio de salud del ambiente en la Región Metropolitana*. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 18.126. 1982. *Disuelve la sociedad constructora de establecimientos hospitalarios y crea departamento de arquitectura médica en el Ministerio de Salud*. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 18.191. 1982. *Deroga el decreto ley N° 354, de 1974, y modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979*. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 18.210. 1983. *Pone término a la existencia legal del Servicio de Salud Metropolitano Nor-Occidente*. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 18.417. 1985. *Modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, y el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 17.322. 1990. *Normas para la cobranza judicial de cotizaciones, aportes y multas de las instituciones de la seguridad social.* Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.

Ley N° 19.310. 1994. *Modifica artículo 30 del decreto ley N° 2.763, de 1979.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.378. 1995. *Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.650. 1999. *Perfecciona normas del área de salud.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.937. 2004. *Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.966. 2004. *Establece un régimen de garantías en salud.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.585. 2012. *Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.850. 2015. *Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.* Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.955. 2016. *Perfecciona el Sistema de Alta Dirección Pública y fortalece la Dirección Nacional del Servicio Civil.* Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Ley N° 21.192. 2019. *Ley de presupuestos del sector público correspondiente al año 2020.* Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Ministerio de Salud. 2011. "Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal. Evaluación de Indexadores del Per Cápita Basal".

Nancuante, U. y R. Sotomayor. 2001. "Derecho de la Salud". Editorial Lexis Nexis.

Nancuante, U. y R. Sotomayor. 2012. "Régimen Jurídico de la Salud". Editorial Thompson Reuters.

Organización Mundial de la Salud. 2000. "Informe sobre la salud en el mundo - Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud". Ver <https://www.who.int/whr/2000/es/>

# Oportunidades para mejorar el desempeño del Fondo Nacional de Salud de Chile: lecciones desde la experiencia internacional

Ricardo Bitrán Dicowsky y Pablo Villalobos Dintrans  
Bitrán y Asociados Ltda.

## 1. Objetivo y antecedentes /

El objetivo de este trabajo es proponer reformas a la gobernanza del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de Chile a partir de la experiencia de los aseguradores públicos de otros países. Sus resultados serán un insumo para la Comisión para una reforma integral de Fonasa, convocada por el Centro de Estudios Públicos (CEP).

Fonasa es un gran asegurador público de salud que entrega cobertura a casi 80% de la población de Chile, principalmente de los quintiles 1 (más pobre) a 4. Coexiste con aseguradores privados de la seguridad social, denominados Instituciones de Salud Previsional (Isapres), cuya cobertura está concentrada en los dos quintiles de más altos ingresos.<sup>[1]</sup>

El Centro de Estudios Públicos (CEP) encargó a Bitrán y Asociados (ByA) revisar las siguientes tres experiencias internacionales de aseguradores públicos que compartan semejanzas con Fonasa, a partir de las cuales sea posible extraer lecciones útiles para la entidad chilena: *Medicare* de Australia, el asegurador nacional de Corea del Sur<sup>[2]</sup> y el asegurador público de Bélgica.

Australia tiene un sistema de salud del tipo seguro nacional de salud cuyo financiamiento proviene mayoritariamente de impuestos generales. Los aseguradores

---

[1] Gobierno de Chile (2018).

[2] En adelante, cuando se menciona “Corea” se refiere a Corea del Sur.

públicos de salud de Bélgica y Corea, en cambio, son sistemas estatales de seguridad social en salud, cuyo financiamiento proviene de aportes obligatorios de los afiliados a la seguridad social. En Australia y Corea operan dos grandes aseguradores públicos, *Medicare* y el *National Health Insurance Service*, respectivamente, mientras que en Bélgica aseguradores privados sin fines de lucro compiten con un asegurador público para cubrir a toda la población bajo el sistema de seguridad social. En Australia, el Estado proporciona subsidios a personas de ingresos medios y bajos para promover su afiliación a aseguradores privados. Los tres países han alcanzado una cobertura universal<sup>[3]</sup> en el aseguramiento para la salud.

Los estudios de casos se enfocaron en dos aspectos: (i) la estructura organizacional, es decir, el tipo de gobierno corporativo que poseen los aseguradores, los mecanismos que usan para la designación de cargos y su organización interna, entre otros, y (ii) sus responsabilidades y atribuciones legales. Para poner en contexto la estructura organizacional y las responsabilidades y atribuciones de los aseguradores estudiados, primero, se describe de forma sucinta la organización y el financiamiento de los sistemas de salud de los tres países.

## 2. Tipos de sistemas y aseguradores de salud y la importancia de la gobernanza /

Los sistemas de salud suelen tener tres objetivos principales: mejorar el estado de salud de la población, conferirle protección financiera en salud y responder a sus expectativas y preferencias.<sup>[4]</sup>

Los seguros de salud son un elemento indispensable de todo sistema de salud que comparta esos objetivos. Un seguro de salud es un mecanismo de financiamiento que recauda aportes de los suscriptores con antelación y en forma independiente de la ocurrencia de un siniestro médico y que agrupa esos aportes en un fondo de riesgo mancomunado para financiar solidariamente las atenciones médicas futuras de los suscriptores (Cuadro 1). Además, la entidad encargada de proveer el seguro, el asegurador, adopta procedimientos para negociar precios con los prestadores de salud y pagar sus facturas.

---

[3] Porcentaje de afiliados cercana a 100%.

[4] Roberts et al. (2008), World Health Organization (2000), World Health Organization (2007), Hsiao y Sparkes (2013), Yip y Hafez (2015).



## CUADRO 1 Esquemas alternativos para financiar un sistema de salud

Mancomunación	Prepago	
	No	Sí
No	Pagos de bolsillo	Cuentas de ahorro en salud
Sí	Caridad espontánea*	Seguro de salud

Fuente: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2004).

Nota: \* Se refiere principalmente a países en desarrollo, donde, cuando se produce un evento de salud de gravedad, los miembros de la comunidad agrupan recursos para hacer frente a las necesidades inmediatas de uno o más de sus miembros.

Al eliminar o reducir la incertidumbre financiera asociada a eventuales gastos médicos futuros de alto monto, los asegurados experimentan un mayor bienestar psicológico y pueden planear las finanzas de su hogar exentos de esa incertidumbre. Adicionalmente, el prepago evita que los individuos deban enfrentar individualmente el riesgo financiero asociado a la necesidad de atención de salud. Considerando las particularidades del mercado de servicios de salud, el aseguramiento es una estrategia que genera una ganancia social e incrementa la eficiencia del sistema.<sup>[5]</sup>

Más generalmente, un sistema de seguro de salud desempeña seis funciones importantes: (1) otorga protección financiera a los asegurados; (2) permite el acceso a una amplia gama de servicios sin costo directo en el punto de atención o a cambio de un pequeño copago directo; (3) negocia precios convenientes con los prestadores de servicios médicos; (4) contribuye a mejorar la calidad de las atenciones médicas mediante acreditaciones, estándares y controles; (5) incentiva a su población beneficiaria a llevar vidas saludables, y (6) contribuye a la equidad transfiriendo recursos de personas con mayores ingresos hacia aquellas con menores ingresos.<sup>[6]</sup>

### 2.1. Tipos de sistemas de salud

Existen diversos esquemas de financiamiento y de aseguramiento en el mundo. En general, estos tienden a ser categorizados de acuerdo con ciertos atributos, como los grados de participación de entidades públicas y privadas, la obligatoriedad

<sup>[5]</sup> Arrow (1963).

<sup>[6]</sup> Dey y Bach (2019).

o voluntariedad del aseguramiento y la cobertura universal o parcial, entre otros. Las tipologías proporcionan un marco conceptual para la descripción y un esquema de referencia para las comparaciones entre naciones o entre sistemas. Además, pueden generar nuevas perspectivas y enfoques teóricos, así como fomentar el desarrollo de hipótesis.<sup>[7]</sup> En los últimos años algunos autores han propuesto taxonomías de los sistemas de salud basados, principalmente, en su mecanismo de financiamiento.<sup>[8]</sup> En el Anexo se presenta el resultado de una clasificación de los sistemas de salud de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desarrollado por Böhm et al. (2012)

Al aplicar la metodología de Böhm et al. (2012), se encuentra que el sistema de salud chileno es uno en el que predomina un financiamiento mixto, donde el Estado, la seguridad social y los hogares aportan cada uno aproximadamente un tercio del financiamiento total para la salud (Cuadro 2). Por lo tanto, no corresponde confinar al sistema chileno en solo una de las tres modalidades de organización. Por otra parte, Fonasa es el mayor comprador de servicios de salud del país y es posible que algo más de la mitad del gasto en salud de Chile esté sujeto a las políticas de presupuestación y precios de Fonasa. Ese gasto ocurre mayoritariamente en prestadores públicos, pero incluye también una fracción minoritaria que se canaliza a prestadores privados, principalmente, a través de la Modalidad Libre Elección (MLE). El Estado es el mayor prestador de servicios hospitalarios y ambulatorios del país. En definitiva, no es fácil clasificar al sistema chileno en ninguna de las 27 categorías formuladas por los autores, considerando que en el caso chileno la regulación es estatal, mientras que el financiamiento y la provisión son mixtos.<sup>[9]</sup>

---

[7] Böhm et al. (2012).

[8] Hsiao (1995), Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2004), Wendt et al. (2009), Böhm et al. (2013), Ellis et al. (2014), Toth (2016), Cuadrado et al. (2019).

Las clasificaciones o tipologías de sistemas o entidades tienen una larga tradición en las ciencias sociales, ya que constituyen procesos científicos, que permiten realizar generalizaciones sobre los miembros o propiedades de determinadas categorías. No obstante, difieren entre autores. Este documento no pretende ahondar en esta discusión, sino más bien explicitar que existen y usar una en particular (la de Böhm et al. 2012) para definir, a grandes rasgos, los sistemas seleccionados para este análisis.

[9] Aun cuando la provisión en el sistema de salud chileno es definitivamente mixta, al considerar la atención primaria de salud, la participación pública aumenta su importancia dentro del sistema.

**CUADRO 2** Aplicación del marco de análisis para la clasificación de los sistemas de salud de Böhm et al. (2012) para el caso de Chile

		Modalidades de organización		
		Estatal	Social	Privado
Regulación	<b>• Relación entre beneficiarios y agentes financieros</b>			
	o Cobertura	El Estado es responsable de las decisiones sobre la cobertura de la población.		
	o Sistema de financiamiento	Cerca de un tercio del financiamiento total para la salud proviene de recursos del Estado, mediante impuestos generales.	Las contribuciones de los afiliados aportan un tercio del presupuesto de Fonasa (el resto es del Estado) y el total del presupuesto de las Isapres.	Cerca de un tercio del gasto en salud es privado. La mayoría corresponde a pagos directos de pacientes a prestadores privados, incluyendo farmacias.
	<b>• Relación entre agencias de financiamiento y prestadores</b>			
	o Pago a los prestadores	El regulador (por ley) determina el método de pago de la atención primaria de salud (APS).	El Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud definen o aprueban los métodos de pago y los precios que adoptará Fonasa con prestadores públicos y privados. Estos incluyen pago por servicio o actividad, pago histórico, pago por diagnóstico y paquetizado. La Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) regula el régimen de financiamiento de las mutuales de seguridad.	Las Isapres negocian precios y métodos de pago con los prestadores privados.
	o Acceso de prestadores potenciales al mercado	La Subsecretaría de Redes Asistenciales regula la creación y operación de prestadores públicos hospitalarios.	La Suseso regula a las mutuales de seguridad, encargadas de dar prestaciones de medicina laboral a los asegurados.	No existen restricciones legales de acceso al mercado, aunque para las GES, los prestadores institucionales e individuales deben ser acreditados por la Superintendencia de Salud.
	<b>• Relación entre agencias de financiamiento y asegurados</b>			
	o Acceso de los pacientes a los prestadores		Fonasa restringe la elección del proveedor a los asegurados para las atenciones con Garantías Explícitas en Salud (GES). Sólo existe cobertura de Fonasa para prestadores privados en convenio (que es menor que en prestadores estatales).	Las Isapres restringen la elección del proveedor para las GES. También pueden ofrecer planes cerrados (cobertura solo en prestadores predefinidos) y preferentes (con mejor cobertura en red definida).
o Plan de beneficios de salud	Las prestaciones con GES son definidas por el Estado y aplica a todos los asegurados (Fonasa y las Isapres).		Las Isapres definen la cobertura por plan. En teoría los individuos seleccionan su Isapre y su plan. Pero, aquellos con preexistencias, que pueden ser rechazados por las Isapres, están “cautivos” en Fonasa o su Isapre actual.	

Financiamiento	Aproximadamente 1/3 es estatal.	Aproximadamente 1/3 es de la seguridad social.	Aproximadamente 1/3 es privado.
Provisión*	En 2016, 68% de las camas hospitalarias pertenecía al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que otorgaron 88% de los días cama del país. 71% de las consultas ambulatorias generales y de especialidad en el país provienen de establecimientos de APS y consultorios externos de los hospitales públicos.	En 2016, 1,8% de las camas hospitalarias pertenecía a las mutuales de seguridad.	En 2016, 14% de las camas hospitalarias pertenecía a clínicas privadas, las que daban cuenta de 9% de los días cama del país. Las clínicas y consultas privadas de médicos otorgaban 29% de todas las consultas ambulatorias generales y de especialidad del país.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: \* Clínicas de Chile (2016).

## 2.2. Tipos de aseguradores de salud

Para conocer el tipo de asegurador que es Fonasa, se recurrió al trabajo de la OCDE (2004), en el que se plantea un enfoque práctico para clasificar los diferentes arreglos de seguros de salud que existen en el mundo. Este plantea que una buena tipología debe cumplir tres principios: (1) basarse en las características del régimen de seguro de salud que sean objetivamente identificables, independientemente del nombre dado al régimen en un determinado país; (2) aplicarse consistentemente a todos los países para que los esquemas con características similares puedan agruparse en la misma categoría; y (3) ser pertinente para el análisis de políticas y la recopilación de datos, y lo suficientemente amplia como para capturar los cambios a lo largo del tiempo en la organización y gestión de los regímenes de seguro de salud, sin tener que desarrollar nuevas categorías.

Es posible clasificar a los modelos de aseguramiento en salud de acuerdo con cuatro criterios: (1) las fuentes de financiamiento; (2) el nivel de obligatoriedad del esquema; (3) la naturaleza individual o grupal del esquema; y (4) el método de cálculo de las primas (es decir, la forma en que las primas pueden variar según el riesgo de salud, como el estado de salud, la edad, entre otros).

Existen tres fuentes posibles de financiamiento:<sup>[10]</sup> (1) el financiamiento fiscal, que proviene de recursos del tesoro de la nación (generalmente se trata de impuestos, pero en algunos países incluye ingresos provenientes de la explotación de recursos naturales del Estado, como el petróleo o el gas natural); (2) el financiamiento

[10] Böhm et al. (2012).

proveniente de cotizaciones para la seguridad social (en países con un sistema de seguridad social estas son obligatorias para todos los trabajadores formales (y en algunos como, por ejemplo, China y Vietnam, también para los informales); y (3) el financiamiento proveniente del pago de primas privadas.

