



Centro de Políticas Públicas
e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

¿CÓMO DESTRABAR LA DISCUSIÓN EN SALUD?

PARTE 1: UN CAMINO PARA FONASA

Agosto 2023

"El camino hacia el consenso se construye paso a paso, donde cada pequeño avance, por modesto que sea, debe estar en sintonía con el objetivo final".

Desmond Tutu

Documento elaborado por el Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS-UDD), en conjunto con su comité ejecutivo y con la colaboración de Francisco León, Moisés Russo y Francesco Paolucci.

¿CÓMO DESTABAR LA DISCUSIÓN EN SALUD?

PARTE 1: UN CAMINO PARA FONASA

Mucho se ha escrito y debatido sobre la crisis y problemas que enfrenta nuestro sistema de salud a lo largo de décadas. Sin embargo, no hemos sido capaces de plasmar los cambios necesarios para dar respuesta a las dolorosas necesidades que enfrentan muchos chilenos en materia de salud.

Poco se dice de las numerosas bondades que sí tiene nuestro sistema de salud, por lo que, probablemente, no las consideramos como una manera de salir del entrapamiento del desacuerdo.

Producto de ello, desde la última gran reforma a la salud en 2005, solo hemos sido capaces de elaborar leyes específicas para problemas puntuales -meritorias, por cierto- y, sistemáticamente, ni comisiones para reformas, ni proyectos de ley, han podido llegar a destino. Mientras tanto, las personas siguen esperando y salud sigue estando en el top tres de los problemas ciudadanos en Chile.

Nuestro país tiene una larga historia en materia de construcción de consensos, sobre todo cuando enfrentamos la adversidad y ella nos dice que debemos mirar primero los objetivos comunes para dar pasos concretos, aunque sean pequeños, para ir hacia ellos.

El Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Universidad del Desarrollo (CIPS-UDD), junto a colaboradores, quiere entregar una serie de documentos que contribuyan a mostrar los pasos prácticos que podemos ir dando para avanzar en el camino y tener un horizonte de llegada. Este es el primero de ellos, donde el eje principal es Fonasa.

El Consenso en el objetivo

Un objetivo buscado por los países en la implementación y reformas de los sistemas de salud es obtener cobertura universal más equitativa.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a fin de lograr la cobertura universal de salud, los países deben avanzar por lo menos en tres dimensiones: ampliar los servicios de salud (prestaciones) prioritarios, incluir gradualmente a más personas en el esquema, especialmente, priorizando aquella población en condiciones de mayor vulnerabilidad, reducir los pagos directos de bolsillo y mejorar las condiciones de equidad en el acceso a los servicios de salud.

En nuestro país, parece haber un consenso de mayoría en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Esto implica 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, asegurando al mismo tiempo que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

Teniendo el acceso y cobertura universal como objetivo final, podemos partir por construir el camino. Ese es el desafío país que enfrentamos.

Cada momento cuenta

El sistema de salud en nuestro país demanda la adopción de decisiones que aborden los problemas de salud en diferentes plazos: corto, mediano y largo. Actualmente, las Isapres se encuentran con un problema de sostenibilidad financiera, en gran parte inducida por una reglamentación compleja, ineficiente e inadecuada, sumado a los problemas ya conocidos del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) que se reflejan de manera concreta a través del incremento en listas de espera o de falta de especialistas para la atención de los pacientes, particularidades muy parecidas a la que sufren los sistemas públicos estatales y monopólicos, o monopsónicos, establecidos entre 1940 y 1970 en Inglaterra y Europa meridional, y que actualmente están en profunda crisis y en transición hacia sistemas más abiertos con colaboración público-privada.

Ante la crisis inminente en las Isapres, el gobierno ha presentado un proyecto de ley que aleja al sistema de salud de un modelo de largo plazo que entregue atención oportuna y padece de serios problemas fundamentales que afectan su equidad y eficiencia. El objetivo de este Proyecto de Ley es hacerse cargo del fallo de la Corte Suprema y al mismo tiempo crear una nueva modalidad de Fonasa de cobertura complementaria (MCC). El proyecto estipula que los beneficiarios de los grupos B, C y D podrían adquirir, de manera voluntaria, un seguro complementario otorgado por algún asegurador privado licitado. Este tendría una cobertura hospitalaria y ambulatoria (se han expresado valores para llegar a una cobertura de 65%) en prestadores privados en convenio y su costo sería una prima plana (monto fijo por persona), adicional al 7% de contribución a salud.

