

# Propuestas para la modernización del Fondo Nacional de Salud

Enero 2020

## **Integrantes:**

**Isabel Aninat Sahli**, Centro de Estudios Públicos.

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

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

**Manuel Inostroza Palma**, Consorcio de Universidades para Políticas de Salud

**Sebastián Izquierdo Ramírez**<sup>1</sup>, Horizontal.

**Liliana Jadue Hund**, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.

**Alejandra Palma Riedel**, Libertad y Desarrollo.

**Verónica Pinilla Martínez**, Fundación Chile 21.

**Natalia González Bañados**<sup>2</sup>, Libertad y Desarrollo.

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

## **Coordinación**

**Carolina Velasco Ortúzar**, Centro de Estudios Públicos.

## **Secretaría ejecutiva**

**Alejandra Benítez Ureta**, Centro de Estudios Públicos.

<sup>1</sup> En su reemplazo durante algunas sesiones participó Juan Carlos Said.

<sup>2</sup> En su reemplazo durante algunas sesiones participó Trinidad Schleyer.

## I. Contexto en que se enmarca esta propuesta

La salud ha sido persistentemente una de las principales preocupaciones de la población chilena según diversas fuentes, principalmente por la falta de acceso oportuno a atenciones de salud, la falta de protección financiera, altos precios y discriminación por riesgo. En los últimos años, tanto desde el gobierno como desde diversas entidades relacionadas con las políticas públicas e investigación en salud, se han elaborado propuestas de cambio a nivel del financiamiento y aseguramiento, de prestadores de salud, de regulación y fiscalización, entre otros, con el fin de abordar los problemas y limitaciones que enfrenta el actual sistema. Sin embargo, hasta ahora estas propuestas no se han materializado en proyectos de ley que aborden el desafío de mejorar el sistema de salud chileno de manera integral y estructural.

El año 2019 el gobierno ingresó varias iniciativas legales relativas al nivel de aseguramiento. Una de ellas, que posteriormente fue reemplazada, abordaba el ámbito de las Isapres (instituciones de salud previsional), y otras dos se referían a FONASA (Fondo Nacional de Salud). Estas últimas buscaban otorgarle mayores atribuciones a dicha entidad, así como mejorar la cobertura financiera a sus beneficiarios. A juicio de los integrantes del equipo que han elaborado el presente documento, estas iniciativas no son suficientes para abordar los problemas del asegurador público en su total magnitud.

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, los que fueron convocados por el Centro de Estudios Públicos en agosto de 2019, a sumar esfuerzos para generar una propuesta de reforma integral del asegurador público. La convicción que motiva a esta mesa de trabajo es que la modernización de FONASA 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>3</sup>, independiente del modelo que se defina de largo plazo respecto del aseguramiento en salud. 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 sector salud chileno y requieren ser complementados con otros de mediano y largo plazo en los ámbitos de regulación, rectoría, fiscalización, sistema privado, fortalecimiento del sector prestador público y recursos humanos para salud. Estas reformas 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.

<sup>3</sup> “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.” <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

Quienes conformamos el grupo que trabajo que ha preparado estas propuestas tenemos diferentes visiones de mundo y también diferimos en algunas de las propuestas 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 del sistema de salud chileno ni de este último como un todo, se avanza en temas de alta relevancia para fortalecer a FONASA, quien tiene como beneficiarios a la mayoría de los habitantes del país.

El diagnóstico y propuestas realizados por este equipo se basa en la revisión de evidencia nacional e internacional de las mejores prácticas para el funcionamiento de sistemas de seguros de salud y de trabajos previos de diversos equipos académicos del país, así como también en las presentaciones y reuniones solicitadas a técnicos, expertos, funcionarios y usuarios del sistema de salud, en dos estudios externos encargados por este equipo (jurídico y comparativo internacional<sup>4</sup>) y en la reflexión de los propios integrantes de la comisión.

El contexto social y político que vive nuestro país a partir del 18 de octubre 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. Por su reciente difusión el presente documento no cubre ni comenta dicho proyecto. Sin embargo, con la convicción de que este cambio es urgente, quisimos adelantar la presentación de este documento que resume los acuerdos y propuestas de la comisión. Esperamos con ello contribuir a la discusión que se dará en torno a dicho proyecto de ley, para que FONASA pueda ser verdaderamente responsable de que sus beneficiarios reciban los beneficios incluidos en el plan de salud al que tienen derecho, con los estándares definidos y en las condiciones pactadas. Por lo mismo, lo ponemos a disposición del país.

## II. Marco de acción para FONASA

Los integrantes de la comisión concordamos en que hay aspectos estructurales que deben cumplirse para un adecuado funcionamiento de FONASA, algunos de los que han sido ya enunciados en propuestas de reforma al sector (Butelmann et al. 2014, ESP U. De Chile - CEP 2017, ISP UNAB 2017, Colmed-ESP 2018). Destacamos los siguientes:

- ✓ **Plan de salud universal.** 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

<sup>4</sup> El primero es un análisis del marco jurídico que rige a FONASA y el segundo una revisión internacional de seguros públicos de salud que comparten una o más semejanzas con FONASA en términos de su naturaleza pública, cobertura de la población o que operan en un ambiente de competencia con seguros privados.

habitantes de manera integral y comprehensiva. Es fundamental que se expliciten los beneficios a los que se tiene derecho y los estándares con que dichos beneficios se entregarán -ya sea por prestadores públicos o privados-, y las garantías de protección financiera para asegurar el acceso de todos. 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 con que se cuenta y sus proyecciones. Ha de considerar un esquema de priorización único, transparente, participativo y representativo, que incorpore al menos criterios de costo-efectividad, equidad, eficacia, impacto sanitario y agregación de valor a las personas.

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

- ✓ **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 de 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>5</sup>. Los cambios que estimamos se requieren en la función aseguradora por parte del seguro público son el objeto del presente trabajo.
- ✓ **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 entonces garantizar que las personas pueden acceder a los servicios

<sup>5</sup> Butelmann et al. 2014, Velasco 2014, Vergara 2014, Escuela de Salud Pública U. de Chile y Centro de Estudios Públicos 2017, Instituto de Salud Pública UNAB 2017, Comisión Nacional de Productividad 2019.

de salud a los que tienen derecho, en función de sus necesidades y que no sean excluidas o se establezcan barreras por razones económicas, geográficas o de otro tipo.

- ✓ **Instancia Nacional para la Salud con mirada de largo plazo.** Se propone considerar la creación de una entidad autónoma, similar al Consejo Nacional de Educación. Su objetivo sería 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, así como 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.
- ✓ **Transición y una 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.

### iii. Modernización de FONASA: un seguro centrado en el paciente

#### 1. FONASA como asegurador público de salud

Existen características en la organización y funciones actuales de FONASA que le dificultan cumplir con su objetivo como seguro público, esto es, garantizar la entrega de un plan de salud definido y explícito a sus usuarios, basado en soluciones integrales de salud, oportunas y de calidad<sup>6</sup>. Entre otras limitaciones, la legislación actual no define el rol de FONASA, ni su objetivo o misión, sino solamente enuncia que es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud y que está sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud (Art. N° 49 DFL 1).

Se propone que FONASA sea definido como un asegurador público de salud, siendo su principal objetivo garantizar la entrega de un plan de salud universal a sus beneficiarios,

<sup>6</sup> Cid et al. 2013, Vergara 2014, Butelmann et al. 2014, Instituto de Salud Pública UNAB 2017, Banco Interamericano de Desarrollo 2014, Escuela de Salud Pública U. de Chile y Centro de Estudios Públicos 2017, Escuela de Salud Pública U. de Chile y Colegio Médico 2018.

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.

## **2. Gobierno corporativo**

FONASA es en la actualidad una institución dirigida de manera unipersonal. Desde 2016 la elección de su Director Nacional está afecta al Sistema de Alta Dirección Pública (SADP). Sin embargo, dicho cargo no ha sido concursado a la fecha, ya que el Presidente de la República incorporó a este servicio dentro de los 12 cargos que pueden eximirse de este proceso, haciendo uso de la facultad que le confiere la ley.

Asimismo, la legislación establece que la labor de FONASA está sujeta a las políticas, normas y planes del Ministerio de Salud. Ello redundará, por una parte, en que FONASA tiene reducida autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos humanos, financieros, físicos y técnicos y, por otra parte, en que la dirección, gestión y ejecución de FONASA está fuertemente ligada a las decisiones priorizadas por los gobiernos de turno y, por ende, al énfasis político y coyuntura en que se enmarcan los gobiernos.

Dadas las funciones y atribuciones de FONASA, como se detallará a continuación, se plantea 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. En particular, se propone cambiar a una dirección colegiada y un director ejecutivo.

### **2.1. Consejo Directivo de FONASA**

Creación de un Consejo Directivo de FONASA cuya misión es 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 (ej. entre 5 y 9 miembros), considerando ambos géneros, según lo establecido en el marco de la normativa relativa al SADP, y la participación de los beneficiarios de FONASA, en un proceso de elección que vele porque se logre una representación amplia de la visión e intereses en materia de salud de los usuarios en general.

Sus integrantes deben ser remunerados y elegidos de a uno por el Presidente de la República, a partir de una quina propuesta por del SADP y con ratificación del Senado, y

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 en la aprobación del plan estratégico, de las políticas generales de gestión financiera, de riesgo y de compra, así como de la estructura interna. Asimismo, deberá supervisar y evaluar la gestión del director Ejecutivo. Sus actas deben ser públicas.

## **2.2. Director Ejecutivo**

Se propone un proceso de selección en tres etapas, que asegure un Director Ejecutivo con las capacidades técnicas necesarias. Primero, el SADP deberá preseleccionar ocho candidatos para el cargo, en base al perfil del cargo propuesto por el Consejo Directivo de FONASA, el 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.

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.

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

Se plantea 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 seguro del FONASA y agilizar la solución de problemas de salud en dichos lugares.

Respecto de participación ciudadana, en cumplimiento de la Ley N° 20.500 y de la Ley General de Bases de la Administración del Estado, FONASA debe contar con un Consejo de la Sociedad Civil (conocidos como COSOC), elegido por el sistema legalmente establecido. Sin embargo, se propone fortalecer la incidencia de los beneficiarios de FONASA, quienes están en mejores condiciones de evaluar la calidad técnica, el trato y otras atribuciones de los servicios recibidos. Por ejemplo, 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.

### **3. Funciones y atribuciones de FONASA**

Entre las funciones que debería ejercer FONASA, hoy en día varias son compartidas con otras entidades (Ministerio de Salud, Servicios de Salud, entre otros), otras son ejercidas por instituciones diferentes y en algunas no está especificado quién las realiza. Se propone reorganizar y explicitar las funciones en las que FONASA debe poder tomar decisiones de manera exclusiva, salvo que se indique lo contrario, y así responsabilizarse por sus resultados. Dichas funciones se agrupan en las siguientes cuatro áreas.

#### **3.1. Relación con beneficiarios**

- **Garantía de la entrega del Plan de Salud Universal.** Es el seguro 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 (Superintendencia de Salud), como se señala posteriormente.
- **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 requerir 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.

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

### 3.2. Gestión financiera

- **Recaudación de cotizaciones, copagos y aporte fiscal.** FONASA debe recibir y cautelar 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 y que éstos sean de propiedad de FONASA (como ocurre actualmente), FONASA debe poder establecer todos los mecanismos para recuperarlos, cuando éstos sean recibidos por los prestadores.
- **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.

### 3.3. Compra a prestadores

- **Decisión de compra.** Dado su rol de garante de la entrega del plan 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 articulados en redes (por ejemplo, funcionales, territoriales), pudiendo ser complementados por otros prestadores, según criterios definidos previamente (orden de prelación), cuando las primeras no tengan la capacidad de atender a sus beneficiarios dentro de los estándares que se establezcan en el plan de salud. Fonasa debe cautelar la integralidad del plan de salud universal definido por la autoridad sanitaria según la institucionalidad propuesta y, en particular, en la atención primaria, debido a la preponderancia que ésta tiene en la prevención, así como en la promoción y cuidado de la salud.

Se contemplan modalidades de atención de libre elección que operarán preferentemente en base a soluciones de problemas de salud de la población, a la que podrán acceder los beneficiarios que así lo deseen y la cobertura del plan lo permita, para lo que FONASA deberá comprar preferentemente a redes de prestadores de servicios de salud, también considerando criterios definidos previamente.

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

- **Mecanismos de pago a prestadores:** FONASA debe decidir qué métodos usará para pagar a sus redes de prestadores de salud (y prestadores individuales cuando corresponda), sean éstos, 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 se da 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.
- **Convenios con prestadores:** FONASA debe poder acordar 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 aquellos prestadores de buen desempeño y las sanciones asociadas a los incumplimientos (por ejemplo, devolución de pagos), 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).

### 3.4. Gestión del 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. Ello 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 gestionar el riesgo de mejor manera y la entrega de información contenida en dichas plataformas, respetando la confidencialidad de los datos personales.

#### **4. FONASA y su relación con las autoridades rectoras y fiscalizadoras**

Según el análisis realizado por la comisión respecto de las condiciones para que un sistema de salud basado en seguros se desempeñe adecuadamente (Banco Mundial 2012), se requiere de una buena gobernanza del sistema como un todo, por lo que existen funciones que deben ser ejercidas por otras entidades. Una de las más importantes es la generación de información, ya que es fundamental para monitorear el cumplimiento de la entrega del plan en las condiciones pactadas. Ésta permite apoyar la toma de decisiones de las diferentes entidades involucradas en el sistema de salud, como, por ejemplo, al asegurador, permitiéndole reajustar convenios o establecer sanciones, así como también 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, 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.

##### **4.1. Superintendencia de Salud**

- **Fiscalización a FONASA.** La Superintendencia de Salud debe poder fiscalizar a FONASA en todo lo referente al plan de salud, para así garantizar la entrega de los mismos derechos a toda la población (actualmente sólo fiscaliza lo relativo a GES). 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 Superintendencia deberá contar con los recursos necesarios para esta función, que actualmente no posee.
- **Mediación entre FONASA y usuarios y entre FONASA y prestadores.** La Superintendencia debe poder resolver y mediar cuando no se logren resolver los problemas, reclamos o discrepancias entre FONASA y sus usuarios o entre FONASA y sus prestadores. Para ello, la superintendencia debe poder fiscalizar y aplicar sanciones también a prestadores.

#### **4.2. Ministerio de Salud**

- **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 autoridad que dirija los prestadores estatales, actualmente en manos del Minsal. Ello no obsta a que FONASA (y eventualmente otros aseguradores) participen en una instancia consultiva en la toma de decisiones de inversión y planificación (con Minsal, gobiernos regionales y municipios), considerando que contarán con información sobre morbilidad de su población a cargo, en base a sus análisis actuariales y sobre la calidad y disponibilidad de los servicios entregados.

#### **5. Transición adecuada de fortalecimiento de FONASA**

El fortalecimiento del rol asegurador público de salud de FONASA, de su gobierno corporativo y de sus funciones y atribuciones, es crucial 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 debe contar con una bien diseñada transición. Por ende, 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 Superintendencia de Salud).