Un modelo de seguro de salud es público cuando se financia con cualquiera de las dos primeras fuentes, en forma exclusiva o mixta. Por ejemplo, Fonasa obtiene aproximadamente un tercio de sus ingresos de cotizaciones hechas por sus afiliados y dos tercios de subsidios del Tesoro Público. Estos últimos financian enteramente a los beneficiarios indigentes (o no contributivos) y parcialmente a los beneficiarios de los grupos B, C y D. Las obras sociales argentinas, en cambio, se financian exclusivamente con los aportes de sus adherentes.<sup>[11]</sup> Un arreglo de seguro privado deriva sus ingresos principal o exclusivamente de los aportes realizados por sus suscriptores. Tanto los aseguradores públicos como los privados suelen requerir que sus asegurados realicen copagos y deducibles, aunque generalmente la mayoría del financiamiento proviene de las primas.

Es importante señalar que un seguro privado también podría obtener parte de su financiamiento desde fuentes públicas —por ejemplo, mediante subsidios o contribuciones estatales—, situación que no altera su naturaleza privada. Por ejemplo, durante las décadas de los ochenta y noventa el gobierno de Chile otorgó un subsidio de 2% del sueldo a los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las Isapres, que culminó el año 1999.<sup>[12]</sup> Asimismo, los asegurados en Australia pueden optar a un subsidio público para financiar parte de la prima de un seguro privado de salud.

De acuerdo con las definiciones anteriores, Fonasa administra un modelo de seguro público por cuanto deriva sus ingresos de fuentes públicas, incluyendo un tercio que proviene de contribuciones obligatorias a la seguridad social (7% del sueldo del trabajador) y subsidios del Estado que constituyen los otros dos tercios de su financiamiento.

En este trabajo se decidió, por dos razones, considerar a Fonasa como un esquema de aseguramiento diferente al de las Isapres. Primero, porque el trabajo de la OCDE (2004) fue concebido para clasificar esquemas de aseguramiento, no tipos de aseguradores. Segundo, porque aquí se adoptó la misma definición de Böhm (2012) por la que el tipo de financiamiento determina el tipo de esquema de aseguramiento.

---

[11] Arnaudo et al. (2016).

[12] Isapres de Chile (2016).

## 2.3. La importancia de la gobernanza

La gobernanza es un aspecto clave para las políticas, especialmente en el ámbito de la salud, ya que permite a las sociedades y los sistemas de salud manejar conflictos, establecer un proceso de toma de decisiones colectivo y ejercer la autoridad.<sup>[13]</sup> En el caso de los aseguradores de salud, una buena gobernanza es necesaria para permitir que los esfuerzos por entregar una mayor y mejor cobertura se lleven a cabo de manera eficaz y eficiente. La gobernanza en un modelo de seguro de salud puede definirse como relaciones responsables y transparentes entre las partes interesadas del seguro, como el gobierno, los beneficiarios, los pagadores, los prestadores de atención médica y otros aseguradores. De acuerdo con Savedoff y Gotrett (2008), la buena gobernanza dentro de un modelo de seguro se puede lograr mediante estructuras coherentes de toma de decisiones, participación de las partes interesadas, transparencia e información, supervisión y regulación, y consistencia y estabilidad. Según Greer et al. (2016) existen cinco atributos claves para el análisis y mejora de los sistemas de gobernanza (modelo TAPIC), cada uno de los cuales tiene sus propias herramientas políticas y administrativas para lograr ser mejorado (transparencia, rendición de cuentas —*accountability* en inglés—, participación, integridad, capacidad de hacer políticas).

## 3. Metodología: criterios de selección de casos y variables de análisis /

En el contexto de la tipología de países de la OCDE presentada anteriormente, Australia pertenece a la categoría “Seguro nacional de salud”, junto con Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda e Italia. Bélgica y Corea, en cambio, pertenecen al tipo “sistema estatal de seguridad social en salud” (ver Anexo). La selección de un número limitado de casos acota la riqueza de experiencias, pero permite realizar un análisis más profundo de cada caso. La elección realizada para este trabajo se basa en los principios de estudios comparativos, utilizados como una manera de entender una institución o política desde distintas perspectivas.<sup>[14]</sup> Para lidiar con el problema de tener que analizar muchas variables en base a una muestra reducida de casos,<sup>[15]</sup> la selección usó los siguientes criterios: (1) restringir el análisis exclusivamente a sistemas de aseguramiento (en lugar, por ejemplo, de mirar el sistema de salud completo); (2) seleccionar casos “similares” a Fonasa; y (3) enfocarse en variables claves de

---

[13] Fox (2010).

[14] Yin (2014).

[15] Lijphart (1971).

cada sistema. Respecto del punto (2) sobre similitud, se buscó países donde exista un asegurador público de salud que sea monopólico (Corea del Sur) o que opere en competencia con aseguradores privados (Bélgica y en cierta medida Australia).

Respecto de las dimensiones de análisis, se utilizó el marco conceptual propuesto por el Banco Mundial,<sup>[16]</sup> con foco en la estructura organizacional de los esquemas basados en seguros, para comprender sus funciones y la relación entre el asegurador y otras instituciones del sistema de salud. El documento identifica las siguientes funciones críticas para dichos esquemas:

- Política y regulación;
- Administración de prestadores;
- Administración financiera;
- Comunicación/vínculo con beneficiarios, afiliación y recolección de recursos y;
- Monitoreo y sistemas de información.

En consecuencia, para cada caso se realiza una breve descripción del sistema, incluyendo el tipo de esquema, cobertura (beneficiarios y paquete de beneficios),<sup>[17]</sup> financiamiento, estructura organizacional y proceso de toma de decisiones. Lo anterior con el fin de identificar estrategias, principalmente en cuanto a la estructura organizacional, que permitan a Fonasa mejorar su desempeño.

Junto con lo anterior, en las conclusiones de este trabajo se incorpora un análisis de la gobernanza de Fonasa, así como algunas recomendaciones que surgen tanto de dicho diagnóstico como del estudio de casos. Ello se realiza mediante un análisis que se basa en la fusión de los modelos de Greer et al. (2016) y de Savedoff y Gotrett (2008) para analizar la gobernanza de los esquemas de seguros de salud (ver Anexo). Sus propuestas combinadas permiten agrupar en cuatro las dimensiones a revisar (Cuadro 3).

**CUADRO 3** Comparación de dimensiones de gobernanza

Savedoff y Gotrett (2008)	Greer et al. (2016)	Dimensión para analizar
Estructuras coherentes de toma de decisiones; Consistencia y estabilidad	Capacidad; Integridad	Capacidad institucional
Participación de las partes interesadas	Participación	Participación amplia de interesados
Transparencia e información	Transparencia	Transparencia sobre la toma de decisiones
Supervisión y regulación	Responsabilidad	Claridad en deberes y responsabilidades

Fuente: Elaboración propia.

[16] Wang et al. (2012).

[17] World Health Organization (2010).

## 4. Análisis de casos /

El Cuadro 4 presenta indicadores de desarrollo para Chile y los tres países objetos del estudio. En ella se observa que Chile es el país con menores ingresos del grupo (su Producto Interno Bruto –PIB– por habitante, ajustado por poder de compra, es la mitad que el de Australia y Bélgica y las dos terceras partes que el de Corea) y el que tiene la población más joven (Bélgica la más envejecida). Su gasto en salud (tanto en términos absolutos como proporción del PIB) es menor que en Bélgica y Australia, así como también la participación del gasto público (gasto de gobierno más cotizaciones obligatorias) en el gasto total en salud. En consecuencia, Chile y Corea también presentan una proporción de gasto de bolsillo en salud sobre el PIB superior a 30%. Las diferencias en inversión en salud se ven reflejadas, principalmente en el caso de Chile, en menores insumos en el sistema de salud (en términos de médicos y camas disponibles).

**CUADRO 4** Estadísticas seleccionadas para los países del análisis

Indicador/ país	Chile	Australia	Bélgica	Corea
Población total (millones) <sup>a</sup>	18,73	25,00	11,42	51,64
% población 65+ <sup>a</sup>	11,5	15,7	18,8	14,4
PIB per cápita (PPP, dólar internacional)	22.873	45.439	43.218	33.776
Esperanza de vida al nacer <sup>b</sup>	79,9	82,5	81,4	82,6
Gasto en salud (% del PIB) <sup>c</sup>	8,53	9,25	10,04	7,34
Gasto per cápita en salud (PPP, dólar internacional) <sup>c</sup>	2.002	4.529	4.668	2.712
Gasto público en salud (% del gasto total en salud)* <sup>c</sup>	58,5	68,3	84,1	59,2
Gasto público en salud (% del gasto de gobierno) <sup>c</sup>	19,7	17,4	15,8	13,5
Gasto de bolsillo (% del gasto total de salud) <sup>c</sup>	34,8	18,9	15,9	33,3
Camas de hospital (por 100.000 personas)	2,2 <sup>e</sup>	3,8 <sup>e</sup>	6,2 <sup>e</sup>	11,5 <sup>d</sup>
Médicos (por 100.000 personas)	1,1 <sup>c</sup>	3,6 <sup>c</sup>	3,3 <sup>c</sup>	2,4 <sup>b</sup>

Fuente: World Bank (2019).

Notas: a = datos 2018; b = datos 2017; c = datos 2016; d = datos 2015; e = datos 2014.

\* Cifras de “Gasto público de gobierno en salud (% del gasto total en salud)” incluyen tanto el gasto directo del gobierno, como las cotizaciones obligatorias de salud.

PPP = paridad de poder adquisitivo (*purchasing power parity* en inglés).



## 4.1. Caso 1: Australia<sup>[18]</sup>

Australia tiene un sistema de salud que proporciona cobertura básica obligatoria, a la vez que las personas pueden voluntariamente suscribir cobertura adicional con aseguradores privados. En efecto, el sistema de salud australiano es un modelo híbrido en el que los ciudadanos, los residentes permanentes y los refugiados pueden adquirir un seguro privado, además del seguro público, y pueden acceder a hospitales privados y públicos. El acceso a ciertos servicios públicos de salud requiere en algunos casos de la aprobación de un médico de cabecera y de la administración del asegurador público.

### a) Cobertura

Australia cuenta con un esquema universal contributivo de salud denominado actualmente *Medicare*, que comenzó en 1975. En el período 2018-2019, el sistema reportó 25,6 millones de afiliados, lo que denota una cobertura universal.<sup>[19]</sup> La protección financiera de *Medicare* incluye tres componentes:

- (i) Hospitales públicos: el seguro cubre el 100% de los costos de atención hospitalaria en hospitales públicos.
- (ii) Servicios médicos (*Medicare Benefits Schedule*, MBS): listado de los servicios de salud (servicios profesionales) cubiertos (total y parcialmente) por el gobierno. El listado es actualizado por un grupo de expertos.
- (iii) Medicamentos (*Pharmaceutical Benefits Scheme*, PBS): listado de productos farmacéuticos con subsidio (total y parcial) del gobierno. Incluye más de 5.200 productos.

Los componentes que no tienen cobertura de 100% (MBS y PBS) cuentan con un piso de aseguramiento para evitar gastos excesivos.

Los aseguradores privados, a los que la población puede acceder voluntariamente, actúan como complementos (es decir, además del seguro obligatorio) de *Medicare*. En general, cubren dos tipos de prestaciones. Atención hospitalaria, que cubre la totalidad o parte de los costos para pacientes “privados” y el seguro de atención general, que ofrece cobertura de algunos servicios no cubiertos por *Medicare*, como salud bucal, fisioterapia y servicios ópticos.

[18] Esta sección se basa en las siguientes referencias: Healy et al. (2006), Australian Government-Department of Health (2019a, 2019b y 2019c), Australian Taxation Office (2019), Australian Institute of Health and Welfare (2018a), Public Service Act 1999, Australian Government - Services Australia (2018).

[19] Los criterios de elegibilidad de *Medicare* son: (i) ciudadano australiano residente en Australia, (ii) residente permanente o ciudadano de Nueva Zelanda viviendo en Australia y (iii) casos especiales (ciudadanos de otros países con acuerdos al respecto, permisos especiales).

En junio de 2017, además de estar cubiertos por *Medicare*, 11,3 millones de australianos (46% de la población) tenían algún tipo de cobertura hospitalaria privada, y 13,5 millones (55%) algún tipo de cobertura de atención general. Parte del costo de la admisión hospitalaria como paciente privado está cubierto por *Medicare* y parte puede ser cubierta por un seguro privado complementario. Una persona con seguro médico privado también puede optar por ser tratada como un paciente público en un hospital público.

## **b) Financiamiento**

*Medicare* es financiado mayoritariamente por el gobierno, con recursos provenientes de impuestos generales, y por dos tributos adicionales, un impuesto específico a las personas de 2% del ingreso imponible, y un impuesto extra para individuos con ingreso sobre cierto nivel que no tienen suficiente cobertura hospitalaria privada (entre 1,0 y 1,5% del ingreso).

El gobierno subsidia parte de la prima del seguro privado, según sea el nivel de ingresos de las personas, buscando reducir la presión sobre el sistema financiado con fondos públicos. Además, el gobierno tiene una iniciativa para incentivar la compra y mantenimiento de cobertura hospitalaria privada adecuada desde edades tempranas. En 2018, el gobierno central y los estatales y regionales financiaban dos tercios del gasto total en salud; los hogares un 17% mediante pagos de bolsillo; los aseguradores privados un 9%; y otras fuentes públicas un 7%. Respecto del gasto, la mayor proporción se destina a hospitales y atención primaria de salud (39 y 35% respectivamente) y el resto se divide entre servicios médicos de especialidad (10%), inversiones (6%), investigación (3%) y otros servicios (7%).

## **c) Estructura organizacional y toma de decisiones**

La recolección y administración de fondos es realizada por *Services Australia*, que desde 2020 reemplazó al *Department of Human Services* (un ministerio del gobierno australiano<sup>[20]</sup>). La institución fue establecida en 2019 con el fin de centralizar todos los servicios entregados por el gobierno australiano. Es la responsable de la entrega de bienes y servicios relacionados con la protección social y salud. Además de *Medicare*, esta entidad también entrega otros subsidios y servicios de salud y administra tres registros de salud (cáncer de intestino, inmunizaciones y donación de órganos).

---

[20] Además de *Services Australia*, los restantes departamentos del gobierno federal son: *Attorney General, Agriculture, Communications and the Arts, Defence, Education, Employment, Skills, Small and Family Business, Environment and Energy Finance Foreign Affairs and Trade, Health, Home Affairs, Industry, Innovation and Science, Infrastructure, Regional Development and Cities, Prime Minister and Cabinet, Social Services, Treasury* y *Veterans' Affairs*.

La estructura de gobernanza de *Services Australia* se basa en el establecimiento de dos tipos de comités estratégicos: comités ejecutivos (incluye los comités de implementación, provisión de servicios y personas) y comités de auditoría (incluye subcomité de información, comunicaciones y tecnología, y el subcomité de estados financieros), de acuerdo con lo planteado en el Cuadro 5.