Estando la urgencia en la mesa y, por tanto, el momento para que se hubiese actuado de manera decisiva para mejorar el sistema de salud para todos los chilenos, se ha optado por un enfoque que en muchos aspectos agrava los problemas actuales del sistema.

Construir paso a paso

Con el objetivo señalado, planteamos esbozar una reforma en fases que en su etapa inicial se ocupe de dar certeza a los afiliados del sistema privado, estableciendo una propuesta que, junto con cumplir con el fallo de la Corte Suprema (CS), otorgue viabilidad al sistema Isapre mientras este se ajusta para el rediseño de un nuevo modelo de aseguramiento que, además,

se haga cargo de los problemas de fondo (eliminando las pre existencias y desconectando los pagos del riesgo de las personas), en combinación con atender aquellos problemas que impiden de raíz que Fonasa logre responder a sus beneficiarios (tales como su falta de independencia y atribuciones, así como el manejo de las redes, muchas veces capturadas por intereses particulares). En el mediano-largo plazo, en tanto, se busca establecer un sistema de salud integrado, que mejore y no empeore, la equidad y eficiencia del sistema de salud, y que fortalezca el rol de compra de los aseguradores participantes.

En este primer documento, como CIPS-UDD formulamos los pasos mediante los cuales Fonasa puede transitar hacia un modelo de aseguramiento público que permita consolidar la cobertura y acceso universal de salud para sus afiliados.

Recordemos que hoy, junto a la “Ley Corta” recientemente presentada, existen tres proyectos que reforman el financiamiento en salud, dos de ellas para Fonasa: “*Crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA*”, Boletín 12662-11 actualmente en Comisión Mixta (Piñera, Larraín, Moreno, & Santelices, 2019), y la “*Reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un plan de salud universal*”, Boletín 13863-11, actualmente en primer trámite constitucional en el Senado (Piñera, Pérez, Briones, & Paris, 2020).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El decreto ley N° 2.763 de 1979, que “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” creó el Fondo Nacional de Salud (“Fonasa”), producto de la fusión entre el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

Mientras al reorganizar el Ministerio de Salud, se crean instituciones con roles definidos en la Ley, a Fonasa se le priva de un rol específico, como única excepción, y se le enumeran funciones que van delineando su rol (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2005).

Por ello, Fonasa, el organismo estatal del sistema de salud chileno, desempeña diversas funciones¹ relacionadas con la recaudación, administración y distribución de los recursos destinados a la salud en el país, siendo su función primordial y esencial el “financiar” las prestaciones de salud de sus beneficiarios². En la actualidad, Fonasa brinda cobertura a más de 15 millones de personas³, lo que representa aproximadamente el 79% de la población total de Chile.

En consecuencia, si bien muchas veces se refiere en el debate público a Fonasa como el “asegurador público” dicho concepto sólo se puede aplicar en cuanto a su rol en las prestaciones que conforman las llamadas “Garantías Explícitas en Salud (GES)”, con cuya creación (2005) se le entrega un mandato a Fonasa: asegurar acceso a sus beneficiarios a un conjunto de atenciones de salud. Fonasa, para estas prestaciones, deja de ser un mero financiador como le fue mandatado por el decreto ley N° 2.763, y pasa a “asegurar” ciertas atenciones a sus beneficiarios. Junto a lo anterior, se encarga de garantizar el acceso de financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral, también conocido como Licencia Médica.

En cuanto a las modalidades de atención que ofrece Fonasa, existen dos opciones disponibles para los beneficiarios. La Modalidad de Atención Institucional (MAI) que permite acceder de forma gratuita a los servicios de salud a través de la red pública (SNSS), y la Modalidad de Libre Elección (MLE) que permite la atención en establecimientos de salud que no pertenecen al SNSS y tienen convenio con Fonasa, a la que acceden aquellos beneficiarios que cotizan en Fonasa y en la cual deben realizar un copago para su uso.

