

REFORMA A FONASA: HACIA UN SEGURO DE SALUD CON FOCO EN LAS PERSONAS

- Hace poco más de una semana, el Ejecutivo ingresó a tramitación a la Cámara de Diputados un proyecto de ley que reforma el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), dándole un rol de verdadero seguro público de salud, con un modelo de atención basado en una red de prestadores definida por él mismo. Así también, y entre otras modificaciones, se define un Plan de Salud Universal (PSU) para todos sus beneficiarios, se crea un seguro de medicamentos y se le da una nueva gobernanza a la institución.
- Esta es una reforma profunda que busca resolver las principales demandas ciudadanas en materia de salud, como son el alto gasto de bolsillo y las largas listas de espera en el sector público.
- El Congreso tiene la valiosa oportunidad de colaborar para resolver algunos de los serios desafíos que hoy enfrenta el sistema de salud público, para lo cual requerirá de un debate reflexivo y serio cuyo foco esté en el bienestar de las personas, más allá de ideologías y posturas maximalistas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los principales objetivos de todo sistema de salud es lograr la cobertura universal (CSU)ⁱ, meta que sigue siendo un desafío para muchos países. En algunos, incluso más desarrollados que el nuestro, todavía existe un porcentaje importante de la población sin cobertura de salud. En Chile, en cambio, hace varias décadas que prácticamente la totalidad de la población se encuentra cubierta.

Este logro proviene de la reestructuración del sistema de salud chileno efectuado en el año 1980, en el que se estableció un sistema mixto, donde existe un sistema público de salud al que todos los chilenos tienen derecho, pero también se asegura la libertad de elección de las personas a optar por la alternativa de un seguro de salud privado. De este modo, las personas pueden -con su cotización obligatoria del 7% de su renta- optar a adscribirse en Fonasa, en el sistema público de salud, o comprar un plan de salud en una Isapre, en el sistema de aseguramiento privado. Los dos sistemas difieren tanto en las características de la población atendida, en la lógica de su funcionamiento, como en sus falencias.

Una encuesta realizada por Cadem en agosto de 2019 a 1002 usuarios de Isapres, refleja que las dos prioridades para mejorar el sistema privado son “poner fin a la discriminación de precios para hombres y mujeres” y “terminar con las preexistencias y que la gente pueda cambiarse entre Isapres”. La misma encuesta hecha a 1029 usuarios de Fonasa refleja, en cambio, que las dos prioridades para mejorar el sistema público son “reducir las listas de espera” y “derivar pacientes hacia el sistema privado para una rápida atención” (Gráfico N° 1).

REDUCIR LISTAS DE ESPERA Y DERIVAR AL SISTEMA PRIVADO SON LAS PRIORIDADES DE LOS USUARIOS DE FONASA

Gráfico N° 1: ¿Cuál debería ser la prioridad para mejorar el funcionamiento de FONASA? ¿Y en segundo lugar? (% Respuesta Múltiple, Usuarios de Fonasa = 1029 casos)

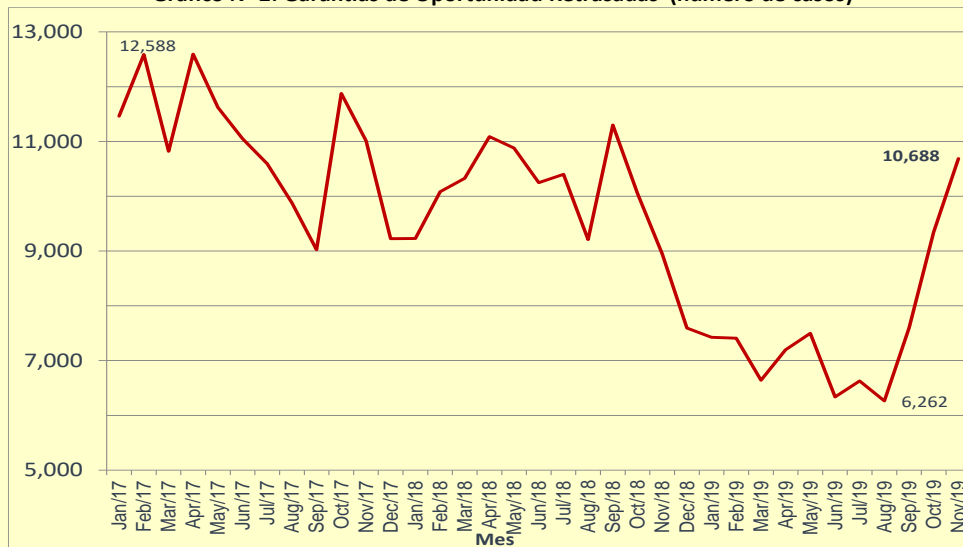


Fuente: Encuesta Cadem “Percepciones sobre el sistema de Isapres” de agosto de 2019, citada por Asociación de Isapres, Presentación Taller de LyD, 3 de septiembre de 2019.

Así, a pesar de que en Chile toda la población tiene cobertura de salud, las condiciones de acceso a muchas prestaciones en el sector público no son adecuadas. Ello se refleja en largas listas de espera para recibir las prestaciones, especialmente en el caso de las enfermedades que no cuentan con Garantías Explícitas de Salud (GES). A marzo de 2019 había 250.968 intervenciones

quirúrgicas en listas de espera no-GES que en promedio esperaban 331 días para ser resueltasⁱⁱ. Incluso en el caso de las patologías GES también existen listas de espera con garantías de oportunidad retrasadas. El Gráfico N° 2 muestra que la lista de espera GES había disminuido considerablemente durante los dos últimos años, pero esa tendencia se revierte a fines del año pasado, llegando a alcanzar los 10.688 casos de garantías de oportunidad retrasadas luego de la ola insurreccional de octubre de 2019.

**LISTA DE ESPERA GES HABÍA DISMINUIDO,
PERO AUMENTÓ SIGNIFICATIVAMENTE DESPUÉS DEL “ESTALLIDO SOCIAL”**
Gráfico N° 2: Garantías de Oportunidad Retrasadas (número de casos)



Fuente: Fonasa, datos solicitados por Transparencia.

PROYECTO DE LEY QUE REFORMA A FONASA

Frente a los desafíos mencionados, el gobierno del Presidente Piñera ingresó a la Cámara de Diputados el 7 de enero pasado un proyecto de ley para “Reformar el Fondo Nacional de Salud y crear un Plan de Salud Universal” (Boletín 13.178-11).

Sus principales componentes se describen a continuación.

1. NUEVO ROL DE SEGURO PÚBLICO DE SALUD

El sector público de salud chileno presenta los problemas clásicos de aquellos países que no han separado la función productiva de la función de financiamiento de la salud. En la actualidad **Fonasa no es un verdadero seguro de salud, sino sólo un pagador de prestadores** a los que no puede exigir resultados en términos de oportunidad y calidad, ya que todavía gran parte de los pagos que reciben los prestadores se basan en presupuestos históricos. Cuando el ingreso es en gran medida independiente de la producción, la prestación adicional sólo aumenta los costos, por lo tanto, hay pocos incentivos para producir. No es sorprendente, entonces, ver sistemas congestionados y con listas de espera.ⁱⁱⁱ

El proyecto de ley hace frente a estas falencias otorgando a Fonasa un nuevo rol de verdadero seguro público de salud, estableciendo que el objeto de Fonasa será asegurar el otorgamiento del PSU al que tendrán derecho sus beneficiarios.

Algunas de las principales nuevas funciones de Fonasa serán:

- asegurar el acceso a los servicios contemplados en el PSU por parte de sus beneficiarios.
- Establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa.
- Establecer, de acuerdo al reglamento, la red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU, recayendo en Fonasa la definición de la red. Su red esencial serán las redes asistenciales de los Servicios de Salud pero, bajo estrictas normas de prelación y objetividad y cautelando aranceles iguales o menores, se podrá establecer otros prestadores fuera de la red pública.
- Determinar los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el PSU y definir los métodos de pago o transferencia.
- Fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el PSU y sancionar las infracciones.

2. PLAN DE SALUD UNIVERSAL (PSU)

El proyecto de ley propone la creación de un Plan de Salud Universal que consiste en un instrumento de cobertura sanitaria que otorga una protección financiera para un conjunto de servicios prioritarios en salud. El PSU contendrá garantías de acceso, calidad, protección financiera y cuando corresponda, oportunidad.^{iv}

Los servicios de salud que en principio podrán estar contenidos en el PSU incluyen exámenes de medicina preventiva y manejo de enfermedades crónicas, servicios hospitalarios, servicios de urgencia, maternidad y cuidado del recién nacido, medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios, servicios y dispositivos de rehabilitación, servicios de laboratorio y rayos, servicios ambulatorios, servicios de cuidados paliativos, servicios pediátricos, Garantías Explícitas en Salud y otros que se establezcan en leyes especiales.

Se establecerá una cobertura financiera no menor al 80% (copago máximo de 20%) para el PSU en la red de prestadores que defina Fonasa, la que incluirá de manera preferente a la red hospitalaria pública. Las personas cuyo ingreso mensual no exceda el ingreso mínimo y las personas mayores de 60 años tendrán una protección financiera del 100%.

El PSU será elaborado y actualizado teniendo en consideración objetivos sanitarios, así como también los recursos disponibles definidos por el Ministerio de Hacienda. El Ministerio de Salud, 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. Luego, el Consejo Directivo de Fonasa (que analizaremos más adelante) se pronunciará sobre la capacidad de la red de prestadores para otorgar dichos servicios priorizados y también sobre sus precios. Finalmente, un decreto del Ministerio de Salud suscrito por el Ministerio de Hacienda, fijará el Plan de Salud Universal con una vigencia de tres años, aunque el Presidente de la República podrá modificarlo por decreto supremo fundado antes de cumplido dicho plazo.

Es un avance positivo el que Fonasa pase a tener por objetivo -con las atribuciones necesarias- el velar para que se otorgue a sus beneficiarios los servicios contenidos en un PSU transparente y fácil de entender y que se cumplan las condiciones preestablecidas en cuanto a acceso, calidad, cobertura financiera y oportunidad. Para que esto se logre, es preciso, sin embargo, que la cobertura del PSU no sea demasiado amplia, pues un PSU maximalista no podrá ser sostenible en el tiempo. Al asegurar condiciones de acceso y oportunidad, la capacidad del sistema se verá sobrepasada, con lo que se introducirán presiones al racionamiento a través de mayores listas de espera, con el consecuente aumento en la frustración de los usuarios, o bien, requerirá de derivaciones masivas al sector privado, el que por su tamaño relativo tampoco podría absorber toda la demanda.

Tal como menciona la OMS, la “La cobertura de salud universal o CSU no implica la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, independientemente de su costo, ya que ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma sostenible. (...) La CSU no sólo tiene por finalidad asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino también lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera, conforme se disponga de más recursos.”^v La clave está entonces en lograr un balance adecuado entre objetivos sanitarios y disponibilidad de recursos, a través de un PSU realista, y de una implementación gradual y responsable. En ese sentido, el proceso de elaboración y actualización del PSU planteado en el proyecto de ley parece adecuado.

3. SEGURO DE MEDICAMENTOS

Otra preocupación de la ciudadanía es el alto gasto de bolsillo en medicamentos. En Chile, el 90% del gasto en medicamentos es “de bolsillo” y el 10% es público o está dentro de la cobertura de salud obligatoria, mientras que en la OCDE el 43% del gasto es “de bolsillo” y el 57% es público o de cobertura obligatoria^{vi}. Es decir, el alto gasto de bolsillo de los chilenos no sólo se debe al precio de los remedios sino que tiene más bien relación con quién es el que los financia. Por ello, una de las recomendaciones de la Fiscalía Nacional Económica, en su reciente estudio sobre la materia, fue considerar ampliar la cobertura de los seguros de salud, públicos y privados, de modo de incluir el costo de algunos medicamentos como parte integral de los tratamientos.

En esa misma línea, el proyecto de ley establece la creación de un seguro de medicamentos para todos los beneficiarios de Fonasa. El seguro sólo incluye medicamentos de uso ambulatorio genéricos (registrados exclusivamente bajo una denominación común internacional o DCI), cuya venta sea bajo receta médica. Si bien en principio es positivo fomentar el uso de medicamentos genéricos, los cuales son generalmente los de menor costo, surgen dudas respecto a su eficacia y seguridad, al no exigirse que sean bioequivalentes o equivalentes terapéuticos del medicamento innovador que sustituyen. Esto debiera ser objeto de revisión por parte del Congreso.

4. CAMBIOS EN LA GOBERNANZA DE FONASA

Otro de los objetivos perseguidos en el proyecto de ley es dar independencia y autonomía a la gestión de Fonasa, para lo cual se establecen cambios en su

estructura de gobierno, se introducen obligaciones de transparencia y se abre espacio a la participación ciudadana en la toma de decisiones.

Así, la dirección de Fonasa pasa de ser una de carácter unipersonal a una en que las decisiones más relevantes (entre otras, aprobar criterios para la selección de prestadores parte de la red; proponer los precios de compra de los servicios que contiene el PSU; pronunciarse sobre los estados Financieros de Fonasa, y evaluar el funcionamiento del PSU) se radican en un Consejo Directivo formado por cinco miembros, lo que permite mayor deliberación e imparcialidad en la toma de decisiones, pero también estabilidad en las mismas, al ser la renovación de la mayoría de sus miembros parcializada. Para asegurar su calidad técnica todos los miembros del Consejo serán designados por el Presidente de la República utilizando el Sistema de Alta Dirección Pública.

En este mismo sentido, a cuatro de ellos se les exige, como requisito mínimo, tener amplia experiencia (10 años) en el campo de la salud y en cargos públicos o privados en esta área, o en el campo de la economía, seguros o finanzas, habiendo ejercido cargos de gestión en el área de salud. Por otro lado, a fin de desvincular el cumplimiento de las funciones del Consejo Directivo de los ciclos políticos, tendrán una duración de seis años en sus cargos, renovándose por mitades cada tres años, y serán inamovibles, no pudiendo ser removidos sino por causales muy sucintas descritas en la ley y con la intervención de más de un órgano público para su determinación en aquellas cuya definición aparece como más ambigua. No obstante, estas normas no aplican respecto al presidente del Consejo Directivo, que además es el Director de Fonasa, en quien recaerán las funciones de administración y de carácter más operativas del fondo, y quien continuará siendo de exclusiva confianza del Presidente de la República, luego un proceso de selección mediante la Alta Dirección Pública, y sin perjuicio de las facultades del Consejo Directivo.

Para mayor transparencia, los acuerdos que adopte el Consejo Directivo deberán ser publicados en la página web del servicio, y para resguardar la probidad en el cumplimiento de la función pública, se les exige realizar declaración patrimonial y de intereses al asumir el cargo y se establecen incompatibilidades e inhabilidades, las que, no obstante, no son absolutas.

Finalmente, a fin de garantizar la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones de Fonasa, se crea la figura de un Consejo Consultivo, que asesorará al Consejo Directivo en materias tales como el análisis y evaluación del PSU, en la

evaluación de los planes institucionales de Fonasa, entre otras materias de competencia del Consejo Directivo en que éste le pida opinión. La conformación de este Consejo de diez miembros, si bien no se define en la ley, deberá considerar en forma paritaria a diversos actores del ámbito de la salud pública, como representantes de beneficiarios de Fonasa, gremios y prestadores, públicos y privados. Si bien las recomendaciones que den al Consejo Directivo no son vinculantes, sí tienen trascendencia en cuanto el Consejo Directivo deberá hacerse cargo de los análisis, evaluaciones y opiniones que efectúan a través de informes fundados.

CONCLUSIONES

La reforma a Fonasa va en la dirección correcta, siendo muy similar a las reformas implementadas hace un tiempo en Inglaterra, donde se separó la función de financiamiento de la salud de la de prestación en un modelo que describieron como “el financiamiento sigue al paciente”, es decir, el prestador que realiza el servicio recibe el pago, eliminándose los pagos por presupuestos históricos.

Esta es una reforma profunda en aras de resolver las principales demandas ciudadanas en materia de salud, como son el alto gasto de bolsillo y las largas listas de espera en el sector público. El Congreso Nacional tiene la valiosa oportunidad de colaborar para resolver muchos de los desafíos que hoy enfrenta el sistema de salud público. Ello requiere un debate reflexivo y serio, cuyo foco esté centrado en las personas, más allá de ideologías y posturas maximalistas.

ⁱ La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

ⁱⁱ Boletín N° 13178-11, que Reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un Plan de Salud Universal.

ⁱⁱⁱ Entrevista a Claudio Lucarelli: “La salud en Chile: ¿Cómo sanar sus falencias?”. Revista Libertad y Desarrollo N° 308, Agosto 2019.

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

^v Disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

^{vi} OECD (2013, 2015, 2017). Health at a Glance.