**CUADRO 5** Estructura de los comités de gobernanza estratégica de *Services Australia*

Comité	Subcomité	Subgrupo
Comité ejecutivo	Comité de implementación	Subgrupo de información estratégica y análisis
	Comité de provisión de servicios	No existe subgrupo
	Comité de personas	Subgrupo de salud y seguridad laboral
Comité de auditoría	Subcomité de información, comunicaciones y tecnología	No existe subgrupo
	Subcomité de estados financieros	No existe subgrupo

Fuente: Australian Government - *Services Australia* (2019a).

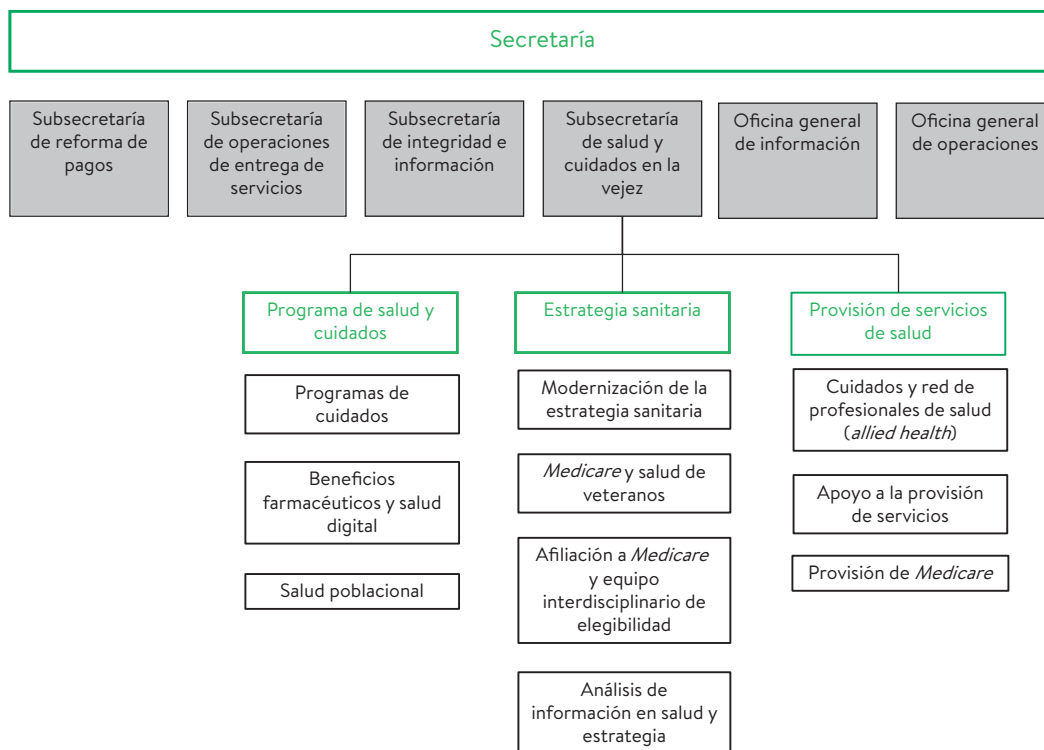
El comité ejecutivo es la instancia mayor de la gobernanza y es presidido por el Secretario de *Services Australia*, responsable de la institución, quien define la orientación estratégica del servicio, así como sus prioridades y administración. Los cargos de Secretario de cartera en el gobierno australiano son designados por el Gobernador General, en base a recomendaciones hechas por el Primer Ministro. El Secretario responde directamente al Ministro de Servicios Gubernamentales, a quien debe apoyar en la entrega de los servicios de la cartera y en el desarrollo de recomendaciones estratégicas.

La estructura organizacional de *Services Australia* nace desde el Secretario y se divide en cinco subsecretarías (*deputy secretaries*) y dos oficinas generales (*chief officer*), de acuerdo con lo establecido en la Figura 1.

Una de las subsecretarías de la institución corresponde a salud y cuidados en la vejez (*health and aged care*). Esta es la responsable de la provisión de los beneficios del paquete de *Medicare* (PBS y MBS), así como otros programas de salud. Estos últimos se refieren, por ejemplo, a prestaciones de salud para personas mayores, de salud mental, entre otras, del Departamento de Salud, entidad independiente de *Services Australia* que está a cargo de las políticas de salud. Al interior de *Services Australia* existe la figura de un jefe de servicio especial para *Medicare* (*Chief Executive*

*Medicare*), cargo que recae en el Subsecretario de Salud y Cuidados.<sup>[21]</sup> Dicho subsecretario es un funcionario de alto nivel del gobierno (*Senior Executive Service*, SES), designado por el Secretario de *Services Australia*. Sus funciones incluyen la provisión de servicios, beneficios y programas.

**FIGURA 1** Estructura organizacional de *Services Australia* y la Subsecretaría de salud y cuidados en la vejez



Fuente: Australian Government - Services Australia (2019a).

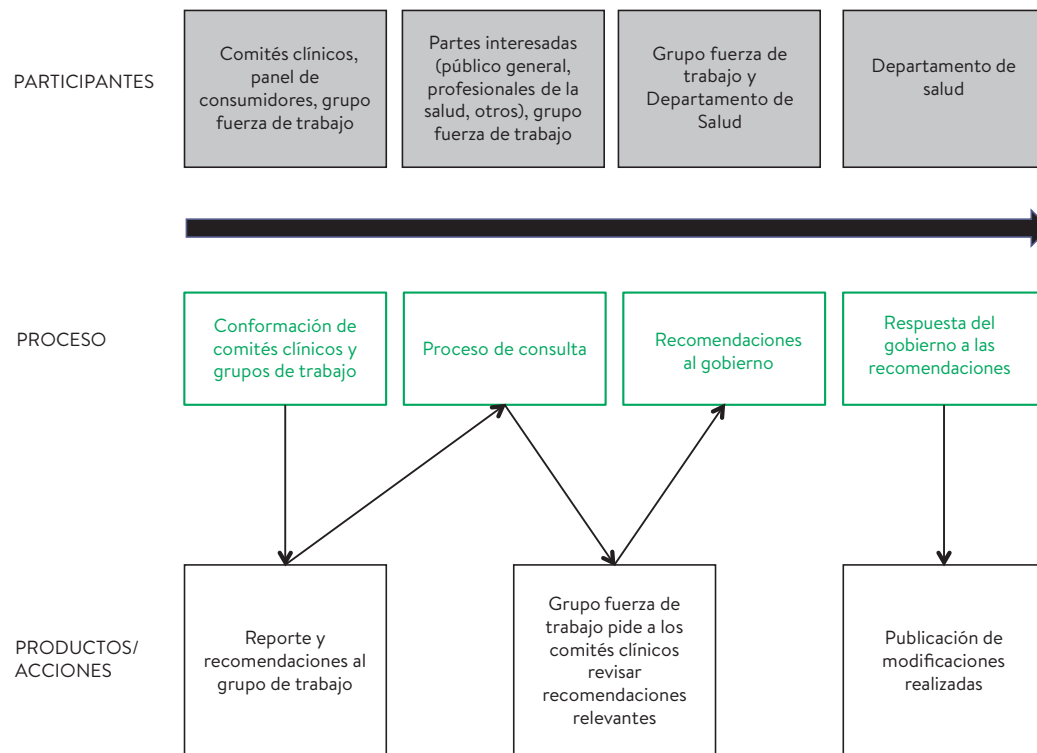
En el caso de los servicios médicos incluidos en el MBS, el esquema es administrado por el Departamento de Salud. Sin embargo, los servicios por incluir están definidos desde 2015 por un grupo de trabajo independiente destinado exclusivamente a esta tarea (*MBS Review Taskforce*<sup>[22]</sup>), constituido por médicos con experiencia en distintas áreas que trabajan tanto en el sector público como privado, representantes de consumidores y académicos con experiencia en evaluación de tecnologías sanitarias. En la ac-

[21] Human Services (*Medicare*) Act de 1973.

[22] Más información respecto de este grupo se encuentra en: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/MBSR-about>

tualidad, considera más de 5.700 ítems que requieren ser revisados y actualizados para considerar la evidencia disponible y contribuir a la mejora de la salud de los pacientes. El grupo funciona a través de comités clínicos que asesoran las distintas áreas de práctica clínica cubiertas por el MBS. Se realizan consultas con expertos y distintas partes interesadas. Luego de ello, el grupo realiza sus recomendaciones en un informe entregado al Ministro de Salud (el Departamento de Salud está liderado por los Ministros de Salud, de Cuidados de la Vejez y de Salud Regional)<sup>[23]</sup> El proceso se detalla en la Figura 2.

**FIGURA 2** Proceso de modificación del MBS



Fuente: Elaboración propia.

La selección de medicamentos a incluir en el PBS es realizada por el Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos (*Pharmaceutical Benefits Advisory Committee*, PBAC). La instancia es un cuerpo experto independiente designado por el gobierno que incluye médicos, profesionales de la salud, economistas de la salud y consumidores. Su rol es

[23] Un ejemplo de reporte puede encontrarse en [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/26CEC8388EE86854CA2580210016EF82/\\$File/MBS-Review-Interim-report-Final-%204%20Oct.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/26CEC8388EE86854CA2580210016EF82/$File/MBS-Review-Interim-report-Final-%204%20Oct.pdf)

recomendar nuevas medicinas a ser incluidas en la lista del PBS: ningún medicamento puede ser incluido sin la aprobación del comité. El grupo se reúne tres veces al año para la actualización de los listados. La decisión de incluir nuevos medicamentos toma en cuenta la condición médica para la cual el medicamento fue registrado para su uso en Australia, efectividad clínica, seguridad y costo-efectividad.

En términos de información, la institución principal es el Instituto Australiano de Salud y Bienestar (AIHW), agencia encargada de la investigación y provisión de estadísticas en salud. Esta recolecta información desde distintas agencias públicas y publica bases de datos y estadísticas compiladas para el país, que incluye datos para consumidores y prestadores respecto de salud y bienestar (*healthdirect*) y sobre desempeño de hospitales y atención primaria (*MyHospitals* y *MyHealthyCommunities*, respectivamente).

## 4.2. Caso 2: Bélgica<sup>[24]</sup>

Bélgica tiene desde 1944 un sistema de salud basado en la seguridad social, donde existe un seguro obligatorio, que puede ser provisto por alguno de los fondos de enfermedad (*sickness funds*), que son entidades sin fines de lucro. La mayoría son privados y abiertos y se organizan en cinco asociaciones nacionales, coordinados por el Instituto Nacional para el Aseguramiento de la Enfermedad y la Discapacidad (*Rijksinstituut ziekte en invaliditeit*, RIZIV). También existe un asegurador público, el Fondo Auxiliar de Seguro de Enfermedad y Discapacidad (*Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering*, HZIV) y uno privado cerrado, el Fondo de Salud de SNCB, sólo para trabajadores de la Sociedad Nacional de Ferrocarriles y sus familias belgas.<sup>[25]</sup>

El aseguramiento de salud opera en un sistema en el cual la provisión de atenciones de salud es privada, basada en los principios de práctica médica independiente, libertad de elección de prestadores y pago por servicio.

### a) Cobertura

El sistema de seguro obligatorio de salud cubre a empleados y trabajadores por cuenta propia. Todas las personas mayores de 25 años y los menores de 25, emplea-

---

[24] Esta sección se basa en las siguientes referencias: Flemish Government (2019), Belgium.be (2019), Thompson et al. (2013), Vandijck y Annemans (2010), European Commission (2019), National Institute for Health and Disability Insurance (2019a, 2019b y 2019c), Gerkens y Merkur (2010), Auxiliary Health and Disability Insurance Fund (2019), Devos et al. (2019), Gur (2010).

[25] Un listado de estos fondos se encuentra en <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/contacteer-ziekenfondsen.aspx#.WK2w41XhDIW>

dos o recibiendo algún beneficio, están obligados a contribuir. El seguro de salud cubre parte de los costos médicos,<sup>[26]</sup> medicamentos y servicios domiciliarios (limpieza, asistencia a personas mayores) y otorga subsidios de discapacidad y de maternidad y préstamos de equipamiento para atender enfermos en el hogar.

Las prestaciones y su cobertura (incluidas en un listado denominado *nomenclature*) son determinadas por ley. El esquema contempla la contribución al seguro, el precio del servicio y el porcentaje de cobertura y copago. Los prestadores, fondos de enfermedad y el gobierno acuerdan un listado centralizado de precios de cada servicio. Los aseguradores participan colectivamente en el proceso de negociación con prestadores.

Los prestadores que adscriben el acuerdo en todos o algunos de los servicios deben respetar los precios. Los que no, pueden cobrar precios libremente, y la diferencia es pagada por las personas al proveedor. El monto de reembolso cubierto por el seguro de salud es idéntico en cualquier prestador.

En 2011, el país instauró una política de cobro máximo por servicios de salud (*maximum billing*), que fija un techo para los copagos en salud de los hogares, dependiendo de su nivel de ingresos. Dado que los techos fijados se han mantenido constantes y los servicios se han expandido, el gasto del sistema de cobros máximos (financiado con fondos fiscales) ha ido en incremento en el tiempo, pasando de 205 millones de euros en 2003 a 331 millones en 2013 (Cantillon et al. 2017).

Adicionalmente, como en el caso de Australia, una parte importante de la población cuenta con seguros complementarios (voluntarios), que les permiten acceder, por ejemplo, a habitaciones individuales en evento de hospitalización. Estos seguros son ofrecidos tanto por los fondos de enfermedad como por compañías de seguro privadas.

## **b) Financiamiento**

El sistema es financiado principalmente a través de las contribuciones obligatorias a la seguridad social en salud y con impuestos generales.<sup>[27]</sup> Contempla explícitamente copagos y seguros voluntarios, que en conjunto representan cerca del 24% del gasto en salud (20% gasto de bolsillo y 4% aporte a seguros voluntarios). El

---

[26] Visitas y consultas de médicos generales y médicos especialistas, cuidado por fisioterapeutas, atención por enfermeras y servicios de enfermería a domicilio, cuidado dental, prótesis, sillas de ruedas, vendaje, implantes, atención hospitalaria, atención en lugares de retiro para ancianos, cuidado de rehabilitación.

[27] La tasa de cotización obligatoria es de 7,35% del salario bruto, pagada por el empleado (3,55%) y el empleador (3,8%).

sistema de pago de los copagos funciona mediante reembolsos (principalmente para atención ambulatoria) y de pago por terceros, es decir, la persona paga directamente la parte no cubierta por el seguro (atención hospitalaria y medicamentos).

Adicionalmente, el presupuesto para salud se complementa con una parte del impuesto al valor agregado que se destina exclusivamente a salud (*earmarked taxes*) y otros impuestos generales. El presupuesto del sistema se encuentra fijo y se ajusta por inflación y modificaciones legales que permiten algún crecimiento real: por ejemplo, entre 2004 y 2012 se acordó un crecimiento real anual de 4,5%, tasa que se modificó en los siguientes años (2% en 2012, 3% en 2013 y 2015 y 1,5% desde 2015).