¹ Inciso a, Artículo 50, DFL 1 de 2005.

² Inciso b, Artículo 50, DFL 1 de 2005.

Es por todo lo anterior, que este documento plantea seis aristas, que puedan avanzar de forma paralela y continua en el mediano y largo plazo, implementando los cambios para poder entregarle un mejor camino a Fonasa:

- I. Avanzar en el Proyecto que mejore el acceso a salud a los beneficiarios de Fonasa mediante la discusión por separado de la “Ley corta”
- II. Contraloría y mecanismos de licencias médicas.
- III. Fortalecimiento de la Modalidad Libre Elección como un modelo complementario al PSU.
- IV. Robustecer o instalar la función de evaluación de tratamientos y tecnologías sanitarias.
- V. Paquete de beneficios de salud (o Plan de Salud Universal) con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera.
- VI. Reforzamiento de la gobernanza de Fonasa.

I. Avanzar en Proyecto que mejore el acceso a salud a los beneficiarios de Fonasa mediante la discusión por separado de la “Ley corta”.

A raíz de la crisis de las isapres, el gobierno impulsa una llamada “Ley corta” en el Congreso que incorpora una nueva modalidad de atención en Fonasa. De acuerdo al Mensaje, la idea con esto es entregar “Alternativas a las personas beneficiarias del sistema de salud”. Dicho en palabras por el propio director de Fonasa, el objetivo es “generar una nueva alternativa a las personas beneficiarias del sistema de salud, la cual permite además acoger nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy tienen en el sistema privado”. Se busca específicamente entregar una opción de seguro complementario que permita obtener en prestadores privados una cobertura financiera a la del promedio que entregarían hoy las isapres.

Hoy estamos ante la inmejorable oportunidad de lograr un cambio verdaderamente positivo y valioso para el acceso a la salud de millones beneficiarios de Fonasa, tanto actuales como futuros.

La MCC presentada en el proyecto debe modificarse para hacerla viable, pero contiene elementos relevantes a considerar para diseñar una política pública de beneficio para la población Fonasa: la creación de redes en la libre elección sumando un vínculo importante con las redes privadas de prestadores al servicio de los pacientes de Fonasa, el uso de mecanismos de pago que incentiven la eficiencia del gasto -compartiendo riesgos entre asegurador y prestador- y entreguen certezas financieras a las personas, la opción de contratar seguros complementarios privados que, agrupando demanda, permitan el acceso a una mejor cobertura financiera con menor incidencia o uso de recursos públicos (aunque difícilmente será cero).

En el sector público, las principales falencias y dolores evidenciados por sus usuarios y constatados en múltiples encuestas, informes y publicaciones, está en la falta de acceso a especialistas (50% de los cuales trabajan en el mundo privado) y las listas de espera que allí se consignan, y el tiempo de espera para una cirugía electiva no-ges (con las también constataciones en listas de espera), formular una nueva cobertura que entregue real acceso a especialistas y cirugías, aliviará al presionado sistema público y entregará soluciones a los

beneficiarios con el virtuosismo de la colaboración público-privada, que ya ha mostrado su valor, tanto en pandemia, como en urgencias, o como segundo prestador Ges. Se debe avanzar en aquellas esperas que signifiquen una situación financiera catastrófica para la familia y que impliquen consecuencias graves para la persona ya sea en salud o calidad de vida .

Para ello, en primer lugar, creemos necesario separar la Ley Corta para tomar el proyecto específico de Fonasa y mejorarlo, conservando los atributos antes mencionados.

Luego, es necesario evaluar si es posible fusionarlo -si esto consigue un trámite más expedito- con el proyecto de seguro catastrófico que se encuentra en Comisión Mixta, revisando las materias o fórmulas allí contempladas.

Finalmente, creemos esencial convocar a todos los actores técnicos que tengan conocimiento en la materia para colaborar a la mejor solución posible de esta nueva cobertura y contemplar a todos los prestadores privados, sin exclusión alguna, teniendo reglas claras, transparentes y uniformes para ellos.