### **c) Estructura organizacional y toma de decisiones**

El sistema está organizado en dos niveles: federal y regional. El gobierno federal es el responsable de regular y financiar el seguro obligatorio. Entre sus funciones se encuentran determinar criterios de acreditación para profesionales, financiamiento de hospitales y otros centros de servicios de salud, así como la legislación respecto de prestadores y el registro de productos farmacéuticos y su mecanismo de control de precios. Los gobiernos regionales tienen a su cargo las actividades de atención primaria, promoción de salud, servicios de maternidad y cuidado infantil, algunos servicios enfocados a personas mayores, la implementación de estándares de acreditación para hospitales y el financiamiento de la inversión hospitalaria.

Los fondos de enfermedad reciben un presupuesto prospectivo desde el RIZIV, que les permite financiar las prestaciones de sus afiliados. Esta institución es la encargada de administrar los esquemas de seguros obligatorios y los beneficios para personas con discapacidad en el país, incluyendo la recolección de las contribuciones obligatorias de salud y solicitud de subsidios del plan de seguro de cuidados para cuidadores informales y residentes de hogares de ancianos. Adicionalmente, administra el fondo de compensación de accidentes médicos.<sup>[28]</sup>

El RIZIV depende administrativamente del Ministerio de Asuntos Sociales y es liderado por el Director General. Como se muestra en el organigrama de la Figura 3, existe un Comité General de Administración, encargado de supervisar el desempeño de la institución, con una serie de cuerpos administrativos y técnicos encargados de asegurar la provisión de los distintos servicios (contabilidad, administración del presupuesto y contratación de personal). Está compuesto por representantes de organizaciones de empleadores y trabajadores independientes, de los trabajadores asalariados y de los aseguradores, así como también del gobierno (ministerios de

---

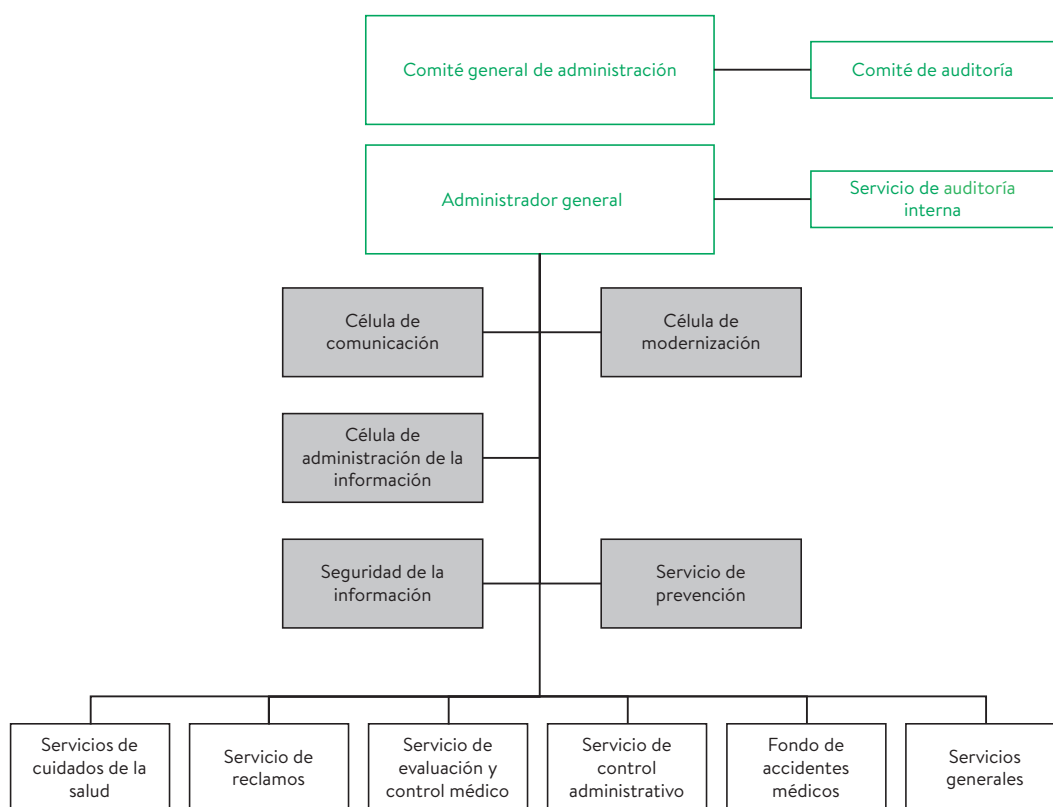
[28] Este fondo tiene como fin pagar compensaciones ante demandas contra profesionales de la salud.



Asuntos Sociales, Presupuesto y Clase Media), que son tres y los designa directamente el Rey.

El RIZIV colabora con una serie de otras instituciones para desarrollar su labor, como las mutuales (entidades que reembolsan prestaciones de salud y entregan indemnizaciones), los prestadores de servicios de salud y los sindicatos y empleadores (75% del financiamiento proviene de contribuciones obligatorias pagadas por ambos). Estas entidades participan en varios comités del RIZIV donde se discute el establecimiento o adaptación de normativas (como respecto de los beneficios del seguro), la administración y gestión financiera del seguro (como el ajuste de precios de algunos servicios y la distribución y asignación de los recursos).

**FIGURA 3** Organigrama del RIZIV



Fuente: Institute for Health and Disability Insurance (2019d).

La unidad a cargo de los servicios de salud es la que determina las condiciones para el reembolso de los beneficios médicos, lo que incluye: (i) preparar el presupuesto y monitorear su ejecución, (ii) informar a los prestadores sobre las tarifas o precios y las reglas a aplicar, (iii) promover la calidad de la atención médica, (iv) organizar consultas entre los diferentes socios (prestadores, fondos de seguro de salud, instituciones científicas, etc.) y (v) participar en proyectos innovadores y colaboraciones internacionales.

El gobierno fija cada dos años los precios de atención de médicos generales y especialistas y para otros profesionales de la salud (dentistas, enfermeros y farmacéuticos), mediante un proceso de negociación que involucra a todas las partes, según se señaló previamente. A pesar de esto, en la atención hospitalaria, el gasto de bolsillo por día de hospitalización puede variar dependiendo de los tipos de servicios contratados (como hotelería y médicos no cubiertos por el seguro). Sin embargo, la legislación obliga a los hospitales a proveer un costo estimado de la atención al ingreso de la hospitalización.

En el caso de los productos farmacéuticos, estos están regulados desde 1973, con cerca de 2.500 medicamentos con cobertura. El precio de cada medicamento se define de acuerdo con su desempeño clínico, evaluación económica y costo promedio de los tratamientos disponibles. Por otra parte, su cobertura se distingue por categorías farmacéuticas, definidas según la importancia social del medicamento, criterios farmacéuticos y de precios. Las tasas de cobertura son negociadas por los fondos de enfermedad y las compañías farmacéuticas, con supervisión del gobierno.

Respecto de la información para la toma de decisiones, el país dispone de múltiples fuentes de información y es recopilada y administrada por diversas instituciones. En esta línea, el país enfrenta importantes desafíos, relacionados con la falta de un formato estandarizado en la recolección de información, la falta de identificadores individuales en las bases de datos, la poca fiabilidad de información sobre diagnóstico y tratamiento y la escasez de información sobre seguros voluntarios de salud, entre otros.

En términos de los seguros de salud, el RIZIV publica información sobre el registro de servicios disponibles y sus costos (*nomenclature*). Adicionalmente, el país ha publicado sucesivas evaluaciones del desempeño de su sistema de salud, siendo el reporte de 2019 el más completo realizado a la fecha, en donde se evaluaron 121 indicadores del sistema.

#### **d) Regulación del aseguramiento**

Puesto que en el caso belga operan múltiples fondos de enfermedad en competencia, se revisa la regulación de este mercado. La Ley de Fondos de Enfermedad (*Sickness Funds Act*), establece que estos deben controlar sus gastos de salud y ajustarlos a las regulaciones legales. Algunos servicios solo se reembolsan si ha habido

una aprobación previa por parte de los llamados médicos asesores de los fondos de enfermedad, que pueden cuestionar la prescripción de productos, duración de los tratamientos y la suscripción de cuidados de largo plazo.

Desde 1995 los fondos de enfermedad belgas se han hecho más responsables financieramente de los gastos de sus asegurados. La competencia entre estos se concentra principalmente en su servicio a los miembros y en las actividades y servicios complementarios que ofrecen, ya que se les permite desarrollar servicios y actividades fuera de la seguridad social obligatoria (que estén relacionados con la salud y el bienestar de sus miembros). Por ejemplo, en el ámbito del VIH, compiten con compañías de seguros comerciales, pero, a diferencia de estos últimos, los fondos de enfermedad no pueden ejercer una selección de riesgos.

Legalmente, los miembros de un fondo de enfermedad tienen la oportunidad de cambiarse a otro cada trimestre, si han sido inscritos por un período de al menos un año, aunque la movilidad ha sido baja (cerca de 1% se cambia cada año).<sup>[29]</sup>

Como se dijo, los fondos de enfermedad actúan colectivamente en sus negociaciones con los proveedores de atención médica. Para evaluar y evitar el abuso de sus miembros, los fondos de enfermedad tienen examinadores médicos.

#### **e) El asegurador público: Fondo Auxiliar de Seguro de Enfermedad y Discapacidad (FASED)**

El FASED provee los mismos beneficios que los restantes fondos de enfermedad, pero bajo un estatus público, lo que en la práctica significa que está abierto a cualquiera que desee afiliarse (a diferencia, por ejemplo, del seguro ofrecido a los trabajadores de ferrocarriles y sus familias). El registro es gratuito y solo ofrece el seguro obligatorio. En su último reporte, la institución informa tener 111.660 beneficiarios (cerca de 1% de la población).

El fondo de enfermedad público tiene una estructura centralizada, con una administración central en Bruselas y oficinas regionales en cada provincia. Es administrado por un Comité de Administración compuesto por un presidente y representantes de trabajadores y empleadores. También posee una administración general.

Como se mencionó previamente, el FASED recibe financiamiento prospectivo del RIZIV, entidad que recolecta todos los recursos y luego reparte entre los aseguradores. Respecto a las atribuciones del asegurador público en términos de financiamiento, como se presentó, no existe una negociación directa, si no que se realiza en conjunto con los otros aseguradores y los precios que se pagan a los profesionales de la salud son fijados por el gobierno.

---

[29] Gerken and Merkur (2010).

### 4.3. Caso 3: Corea del Sur<sup>[30]</sup>

Desde el año 2000 Corea del Sur cuenta con un único pagador y un esquema uniforme de contribuciones y de cobertura de beneficios.<sup>[31]</sup> El Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) es el principal pagador del sistema de salud coreano, aunque también existe un programa para asegurar el acceso a la atención médica a ciudadanos de bajos ingresos. Mientras que el financiamiento es predominantemente público (la mayoría proviene de aportes obligatorios de los afiliados y una parte menor del Estado), la prestación de servicios de salud depende en gran medida del sector privado. Esto se debe a que el gobierno ha permitido que el sector privado de prestadores responda libremente al aumento de la demanda de atención de salud producido por el NHIS. En 2012, casi todas las clínicas y alrededor del 94% de los hospitales eran de propiedad privada.

De todas maneras, algunos establecimientos públicos de salud proporcionan servicios a poblaciones de los niveles central, regional y municipal, además de público en general. Los establecimientos públicos incluyen hospitales nacionales, hospitales públicos corporativos especiales, centros médicos regionales, centros de salud, sub-centros de salud y puestos de atención primaria de salud. Algunos hospitales nacionales son responsabilidad del Ministerio de Salud y Bienestar (MSB), mientras que otros son responsabilidad de otros ministerios.<sup>[32]</sup>

#### a) Cobertura

Corea alcanzó la cobertura universal de salud en 1989, 12 años después de la introducción del sistema de seguridad social de salud, que precedió al esquema actual. El NHIS cubre cerca de 97% de la población, y el 3% restante está cubierto por el Programa de Ayuda Médica.

Bajo el sistema de seguro de un solo pagador o asegurador, es obligatorio que todos los ciudadanos estén inscritos en el NHIS. No hay elección de asegurador de salud dentro del NHIS, aunque se permite la compra de seguro médico privado a

[30] Esta sección se basa en Kwon et al. (2015), Kwon (2015) y NHIS (2019).

[31] Previamente, existían diversos fondos y cada uno tenía la posibilidad de definir su propia tasa de contribución.

[32] El MSB administra hospitales especiales como el Centro Nacional de Rehabilitación, cinco hospitales psiquiátricos, dos hospitales para la tuberculosis y uno para la lepra. Otros ministerios administran hospitales orientados a grupos específicos como, por ejemplo, el Hospital Nacional de Policía y varios hospitales para las fuerzas armadas. Los hospitales públicos corporativos especiales, establecidos sobre la base de leyes especiales para el interés público, incluyen el Centro Médico Nacional, el Centro Nacional del Cáncer y los Hospitales Universitarios Nacionales.

múltiples aseguradores privados. Bajo el NHIS, todos los ciudadanos tienen acceso a un paquete de beneficios idéntico, cuyo contenido está explícitamente definido. Incluye servicios como diagnóstico, tratamiento, atención médica tradicional, atención de emergencia, productos farmacéuticos, atención dental, chequeos de salud (como exámenes de detección de cáncer) y beneficios en dinero para maternidad y servicios funerarios. Solo excluye algunas tecnologías muy nuevas y costosas.

La cobertura financiera que proporciona el NHIS es parcial y existen copagos que van entre un 5 y 20% en la atención hospitalaria y entre 30 y 60% en la ambulatoria. La cobertura varía dependiendo del nivel del proveedor de salud. Los pobres están exentos de todo pago directo a los prestadores para los servicios del paquete, a la vez que los asegurados clasificados como vulnerables acceden a copagos reducidos. Existe un techo para los copagos, fijado en función del ingreso del asegurado, habiendo una definición formal de grupos de ingresos. El pago es completo de bolsillo para aquellos servicios excluidos.

La compra de seguros privados complementarios o suplementarios (voluntarios) es permitida, apuntando principalmente a disminuir los copagos en prestaciones no cubiertas por el seguro público. Cerca de 75% de los hogares utiliza esta opción.

## **b) Financiamiento**

El sistema se financia mediante contribuciones salariales, copagos y subsidios del gobierno. El NHIS constituye la principal fuente de financiamiento de la salud en Corea, entidad que tiene la facultad de fijar el esquema de contribuciones para todos los habitantes del país.<sup>[33]</sup>

El aumento registrado en el gasto de bolsillo de los coreanos se debe principalmente a los pagos que realizan los pacientes por atenciones médicas excluidas del paquete de beneficios. La mayoría de esas atenciones consisten en nuevas tecnologías y medicamentos de cuestionable eficacia.

El gasto en salud ha aumentado rápidamente. Como proporción del PIB, pasó de 4% en 2000 a 7,3% en 2016. En la última década, la tasa media de crecimiento real anual del gasto en salud fue mayor que la del PIB, siendo uno de los aumentos más grandes entre los países de la OCDE. Con un crecimiento económico estancado en torno a 2,5% real anual por habitante y un rápido envejecimiento de la población, el aumento del gasto en salud se está convirtiendo en una preocupación importante de

---

[33] Empleados: 6,12% del salario mensual, pagado en partes iguales por el trabajador y empleador y/o el gobierno (contribución extra para trabajadores con altos ingresos). Trabajadores por cuenta propia: basada en un sistema de puntos, calculados a partir del ingreso anual, propiedades, vehículos, edad y género.

política. Aunque Corea tiene un sistema de seguro social de salud que abarca a toda la población, el gasto público (aportes obligatorios y estatales) representó el 59% del gasto en salud total en 2016, proporción muy superior al 39% registrado en 1995.

Aparentemente, debido a la proliferación de la cobertura de seguros privados (6,2% del total del gasto en salud en el país en 2013<sup>[34]</sup>), el gasto de bolsillo de los hogares ha visto reducida su participación en el gasto total en salud, pasando de 52% en 1995 a 34% en 2017.<sup>[35]</sup>

Debido a la naturaleza contributiva del este sistema de seguridad social en salud, el gasto gubernamental proveniente del Tesoro se mantiene relativamente pequeño en relación con el financiamiento total de la salud.

### **c) Estructura organizacional y toma de decisiones**

El sistema contempla una división de funciones. La regulación del sistema de salud recae principalmente en el MSB, pero otra agencia, el Servicio de Revisión y Evaluación de Aseguramiento en Salud (HIRA), también desempeña labores regulatorias. El HIRA ejerce una labor reguladora evaluando la calidad de los servicios de salud de los prestadores de atención médica (revisa la facturación y evalúa la calidad de sus servicios). Asimismo, determina los medicamentos originales a financiar. El NHIS y el HIRA son instituciones públicas cuyos directores son nombrados por el MSB y deben reportar a esa entidad (Figura 4).

El NHIS no contrata selectivamente, ya que todos los prestadores con licencia tienen garantizado un contrato (excepto en casos de mala conducta). Todos los prestadores deben tratar a todos los pacientes cubiertos por el seguro. El esquema de precios es negociado anualmente entre el NHIS y las asociaciones de prestadores y se aplica estrictamente a todos los participantes. El gobierno debe asegurar que estos se mantengan en el sistema. En caso de que el proceso de negociación falle, una comisión especial (Comité de Deliberación de la Política del Seguro de Salud<sup>[36]</sup>) decide el esquema de precios a aplicar. Respecto de los fármacos originales, el pre-

---

[34] Servicio de Información Estadística de Corea.

[35] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2019).

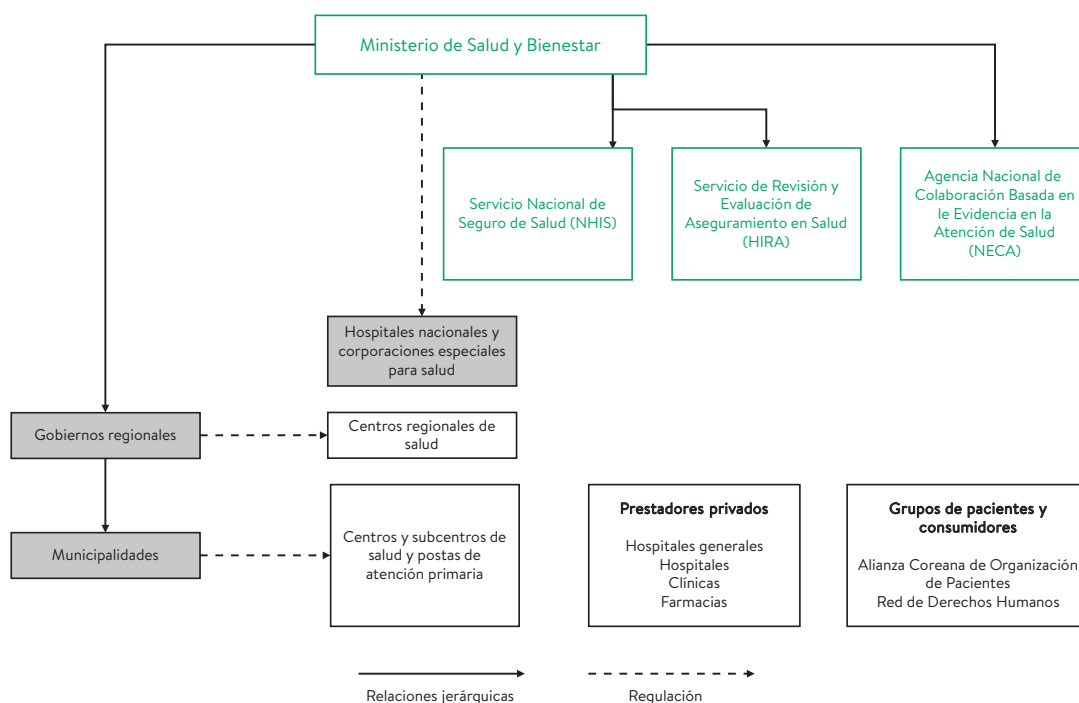
[36] El comité de deliberación está compuesto por 25 miembros, con el Viceministro de Salud y Bienestar como presidente. Es un comité tripartito compuesto por representantes de pagadores, prestadores y expertos /representantes del gobierno. Ocho miembros representan pagadores (sindicatos, asociaciones de empleadores, grupos cívicos, etc.), ocho representan a los prestadores de salud (médicos, hospitales, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, etc.) y ocho son expertos y representantes de agencias públicas (Ministerio de Salud y Bienestar, Ministerio de Estrategia y Finanzas, Servicio de Seguro Nacional de Salud, Revisión y Evaluación de Seguros de Salud, y cuatro expertos).

cio también es negociado entre el NHIS y los productores. El precio de los genéricos se define como un porcentaje del precio del medicamento original.

La estructura organizacional del NHIS está establecida en la ley mediante el llamado *National Health Insurance Act* (Figura 5). El NHIS tiene un Directorio con el fin de deliberar y resolver asuntos importantes. El auditor, cuya función es auditar los servicios, activos y cuentas del NHIS, puede comparecer y hablar ante el Directorio. Este auditor es designado por el Presidente de la República, en base a la recomendación del Ministro de Estrategia y Finanzas, y su cargo dura 2 años. La norma también establece que las materias necesarias para el funcionamiento y la resolución de conflictos por parte del Directorio se prescriben por Decreto Presidencial.

El nombramiento y despido de empleados del NHIS se realiza por el Presidente del Directorio, según lo prescrito en los estatutos. Asimismo, se establece que los funcionarios ejecutivos y los empleados del NHIS serán considerados funcionarios públicos a los efectos de la ley penal.

**FIGURA 4** Organización del sistema de salud en Corea del Sur

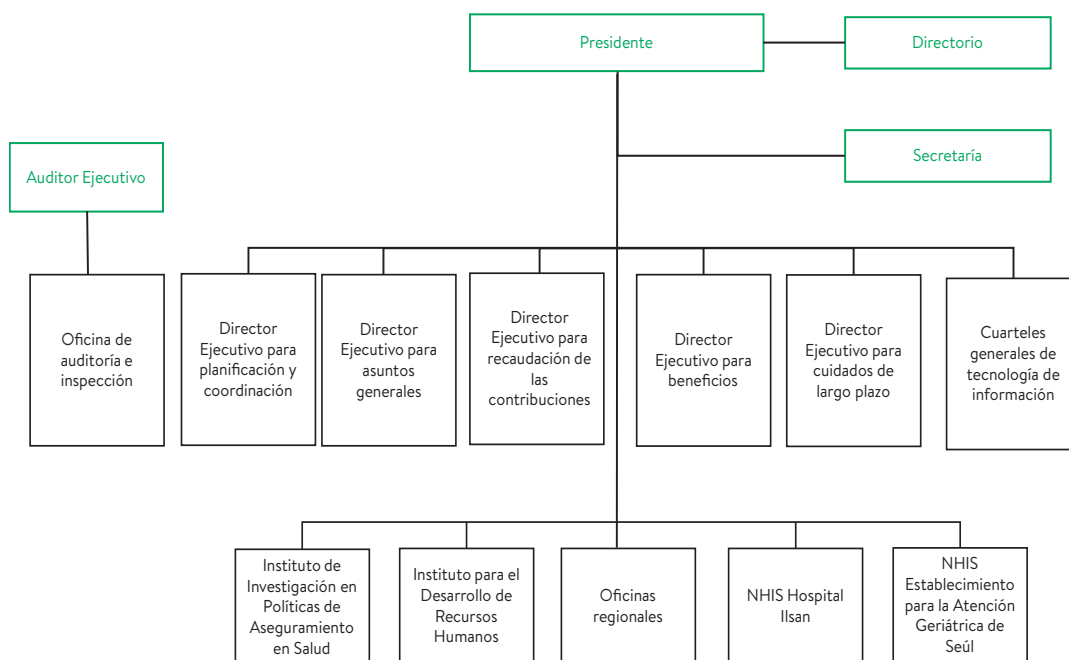


Fuente: Kwon et al. (2015).

El directorio del NHIS está compuesto por el Presidente (*Chairman of the Board*) y 14 directores, de los cuales 5 son a jornada completa y 9 son a jornada parcial. Entre los directores se cuentan: 5 directores ejecutivos; 6 personas seleccionadas de seis grupos (sindicato, asociación de empleadores, grupo cívico, grupo de consumidores, grupo agrícola, asociación de personas de la tercera edad) y 3 funcionarios gubernamentales de tercer grado o de alto nivel ejecutivo provenientes cada uno de los ministerios de Estrategia y Finanzas, de Gestión de Personal y de Salud y Bienestar. El Presidente es designado directamente por el Presidente de la República, según la recomendación del Ministro de Salud y Bienestar y dura en su cargo tres años. Los directores a tiempo completo también son designados por el Presidente de la República, mientras que los directores a tiempo parcial son designados por el Ministro de Salud y Bienestar. El periodo de los directores es de dos años.

En términos de la información, el HIRA ha hecho esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud poniendo a disposición de prestadores y consumidores la información generada a partir de las bases de datos de reclamos del sistema. El HIRA publica información sobre la calidad de los prestadores de atención médica

**FIGURA 5** Estructura organizacional del NHIS



Fuentes: NHIS (2019) y h.well. National Health Insurance Service (2015).



en todos los niveles. Asimismo, incluye información sobre tasas de prescripción de antibióticos, la cantidad de medicamentos por receta y tasa de cesárea, que está disponible en su sitio web. Por su parte, el MSB inició en 2011 un programa de acreditación de hospitales, así como un mecanismo de acreditación de prestadores individuales. Adicionalmente, la institución estableció en 2010 un sistema de revisión para el uso de medicamentos mediante el cual la información sobre los medicamentos que toma un paciente y sus contraindicaciones está disponible para médicos y farmacéuticos. El sistema busca proteger la salud de los pacientes y disminuir el gasto en medicamentos al reducir la utilización innecesaria de medicinas.

#### 4.4. Resumen de los casos

**CUADRO 6** Resumen de principales características de los sistemas de aseguramiento en salud en países seleccionados

Característica	Australia	Bélgica	Corea del Sur
Tipo(s) de seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro único, público y universal.</li> <li>Seguros privados voluntarios complementarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro social obligatorio con múltiples aseguradores sin fines de lucro, coordinados por un ente público (RIZIV).</li> <li>Seguros privados voluntarios complementarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro único, público y universal.</li> <li>Seguros privados voluntarios complementarios y suplementarios.</li> </ul>
Población cubierta (%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;99% (conjunto de seguros obligatorios).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% (97% seguro social y 3% en programa de ayuda).</li> </ul>
Entidad que recolecta recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services Australia (servicio público).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entidad pública nacional (RIZIV).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS).</li> </ul>
Prestaciones financiadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención hospitalaria, servicios médicos (MBS) y medicamentos (PBS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención ambulatoria y hospitalaria y medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico, atención médica, de emergencia y dental y medicamentos.</li> </ul>
Pago a prestadores	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Medicare</i> (financia atención primaria y hospitales públicos directamente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fondos de enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHIS.</li> </ul>
Mecanismo de definición de beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>MBS: gobierno decide según recomendaciones de grupo de trabajo.</li> <li>PBS: comité de expertos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociación liderada por el gobierno (definición del listado y precios).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociación entre el NHIS y prestadores.</li> <li>Comité de deliberación para zanjar falta de acuerdo.</li> </ul>
Gobernanza de institución que administra esquema de seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Chief Officer Medicare</i>.</li> <li>Designado por el Secretario de Services Australia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RIZIV: Comité de administración (contribuyentes, aseguradores, empleadores y gobierno).</li> <li>HZIV: Comité de administración paritario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHIS: Junta directiva (Presidente y 14 directores).</li> <li>Nombrados por el Presidente de la República.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 5. Conclusiones: lecciones para Fonasa /

Según la metodología propuesta en la sección 3 (que agrupa en cuatro las dimensiones para analizar la gobernanza de los modelos de seguro), se concluye que Fonasa enfrenta cinco problemas de gobernanza que limitan su desempeño (Cuadro 7). Primero, carece de un directorio que cuente con la representación de las partes que debieran participar en la toma de decisiones del asegurador, ya que es un órgano unipersonal. Esta situación contrasta con la del asegurador público de Corea cuyo directorio está compuesto por 15 personas que representan a las diferentes partes interesadas (sindicato, empleadores, sociedad civil, consumidores, sector agrícola, tercera edad y gobierno).

Segundo, Fonasa tiene una relación de subordinación con el Ministerio de Salud (Minsal) que inhibe la autonomía y gestión financiera de Fonasa, porque los prestadores públicos a los que les compra servicios se rigen por el Minsal (Subsecretaría de Redes Asistenciales). El asegurador público de Corea también está subordinado al Ministerio de Salud, pero, a diferencia del caso chileno, la autoridad sanitaria no es dueña de la red de prestadores públicos. Por otro lado, la entidad que coordina a los aseguradores (públicos y privado) en Bélgica (RIZIV) no depende del Ministerio de Salud.

Tercero, Fonasa publica un conjunto muy restringido de indicadores de desempeño, limitando la transparencia de su funcionamiento y evaluación de su operación. El Balance de Gestión Integral de Fonasa<sup>[37]</sup> carece de los tipos de indicadores de desempeño sobre los que debiera reportar un asegurador público de salud (protección y cobertura financiera de los beneficiarios, calidad de la atención médica otorgada, satisfacción de los beneficiarios, impacto en el estado de salud de los beneficiarios, etc.). En relación con la información que publica la Superintendencia de Salud en Chile, que rige a Fonasa y las Isapres, se evidencia aún más esta carencia, al contrastar la riqueza de la información disponible para las Isapres. Un buen ejemplo de información sobre desempeño se puede encontrar en la labor del Centro Belga para el Conocimiento sobre Salud,<sup>[38]</sup> que contiene indicadores de desempeño sobre calidad de la atención (efectividad, pertinencia, seguridad, continuidad, enfoque en el paciente), accesibilidad, eficiencia, sustentabilidad, equidad y desigualdades.