El objetivo buscado en una reforma a la modalidad de libre elección es entregarle principios de complementariedad sobre futuras prestaciones de un Plan de Salud Universal (PSU) o paquete de beneficios cubiertos, y mecanismos de control, así como la creación de redes para entregar estas prestaciones, dando soluciones inmediatas a las personas que integren Fonasa, independiente de la suerte de las Isapres.

La propuesta debe contener todos esos elementos para ir a buscar el objetivo requerido, acceso universal, en forma oportuna, mejorando la equidad del sistema.

II. Contraloría y mecanismos de licencias médicas

No es ninguna novedad que las licencias médicas que debe hacerse cargo el sistema de salud han ido creciendo en participación dentro de los gastos del sistema. Esto ha llegado a tal punto que, en Fonasa, del 7% que contribuyen los afiliados de los grupos B, C y D, casi un 66%

se destina al pago de estas licencias (Dirección de Presupuestos, 2022), mientras que, en ISAPRES, era de cercano a un 40% (Superintendencia de Salud, 2023).

Esto se agrava en el sector público, donde en materia de Licencias médicas (LM) de las personas afiliadas a Fonasa, el proceso y fiscalización pasa diferentes entes a los cuales sus decisiones no les implica ningún movimiento en sus presupuestos. Fonasa es el encargado de pagar las licencias, sin embargo, no tiene la potestad de fiscalización ni control sobre estas, ya que es la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública, la encargada de la contraloría de las licencias médicas efectuadas por estos afiliados. Estos tienen una tasa de rechazo inferior al 7%⁴, sin embargo, si la LM es rechazada, puede apelar en una segunda instancia a la Superintendencia de Seguridad Social, Dependiente del Ministerio del trabajo. Por lo tanto, es Fonasa el que tiene que pagar sin poder tener el control, ni la auditoría, ni contraloría de estas Licencias.

El Ministerio de Salud es la entidad rectora y que actúa como regulador de las acciones que forman parte del derecho constitucional a la protección de la salud. Sin embargo, es un consenso transversal que el pago de un subsidio al empleo, como es el Subsidio de Incapacidad Laboral, que viene a reemplazar la remuneración mientras la persona está en reposo médico, es más bien una protección del mundo laboral que sanitario.

Además, siendo el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) un beneficio con una tasa de reemplazo equivalente al 100% del sueldo vigente, la propensión a cometer fraudes, por parte de los emisores y los pacientes, es mayor que en otro tipo de beneficios.

⁴ “Entre los años 2012 y 2017, la tasa de rechazo de licencias médicas fue del 8,1% anual promedio. Según seguros de salud, la tasa de rechazo fue del 6,7% anual promedio para cotizantes de FONASA y del 10,8% anual promedio para cotizantes de ISAPRES. Sin embargo, el comportamiento de las contralorías médicas de ambos muestra diferencias evidentes. En el caso de FONASA, la tasa de rechazo en los años 2012 y 2013 era de un 9,3%, mientras que en los años 2014 al 2017 tuvo una tasa promedio de 5,4%; probablemente como resultado de diferentes enfoques de gestión aplicados en las COMPIN. En el caso de ISAPRES, en cambio, se observa que el promedio de la tasa de rechazo entre los años 2012 y 2015 era de un 10,3%, mientras que en los años 2016 al 2017 tuvo una tasa promedio de un 11,6%; dejando en evidencia un enfoque decidido hacia un mayor control del gasto en licencias médicas.

Esta conducta se aprecia en forma más marcada al analizar la tasa de rechazo respecto del número de días rechazados. En efecto, la tasa de rechazo de número de días de licencias médicas fue del 12,3% anual promedio. Para cotizantes de FONASA, la tasa de rechazo fue del 9,4% anual promedio y para cotizantes de ISAPRES fue del 20,1%.” (Gutierrez, 2019)

Es necesario reformular todo este sistema y adecuarlo a estándares internacionales, así como analizar la conveniencia de mantenerlo bajo la potestad del DFL 1 o llevarlo al ámbito del Ministerio del Trabajo.