Cuarto, Fonasa no está sujeto a los mismos estándares regulatorios a los que son sometidas las Isapres. Por ejemplo, Fonasa puede transgredir la ley incurriendo en

---

[37] Fondo Nacional de Salud (2018).

[38] Belgian Health Care Knowledge Center.

cientos de miles de casos de incumplimiento de las garantías de oportunidad del régimen de las GES, sin que sea multado por la Superintendencia de Salud. Las Isapres, en cambio, no tienen casos acumulados de garantías GES incumplidas y en caso de haber, son inmediatamente multadas. Esta asimetría regulatoria funciona en desmedro del acceso a la atención oportuna a los beneficiarios de Fonasa.

Por último, Fonasa no tiene instrumentos para conciliar ingresos con gastos, ya que no participa en la definición de los beneficios de salud que debe financiar, ni tampoco tiene control sobre sus mecanismos de financiamiento.

**CUADRO 7** Resumen de problemas de gobernanza en Fonasa y estrategias en países analizados

Problema de gobernanza en Fonasa	Ejemplo en casos analizados	Área de la gobernanza a la que se vincula
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inexistencia de directorio formal integrado por expertos en aseguramiento y sistemas de pago, ni representantes de las partes interesadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de negociación y/o comités para definición de paquete de beneficios que incluye expertos y representantes de las distintas partes interesadas (Australia, Bélgica y Corea del Sur).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación amplia de interesados.</li> <li>Capacidad institucional.</li> <li>Transparencia sobre la toma de decisiones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Director nombrado por el Presidente y subordinado al Minsal, entidad que administra la red de prestadores públicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institución a cargo del seguro público con facultades para definir relación con prestadores (Australia, Bélgica y Corea del Sur).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad institucional.</li> <li>Claridad en deberes y responsabilidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonasa no publica información sobre su desempeño con transparencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institucionalidad a cargo de recopilar y sistematizar toda la información del sistema de salud (Australia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transparencia sobre la toma de decisiones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La Superintendencia de Salud prácticamente no regula a Fonasa (regulación asimétrica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fondos públicos y privados compitiendo en igualdad de condiciones (Bélgica).</li> <li>Consolidación de fondos en fondo único (Corea).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Claridad en deberes y responsabilidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonasa no participa en la definición de todos los beneficios que debe otorgar (por ejemplo, las prestaciones con GES son definidas por el Minsal), ergo, no puede realizar trabajo que equilibre sus ingresos con sus egresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institución a cargo del seguro público con facultades para definir relación con prestadores (Australia, Bélgica y Corea del Sur).</li> <li>Comités para definición de paquete de beneficios que incluye expertos y representantes de las distintas partes interesadas (Australia y Bélgica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad institucional.</li> <li>Transparencia sobre la toma de decisiones.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Los estudios de caso presentados permiten identificar potenciales espacios para resolver los problemas de gobernanza de Fonasa antes descritos. En primer lugar, en términos de capacidad institucional existen diversos desafíos, principalmente relacionados con la definición de responsabilidades respecto de la toma de decisiones de distintos ámbitos del asegurador de salud (como la definición de presupuesto por parte del Ministerio de Salud o Ministerio de Hacienda) y la estructura para realizar la labor del asegurador (por ejemplo, la capacidad de los equipos de Fonasa para definir el paquete de beneficios o para negociar con proveedores). En esta línea, las experiencias internacionales muestran que la definición de roles del asegurador y sus autoridades es clave para poder llevar a cabo sus objetivos. En todos los casos se observa la existencia de una institución que tiene un proceso definido para relacionarse con los proveedores de salud, así como el uso de comités de expertos para la definición de los beneficios del seguro.

En cuanto a la transparencia, nuevamente el tema de la definición de beneficios del seguro aparece como relevante. Por ejemplo, el *Medicare* australiano publica las actas de las reuniones en las que se definen modificaciones al MBS y PBS; mientras que Bélgica publica información actualizada respecto de los servicios cubiertos y costos incluidos en su plan de salud. Adicionalmente, los países han avanzado en términos de transparencia y disponibilidad de información, lo que permite no solo acceder al proceso de toma de decisiones del asegurador, sino, además, evaluar su desempeño general. En este caso, destaca el esfuerzo de Australia en consolidar y actualizar toda la información referente al sistema de salud en una única institución (AIHW) y los reportes de desempeño publicados por el RIZIV de Bélgica.

La participación es otra dimensión de relevancia en donde se observan importantes espacios de mejora para Fonasa. Los países estudiados muestran el uso de comités que incluyen no solo a expertos que ayudan en las definiciones técnicas, por ejemplo, sobre los beneficios a otorgar por parte del seguro, sino además a un grupo amplio de otros interesados, incluyendo consumidores, proveedores, y empleadores. Esto permite abordar de manera concreta el desafío de incluir en el proceso de toma de decisiones del asegurador a todas las partes afectadas.

Finalmente, respecto de la dimensión de claridad sobre deberes y responsabilidades, los casos de Australia y Corea resuelven la asimetría regulatoria detectada en el sistema chileno a través de un sistema de asegurador de salud obligatorio único, y la existencia de seguros voluntarios complementarios que establecen claramente su ámbito de acción. El caso belga, que de alguna manera se asemeja más al esquema de Chile, define un único regulador, y declara que los múltiples aseguradores (fondos) compiten entre sí (incluyendo al asegurador público) en igualdad de condiciones. Lo anterior, también elimina la discrecionalidad regulatoria, con reglas claras y responsabilidades similares para todos los aseguradores del sistema de salud.

## Otras lecciones generales

En términos generales, las experiencias de Australia, Bélgica y Corea del Sur ofrecen lecciones potencialmente útiles para mejorar el desempeño del sistema de aseguramiento de la salud en Chile, que ha sido criticado por diversos autores.<sup>[39]</sup> En el Cuadro 8 se presentan dichos aspectos, así como algunas lecciones de los casos estudiados. En relación con la integración y equidad y la baja protección financiera, los ejemplos muestran alternativas de mancomunación de riesgos y recursos, en línea con las recomendaciones para las naciones que desean alcanzar la cobertura universal y mejorar el desempeño del sistema de financiamiento de salud.<sup>[40]</sup> Respecto de la fragmentación, la definición de paquetes de servicios únicos y la participación ciudadana en la priorización de los servicios cubiertos son opciones interesantes. En cuanto a la disminución del gasto de bolsillo, se mencionan la existencia de topes (gasto máximo) y la cobertura de medicamentos (el principal ítem que explica el gasto de bolsillo en Chile). Sin embargo, como lo muestran los casos de Australia y Bélgica, no hay mejor estrategia para lograr una reducción significativa del gasto de bolsillo para la población que un seguro que ofrezca un paquete de beneficios amplio y con coberturas elevadas.

**CUADRO 8** Resumen de estrategias usadas por los países analizados para solucionar algunos de los problemas detectados en el sistema de salud de Chile

Problema	Australia	Bélgica	Corea del Sur
Disminuir segmentación de beneficiarios/aumentar solidaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancomunación de riesgos y recursos en un fondo único.</li> <li>Paquete de beneficios universal estandarizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancomunación de riesgos a través de múltiples fondos, coordinados por un único organismo público.</li> <li>Paquete de beneficios universal estandarizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancomunación de riesgos y recursos en un fondo único.</li> <li>Paquete de beneficios universal estandarizado.</li> </ul>
Disminuir fragmentación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolidación de responsabilidades de entrega de servicios en una sola institución (<i>Services Australia</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generación de comités de administración del seguro que incluyen diversas partes interesadas (contribuyentes, aseguradores, empleadores, gobierno).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolidación de beneficios en sistema de pagador único.</li> </ul>
Reducir gasto de bolsillo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coberturas generosas.</li> <li>Piso de aseguramiento para gastos excesivos.</li> <li>Cobertura para medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coberturas generosas.</li> <li>Política de gasto máximo (<i>maximum billing</i>) para evitar gasto catastrófico, por ingreso.</li> <li>Fijación de precios (tarifa plana) evita desembolsos inesperados o no planificados a las personas.</li> <li>Cobertura para medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasas de copago diferenciadas por ingreso.</li> <li>Máximo gasto de bolsillo semestral.</li> <li>Cobertura para medicamentos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

[39] Cid et al. (2014), Aguilera et al. (2015), Cid y Prieto (2012), Castillo-Laborde y Villalobos (2014), Kutzin (2001), Bitrán y Urcullo (2008).

[40] Kutzin et al. (2016).

## 6. Referencias /

Aguilera, X., C. Castillo-Laborde, M. Nájera-De Ferrari, I. Delgado y C. Ibáñez. 2014. “Full Case Study: Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Chile”. *PLOS Medicine*, 11(9): e1001676.

Arnaudo, M. F., F. Lago, N. Moscoso, E. Báscolo y N. Yavich. 2016. “Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: un análisis comparativo de los años 2004 y 2011”. *Salud Colectiva* 12 (1).

Arrow, K. J. 1963. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *American Economic Review* 53(5): 941-973.

Australian Government - Department of Health. 2019a. “The Australian Health System”. <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system#medicare-the-foundation-of-our-health-system> [29 nov 2019].

Australian Government - Department of Health. 2019b. “Medicare Benefits Schedule (MBS) Review”. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mbsreviewtaskforce?Open=&utm\\_source=health.gov.au&utm\\_medium=redirect&utm\\_campaign=digital\\_transformation&utm\\_content=mbsreview](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mbsreviewtaskforce?Open=&utm_source=health.gov.au&utm_medium=redirect&utm_campaign=digital_transformation&utm_content=mbsreview) [4 dic 2019].

Australian Government - Department of Health. 2019c. “Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) Membership”. <http://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/participants/pbac> [4 diciembre 2019].

Australian Government - Services Australia. 2018. “Legislation”. <https://www.humanservices.gov.au/organisations/about-us/our-department/legislation> [2 dic 2019].

Australian Government - Services Australia. 2019a. “Annual Report 2018-19”. <https://www.humanservices.gov.au/sites/default/files/annual-report-191019-v2.pdf> [29 nov 2019].

Australian Institute of Health and Welfare. 2018a. “Australia’s health 2018”. *Australia’s health series*. Canberra.

Australian Institute of Health and Welfare. 2018b. “Australia’s health 2018: in brief”. Canberra.

Australian Taxation Office. 2019. “Medicare levy”. <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/> [29 nov 2019].

Auxiliary Health and Disability Insurance Fund. 2019. “About HZIV”. <https://www.caami-hziv.fgov.be/fr/concernant-la-caami> [5 ene 2020].

Belgium.be. 2019. “Healthcare costs”. [https://www.belgium.be/en/health/healthcare\\_costs](https://www.belgium.be/en/health/healthcare_costs) [2 dic 2019].

- Bitrán, R. D. y G. C. Urcullo. 2008. "Chile: good practice in expanding health care coverage-lessons from reforms". En Gottret, P., G. J. Schieber y H. R. Waters (eds). "Good practices in health financing: Lessons from reforms in low and middle income countries". Washington DC: World Bank.
- Böhm, K., A. Schmid, R. Götze, C. Landwehr y H. Rothgang. 2012. "Classifying OECD health-care systems: A deductive approach". In *TranState Working Paper*.
- Böhm, K., A. Schmid, R. Götze, C. Landwehr y H. Rothgang. 2013. "Five types of OECD health-care systems: Empirical results of a deductive classification". *Health Policy* 113: 258-269.
- Cantillon, B., D. De Graeve y N. Van Mechelen. 2017. "The Belgian Welfare System: with special reference to "targeting within universalism"". En: Aspalter, Christian (ed). *The Routledge international Handbook of Welfare State Systems*. New York: Routledge.
- Castillo-Laborde, C. y P. Villalobos. 2013. "Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección". *Revista Médica de Chile*, 141(11): 1456-1463.
- Cid, C. y L. Prieto. 2012. "El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4): 310-16.
- Cid, C., X. Aguilera, A.M. Albornoz, O. Arteaga, S. Barría, P. Barría, C. Castillo, D. Debrott, G. de la Carrera, M. Dutilh, P. García, T. Jordán, O. Larrañaga, F. Matthews, M. Parada, G. Paraje, O. Solar y A. Uthoff. 2014. "Informe. Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud".
- Clínicas de Chile. 2016. "Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Actualización a cifras año 2016". Santiago.
- Cuadrado, C., F. Crispi, M. Libuy, G. Marchildon y C. Cid. 2019. "National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies". *Health Policy*, 123(7): 621-629.
- Dey, P. y P. B. Bach. 2019. "The 6 functions of health insurance". *Journal of the American Medical Association* 321 (13).
- Devos, C., A. Cordon, M. Lefevre, C. Obyn, F. Renard, N. Bouckaert, S. Gerkens, C. Maertens de Noordhout, B. Devleeschauwer, M. Haelterman, C. Leonard, y P. Meeus. 2019. "Performance of the Belgian health system – Report 2019". Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center (KCE).
- Ellis, R. P., T. Chen y E. Calvin. 2014. "Luscombe. Comparisons of health insurance systems in developed countries". In: Culyer, Anthony (ed.). *Encyclopedia of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.

European Commission. 2019. "Belgium: health care & long-term care systems. An excerpt of the joint report on health care and long-term care & fiscal sustainability". [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/joint-report\\_be\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/joint-report_be_en.pdf) [2 dic 2019].

Flemish Government. Health Insurance. 2019. <https://www.vlaanderen.be/en/care-and-family/health-insurance> [2 dic. 2019].

Fondo Nacional de Salud. 2012. "Boletín estadístico 2011-2012". Santiago.

Fondo Nacional de Salud. 2018. "Balance de gestión integral año 2018". Ministerio de Salud.

Fox, D. M. 2010. "The governance of standard-setting to improve health". *Preventing Chronic Disease*, 7: A123.

Gerkens, S. y S. Merkur. 2010. "Belgium: health system review". *Health Systems in Transition*, 12(5):1–266.

Greer, S. L., M. Wismar y J. Figueras (eds). 2016. "Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance". Geneva: World Health Organization.

Gobierno de Chile. 2018. "Informe de desarrollo social 2018". Santiago.

Healy, J., E. Sharman y B. Lokuge. 2006. "Australia: health system review". *Health Systems in Transition*. 8(5).

Hsiao, W. C. 1995. "A framework for Assessing health financing strategies and the role of health insurance". En: Dunlop D. W., Martins J. M. (eds.). "An international assessment of health care financing: lessons for developing countries". EDI Seminar Series. Washington DC: World Bank.

Hsiao, W. C. 2003. "What is a health system? Why should we care?". Disponible en: [https://pdfs.semanticscholar.org/47a8/1a8f1fa7b7cd0d3436d819b053e7bfba1b57.pdf?\\_ga=2.13034743.1344524954.1573561730-1675254905.1573561730](https://pdfs.semanticscholar.org/47a8/1a8f1fa7b7cd0d3436d819b053e7bfba1b57.pdf?_ga=2.13034743.1344524954.1573561730-1675254905.1573561730). [12 nov 2019].

Hsiao, W. C. y S. Powers Sparkes. 2013. "A common analytical model for national health systems". Boston: Harvard University.

h.well. National Health Insurance Service. 2015. "National health insurance system of Korea (NHIS)".

Isapres de Chile. 2016. "ISAPRES 1981-2016. 35 años de desarrollo del sistema de salud privado de Chile". Santiago.

Kutzin, J. 2001. "A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements". *Health Policy*, 56: 171-204.



Kutzin, J., W. Yip y C. Cashin. 2016. "Alternative financing strategies for universal health coverage". En R. M Scheffler (ed). "World scientific handbook of global health economics and public policy – Volume 1: The economics of health and health systems". Singapore: World Scientific Publishing Company

Kwon, S., T. Lee y C. Kim. 2015. "Republic of Korea: health system review". In *Health Systems in Transition*.

Kwon, S. 2015. "Improving health system efficiency: Republic of Korea: merger of statutory health insurance funds". Geneva: World Health Organization.

Lijphart, A. 1971. "Comparative politics and the comparative method". *American Political Science Review*, 65(3), 683-693.

National Institute for Health and Disability Insurance. 2019a. "The medical benefits that your health insurance fund reimburses". <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Paginas/default.aspx#.WXsjaoTyjIV> [2 dic 2019].

National Institute for Health and Disability Insurance. 2019b. "Fees, prices and reimbursements". <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/default.aspx> [2 dic 2019].

National Institute for Health and Disability Insurance. 2019c. "The medical care service". <https://www.inami.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/dienst-geneeskundige-verzorging.aspx> [2 dic 2019].

National Institute for Health and Disability Insurance. 2019d. "Health care service". <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/structure/Pages/service-soins-sante.aspx> [2 dic 2019].

NHIS. 2019. "Korea NHIS organization structure." [https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0204\\_01.html](https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0204_01.html).

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. 2004. "Proposal for a taxonomy of health insurance. OECD study on private health insurance". *OECD Publishing*. Paris.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. 2019. "Health at a glance 2019: OECD indicators". *OECD Publishing*. Paris.

Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman y M. Reich. 2008. "Getting health reform right: a guide to improving performance and equity". *Oxford University Press*.

Savedoff, W. D. y P. Gottret. 2008. "Governing mandatory health insurance. Learning from experience". Washington, D.C.: The World Bank.

Thomson, S., R. Busse, L. Crivelli, W. van de Ven y C. Van de Voorde. 2013. "Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison". *Health Policy*, 109(3): 209-225.

Toth, F. 2016. "Classification of healthcare systems: Can we go further?". *Health Policy* 120: 535-543.

Vandijck, D. y L. Annemans. 2010. "Belgian healthcare: overview of the health system and financing". *ICU: Management and Practice* 9(4).

Wang, H., K. Switlick, C. Ortiz, B. Zurita y C. Connor. 2012. "Health insurance handbook how to make it work". Washington DC: World Bank.

Wendt, C., L. Frisina y H. Rothgang. 2009. "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison". *Social Policy & Administration*, 43(1): 70-90.

World Bank. 2019. "World development Indicators". <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> [14 dic 2019].

World Health Organization. 2000. "The World Health report 2000". Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2007. "Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action". Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2010. "The World Health report: health systems financing: The path to universal coverage". Geneva: World Health Organization.

Yin, R. K. 2014. "Case study research: design and methods (5th ed.)". Thousand Oaks, CA: Sage.

Yip, W. y R. Hafez. 2015. "Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases". Geneva: World Health Organization.

## 7. Anexo /

### Clasificación de sistemas y seguros de salud

Böhm et al. (2012) adoptaron una tipología de sistemas de salud con un enfoque deductivo que distingue tres funciones fundamentales del sistema de salud: regulación, financiamiento y prestación de servicios. Además, la tipología considera que estas funciones pueden ser ejercidas por tres modalidades distintas: el gobierno (“estatal”), la seguridad social (“social”) o entidades privadas con fines de lucro (“privada”). Puesto que hay tres funciones y tres modalidades que pueden ejercerlas, surgen 27 combinaciones posibles.<sup>[41]</sup> Para clasificar empíricamente a los países de la OCDE, los autores definieron las condiciones en que las tres funciones deben ser clasificadas en las modalidades estatal, social o privada, según se describe a continuación en el Cuadro A1. Luego examinaron las características de cada país, cuantificando a partir de información empírica sus elementos. Por ejemplo, para determinar a cuál de las tres modalidades —estatal, social o privada— correspondía la prestación de la atención hospitalaria, obtuvieron estadísticas de la OCDE o fuentes alternativas sobre el número de camas hospitalarias en propiedad estatal, social y privada, seleccionando como modalidad predominante a aquella con la mayor proporción de camas.

---

[41] Se trata de identificar la cantidad de casos posibles en que tres elementos (estatal, social, privado) se pueden asignar a tres casillas (regulación, financiamiento, provisión), permitiendo la repetición e importando el orden en que aparecen los elementos. La respuesta es  $3^3 = 27$ .

**CUADRO A1** Criterios empíricos para la clasificación de las funciones de regulación, financiamiento y provisión

	Modalidades de organización		
	Estatal	Social	Privado
<b>1. Regulación</b>			
<b>1.1. Relación entre beneficiarios y agentes financieros</b>			
Cobertura	Esta categoría describe quién decide qué grupos serán cubiertos por el sistema público de salud. En todos los países que examinaron Böhm et al. (2012), el Estado es responsable de las decisiones sobre la cobertura de la población.		
Sistema de financiamiento	Todos los sistemas de salud financiados con impuestos se clasifican como “estatales”, porque los actores estatales definen el alcance y la forma de aplicación de los regímenes tributarios. Cuando la atención de salud se financia principalmente a través de contribuciones, la clasificación depende del actor responsable de determinar la tasa de contribución. Cuando los órganos ejecutivos o legislativos fijan el tipo de contribución, se clasifica como “estatal”.	Cuando la atención de salud se financia principalmente a través de contribuciones, la clasificación depende del actor responsable de determinar la tasa de contribución. Si los aseguradores fijan la tasa al menos parcialmente, la regulación se clasifica como “social”.	Cuando los aseguradores de salud privados deciden sobre las primas o cuando los pagos de bolsillo dominan el financiamiento, se considera que el sistema de financiamiento es “privado”.
<b>1.2. Relación entre agencias de financiamiento y prestadores</b>			
Pago a los prestadores	Si la tasa de remuneración y/o la asignación de fondos (por ejemplo, GRD o presupuestos globales) es determinada por entidades públicas, la remuneración de los prestadores se define como “estatal”; asimismo, si existe negociación entre los prestadores de servicios y el Estado.	Si las condiciones de remuneración se negocian entre un asegurador social de salud y los prestadores o si la remuneración es determinada unilateralmente por el asegurador social de salud, esta categoría se clasifica como “social”.	Si la remuneración es fijada de forma independiente por prestadores privados, o cuando hay negociaciones entre aseguradores y prestadores privados, esta categoría toma el valor “privado”.
Acceso de prestadores potenciales al mercado	Si existe un sistema público de planificación hospitalaria que regula la entrada al mercado, el sector hospitalario se clasifica como “estatal”; e igualmente para los sectores ambulatorio y hospitalario si el acceso de los pacientes a los prestadores está restringido por la ley o por los actores públicos.	Si instituciones de carácter social (por ejemplo, asociaciones de prestadores, aseguradores sociales) deciden sobre el acceso de los prestadores al mercado, la categoría se clasifica como “social”.	Si el acceso para los prestadores no está restringido en absoluto, esta categoría se clasifica como “privado”.

<b>1.3. Relación entre agencias de financiamiento y prestadores</b>			
Acceso de los pacientes a los prestadores	Si no hay libre elección de médico u hospital en absoluto, esta categoría toma el valor “estatal”. Esto también se aplica si los actores estatales establecen fuertes incentivos para dejar de elegir libremente (por ejemplo, mediante copagos reducidos). Cuando hay médicos “porteros” que regulan el acceso de pacientes a prestadores públicos (por ejemplo, médicos generales), pero hay libre elección de dichos prestadores, la regulación del acceso se define como “estatal/privado”.	Si la libertad de elección del proveedor está restringida por un sistema de seguridad social en salud, o dicho sistema proporciona fuertes incentivos para dejar de elegir, se clasifica esta categoría como “social”.	La regulación del acceso se define como “privada” si los pacientes pueden elegir libremente entre los prestadores; también se clasifica como “privado” en aquellas situaciones en que los aseguradores médicos privados restringen el acceso a los prestadores, pero los individuos tienen la facultad de elegir su asegurador.
Plan de beneficios de salud	Si el contenido del paquete de beneficios públicos es definido por los actores estatales o si no hay un paquete claramente definido y, al mismo tiempo, la prestación de servicios es principalmente pública, esta categoría se define como “estatal”.	Esta categoría tiene el valor “social” si el contenido del paquete de beneficios se negocia entre los aseguradores y los prestadores; y también si los actores estatales y sociales definen conjuntamente el contenido del paquete.	Si no existe un paquete de prestaciones de salud uniforme obligatorio y los pacientes compran servicios de salud en el mercado; o si los aseguradores médicos privados pueden determinar la cobertura de las atenciones, se clasifica como “privado”.
2. Financiamiento	Mayoritariamente del gobierno.	Mayoritariamente de la seguridad social.	Mayoritariamente de los aseguradores privados y pagos de bolsillo.
3. Provisión	La mayoría de la provisión de servicios ambulatorios, hospitalarios y de medicamentos ocurre en establecimientos públicos.	La mayoría de la provisión de servicios ambulatorios, hospitalarios y de medicamentos ocurre en establecimientos de la seguridad social o privados sin fines de lucro.	La mayoría de la provisión de servicios ambulatorios, hospitalarios y de medicamentos ocurre en establecimientos privados con fines de lucro.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de Böhm et al. (2012).

Nota: GRD= grupo relacionado de diagnóstico.

Al aplicar ese método a los 30 países que integraban la OCDE en el año del estudio, se obtuvieron seis grupos de países, cinco de ellos representan tipos de sistemas de salud que los autores caracterizaron como plausibles: el servicio nacional de salud, el seguro nacional de salud, el sistema de seguridad social en salud, el sistema estatal de seguridad social en salud y el sistema privado de salud.

**CUADRO A2** Tipos de sistemas de salud posibles y observados en los países de la OCDE

Tipo de Sistema de salud	Regulación	Financiamiento	Provisión	Casos
Servicio nacional de salud	Estatal	Estatal	Estatal	Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Portugal, España, Reino Unido
Servicio nacional de salud sin fines de lucro	Estatal	Estatal	Social	
Seguro nacional de salud	Estatal	Estatal	Privado	Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Italia
Sistema mixto basado en el estado	Estatal	Privado	Estatal	
Sistema mixto basado en el estado	Social	Estatal	Estatal	
Sistema mixto basado en el estado	Social	Estatal	Estatal	
Sistema mixto basado en el estado	Privado	Estatal	Estatal	
Sistema de salud social estatal	Estatal	Social	Social	
Sistema social mixto	Social	Estatal	Social	
Sistema social mixto	Social	Social	Estatal	Eslovenia
Sistema social de salud	Social	Social	Social	
Seguridad social en salud	Social	Social	Privado	Austria*, Alemania, Luxemburgo, Suiza*
Sistema social mixto	Social	Privado	Social	
Sistema social mixto	Privado	Social	Social	
Sistema de salud estatal privado	Estatal	Privado	Privado	
Sistema mixto privado	Privado	Estatal	Privado	
Sistema mixto privado	Privado	Privado	Estatal	
Sistema privado corporativo	Social	Privado	Privado	
Sistema mixto privado	Privado	Estatal	Privado	
Sistema mixto privado	Privado	Privado	Social	
Sistema privado de salud	Privado	Privado	Privado	Estados Unidos
Sistema completamente mixto	Estatal	Privado	Social	
Sistema estatal de seguridad social en salud	Estatal	Social	Privado	Bélgica, Estonia, Francia, República Checa, Hungría, Países Bajos, Polonia, Eslovaquia, Israel*, Japón, Corea*
Sistema completamente mixto	Privado	Estatal	Social	
Sistema completamente mixto	Privado	Social	Estatal	
Sistema completamente mixto	Social	Estatal	Privado	
Sistema completamente mixto	Social	Privado	Social	

Fuente: Böhm et al. (2012).

Nota: \*Fuente de la mayor parte del financiamiento.

## Definición de los elementos y las dimensiones de una buena gobernanza

De acuerdo con lo planteado por Savedoff y Gotrett (2008), una buena gobernanza debe considerar los siguientes elementos:

- *Estructuras coherentes de toma de decisiones.* Los responsables de la toma de decisiones están facultados con la autoridad, las herramientas y los recursos para cumplir con sus responsabilidades y para enfrentar las consecuencias de sus decisiones. Por ejemplo, si la ley hace que los fondos de seguros sean responsables de su propia sostenibilidad financiera, los administradores de fondos deben tener la autoridad, las herramientas y los recursos para controlar los costos mediante la gestión de los pagos a los prestadores o la modificación del paquete de beneficios, o aumentando los ingresos con una mayor prima.
- *Participación de las partes interesadas.* Las opiniones de las partes interesadas pueden incorporarse a la toma de decisiones y a la supervisión. Por ejemplo, el consejo que supervisa la Agencia Nacional de Aseguramiento para la Salud (NHIA) de Ghana está formado por partes interesadas del gobierno, el sector privado y la sociedad civil.
- *Transparencia e información.* La información debe ser accesible para los responsables de la toma de decisiones y para las partes interesadas en orden a que puedan lograr que los decisores asuman sus responsabilidades. Por ejemplo, el regulador de seguros privados en Brasil publica en su sitio web calificaciones de desempeño para todas las aseguradoras privadas, para que los consumidores y prestadores las vean. Esto ha llevado a una aseguradora a pagar a sus hospitales contratados para buscar la acreditación basada en mejoras de calidad.
- *Supervisión y regulación.* Los actores deben ser responsables de sus acciones y rendimiento. Este tipo de rendición de cuentas se traduce en que quienes alcanzan un bajo desempeño deben enfrentar las consecuencias de ello. Por ejemplo, en la India, un gobierno estatal pagó a una compañía de seguros para inscribir a la población pobre durante un año. Sin embargo, la compañía de seguros no educó a los beneficiarios sobre sus derechos a los servicios, por lo que hubo una baja siniestralidad médica durante todo el año. Esto permitió a la compañía de seguros lograr una alta utilidad, casi igual a los ingresos recaudados por concepto de primas. Ello indica una falla de gobernanza debido a una supervisión y regulación (falta de incentivos para promover el uso) inadecuadas.
- *Consistencia y estabilidad.* Una institución aseguradora consistentemente estable contribuye a reducir la incertidumbre que pudiera existir en torno a la elaboración de reglas y procesos a lo largo del tiempo, y las posibles perturbaciones que

generen los cambios políticos. Entre otros, esto fomenta las inversiones a largo plazo por parte de los prestadores y una mayor aceptación por parte de los consumidores. Por ejemplo, los prestadores privados están más dispuestos a invertir en tecnología de la información para mejorar la calidad y la eficiencia si confían en que continuarán recibiendo regularmente los pagos que les haga el sistema de aseguramiento.