III. Fortalecimiento de la Modalidad Libre Elección como un modelo complementario al PSU

Luego de la implementación del primer paso por la urgencia necesaria, se requiere una reforma a la Modalidad de Libre Elección (MLE) de manera de entregarle principios de complementariedad sobre las prestaciones en el PSU y mecanismos de control, así como también la forma de incorporar prestadores para esta modalidad.

La MLE es, hoy en día, la alternativa a la atención en la red institucional (SNSS). Sin embargo, tiene varias situaciones que deben ser abordadas en una reforma: quienes pueden y de qué manera ser parte de la red en convenio, que copagos existirán, que mecanismos de compra a prestadores puede utilizar Fonasa y que servicios de salud estarán incluidos.

En la MLE se utiliza principalmente el pago por servicios, modelo altamente inflacionario en salud que no fomenta la contención de costos y, alrededor de la cuarta parte, se financia mediante el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD).

En la MLE actual, estos elementos están muy limitados: cualquier profesional de la salud o cualquier establecimiento con autorización para otorgar prestaciones, puede inscribirse como prestador en convenio MLE. En el caso de las personas, solo los beneficiarios de los grupos B, C y D, pueden acceder a ella y los copagos están asociados a la clasificación del prestador, entre otros. Además, el Decreto Supremo N° 369 de 1989 del Ministerio de Salud (Minsal) que fija los aranceles de la MLE, 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. 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 (Benítez & Velasco, 2020).

La reformulación de la MLE debe contener estos elementos de complementariedad, con lógica sanitaria, redes de prestadores privados licitados y mecanismos de compra de resolución integral o aranceles paquetizados o per cápita, dependiendo de los servicios que se traten, así como mejorar las coberturas que el PSU no pueda alcanzar, como medicamentosa ambulatorios.

Proponemos revisar especialmente lo propuesto en la materia en la reforma al Fonasa de 2020, así como los acuerdos llegados por distintas comisiones (CEP, Minsal 2020, etc.) al respecto y proponer los cambios legislativos en un proyecto único para el funcionamiento adecuado de esta modalidad una vez efectuado los pasos anteriormente propuestos.

IV. Robustecer o instalar la función de evaluación de tratamientos y tecnologías sanitarias.

Qué incluir, o cómo determinar si una prestación, procedimiento, droga, o servicio de salud particular debe estar incluido en el paquete de beneficios básicos comprometidos con la población debe ser materia de análisis en cuanto a la experiencia en Chile y el *benchmark* mundial.

Mientras en Chile hay comisiones o departamentos dentro del Ministerio de Salud que realizan esta labor de evaluar y recomendar la pertinencia del ingreso de una droga (es el caso de la llamada “Ley Ricarte Soto”) o cobertura incluyendo las guías clínicas (como es el caso de los problemas GES), internacionalmente el mundo está dividido, básicamente, entre quienes forman una entidad especial para analizar y proponer, como es el caso de Inglaterra con el “NICE” (*National Institute for Health and Care Excellence*), y por otro lado, una buena parte de países OCDE tienen instituciones externas que apoyan al Gobierno, el cual tiene específicamente esta función.

Creemos importante realizar un análisis de casos y considerar las actuales estructuras con las que cuenta nuestro país para así, tomando la experiencia internacional comparada, se proponga a Chile donde radicar esta función. Para realizar esta importante labor, sugerimos formar una comisión y realizar seminarios o foros técnicos en los que se debata y proponga al parlamento los cambios y forma de abordar esta función.

V. Paquete de beneficios de salud (o Plan de Salud Universal) con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera.

La cobertura universal de salud (CUS), objetivo ampliamente buscado y consensuado para los sistemas de salud requieren de avanzar en tres dimensiones: avanzar en la población a cubrir, partiendo por aquellos más vulnerables, avanzar en incluir un paquete de servicios (prestaciones) de salud que estarán incluidos de acuerdo con las prioridades sanitarias y avanzar en la cobertura financiera de estos servicios.

Los paquetes de beneficios básicos de salud son la totalidad de los servicios, actividades y bienes cubiertos por el sistema de salud. Este paquete puede ser explícito en algunos casos o implícito en otros, y la lógica de este paquete está según el tipo de sistema de salud. En países con sistemas de salud nacional (tipo “*Beverige*”) la canasta de beneficios tiene relación a las obligaciones que el servicio nacional debe entregar. En cambio, en los países son sistema de seguridad social de salud (tipo “*Bismarck*”), la canasta especifica los derechos de los asegurados (Schreyögg, Stargardt, Velasco-Garrido, & Busse, 2005). A su vez, los catálogos de beneficios son los documentos que detallan cada uno de estos paquetes. Los paquetes de beneficios básicos, entonces, pueden tener varios catálogos de beneficios. Al crear un paquete de beneficios de salud explícito, los países pueden comenzar a establecer garantías para el acceso a los servicios.

La OMS afirma que, mediante la creación de un Paquete de Beneficios de salud, los países pueden comenzar a establecer garantías de acceso al servicio. Estos son promovidos como una estrategia fundamental para reformas de salud exitosas y para la cobertura universal de salud. La organización plantea la necesidad de definir y ampliar los servicios de salud esenciales, incluir a más personas para luego tener acceso universal y reducir o eliminar los

pagos directos. “Sin definir qué servicios son esenciales, dónde y por quién deben ser prestados para tener un impacto en la salud, es difícil ampliar todo lo posible con un financiamiento sostenible. No hay país en el mundo capaz de proporcionar todo a todos” (Organización Mundial de la Salud, 2021, pág. 2).

Esta definición de plan o paquete está ligada a las dimensiones de cobertura para la CUS. Para responder estas preguntas y realizar un plan, la sistematización de información y base de datos en cuanto a carga de enfermedades, acceso, investigaciones nacionales, es crucial para basar estos catálogos en evidencia y poder priorizar las prestaciones, los cuales deben ser lo más específicos posibles en su canasta (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Estos planes, priorizados, basados en evidencia y sistemáticos pueden mejorar sustancialmente los resultados tanto nacionales como internacionales.

Una de las reformas de salud más exitosas en nuestro país, en cuanto a la apreciación positiva de los ciudadanos, ha sido la creación de las Garantías Explícitas en Salud (GES), sin embargo, son solamente 85 problemas de salud, y los problemas No-GES son cientos.

El GES es, de alguna forma, un “PSU reducido”, o, para mejor comprensión, el PSU, es un “Ges ampliado”. Con la instalación de un PSU, las personas saben que está cubierto -y que no-, que garantías de acceso (redes de prestadores y como se organizan) y, principalmente, oportunidad (tiempo máximo para resolver un problema), tiene, y con qué nivel de financiamiento (copago, deducibles, gasto máximo, etc.).

Si bien existe un consenso relativamente transversal en que Chile requiere de la implementación de un PSU, los proyectos que lo han incluido (Reforma a ISAPRES de 2011 y Reforma a Fonasa de 2020) no han avanzado. De hecho, en el texto aprobado por la Cámara de la reforma a Isapres de 2011, fue eliminado la creación de un PSU (llamado PG en este caso).

Como CIPS-UDD sugerimos tomar como base los artículos del proyecto de reforma de Fonasa de 2020 que tienen relación con el PSU para tramitarlo como proyecto de ley independiente. Entre los artículos que contiene dicho proyecto está en detalle, la definición, la forma de

aprobación, el contenido, el otorgamiento, el proceso de elaboración, la vigencia y la protección financiera del plan.

Se debe considerar que este PSU debe ser tramitado pensando en que sea también implementado, en el momento que sea oportuno, en las actuales Isapres o las entidades privadas que le reemplacen en el futuro.

VI. Reforzamiento de la gobernanza de Fonasa

Actualmente Fonasa es dirigido por un Director Nacional quien es elegido por el Presidente de la República mediante Alta Dirección Pública.

Un paso natural cuando se le entregan nuevas atribuciones y fortalezas a Fonasa, como las explicadas anteriormente, es reforzar su gobernanza y en esto surgen consensos en cuanto a que sea un organismo colegiado, de manera de darle independencia y autonomía a su gestión, garantizando un espacio de gestión y rendición de cuentas, con participación ciudadana, para dar respuesta a los desafíos de inequidad en el acceso.