Por su parte, Greer et al. (2016) identifican las siguientes dimensiones esenciales en la gobernanza:

- *Transparencia*: identifica la manera en que las instituciones informan al público y otros actores sobre las decisiones pasadas y futuras, así como el proceso y la manera en que estas decisiones fueron tomadas. Se mejora mediante la libertad de información en la manera en que se legisla y se toman decisiones.
- *Rendición de cuentas* (en inglés: *accountability*): se refiere a los procesos de explicación y sanción, esto es, define la relación entre un actor y un foro, en donde el actor debe informar y explicar decisiones y puede, a su vez, ser mandado y sancionado por sus decisiones. En general, ella puede ser promovida a través de mandatos y obligaciones claramente definidos, además de sistemas de reporte.
- *Participación*: significa que las partes afectadas tienen acceso al proceso de toma de decisiones, de forma que se vuelven un actor importante en el trabajo de la institución. Es promovida a través de la identificación de partes interesadas y su inclusión en el proceso de toma de decisiones.
- *Integridad*: implica que los procesos de representación, toma de decisiones y ejecución de acciones deben estar claramente especificados. Es mejorada a través de una estructura organizacional y cargos con roles bien definidos.
- *Capacidad (de hacer políticas)*: se refiere a la habilidad de formular políticas alineadas con los recursos disponibles, en función de los objetivos de la organización. Puede ser mejorada mediante la contratación de personal calificado para realizar las tareas definidas.



## Reseñas integrantes comisión /

### **Isabel Aninat Sahli**

Abogada de la Pontificia Universidad Católica, Máster en Derecho (L.L.M.) de la Universidad de Columbia. Tiene estudios en Derechos Humanos en European University Institute. Actualmente, es Decana de la Facultad de Derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez, directora de la Sociedad Chilena de Políticas Públicas y consejera de la Comunidad Mujer. Fue investigadora del Centro de Estudios Públicos (CEP) en temas de institucionalidad política, pueblos indígenas y modernización del Estado. Es autora de diversas publicaciones y ha co-editado varios libros, incluyendo *Un Estado para la Ciudadanía. Estudios para su modernización*, *El Pueblo Mapuche en el siglo XXI. Propuestas para un nuevo entendimiento entre culturas en Chile* e *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional*.

### **Óscar Arteaga Herrera**

Médico Cirujano y Magíster en Administración en Salud de la Universidad de Chile, MSc Health Services Management y Doctor en Public Health de la Universidad de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine). En el presente, es profesor, jefe del Programa de Políticas, Sistemas y Gestión en Salud, Coordinador Ejecutivo de Pregrado en la Escuela de Salud Pública y Director Académico del Magíster de Administración en Salud (programa conjunto Escuela de Salud Pública y Facultad de Economía y Negocios) de la U. de Chile. Ha sido consultor en sistemas y servicios de salud de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), así como para otros organismos internacionales, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial, Organización de los Estados

Americanos y Naciones Unidas. Asimismo, ha sido investigador en varios proyectos de fondos concursables (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (Fonnis), Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt), Innova Corfo) y de fondos internacionales. Fue Director Académico del Programa de Magíster en Salud Pública y Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

### **Alejandra Benítez Ureta**

Ingeniera Comercial con mención en Economía y Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En la actualidad, es investigadora en salud del Centro de Estudios Públicos y, adicionalmente, se desempeña como investigadora en proyectos académicos de la misma área en conjunto con investigadores de reconocidas universidades internacionales. Previamente trabajó como jefa de Proyectos en Impacta RSE evaluando el impacto de proyectos de responsabilidad social. Es autora de artículos académicos, artículos de investigación y capítulos de libros en temas de salud.

### **Cristóbal Cuadrado Nahum**

Médico Cirujano, Magíster en Salud Pública con mención en Políticas y Economía de la Salud y Doctor en Salud Pública de la Universidad de Chile. Actualmente, es profesor asistente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile e investigador en Global Health Economics en el Centro de Economía de la Salud de la Universidad de York. Se ha desempeñado como investigador principal y co-investigador de diversos proyectos, además de contar con experiencia como consultor para organismos internacionales (BID, OPS/OMS, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Programa Mundial de Alimentación (PMA) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y nacionales (Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social) en materias de economía de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles.

### **Álvaro Erazo Latorre**

Médico Cirujano y MSc del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile con posgrado en epidemiología avanzada en el Instituto Nacional de Salud de México-Universidad Johns Hopkins. En el presente, es profesor asociado e investigador del Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CLAPES-UC). Se ha desempeñado en diversos cargos públicos, siendo Ministro de Salud e Intendente de la Región Metropolitana, Director de Fonasa y Subsecretario de Salud. Asimismo, ha participado en otras instancias públicas de salud como el Consejo AUGE y la Co-

misión de Reforma a la Salud. Como consultor internacional ha realizado asesorías para diversos países latinoamericanos como también para CEPAL y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

### **Natalia González Bañados**

Abogada de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Máster en Derecho (L.L.M.) de la Universidad de Chicago, becaria Fulbright, Conicyt y de la Universidad de Chicago. En la actualidad, es Directora de Asuntos Jurídicos y Legislativos de Libertad y Desarrollo e integrante de la Comisión para un Mejor Gasto Público convocada por el Ministerio de Hacienda. Trabajó como abogada asociada del estudio jurídico Carey y Cía. Ltda., en las áreas de derecho corporativo y financiero. Posteriormente, se desempeñó como asesora legislativa en los Ministerios de Hacienda, de Planificación y de Energía. También trabajó en el diario El Mercurio, en la Consultora Hohmann y Asociados y en la Universidad del Desarrollo, en donde fue la primera Directora del Centro de Derecho Regulatorio y Empresa de la entidad. Ha participado en diversas mesas de expertos en políticas públicas.

### **Manuel Inostroza Palma**

Médico Cirujano de la Universidad de Chile, Máster de Salud Pública con mención en Financiamiento y Gestión de la Universidad Johns Hopkins. Actualmente, es secretario ejecutivo del Consorcio de Universidades para políticas de Salud, académico de varias universidades chilenas, director de instituciones públicas y privadas y consultor independiente en salud. Se ha desempeñado como Superintendente de Salud y Superintendente de Isapres, Director del Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente y Secretario Regional Ministerial de Planificación de la Región Metropolitana. En el ámbito académico ha sido Director de Campos Clínicos, Director del Magíster de Salud Pública, Presidente del Consejo Académico y Consultor del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencia de la Universidad San Sebastián y Consejero Nacional del Sistema de Alta Dirección Pública del Estado Chileno. Además, como experto, ha asesorado al Ministerio Secretaría General de la Presidencia en la División de Modernización del Estado, ha sido Jefe de Gabinete de Ministros de Salud de Chile y consultor de la OPS en Washington DC.

### **Sebastián Izquierdo Ramírez**

Ingeniero comercial con mención en economía y Magíster en Políticas Públicas de la Universidad de Chile. En el presente, es el Director Ejecutivo del Centro de Estudios Horizontal. Se ha desempeñado en distintos cargos en el sector público,

dentro de los cuales destacan su rol directivo en Conicyt e Innova Corfo y sus nombramientos como Secretario Ejecutivo de la Agencia de Calidad de la Educación y, posteriormente, como Superintendente de Educación. Además, se desempeñó en el mundo académico, trabajando como Director de Pregrado de la Universidad Adolfo Ibáñez. Ha participado en diversas mesas gubernamentales y en la generación de propuestas y análisis como en la comisión que elaboró Propuestas para la Protección y la Reactivación COVID-19 (Ministerio de Hacienda) y en la mesa técnica para la reducción de la jornada laboral (Presidencia de la República).

### **Liliana Jadue Hund**

Médico Cirujano de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Becaria de una pasantía Fulbright en la Escuela de Salud Pública de Harvard. En la actualidad, es Profesora Titular y Vicedecana de las Carreras de la Salud y Directora del Magíster de Gestión en Salud en la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Asimismo, colabora en la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) como miembro del Consejo Asesor del Programa Fonis del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico. Trabajó como profesora en la PUC, Universidad de los Andes y Diego Portales. Previamente fue asesora de la Comisión de Reforma de Salud del Presidente Ricardo Lagos y Subsecretaria de Salud Pública en el gobierno de Sebastián Piñera. Ha realizado estudios y asesorías para el Ministerio de Salud, Fonasa, Junaeb, Superintendencia de Salud en relación con la Reforma de Salud, plan GES y acreditación de instituciones de salud. Tiene publicaciones nacionales e internacionales en la temática de equidad en salud.

### **Alejandra Palma Riedel**

Ingeniera comercial con mención en economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, MA en economía de la Universidad de Maryland, y Ph.D (abd) en economía agrícola y de recursos naturales de la misma universidad. Actualmente, es economista senior de Libertad y Desarrollo, dedicada a temas de salud, medio ambiente y recursos naturales. Trabajó en Estados Unidos en organismos de prestigio tales como Resources for the Future, Banco Mundial, BID y Northern Economics. También cuenta con experiencia docente, habiendo enseñado cursos de pregrado y postgrado en la PUC, Universidad del Desarrollo y de Maryland.

### **Verónica Pinilla Martínez**

Administradora Pública y Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad Central de Chile y Ph.D. en Políticas Sociales y Administración de la Escuela de

Sociología y Políticas Sociales de la Universidad de Nottingham. En el presente, es Vicepresidenta de la Comisión de gasto público del Ministerio de Hacienda, Directora del área de análisis y modernización del Estado de la Fundación Chile<sup>21</sup>, consultora internacional en temas de gestión y modernización del Estado, diseño, implementación y evaluación de políticas públicas y gobernanza. Asimismo, es docente de la Universidad de Valparaíso y de programas de postgrado en Chile, columnista y autora de publicaciones sobre reforma y modernización y empleo público, entre otros temas. Fue parte del equipo estratégico del Ministerio Secretaría General de la Presidencia y responsable de la implementación del programa +Capaz, del Ministerio del Trabajo en el segundo gobierno de Michelle Bachelet. Fue directora académica e investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso Chile) y trabajó en el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

### **Héctor Sánchez Rodríguez**

Médico Veterinario, licenciado en Ciencias pecuarias y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Fue el creador y dirigió el Campus Online, así como también creó y, en la actualidad, dirige el Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional Andrés Bello. Es co-creador del primer programa en Chile de gestión en salud PIAS y ha sido docente de la Escuela de Salud Pública y de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile. Se ha desempeñado y colaborado en diversas instituciones e instancias públicas, siendo el primer Superintendente de la Superintendencia de Isapres, miembro de la primera comisión presidencial para una reforma del sistema de salud chileno del primer gobierno del Presidente Sebastián Piñera y secretario ejecutivo del Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (Conpan). Fue consultor permanente del Banco mundial, consultor del BID y de la OPS/OMS. Fue socio y miembro del equipo que creó y dirigió Integramédica y presidió la Asociación Latinoamericana de empresas privadas de salud. Asimismo, creó y dirigió la Fundación Salud y futuro, centro de pensamiento en políticas públicas y reforma en salud.

### **Carolina Velasco Ortúzar**

Ingeniera comercial con mención en economía y Magíster en Economía, con mención en Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica. Máster en Políticas Sociales de la London School of Economics and Political Sciences. Actualmente, es investigadora en salud en el CEP. Fue asesora del Ministerio de Educación, integrando además el Comité Editorial de la revista Educación y previamente se desempeñó como investigadora del Programa Social de Libertad y Desarrollo y jefa del Departamento de Planificación y Estudios de la Dirección de Educación de la Municipalidad de Santiago. Es autora de artículos académicos, de investigación y capítulos de libros

en temas de salud. Ha sido docente en la Pontificia Universidad Católica de Chile y universidades Adolfo Ibáñez, de los Andes y del Desarrollo. Asimismo, ha coordinado diversas instancias de trabajo de equipos transversales como el que elaboró la Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud, elaborada en conjunto entre el CEP y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en 2017 y el Panel de Expertos para una Educación de Calidad del Ministerio de Educación en 2010. En 2006 integró el Consejo Asesor Presidencial para la Calidad de la Educación convocado por Michelle Bachelet.

## Reseñas autores de los estudios encargados por la comisión /

### **Ricardo Bitrán Dicowsky**

Ingeniero Industrial de la Universidad de Chile, MBA en Finanzas y Ph.D. en Economía de la Salud de la Universidad de Boston. En la actualidad es socio fundador de Bitrán y Asociados (B&A), una consultora internacional con sede en Santiago, especializada en política sanitaria, asesorando al Banco Mundial, el BID, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la OMS, el Fondo Mundial, la Fundación Bill y Melinda Gates y otras agencias de desarrollo. Se especializa en el desarrollo y evaluación de reformas de financiamiento del sector de la salud. Ha sido Científico Senior en Abt Associates Inc. en Cambridge, Massachusetts, Director de Investigación del Proyecto de Financiación y Sostenibilidad de la Salud financiado por USAID. Ha enseñado economía de la salud en el Programa de Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de Chile y ha sido miembro de la facultad central del Programa Insignia del Banco Mundial en Fortalecimiento del Sistema de Salud desde sus inicios. Es autor de artículos académicos, de investigación y capítulos de libros.

### **Ulises Nancuante Almonacid**

Abogado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con un Postítulo de Economía para Abogados de la Universidad de Chile. Actualmente, se desempeña como abogado independiente y consultor. Ha escrito tres libros sobre salud (*Derecho de la Salud*, 2001; *Reforma de la Salud*, 2007; *Régimen Jurídico de la Salud*, 2012). Ha participado en la redacción y discusión de las más importantes leyes y reglamentos sobre salud en los últimos 30 años, como la ley de reforma a Isapres de 1995, la de Fonasa en 1999, ley corta de Isapres de 2003, ley de Autoridad Sanitaria de 2004, ley AUGE de 2004, ley larga de Isapres de 2005, entre otras. Ha asesorado a numerosos entes públicos (Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Fonasa, entre otros), así como a diversas entidades privadas (BUPA Chile, Asociación de Isapres, Isapre Banmédica).

**Pablo Villalobos Dintrans**

Ingeniero comercial y Magíster en Economía con mención en Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, MA en economía de Boston University y Doctor en Salud Pública de la Universidad de Harvard. En el presente, es investigador asociado del Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago, miembro de la Red Global de Cuidados de Largo Plazo de la OMS y consultor independiente en temas relacionados a políticas públicas, políticas de salud y salud pública. Desde el año 2008 ha trabajado en diversas instituciones públicas, incluyendo Ministerio de Economía, Dirección de Presupuestos y Ministerio de Salud. Es autor de diversas publicaciones, principalmente en las áreas de sistemas de salud, financiamiento de salud, envejecimiento y cuidados de largo plazo.