El proyecto de reforma a Fonasa de 2020 planteaba una nueva estructura de gobernanza para Fonasa mediante la creación de un Consejo Directivo, encargado de la dirección superior del servicio y un Director Ejecutivo, encargado de la dirección administrativa y técnica, que será el Jefe de Servicio. El Consejo Directivo se compondría de siete miembros. Uno de ellos sería elegido por los Consejos de la Sociedad Civil de Fonasa (COSOC), tres miembros serían nombrados directamente por el Presidente de la República, y los últimos tres serían propuestos por el Presidente de la República, quienes serán seleccionados mediante el Sistema de Alta Dirección Pública, y deberán ser ratificados por el Senado por la mayoría de los dos tercios de los senadores en ejercicio. El Consejo, además, debería contar con representación de ambos géneros.

Para realizar la modificación legal que esto requiere, se sugiere la conformación, a su debido tiempo, de una comisión que estudie la mejor opción a plantear en un proyecto de ley para el nuevo Fonasa.

Referencias

- Benítez, A., & Velasco, C. (2020). *Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud: Comisión para una Reforma Integral de Fonasa*. Santiago: Colección Centro de Estudios Públicos. Obtenido de [file:///C:/Users/Camila%20Skewes/Downloads/reforma_integral_de_fonasa_web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Camila%20Skewes/Downloads/reforma_integral_de_fonasa_web%20(1).pdf)
- Boric, G., Marcel, M., & Aguilera, X. (8 de Mayo de 2023). Proyecto de Ley. *Mensaje Presidencial N° 049-371*. Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=16118&prmTIPO=INICIATIVA>
- Corte Suprema. (30 de Noviembre de 2022). Fallo Corte Suprema. Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477>
- Dirección de Presupuestos. (2022). *Informe de Ejecución Presupuestaria*. Santiago.
- Esuela de Salud Pública Universidad de Chile & Colegio Médico de Chile. (s.f.).
- Fonasa. (Diciembre de 2022). *Tablero de Población Beneficiaria de Fonasa*. Obtenido de Datos Abiertos: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>
- Gutierrez, R. (2019). *Propuesta de reforma del modelo actual de Licencias Médicas*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (22 de Noviembre de 1985). Decreto Supremo N° 369. *Aprueba Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud*. Santiago, Chile. Obtenido de https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4794_recurso_1.pdf
- Ministerio de Salud. (25 de Agosto de 2004). Ley 19966. *Establece un régimen de Garantías en Salud*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud Pública. (11 de Julio de 1979). Decreto de Ley 2763. *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*. Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=6999&idParte=>

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. (23 de Septiembre de 2005). DFL 1. *Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las Leyes N° 18933 y N° 18469.* Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage.* Ginebra: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Principles of Health Benefit Packages.* Ginebra: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Universal Health Coverage [Online].* . World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. *53° Consejo Directivo, 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas,* (pág. 26). Washington.

Piñera, S., Larraín, F., & Mañalich, J. (7 de Diciembre de 2011). Mensaje Presidencial N° 416-359. *Proyecto de Ley que Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un Plan Garantizado.* Santiago, Chile. Obtenido de https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8105-11

Piñera, S., Larraín, F., Moreno, A., & Santelices, E. (22 de Mayo de 2019). Mensaje Presidencial N° 066-367. *Proyecto de Ley que crea el "Seguro de salud clase media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de "Libre elección" de Fonasa.* Santiago, Chile.

Piñera, S., Pérez, V., Briones, I., & Paris, E. (28 de Octubre de 2020). Mensaje Presidencial N° 211-368. *Proyecto de Ley que Reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un Plan de Salud Universal.* Santiago, Chile. Obtenido de https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=13863-11

Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., & Busse, R. (2005). Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. *The European Journal of Health Economics*, 2 - 10.

Superintendencia de Salud. (2023). *Estadísticas Financieras de las Isapres a Diciembre de 2022*. Santiago. Obtenido de <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-22657.html>

Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, ETESA, Ministerio de Salud. (2022). *Reporte Breve de Evidencia: Descripción de la autonomía o independencia de las agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)*. Santiago. Obtenido de <https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/10/Resumen-de-agencias-ETESA-en-paises.pdf>



Centro de Políticas Públicas
e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno