



**Informe Final de Acuerdos
Comisión de Expertos para las
Reformas de las Isapre y del Fonasa
Diciembre 2020**

Miércoles 30 de diciembre de 2020

Señor
Enrique Paris Mancilla
Ministro de Salud
Presente

Estimado Señor Ministro:

Me complace remitir a usted el Informe Final de Acuerdos de la Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y del Fonasa.

En esta ocasión se presentarán los acuerdos en torno a la institucionalidad del Plan de Salud Universal (PSU), a la creación de un Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y la Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA), a la reforma y fortalecimiento del Fonasa y a la mejora al sistema de las Isapre.

Cabe destacar, a modo de aclaración, que al igual que todos los Informes de Avances, las palabras que se encuentran enmarcadas con el siguiente símbolo [], indican aquellas materias que representan diferencias de opinión entre los comisionados. En algunos puntos, además, se agregan, para mayor explicación, notas al pie con los argumentos específicos de cada experto.

Nuevamente, agradezco la oportunidad de liderar esta comisión cuyo trabajo, sin duda, será un aporte para la discusión legislativa de los proyectos de ley.



Dr. Enrique Accorsi Opazo
Coordinador Comisión de Reforma de la Salud

I.- Aspectos Generales de la Comisión

1. Introducción

El Ministerio de Salud convocó el 1 de septiembre a una comisión de expertos para promover la reforma a las Isapre y alcanzar un “Mejor Fonasa”. El principal objetivo de los comisionados fue trabajar para generar consenso en relación con los proyectos de ley presentados por el Presidente Sebastián Piñera y que se encuentran actualmente en tramitación en el Congreso.

De esta manera, en la primera parte de las sesiones se escuchó a diversos actores a nivel nacional e internacional. La opinión de estos expositores representó un aporte para la construcción de consensos en torno a los proyectos de ley. Entre los presentadores estuvo la Dr. Izkia Siches, Presidenta del Colegio Médico de Chile, el Dr. Christopher Exeter, Asesor en Salud del Gobierno del Reino Unido, Marcela de los Ángeles González, de la Federación de Enfermedades Poco Frecuentes, entre otros. En la segunda parte de las sesiones, los expertos discutieron y llegaron a acuerdos en torno a cuatro materias: Plan de Salud Universal (PSU), Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y la Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

En las instancias de discusión se acordó un Plan de Salud Universal, el cual será un instrumento de la seguridad social en salud, constitutivo de derechos, de igual contenido, universal y debidamente financiado, cuyo proceso de formulación será transparente, participativo y periódico, al que tendrá acceso toda la población beneficiaria, sin discriminación arbitraria alguna, conforme a las garantías explícitas.

En este sentido, la Comisión convino que el PSU será formulado a propuesta de una nueva entidad: El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y la Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA). Esta institución será pública y descentralizada y tendrá por objetivo realizar la evaluación de tecnologías sanitarias para dar soporte técnico al PSU, estudiando la evidencia científica para definir, sobre la base de prioridades, las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

El grupo de expertos, asimismo, abordó la reforma a Fonasa. En específico, se analizaron cambios a su organización, gobernanza y atribuciones. De esta manera, los especialistas indicaron que Fonasa se constituirá como asegurador público de salud, responsable de entregar a sus beneficiarios el plan de salud definido por la autoridad sanitaria, con foco en las necesidades de su población.

La Reforma a las Isapre, finalmente, generó un gran debate entre los comisionados, quienes discutieron cómo mejorar el sistema privado de salud. Así, los especialistas consideraron que se deben hacer mejoras en los aspectos críticos de su modelo regulatorio y que afectan los derechos de las personas.

En el presente documento se detallarán los contenidos de las propuestas, los acuerdos alcanzados por la comisión, las materias sobre las cuales persisten desacuerdos entre los integrantes y los temas pendientes de abordar por parte del Congreso. Asimismo, en la parte final del documento encontrarán, como anexo, las actas de las sesiones de la Comisión y las presentaciones realizadas por los expositores.



2. Integrantes de la Comisión

El grupo asesor estuvo integrado por doce especialistas que han tenido un importante rol en la salud pública de nuestro país:

Oswaldo Artaza Barrios: Médico y Magíster en Administración de Salud de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Ministro de Salud en los años 2002 y 2003. Trabajó como asesor para la Organización Mundial de la Salud. Actualmente es Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de las Américas.

Ricardo Bitrán Dicowsky: Ingeniero Industrial de la Universidad de Chile, MBA y Doctor en Economía de la Salud de la Universidad de Boston. Presidente y Socio Fundador de Bitrán y Asociados, consultora internacional especializada en política sanitaria. Se especializa en el desarrollo y evaluación de reformas de financiamiento del sector de la salud. Tiene experiencia como asesor de políticas, investigador y profesor en Chile, Estados Unidos y más de 50 países en desarrollo.

Raquel Child Goldenberg: Médico Cirujano de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Fue asesora en el Ministerio de Salud y consultora en la Organización Panamericana de Salud.

Cristóbal Cuadrado Nahum: Médico Cirujano de la Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública y Doctorado en Salud Pública de la misma casa de estudios. Se ha desempeñado como investigador principal y coinvestigador en distintos proyectos. Tiene experiencia como consultor internacional para organismos internacionales y nacionales en materias de economía de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles. Actualmente es Coordinador Ejecutivo del Comité de Investigación y académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Marcelo Dutilh Labbé: Ingeniero Civil Industrial de la Pontificia Universidad Católica de Chile, MBA de la Universidad Adolfo Ibáñez y MIT Visiting Fellow 2019. Cuenta con más de 20 años de experiencia liderando como CEO el crecimiento de grandes y medianas empresas con presencia nacional e internacional, principalmente, en el área de seguros y empresas de salud (Grupo ILC, ex GG Consalud). Ha tenido roles de delegado en comisiones de políticas públicas en diversos países.

Tomás Flores Jaña: Ingeniero Comercial con mención en Economía de la Universidad de Chile y Máster en Economía de la Universidad de California. Actualmente se desempeña como Economista Senior en Libertad y Desarrollo. Fue Subsecretario de Economía entre 2010 y 2014. Además, se desempeñó como ayudante de investigación de la Facultad de Economía en la Universidad de Chile, investigador de la Comisión Chilena del Cobre y Jefe del Departamento de Coordinación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Ha sido docente en diferentes universidades del país.

Andrea Martones Reyes: Abogada de la Universidad de Chile. Experta en Derecho Sanitario. Consultora con amplia experiencia en el sector salud. Ha trabajado en diversos hospitales e instituciones públicas del sector salud como el ISP y la Subsecretaría de Salud Pública. Socia Directora de Martones Spa.

Jaime Junyent Ruiz: Abogado de la Universidad de Chile. Magíster en Gerencia y Políticas Públicas de la Universidad Adolfo Ibáñez. Cuenta además con un postítulo en Economía y



Finanzas de la Universidad de Chile. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Derecho Médico. Tiene más de 20 años de experiencia en asesoría jurídica a personas, empresas e instituciones públicas y privadas. Especialista en el ámbito del derecho público y de la salud. Exfiscal de la Superintendencia de Salud.

Thomas Leisewitz Velasco: Médico Cirujano y especialista en medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Salud Pública, Administración en Salud de la Universidad de Harvard. Fue asesor en la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

Alejandra Palma Riedel: Ingeniera Comercial con mención en economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Master of Arts en economía de la University of Maryland at College Park, USA, y Ph.D (c) en economía agrícola y de recursos naturales de la misma universidad. Ha trabajado en organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Ha participado como docente enseñando cursos de microeconomía y econometría, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad del Desarrollo, y Universidad de Maryland. Actualmente se desempeña en Libertad y Desarrollo como Economista Senior.

Sebastián Pavlovic Jeldres: Abogado de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Superintendente de Salud entre los años 2010 y 2014. Participó como investigador del Programa de Asesoría Legislativa de la Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN) y como consultor del Instituto Banco Mundial y de la Iniciativa Chile Libre de Tabaco.

Carolina Velasco Ortúzar: Economista y Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Máster en Políticas Sociales de London School of Economics and Political Sciences. Es investigadora en temas de salud del Centro de Estudios Públicos (CEP).

La Coordinación y Dirección de la comisión estuvo a cargo del Dr. Enrique Accorsi Opazo, asesor del Ministerio de Salud y Jaime González Kazazian, abogado y Asesor Legislativo del Ministerio de Salud. La Secretaría Técnica fue liderada por Sandra Riffo, periodista, Magíster en Políticas Públicas y Profesional del Gabinete del Ministerio de Salud. En una segunda etapa, se unió a la Secretaría Técnica Francisco León, Jefe de Planificación Institucional de Fonasa.

3. Temas que se propuso abordar la comisión

a) Marco común al sistema de salud

- Plan Universal de Salud (PSU).
 - i. Institucionalidad para determinar contenidos y estándares del PSU.
 - ii. Modelo de atención a fomentar.
 - iii. Costeo y financiamiento suficiente para el plan.
 - iv. Transición al nuevo PSU.
- Superintendencia de Salud.
- Ministerio de Salud.
- Estudio o revisión del impacto de los cambios propuestos.

b) Reforma a Fonasa

- Rol.
- Gobierno corporativo.
- Atribuciones.
- Transición.

c) Reforma a las Isapre

- Redefinición rol y participación de nuevas entidades.
- Afiliación.
- Primas / financiamiento.
- Tipos de planes de salud.
- Fondo de compensación entre Isapres o entre Isapres y Fonasa.
- Institucionalidad para ajuste de primas.
- Aspectos relativos a exigencias financieras y solvencia.
- Transición.

4. Metodología

Los miembros de la Comisión establecieron un programa de trabajo que contempló discusiones generales sobre el mandato de la Comisión y sus productos esperados. Además, los especialistas decidieron invitar a autoridades, organizaciones sin fines de lucro, instituciones gremiales y expertos nacionales e internacionales para que presentaran su posición ante el debate legislativo de las iniciativas “Mejor Fonasa” y “Reforma al Sistema de Isapre” y para que expusieran ejemplos de la forma en que otros países han resuelto algunos de los desafíos que hoy enfrenta el sistema de salud chileno.

5. Calendario de trabajo

La Comisión, como se mencionó anteriormente, inició sus sesiones el 1 de septiembre de 2020 y sostuvo dos reuniones semanales de dos horas cada una, los martes y jueves de 12:00 a 14:00 horas.

La siguiente tabla enumera cada una de las sesiones de la Comisión, las materias abordadas y los nombres y cargos de los invitados externos.

Fecha	Materias abordadas	Expositores y Participantes
1 de Septiembre	Reforma al Sistema Privado de Salud.	Patricio Fernández, Superintendente de Salud.
3 de Septiembre	Estado actual de la propuesta de Proyecto de Ley “Reforma al Sistema Isapre” e indicaciones realizadas en el Congreso. Estado actual de la propuesta de Proyecto de Ley “Mejor Fonasa” e indicaciones realizadas en el Congreso.	Gonzalo Simón, Presidente Asociación de Isapres. Marcelo Mosso, Director del Fondo Nacional de Salud.
8 de Septiembre	Reflexiones sobre la viabilidad de una nueva reforma de salud para Chile.	Dr. Manuel Inostroza, Secretario Ejecutivo Consorcio Universidades en Políticas de Salud.

	Posturas de Clínicas de Chile ante una reforma de salud.	Ana María Albornoz, Gerente General Clínicas de Chile.
15 de Septiembre	Comentarios a propuesta de Reforma de Isapre y Fonasa. Reformas de Salud.	Dra. Jeanette Vega, Ex subsecretaria de Salud Pública y Exdirectora Fonasa. Cecilia Rodríguez, Alianza Chilena de Agrupaciones de Pacientes.
22 de Septiembre	National Health Service System Introduction and Overview.	Dr. Christopher Exeter, Experto sobre el sistema de salud inglés.
24 de Septiembre	Sistema GES.	Andrea Guerrero, Jefa Departamento Coordinación Garantías y Prestaciones en Salud del Ministerio de Salud.
29 de Septiembre	Reforma de Salud a Isapres y Fonasa. Reforma de Isapres y Mejor Fonasa.	Claudio Cárcamo, Secretario General San Joaquín Agrupación Nacional de Usuarios y Consejos de Salud de Chile (Ancosalud). Marcela de los Ángeles González, Federación de Enfermedades Poco Frecuentes.
1 de Octubre	Desafíos y propuestas para la reforma pendiente al financiamiento en Chile.	Dra. Izkia Siches, Presidenta del Colegio Médico de Chile.
6 de Octubre	Sistema Sanitario Alemán	Dr. Jens Holst, Experto sobre el sistema de salud alemán.
15 de Octubre	Estudio de Mercado de Medicamentos.	Sebastián Castro, Jefe División Estudios, Fiscalía Nacional Económica.
20 de Octubre	Sesión de trabajo 1: Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
22 de Octubre	Sesión de trabajo 2: Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
27 de Octubre	Sesión de trabajo 3: Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
29 de Octubre	Sesión de trabajo 4: Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
3 de Noviembre	Sesión de trabajo 5: Revisión Propuesta Ministro de Salud sobre Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
5 de Noviembre	Sesión de trabajo 6: Revisión Propuesta Ministro de Salud sobre Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
10 de Noviembre	Sesión de trabajo 7: Revisión Propuesta Ministro de Salud sobre Plan de Salud Universal.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
12 de Noviembre	Sesión de trabajo 8: Discusión Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y la	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.

	Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA).	
17 de Noviembre	Sesión de trabajo 9: Discusión Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y la Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA).	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
24 de Noviembre	Sesión de trabajo 10: Discusión Reforma Fonasa.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
26 de Noviembre	Sesión de trabajo 11: Discusión Reforma Fonasa.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
1 de Diciembre	Sesión de trabajo 12: Discusión mejoras a las Isapre.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.
3 de Diciembre	Sesión de trabajo 13: Discusión mejoras a las Isapre.	Miembros de la Comisión y Secretaría Técnica Minsal.

II.- Plan de Salud Universal

A continuación, se indican los acuerdos alcanzados por la Comisión en torno al Plan de Salud Universal, comenzando con un conjunto de principios orientadores.

1. Respeto de los principios generales para un PSU

Durante las sesiones de debate, los comisionados han establecido una serie de elementos que deben ser considerados en una propuesta de Plan de Salud Universal:

- Universalidad:** El PSU y las garantías asociadas a él deben ser iguales para todas las [personas] [toda la población] [beneficiarias] de la seguridad social chilena, entregando una resolución integral a los problemas de salud cubiertos, con un modelo de atención con lineamientos comunes basado en la estrategia de la atención primaria de salud.
- Evaluación de Tecnologías:** En el diseño del PSU debe participar una entidad de evaluación de tecnologías sanitarias, debiéndose definir sus funciones y nivel de autonomía.
El diseño y actualización del PSU se basará en los principios que se señalarán en este documento y en la evaluación de tecnologías sanitarias, cuya institucionalidad, funciones y nivel de autonomía deberá ser definida.
- Dinamismo:** Ya que los problemas de salud y la carga de enfermedad van variando en el tiempo, el PSU no debe ser una mera lista de prestaciones, sino soluciones integrales a problemas de salud priorizados, para lo cual se debe crear una institucionalidad que actualice periódicamente el plan.
- Gradualidad y Sostenibilidad:** El PSU debe contener un mecanismo que le permita ir desarrollándose [incrementalmente en el tiempo] de acuerdo con las necesidades de salud priorizadas y los recursos disponibles.
- Integralidad:** Debe incorporar desde la promoción a los cuidados de largo plazo, considerando los aspectos biopsicosociales a lo largo del ciclo vital y generando soluciones integrales a los problemas de salud. La integralidad en la resolución

implica que la implementación del PSU debe ser a través de redes de atención basadas en la estrategia de atención primaria de salud.

- **Priorización:** La formulación del PSU estará sujeta a criterios de inclusión explicitados en la ley. Estos estarán basados en la equidad, la evidencia científica, el impacto en la calidad de vida y la relación costo-efectividad de las acciones, sobre la base de la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros.
- **Modelo de atención:** El PSU se deberá confeccionar sobre la base de un modelo de atención con lineamientos comunes, centrados en la persona, integrales y continuos, basado en los principios y valores de la estrategia de la atención primaria de salud. Este modelo no es rígido y, dentro de unos lineamientos generales, puede tener diversas expresiones que promuevan la innovación, la eficiencia, la calidad y la satisfacción de las personas.

2.- Propuesta de consolidado Plan de Salud Universal

- Establézcase un Plan de Salud Universal, el cual es un instrumento de la seguridad social en salud, constitutivo de derechos, de igual contenido, universal y debidamente financiado, cuyo proceso de formulación será transparente, participativo y periódico, al que tendrá acceso toda la población beneficiaria, sin discriminación arbitraria alguna, conforme a las garantías explícitas.
- El PSU, tiene como objeto lograr acceso y cobertura universal de salud a través de la inclusión de un conjunto priorizado de servicios de salud que comprende acciones, dispositivos médicos, medicamentos y soluciones integrales en salud, que contendrán garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera determinadas de acuerdo a los medios, prioridad sanitaria y recursos disponibles, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados de largo plazo, considerando los aspectos biopsicosociales y los objetivos sanitarios del país establecidos por el Ministerio de Salud, en todas las etapas del ciclo vital de las personas.
- La priorización sanitaria que permitirá la definición de los contenidos y las garantías del PSU se basará en criterios de equidad y priorización internacionalmente aceptados, incluyendo la evaluación de tecnologías sanitarias, sobre la base de la evidencia científica, el impacto de los problemas de salud en la calidad de la vida, la carga de enfermedad, el impacto financiero, [la necesidad médica /estudio de demanda] y la relación costo-efectividad de las acciones. El PSU será actualizado a lo menos cada [tres] años o cada vez que la evidencia científica lo determine necesario en conformidad al proceso de evaluación de tecnologías sanitarias. El proceso de formulación y actualización será transparente, participativo y periódico.
- El PSU será elaborado conforme al procedimiento establecido en la ley, considerando los principios de universalidad, equidad, prioridad, calidad, eficiencia, resolutivez, sustentabilidad financiera, capacidad de la red, transparencia y participación, con garantías explícitas, las que serán las mismas para todos sus [beneficiarios].
- La propuesta del Plan de Salud Universal será responsabilidad de una instancia participativa y transparente; el [Consejo Nacional del Plan de Salud Universal (CNPSU)], en el cual participarán diferentes actores. El Ministerio de Salud

determinará el PSU sobre la base de la propuesta del [Consejo], el que deberá ser suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, conforme al procedimiento establecido en la ley.

- El presupuesto del PSU deberá formularse de manera plurianual.
- La instancia que defina el PSU [CNPSU] debe considerar las evaluaciones de INETESA para la definición de la priorización del PSU.
- El plan se implementará a través de redes integradas de atención, basadas en los principios y valores de la estrategia de la atención primaria de salud, debiendo existir opciones de prestadores dentro de las redes y [de alternativas fuera de la red donde no regirán las mismas garantías].
- [El PSU tendrá una cobertura financiera, que estará especificada en la ley, [de al menos un 80%] en las [redes] integradas y de un valor a definir fuera de esas mismas. Adicionalmente, se considerará un gasto máximo anual, que se deberá definir en la ley sobre la base de los ingresos familiares per cápita anual, esto siempre que las atenciones se produzcan dentro de las redes].
- La implementación del PSU debe considerar una transición gradual, que tenga a la vista la situación y capacidad de prestadores del sector público y privado y las garantías que actualmente tienen las personas.

3. Temas en debate

Principios:

- a) **Universalidad:** Si bien hay consenso en que el PSU debe considerar a todas las personas afiliadas a Isapre y Fonasa, no hubo acuerdo en extender su alcance a quienes no participan de la seguridad social en salud. Sin embargo, a postura de algunos integrantes de la Comisión, el mínimo de la cobertura debería estar dado por todas las personas que están en Fonasa e Isapre y aquellas que no tienen previsión.
- b) **Gradualidad:** No se llegó a acuerdo respecto de la obligatoriedad de que el PSU sea incremental en el tiempo. Hay miembros de la comisión que están de acuerdo con esta gradualidad, no obstante algunos hacen la prevención de que esto podría significar un problema para el cumplimiento de la ley en el caso que las circunstancias del país cambien.

Propuesta PSU:

- a) **Actualización del PSU:** Hay acuerdo en que tiene que haber una evaluación periódica y permanente del plan, sin embargo no hay un consenso de cada cuántos años debe ser.
- b) **Consejo Nacional del Plan de Salud Universal:** Por definir y discutir el tipo de instancia participativa y transparente que diseña el PSU, su tipo de vinculación con INETESA y la responsabilidad de la autoridad política.

- c) **Implementación:** Está pendiente debatir sobre los espacios de opción dentro de las redes y el debate de la modalidad libre elección.
- d) **Cobertura financiera:** No hay acuerdo sobre definir un número de porcentaje exacto de cobertura. Algunos miembros de la comisión consideran que establecer una cifra determinada rigidiza el trabajo posterior y la viabilidad financiera del PSU. Por otra parte, otros establecen que la nueva ley no debería retroceder en los beneficios que actualmente tienen las personas en Chile.

III.- Instituto de Excelencia Clínica y Evaluación de Tecnologías en Salud (INETESA)

1. Definición y funciones de la Institucionalidad

Es responsabilidad indelegable del Ministerio de Salud la definición de los Objetivos Sanitarios del país con sentido estratégico y de largo plazo, considerando las perspectivas regionales y la participación social¹. El Plan de Salud Universal (PSU) será formulado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Instituto² Nacional para la Excelencia Clínica y la Evaluación de las Tecnologías en Salud (INETESA).

El INETESA será un organismo público y descentralizado con personalidad jurídica y presupuesto propio, que se relacionará con el o la Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. Su objetivo será gestionar un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias que dé soporte técnico al PSU, sobre la base de los principios de transparencia, amplia participación social y con altos estándares de rendición de cuentas. Además, se encargará de recabar y estudiar la evidencia científica para definir el PSU y estructurar, sobre la base de prioridades, las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, según lo defina el reglamento.

El INETESA propondrá modificaciones al PSU periódicamente, según lo establezca la ley, sobre la base de los objetivos sanitarios que fije el Ministerio de Salud (ver 1 en Figura 1), considerando los principios de universalidad, equidad, prioridad, calidad, eficiencia, capacidad resolutoria, sostenibilidad financiera, transparencia, participación y vulnerabilidad. El PSU y sus modificaciones contendrán garantías explícitas, iguales para todas las personas beneficiarias de la seguridad social en la salud chilena.

Las propuestas que haga el INETESA respecto del PSU (ver 2 en Figura 1) serán el resultado de un proceso de priorización sanitaria continua, que permitirá definir los contenidos y las garantías del PSU. Esta priorización estará basada en criterios internacionalmente aceptados, incluyendo la equidad, la evaluación de tecnologías sanitarias sobre la base de la evidencia científica, el impacto de los problemas de salud en la calidad de la vida, la carga de enfermedad, el impacto financiero, la relación de costo-efectividad de las acciones y las preferencias sociales.

El PSU será actualizado periódicamente del modo que determine la ley, o cada vez que la evidencia científica lo determine en conformidad con el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias. En virtud de ello, el INETESA, en ejercicio de sus funciones, podrá proponer

¹ Se recomienda considerar, además, las perspectivas de género y de los pueblos originarios.

² Consejo u Agencia.

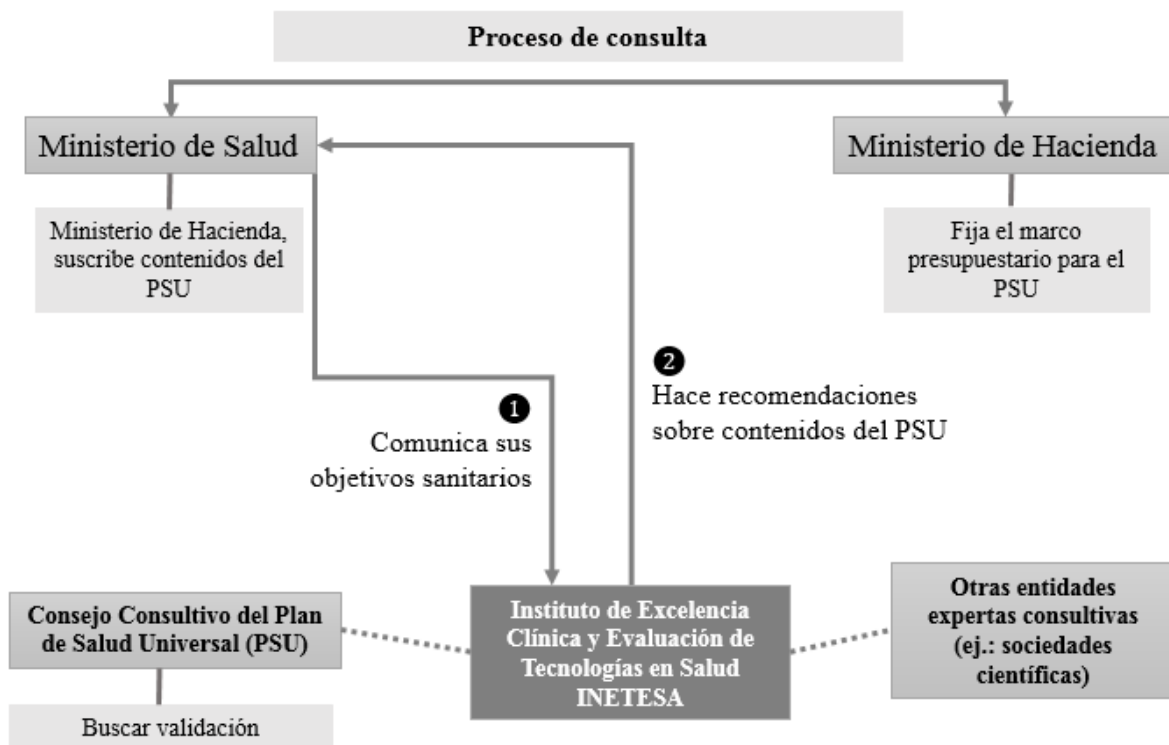
anualmente a la autoridad sanitaria, la incorporación³ al PSU de nuevas tecnologías sanitarias, incluyendo productos sanitarios y servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, propuesta que será analizada por el Ministerio de Salud en su mérito y según los recursos disponibles. El proceso de formulación, así como el de sus actualizaciones será transparente, participativo y periódico.

Sólo podrán incorporarse al PSU, las acciones y tecnologías que hayan contado con un informe favorable del Instituto. [En situaciones excepcionales, la autoridad sanitaria podrá, mediante un proceso acelerado de evaluación, solicitar evaluaciones de tecnologías abreviadas consideradas de alta prioridad por su potencial impacto sobre la salud pública]⁴⁵.

De no acogerse la propuesta del Instituto, el decreto deberá contener los fundamentos que justifiquen la decisión, debiendo dársele la debida publicidad por mecanismos de transparencia activa para su conocimiento por parte de la ciudadanía.

Al momento de la creación del INETESA⁶ se definirá la dotación con los perfiles de cargos que establezca la respectiva ley en el marco de las competencias, comenzando con las dotaciones de personal existentes en las reparticiones públicas vigentes.

Figura 1: Proceso de formulación del PSU y rol de INETESA



³ El reemplazo y el retiro.

⁴ Algunos miembros de la Comisión consideran que no existen razones para incorporar tecnologías sin una evaluación o con una evaluación desfavorable del Instituto. No obstante, argumentan que puede existir un mecanismo excepcional y expedito de evaluación de tecnologías que permitan la rápida toma de decisiones bajo circunstancias especiales.

⁵ JJ. AM. RC. Argumentan que INETESA no puede tener la última palabra en estas materias, y que por ello el Ministerio de Salud puede excepcionalmente incorporar productos sin o contra la opinión, y que todas las decisiones del INETESA deben ser impugnables.

⁶ JJ. AM. RC. Se deben contemplar, también, los recursos adicionales.

2. Objetivos del INETESA

- a) Desarrollar una propuesta de PSU que incorpore las [coberturas]⁷, garantías y sus estándares de calidad, acorde a lo dispuesto por la ley, los objetivos sanitarios del país y los criterios señalados con anterioridad, considerando los recursos disponibles.
- b) Realizar o encargar los estudios necesarios para desarrollar una priorización para la propuesta de PSU.
- c) Evaluar tecnologías sanitarias incluyendo productos sanitarios y servicios preventivos, curativos y de rehabilitación como insumo para la priorización del PSU.
- d) Recomendar [Generar] protocolos, guías de prácticas clínicas, vías clínicas y normas técnicas.
- e) Recomendar periódicamente modificaciones al PSU en ejecución, basado en las evaluaciones desarrolladas.
- f) Monitorear el [desempeño de las prestaciones del PSU]⁸ respecto a los objetivos sanitarios.

3. Gobernanza del INETESA

El INETESA tendrá un Consejo Directivo, un Director/Secretario Ejecutivo y un Consejo Consultivo del PSU.

a) Consejo Directivo

Se creará un Consejo Directivo de INETESA cuya misión será que la institución cumpla con las funciones señaladas por la ley, asegurando la suficiencia técnico-científica y la legitimidad social de la propuesta del PSU al Ministerio de Salud y sus demás funciones. Para ello, su composición deberá asegurar alta calificación técnica, reconocido prestigio profesional o académico, mediante 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 que evite la captura por grupos de interés. El Consejo Directivo estará compuesto por [cinco u siete] miembros, según lo establecido en el marco de la normativa relativa al Sistema de Alta Dirección Pública (SADP), cautelando la equidad de género.

Sus integrantes, denominados consejeros, deberían ser remunerados y elegidos individualmente por el Presidente de la República, a partir de una quina propuesta por el SADP, y deberán ser ratificados [de manera conjunta]⁹ por la mayoría absoluta del Senado. Permanecerán por periodos que sean independientes del ciclo político (por ejemplo, tres o seis años) y se renovarán por parcialidades. En el primer nombramiento del Consejo Directivo, se deberá incorporar un mecanismo transitorio que asegure meritocracia y evite cualquier fenómeno de captura.

⁷ Algunos expertos estiman que las coberturas deben estar garantizadas por ley y no pueden ser menores de las que existen hoy. Además, señalan que la cobertura no puede ir modificándose de acuerdo con las garantías. Otros consideran que se pueden entregar diferentes tipos de cobertura definidos por INETESA.

⁸ Parte de los especialistas cree que el monitoreo es un rol fiscalizador que no le corresponde a un ente asesor como INETESA. Sin embargo, otros consejeros analizan que el Instituto puede generar un monitoreo sobre la calidad dentro del sistema de salud. En este sentido, si bien el Instituto no fiscaliza, puede generar información con respecto a su objetivo.

⁹ No hay consenso con respecto a si debería ser la primera vez o en cada nombramiento. La idea es generar estabilidad con un consejo técnico y eso se garantiza con que no se elijan todos en conjunto y que sus elecciones sean alternadas.

Los consejeros cesarán en su cargo por renuncia, cumplimiento del plazo de nombramiento, incompatibilidad o inhabilidad sobreviniente, o faltas graves al cumplimiento de sus funciones o muerte, según lo establezca la ley, lo que debe ser ratificado por el Senado.

El Consejo Directivo tendrá un Presidente cuyo rol será presidir y citar las sesiones del Consejo; fijar sus tablas; dirigir sus deliberaciones, y dirimir sus empates. Se relacionará con el Secretario Ejecutivo para la coordinación de las funciones y atribuciones del Instituto.

Las principales funciones de los consejeros serán designar y remover de su cargo por mayoría absoluta al Presidente del Consejo Directivo del INETESA, y participar en la selección y remoción del Director/Secretario Ejecutivo, así como aprobar el plan estratégico de la organización y las propuestas que emanen desde el INETESA hacia el Ministerio de Salud. Asimismo, el Consejo Directivo deberá supervisar y evaluar que la gestión del Director/Secretario Ejecutivo cumpla con la misión del INETESA. Sus actas deberán ser públicas.

b) Director/Secretario Ejecutivo del INETESA¹⁰

El INETESA tendrá un Director/Secretario Ejecutivo que será seleccionado y removido por el Consejo Directivo, sobre la base del SADP. El Director/Secretario Ejecutivo será el responsable técnico y administrativo de la institución y de desarrollar las funciones señaladas por la ley.

Los consejeros y el Director/Secretario Ejecutivo deberán cumplir con los requisitos de probidad y de ausencia de conflictos de intereses de acuerdo a lo que establezca la ley, tanto para asumir como al cesar en el ejercicio del cargo.

El segundo nivel jerárquico también deberá ser nombrado por el SADP.

c) Consejo Consultivo del PSU¹¹

Existirá un Consejo Consultivo del PSU, cuya función será recibir y procesar sugerencias y requerimientos de diversos actores incumbentes y de la ciudadanía con respecto al PSU y opinar sobre las propuestas técnicas en elaboración. Además de asegurar mecanismos de participación activa de la población beneficiaria del PSU y grupos de pacientes. Sus sesiones y actas serán públicas.

Al momento de regir plenamente la ley que crea el INETESA, las funciones de los Consejos del AUGE y de la Ley Ricarte Soto deben traspasarse al Consejo Consultivo del PSU.

El Consejo Consultivo del PSU deberá estar integrado por representantes del ámbito de la seguridad en salud y sus beneficiarios; de los prestadores en salud y sus trabajadores; así como de actores del mundo académico, del económico y de la sociedad civil en general.

El Consejo Consultivo contará con una Secretaría Técnica, provista por el INETESA.

¹⁰ Debe ser de dedicación exclusiva.

¹¹ JJ. AM. RC. Consideran que, si el Ministerio de Salud define el PSU, entonces este consejo debe estar alojado ahí y no en el INETESA.

Las deliberaciones del Consejo deberán ser tomadas en cuenta por INETESA y en lo que no se esté de acuerdo, el Instituto deberá fundadamente señalarlo.

d) Otras entidades asesoras

El INETESA podrá solicitar estudios y opinión a diversas personas y organizaciones expertas, tales como profesionales expertos, universidades, sociedades científicas, etc. con el objeto de mejorar el cumplimiento de sus funciones.

4.- Judicialización

Previo a resolver cualquier recurso o acción tutelar sobre acceso de medicamentos, terapias o tratamientos no incluidos en el PSU, los Tribunales de Justicia deberán solicitar un informe técnico al INETESA.

Asimismo, se deberán buscar mecanismos que permitan abordar sistémicamente la judicialización.

La ley deberá abordar los recursos administrativos de impugnación respecto de los actos administrativos intermedios que dictamine INETESA.

5.- Armonización con las leyes vigentes

Asimismo, se incorporarán al INETESA los organismos y procedimientos que establecen las prioridades de la Ley Ricarte Soto, de la Ley Nacional del Cáncer, y de otras instancias y procesos encargados de la priorización en salud, según se determine en la ley.

IV.- Fondo Nacional de Salud

1. Fondo Nacional de Salud

a) Definición y objetivo del Fondo Nacional de Salud

El Fondo Nacional de Salud se constituirá como asegurador público de salud, responsable de entregar a sus beneficiarios el plan de salud definido por la autoridad sanitaria, con foco en las necesidades de su población.

Será [una empresa pública] [un servicio público descentralizado]¹², con personalidad jurídica y patrimonio propio¹³, que se regirá por la ley y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud¹⁴.

Será dirigido por un Consejo Directivo y un Director Ejecutivo¹⁵. La norma/ley deberá establecer las inhabilidades correspondientes para asegurar la independencia de grupos

¹² No hay acuerdo en los miembros de la comisión si Fonasa debiera ser una empresa o un servicio público descentralizado.

¹³ CC. La idea de patrimonio propio debe seguir la lógica de otros Seguros Públicos en que se le entrega un patrimonio inicial al momento de su constitución (o reforma) que le permite al fondo tener autonomía en la gestión financiera con una lógica que va más allá del año fiscal. El 7% de cotizaciones obligatorias más las contribuciones vía impuestos para personas no contribuyentes deben ir, en base a una regla fiscal conocida, directamente al Fondo y no pasar por un proceso de negociación anual con Hacienda como ocurre en la actualidad. En el caso del sistema con PSU vigente, la transferencia del tesoro público al Fonasa deberá cubrir, a lo menos, los costos esperados del PSU para su población beneficiaria.

¹⁴ RB. Esto atenta contra la naturaleza del Fonasa como asegurador, pues subordina sus comunicaciones al Ministerio de Salud, que por ahora sigue siendo el administrador de la principal red de prestadores del país.

¹⁵ JJ. El Director debiera tener responsabilidad política.

de intereses y una alta calificación técnica¹⁶.

b) Consejo Directivo de Fonasa¹⁷

El Consejo Directivo de Fonasa tendrá como misión [cautelar / dirigir] que la institución cumpla con sus responsabilidades. Para ello, sus principales funciones serán: participar en la selección y remoción del Director Ejecutivo de Fonasa, según se determina más adelante; aprobar el plan estratégico, las políticas generales de gestión financiera y de riesgo, de procedimientos de compra, auditorías y la estructura interna de Fonasa. Asimismo, deberá supervisar y evaluar que la gestión del Director Ejecutivo cumpla con los objetivos establecidos para el asegurador público. Sus actas deben ser públicas.

El consejo estará integrado por 5-7 miembros (impar) calificados técnicamente y de alto prestigio en las áreas de gestión, administración, aseguramiento, finanzas y salud. El consejo deberá considerar la representación¹⁸ de los usuarios^{19,20,21}, en conformidad con las normas legales que resguardan la equidad de género. El Presidente del Consejo Directivo²² será seleccionado y removido de dicho cargo por mayoría absoluta de los consejeros.

Sus integrantes, denominados consejeros, deberán ser remunerados y elegidos individualmente por el Presidente de la República, a partir de una terna propuesta por el Sistema de Alta Dirección Pública (SADP), y deberán ser ratificados por el Senado por quórum simple. La duración del cargo será de 6 años, con posibilidad de renovación por una vez. La renovación se realizará por parcialidades de tres años²³. Los consejeros tendrán responsabilidad administrativa respecto de las actuaciones relativas al ejercicio del cargo.

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, renuncia o muerte²⁴.

En el primer nombramiento del Consejo se deberá incorporar un mecanismo transitorio para asegurar su pluralismo, heterogeneidad y paridad de género y, así, tener la posibilidad de nombrar a todos sus miembros.

c) Director Ejecutivo y atribuciones de Fonasa

El Director Ejecutivo de Fonasa tendrá la labor de dirigir, organizar, coordinar y supervigilar el funcionamiento de Fonasa de acuerdo con las directrices del Consejo²⁵.

¹⁶ Hay, en general, acuerdo en una estructura colegiada que permita rendir cuenta de manera más amplia y en el largo plazo.

¹⁷ AM. En caso que se defina como una institución descentralizada, el diseño debe adecuarse a los criterios de la Contraloría General de la República.

¹⁸ JJ. Considera que deberían tener derecho a voto.

¹⁹ AP. Plantea que los usuarios no deben formar parte del Consejo Directivo.

²⁰ CC. JJ. Proponen incorporar, además, a trabajadores de la salud y prestadores en el Consejo.

²¹ AP. Señala que la incorporación de trabajadores y prestadores en el Consejo Directivo de Fonasa fue largamente debatido en la comisión convocada por el CEP y se decidió que no participarían.

²² JJ: Propone que dure dos años en el cargo.

²³ Propuesta Secretaría Técnica.

²⁴ JJ. Sugiere agregar: “Se entenderá que hay falta grave al incumplimiento de sus funciones las decisiones que contradigan abiertamente las políticas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud; autoricen gastos que excedan del marco presupuestado anual o plurianual vigente; o que infrinjan el principio de probidad administrativa”.

²⁵ JJ. Sugiere agregar: “De acuerdo a las políticas sanitarias definidas por el Ministerio de Salud, el marco presupuestario y las políticas generales que imparte el Consejo Directivo”.

Para ello, al menos deberá contar con atribuciones en los siguientes ámbitos:

- **Políticas generales:** Proponer para aprobación al Consejo Directivo el plan estratégico de Fonasa, las políticas de riesgo y procedimientos²⁶.
- **Estructura interna de Fonasa:** Fijar la estructura interna de Fonasa, cuidando que las unidades a nivel regional y comunal sean robustas para responder a las necesidades de la población.
- **Beneficiarios:** Afiliar²⁷ y clasificar beneficiarios, en caso de mantener [esquema actual]²⁸. Informar a sus afiliados los beneficios a los que tienen acceso, así como las garantías y condiciones asociadas y las vías para hacerlos exigibles, impulsando políticas comunicacionales en este ámbito. Conocer y resolver reclamos de sus afiliados. No obstante, los beneficiarios de Fonasa podrán recurrir a la Superintendencia de Salud toda vez que estimen que sus derechos han sido vulnerados.

Aquellas personas que no se encuentren afiliadas a ningún esquema previsional en Chile se asumirán beneficiarias de Fonasa³⁰, en la medida que cumplan con los requisitos establecidos por la normativa³¹. Para eso, Fonasa debe poder requerir la información que sea necesaria a las instituciones pertinentes, respetando la confidencialidad de los datos personales en los términos que prescriba la ley.

El Fonasa podrá requerir la información que sea necesaria a las instituciones pertinentes respecto al cumplimiento de garantías y a toda otra materia relacionada con el PSU.

- **Administración de recursos³²:** Recaudar y administrar íntegramente todas las cotizaciones, así como el aporte fiscal definido en la Ley de Presupuestos del Sector Público y copagos³³ cuando corresponda, asociados al financiamiento del PSU. El Fonasa deberá contar con patrimonio propio y autonomía suficiente para realizar una planificación financiera [plurianual], incluyendo estudios actuariales que incorporen los cambios esperados en el perfil de costos acorde a la actualización del PSU³⁴. Sus estados financieros deben ser públicos. Asimismo, deberá cautelar el buen uso de los recursos, estableciendo mecanismos que lo permitan.³⁵ Entre otros, debe contar con la facultad para aplicar premios y

²⁶ RB. JJ. Creen conveniente definir “política de riesgo” y “procedimiento”.

²⁷ JJ. Coincide con que el tema de los tramos es complejo. Distinguir la entre contribuyentes y no contribuyentes, y en el primer caso, se podría establecer una subclasificación que esté vigente por todo un año

²⁸ CC. Plantea la duda de si queremos mantener la lógica de letras para el Fonasa o si esta clasificación sería algo nuevo. ¿Con que fin? ¿Cómo se relaciona esto con la definición de las coberturas de protección financiera definida por ley del PSU y las recomendaciones de INETESA?

²⁹ AM. Estima que hay que cambiar los tramos. Hoy la manera en que se hacen los Fonasa C y D es caótica, incluso, para poder pagar. Por ejemplo, si una persona es Fonasa C y un mes hace horas extras en su trabajo, pasa a Fonasa D, y puede darse el caso de que entre a hospitalización siendo Fonasa C y egrese siendo Fonasa D. El sistema actual debiera repensarse.

³⁰ JJ. Propone “serán beneficiarias de Fonasa por el solo ministerio de la ley”.

³¹ CC. Plantea eliminar la frase “en la medida que cumplan con los requisitos establecidos por la normativa”.

³² AM. Actualmente Fonasa tiene la facultad de condonar parte de la deuda de sus beneficios y es importante mantener eso. También es relevante conservar las fiscalizaciones que realiza a prestadores públicos en materia del uso de los recursos.

³³ JJ. Propone incluir: “Y demás ingresos que establezca la ley”

³⁴ JJ. Esto es labor del Ministerio de Salud. El Fonasa solo debe financiar las prestaciones de salud. Lo que si puede hacer es informar al Ministerio de Salud las inconsistencias, brechas o dificultades que encuentre con ocasión de la ejecución de sus obligaciones.

³⁵ JJ. Propone: “De acuerdo a las normas de administración financiera del Estado y con estricto apego al principio de probidad administrativa”

sanciones ³⁶ relevantes, [como económicas, término de compra de servicios y traslado de beneficiarios a los prestadores] [que apunten al respeto de los derechos de sus beneficiarios y al cumplimiento de sus garantías asociadas].

- **Otorgamiento del plan de salud:** Financiar y asegurar el otorgamiento de los contenidos del plan de salud para sus usuarios, en cumplimiento con las garantías asociadas a dicho plan definido por la autoridad sanitaria.
- **Relación con prestadores:** Es responsabilidad exclusiva del Fonasa efectuar y supervisar los convenios con redes [de] / [y] prestadores públicos y privados, [los que también podrán organizarse en red], asegurando la facultad de celebrar convenios con segundos o terceros [redes] prestadores para permitir la integral implementación del PSU.

Salvo expresa oposición del beneficiario, el Fonasa asumirá de pleno derecho su representación si el [prestador] [red] que debe otorgar la atención de salud ha excedido del plazo que establece la garantía de oportunidad, con el solo fin que dicha prestación se otorgue en el menor plazo posible³⁷.

Los convenios serán en todos los niveles y modalidades de atención requeridos para poder dar atención plena y suficiente a las garantías y coberturas del PSU. En ellos se incluirán los mecanismos de pago y condiciones de entrega de los recursos, tales como, metas sobre resultados clínicos, de morbilidad de la población, de satisfacción y trato usuario, de tiempos de espera; exigencias de coordinación entre prestadores (como derivaciones), de uso de plataformas de información clínica interoperables, de entrega de información y derivaciones; premios o estímulos a prestadores de buen desempeño y las sanciones asociadas a los incumplimientos. El Fonasa deberá tener la facultad de excluir de sus redes a prestadores [privados] en base a razones fundadas. Asimismo, tendrá la potestad de fiscalizar y tramitar las licencias médicas³⁸.

- **Gestión de riesgo:** Tratar datos personales, de acuerdo con la legislación vigente, para caracterizar, gestionar riesgo poblacional [y con ello adecuar las acciones] en favor de una mejor entrega del PSU a sus beneficiarios. Para ello podrá 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.
- Invertir en nueva infraestructura y equipamiento de los prestadores de salud, en caso de que lo considere conveniente para asegurar la entrega del PSU a sus usuarios.

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

³⁶ CC. Plantea la duda de si un asegurador puede establecer “sanciones” o si debe usarse otra palabra o estipular cuáles son (multas, etc.).

³⁷ CC. Argumenta que la atención debe ser coordinada por redes de prestadores. Si una red requiere integrar a prestadores privados de nivel individual o institucional, eso debe poder hacerse, pero a través de la red. Debe quedar ese prestador coordinado por un gestor de red. No se quiere que esté por fuera el prestador privado y que no tenga ninguna coordinación con la red y que se traten como dos cosas duales. Que le mantengamos la posibilidad al Fonasa de tener convenio con prestadores individuales que no sea coordinados a través de un gestor público, va a generar los mismos problemas de coordinación que hoy tenemos.

³⁸ Las licencias médicas no serán parte del debate de esta Comisión.

en dicho cargo y las veces que lo requiera el Consejo.

La selección del Director Ejecutivo constará de tres etapas. Primero, el Consejo Directivo de Fonasa entregará al SADP un perfil del cargo, que incluirá los requisitos técnicos y competencias necesarias. El SADP deberá preseleccionar un número suficiente de candidatos. Segundo, el Consejo Directivo seleccionará desde una terna a quien asumirá el cargo de Director.

La duración del cargo de Director Ejecutivo será de 3-5 años, renovable por dos periodos.

El Director Ejecutivo cesará en el cargo por cumplimiento del plazo de nombramiento, incompatibilidad o inhabilidad sobreviniente, renuncia o muerte. 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. El Consejo Directivo podrá remover al Director Ejecutivo en base a razones fundadas por mayoría absoluta de sus miembros.

Los directores de segundo nivel deben ser seleccionados por el Director Ejecutivo en el marco del SADP y [gozarán de estabilidad funcionaria]³⁹.

d) Consejos de la Sociedad Civil

En cumplimiento con la legislación, Fonasa debe contar con un Consejo de la Sociedad Civil, elegido por el sistema legalmente establecido. Se deberán establecer formal y públicamente sus objetivos, las materias específicas en que deberá ser consultado por el Consejo Directivo de Fonasa o Director Ejecutivo, antes de tomar decisiones en dichas materias, así como la forma en que participará en la cuenta pública participativa anual de la institución. Asimismo, se deberá dejar establecida la regularidad de las reuniones, un espacio físico adecuado y una plataforma tecnológica para publicar sus actas.

2. Superintendencia de Salud

La Superintendencia de Salud deberá generar información que permita conocer, caracterizar y evaluar el desempeño de todos los prestadores y aseguradores de la seguridad social, sean públicos o privados. Entre otros, deberá publicar tiempos de espera, resultados clínicos, protección financiera y satisfacción usuaria. Dicha información deberá ser completa, oportuna, transparente, técnicamente adecuada, fácilmente accesible y pública. Para ello contará con las atribuciones para exigir la entrega de dicha información a las entidades que corresponda.

La Superintendencia de Salud fiscalizará a Fonasa en todo lo referente al PSU, [exactamente de la misma manera en que podrá fiscalizar a los demás aseguradores de la seguridad social en salud]. Para ello contará con todas las atribuciones necesarias para asegurar y exigir el cumplimiento de las garantías de los beneficiarios.

Asimismo, podrá establecer y hacer exigibles estándares de transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad en el uso de los recursos, como estados financieros y otros

³⁹ JJ. Considera que es importante revestir a los cargos de autoridad y dignidad de tal manera que puedan tomar decisiones con independencias. Si queremos mantener una institución fuerte e independiente, eso pasa por fortalecer la institución.

informes de calidad y cumplimiento.

La Superintendencia de Salud podrá establecer sanciones a Fonasa y prestadores estatales ante incumplimientos, adicionales a las que actualmente tiene (sumario administrativo).

La Superintendencia de Salud podrá mediar y resolver cuando no se logren superar los problemas, reclamos o discrepancias entre Fonasa y sus usuarios o entre Fonasa y los prestadores. Para ello, la Superintendencia de Salud fiscalizará y aplicará sanciones a los prestadores.

Cabe destacar que el fortalecimiento del Fonasa (y también de la Superintendencia de Salud) debe conllevar un aumento real de su presupuesto, acorde a su entidad aseguradora del PSU para más de 14 millones de chilenos, dentro de los cuales se encuentran los más vulnerables.

3. [Modalidad de Libre Elección de Fonasa]⁴⁰

El Fonasa establecerá convenios con redes de prestadores o prestadores individuales, para otorgar la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Esta modalidad se regirá en base a los siguientes principios:

- a) Será para prestaciones [requeridas desde la red], en prestadores en convenio que aseguren interoperabilidad y articulación con las redes públicas, bajo modalidades de pago que fomenten soluciones integrales y que promuevan el consumo apropiado de prestaciones y tendrá copagos para los beneficiarios que la utilicen.

Será para prestaciones centradas en la persona, integrales y continuas, basadas en los principios de la estrategia de la atención primaria de salud. Este modelo no es rígido y, dentro de unos lineamientos generales, puede tener diversas expresiones que promueven la innovación, la eficiencia y la calidad.

- b) [El Fonasa tendrá la facultad de licitar seguros suplementarios para los beneficiarios que quieran utilizar dicha MLE.]]⁴¹

IV.- Reforma al Sistema de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre)ⁱⁱⁱ

1. Propuesta de reforma para perfeccionar el sistema de las Isapre

La propuesta para reformar las Isapre ocurre dentro del ámbito de los acuerdos de la Comisión de Expertos, que recomendó dos reformas comunes para todo el sistema de salud chileno: la entrega de un Plan de Salud Universal (PSU) en el Sistema de Seguridad Social y la creación de una nueva institucionalidad, denominada Instituto de Excelencia Clínica y Evaluación de Tecnologías en Salud (INETESA), para la priorización de los contenidos del PSU.

⁴⁰ CC.JJ. AM. RC. Considera que la MLE debe ser tratada en el PSU y no en la reforma de Fonasa.

⁴¹ Algunos comisionados proponen que Fonasa tenga un rol en articular. Si va a haber libertad de elección es necesario que existan seguros. No obstante, otros establecen que la existencia de seguros complementarios, al mover al copago de las personas, generará un efecto inflacionario.

En respuesta al encargo que formuló a esta Comisión el Ministro de Salud, Dr. Enrique Paris, en el siguiente informe se hacen sugerencias para reformar y perfeccionar el Sistema de las Isapre. Si bien, no fue un requerimiento para los integrantes de esta comisión, en las sesiones de trabajo se generó un debate acerca del futuro de la Seguridad Social en Chile, existiendo opiniones divergentes entre los especialistas. En específico, algunos comisionados expresaron la necesidad de avanzar a un sistema de fondo/asegurador⁴² único y otros indicaron la importancia de impulsar un sistema de multiseguros.

En ese contexto, es importante perfeccionar el sistema privado de aseguramiento, las Isapre, en paralelo a mejorar el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), al menos en los aspectos críticos de su modelo regulatorio, que afectan los derechos de las personas y que comprenderá, como mínimo, los siguientes cambios:

- a) Todas las Isapre (al igual que Fonasa) deberán ofrecer el PSU, que será el mismo para todos los beneficiarios⁴³.
- b) La provisión del PSU en las Isapre ocurrirá mediante una transición gradual, que deberá considerar hitos durante un periodo de años, basados en la experiencia internacional, la que tendrá provisiones [deberá respetar los derechos de las personas] para resguardar a aquellos grupos de beneficiarios que pudiesen ver inicialmente empeorada su cobertura en comparación con su cobertura actual. En específico, las Isapre deberán ofrecer el PSU a todos sus beneficiarios en un plazo no superior a 2 años después de que el Ministerio de Salud apruebe el PSU. No obstante, puesto que no sería jurídicamente posible obligar a los beneficiarios a cambiarse al nuevo plan, el proceso de traspaso de la totalidad de la cartera de Isapre al PSU tomará un tiempo difícil de precisar⁴⁴.
- c) [Cada Isapre deberá ofrecer el PSU a todos sus asegurados a un precio único, o tarifa plana. Las Isapre establecerán este precio sobre una base individual, de modo que el monto que deberá pagar un grupo familiar asegurado por el PSU será igual a la tarifa plana multiplicada por la cantidad de personas en el grupo familiar. [La existencia de un único precio para el PSU apunta a mejorar la equidad y solidaridad del sistema de salud privado]. Cada Isapre podrá reajustar dicho precio [una vez al año o cada tres años] [dentro de márgenes regulados, en particular, para la adecuación periódica de precios]⁴⁵.
- d) [Se creará un Fondo de Compensación de Riesgo (FCR) Inter-Isapres, financiado colectivamente por éstas, con el objeto de transferir periódicamente a cada Isapre un financiamiento acorde con el riesgo de su cartera, teniendo en cuenta los cambios de beneficiarios entre Isapre que hayan ocurrido durante ese período. Por lo tanto, este fondo abordará el problema actual de falta de movilidad de los beneficiarios entre las Instituciones de Salud Previsional]⁴⁶⁴⁷.

⁴² La institución es el asegurador.

⁴³ Lo definido con respecto al Plan de Salud Universal fue incorporado en el Primer Informe de Avance de esta Comisión.

⁴⁴ CC. Considera que debe darse un plazo para que todas las personas pasen al sistema nuevo, debiendo, además, generarse mecanismos para resguardar los derechos de las personas que puedan no estar incorporadas en el PSU.

⁴⁵ Si bien este punto integra un principio general, las cargas contractuales (adicionales) y las legales pueden verse beneficiadas por descuentos de acuerdo con lo propuesto en el proyecto de ley.

⁴⁶ CC. JJ. AM. RC. Argumenta que generar un Fondo de Compensación de Riesgo en Isapres, implica avanzar a un modelo multiseguros.

⁴⁷ TL. El Fondo de Compensación es imprescindible para lograr una tarifa plana. Impide que las Isapres puedan seguir cobrando lo que deseen por su plan.

- e) Acceso Universal, con modelo en lógica de red basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), manteniendo espacios de libre elección, pero regulando incentivos adecuados a prestadores, usuarios y aseguradoras para evitar la presión inflacionaria sobre el gasto en salud. Los beneficiarios de Isapre, cualquiera sea su estado de salud, sexo o edad, podrán cambiarse anualmente de Isapre, [lo que aumentará la competencia en el subsistema de Isapre y reforzará el derecho a elección del asegurador de preferencia de cada cotizante].

A continuación, se describe en mayor detalle los componentes de la propuesta para perfeccionar el sistema de Isapre, los que se han clasificado en siete componentes:

Tabla 1	
Componentes específicos de la propuesta de Reforma al Sistema Isapre	
Componentes	Contenidos
1.- Plan Universal de Salud (PSU)	<ul style="list-style-type: none"> • El PSU será definido por una nueva institucionalidad y organización según lo descrito en el Primer Informe de Avance de la comisión (PSU e INETESA). • El precio del PSU corresponderá a una tarifa plana por beneficiario, sin diferenciar por sexo, edad o condición de salud, definida por cada asegurador. • Se podrán establecer descuentos de precios para segmentos específicos de beneficiarios (ejemplo, precios diferenciados para menores de edad). • El PSU de cada asegurador podrá entregarse en hasta 3 redes diferentes [y establecer hasta 3 niveles de deducibles], con las mismas coberturas siempre y por tanto cada asegurador podrán tener hasta 3 tarifas diferenciadas por estos conceptos, siempre igual para todos los beneficiarios del PSU en cada red y [deducible]. • El asegurador, Isapre, debe hacerse cargo de la continuidad de los cuidados y el cumplimiento del PSU. • La Superintendencia de Salud podrá requerir la información que sea necesaria a las instituciones pertinentes respecto al cumplimiento de garantías y a toda otra materia relacionada con el PSU⁴⁸.

⁴⁸ JJ. AM. RC. Sugieren que sea otra entidad (Minsal, por ejemplo) para no reducir las labores fiscalizadoras de la SIS. Lo anterior, salvo que con cargo a esta atribución se entreguen nuevos recursos y dotación a la Superintendencia expresamente para estos fines.

Tabla 1	
Componentes específicos de la propuesta de Reforma al Sistema Isapre	
Componentes	Contenidos
	<ul style="list-style-type: none"> • El ajuste de tarifas⁴⁹⁵⁰ se realizará en forma anual [trianual⁵¹⁵², dentro de un esquema regulado], existiendo libre movilidad interaseguradores privados en forma periódica, cada vez que haya un reajuste de precios y mínimo cada [1 o 3] años. Cabe destacar que el reajuste no debe ser individual.
2.- Fondo de Compensación de Riesgo Interisapres	<ul style="list-style-type: none"> • La Superintendencia de Salud tendrá la responsabilidad de crear y operar un Fondo de Compensación Interisapres. Esta entidad deberá hacer los estudios para definir cuál será el mejor mecanismo de recaudación y transferencia de recursos de compensación. • Los aportes al Fondo de Compensación Interaseguradores de salud serán un aporte para financiar exclusivamente el PSU. • El Fondo de Compensación de Riesgo calculará una prima por riesgo de salud por beneficiarios sólo interisapres (tiers de riesgo común). Por ejemplo, edad, sexo y condición de salud. Luego, entregará a cada asegurador la prima ajustada por riesgo de sus beneficiarios. [Falta abordar situación de Isapres cerradas]. • Las Isapre recaudarán los recursos asociados al Plan de Salud Universal. • Se requerirá perfeccionar los mecanismos de cobranza de cotizaciones previsionales (cobranza empleadores)⁵³. • Se deberán considerar alternativas al Fondo de Compensación que estén destinadas a disminuir el riesgo de arbitrariedad: ventana de movilidad, afiliación electrónica, estadía mínima en sistema luego de la migración, etc. • El Fondo de Compensación de Riesgo considerará un subfondo especial para la medicina preventiva. [INETESA debería incluir una sección para determinar la priorización asociada a acciones de prevención, priorización que se realizará en un

⁴⁹ JJ. Argumenta que hay que incorporarle solidaridad y equidad al ajuste de precios. Además, agrega que el sistema de ajuste no puede ser discriminatorio.

⁵⁰ JJ. AM. RC. Plantean que hay que considerar los criterios de los Tribunales de Justicia en esta modificación. Algunos elementos: que existan nuevas prestaciones, que se acredite efectivamente un alza de los costos, integración vertical, entre otros. Además, exponen la necesidad de establecer limitaciones a este reajuste: por ejemplo, años de permanencia, edad del cotizante o total del porcentaje reajustado respecto del precio original.

⁵¹ MD. Considera que tres años es demasiado para un sistema nuevo. Asimismo, el Fondo de Compensación debe regularse por una entidad, determinada por ley, distinta a las Isapres.

⁵² AM. JJ. Cree que para ajustarse al criterio de la corte debería ser trianual o apegarse al criterio del PSU.

⁵³ JJ. AM. RC. Considera que esto debe ir en el PSU, ya que FONASA también recauda cotizaciones.

Tabla 1	
Componentes específicos de la propuesta de Reforma al Sistema Isapre	
Componentes	Contenidos
	<p>marco conceptual diferente a la priorización de atención curativa]. Este fondo tendrá por propósito compensar a las Isapre por las acciones preventivas que le otorguen a sus beneficiarios⁵⁴. Se deben determinar mecanismos que incentiven la prevención entre las cuales se podrán considerar un fondo especial administrado por las Isapre y descuento a las personas que se hagan el examen de medicina preventiva, entre otros.</p>
3.- Relación con prestadores	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecerán mecanismos de pago y control sanitario y de costos articulados desde la atención primaria, con fomento al uso de redes, paquetes quirúrgicos, GRD o similares, impulsados a nivel nacional colaborativa por el Ministerio de Salud, asegurador e INETESA. • Sistemas de información que permitirán la comparabilidad de resultados clínicos de prestadores públicos y privados, en la Superintendencia de Salud. • Codificación común de prestaciones para todo el sector salud, exigible para interoperabilidad de redes. Visión de poder contar con ficha clínica única/integrada. • [Acceso de beneficiarios Isapres al sistema público prestador pensionado, y también podría permitirse el acceso a establecimientos APS públicos, con un per cápita u otro mecanismo de pago, permitiendo fortalecer las redes regionales⁵⁵⁵⁶. / Los afiliados al sistema de Isapre podrán atenderse en las redes públicas de salud, siempre que no implique un desmedro en la atención de los beneficiarios Fonasa, conforme a los convenios que al efecto celebren las Isapre con el Fonasa y los municipios que tengan a su cargo la atención primaria de salud].

⁵⁴ RB. Considera que las Isapre deben tener algún incentivo económico para invertir en actividades de prevención de los usuarios. Además, cree que el Fondo puede ser administrado por las mismas Isapres. Principalmente, argumenta que la prevención no ha obligado y los esfuerzos de política pública no han funcionado. Finalmente, cree que tiene que haber un fondo de suma cero que sea financiado por todas las Isapres y que vaya pagando el costo de las actividades preventivas y por hacerlo las Isapres serán menos reacias a entregar acciones preventivas.

⁵⁵ JJ. Argumenta que lo del pensionado es una de las tres excepciones de acceso de los beneficiarios del Sistema Privado de Salud al Sistema de Salud Público. Asimismo, argumenta que recargar el APS puede ser complejo, considerando que el per cápita no permite financiar el APS público. También, cree que en la propuesta falta mucho de prestadores, como sanciones, integración vertical, entre otros. Plantea, además, que mientras existan listas de espera de beneficiarios del sistema público, la prioridad de atención debe ser para ellos, en especial, para los beneficiarios tramo A, que a su vez es el principal problema del sistema público.

⁵⁶ AM. Establece que la atención no solo es pensionado, también se pueden dar servicios de atención de urgencia a los usuarios de Isapre. Hoy se generan problemas en la atención ambulatoria que no está permitida. Adicionalmente, considera que estas atenciones no pueden ser en perjuicio de los beneficiarios Fonasa.

Tabla 1	
Componentes específicos de la propuesta de Reforma al Sistema Isapre	
Componentes	Contenidos
4.- Stock y flujo de contratos - Transición al nuevo Sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los cambios de plan y afiliados nuevos entrarán al nuevo Sistema. • Los ajustes de tarifas de los contratos de stock se realizarán con el mecanismo de [Panel de Expertos o Polinomio] [en los mismos términos y períodos que el ajuste del PSU, y podrán considerar un “techo” distinto atendido su caracterización y además como incentivo a la migración al nuevo sistema]. • Se deberá considerar un periodo de transición para hacer los ajustes necesarios⁵⁷.
5.- Mecanismo de Evaluación de Estado de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • [Es deseable que exista movilidad entre todos los sistemas (público y privado). Se podrían evaluar a futuro algunos mecanismos que lo permitan, por ejemplo, compensaciones intersistemas, permanencia mínima, requisitos administrativos, etc.]. • [Libre entrada a cualquier sistema para todos los que ingresan al mercado laboral]. • En transición, existirá un mecanismo de evaluación de estado de salud⁵⁸, para la afiliación al sistema privado, que actúe como moderador de la selección adversa (anti-selección), para resguardar el equilibrio financiero del nuevo sistema. Los afiliados vigentes en sistema privado tienen libre movilidad desde el inicio por existir similar cobertura efectiva entre todos sus participantes actuales. • [Establecer como alternativa mecanismos de incentivos / restricciones para evitar arbitrariedad].
6.- Planes Complementarios y Suplementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Precio libre, financiados con aportes privados, no con cotización obligatoria, con recursos fuera del PSU. • Lo podrán ofrecer las Isapres, Fonasa (licitar) y otras compañías que se sometan a las mismas regulaciones⁵⁹.

⁵⁷ Ver lo que ha señalado la corte para disminuir la judicialización.

⁵⁸ RC. y JJ. No están de acuerdo con que se haga una evaluación de salud a la entrada al sistema, ya que su eliminación fue votada parcialmente por la Comisión de Salud del Senado. Además, argumentan, que es inconstitucional, atenta contra los principios de la seguridad social y discrimina a las personas por su estado de salud.

⁵⁹ JJ. AM. RC. Las Isapre solo debieran vender el PSU. Lo de los planes complementarios y suplementarios dependerá de cómo quede el modelo final, y a todo evento, debieran ser estandarizados.

Tabla 1	
Componentes específicos de la propuesta de Reforma al Sistema Isapre	
Componentes	Contenidos
	<ul style="list-style-type: none"> • Complementarán prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. [tema a discutir, cobertura fuera de red, coberturas fuera PSU, otros]. • Se deberán ofrecer de manera separada del PSU. • Serán regulados por la CMF⁶⁰. • [Los prestadores no pueden otorgar planes complementarios y suplementarios de salud]⁶¹.
7.- Superintendencia de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • La Superintendencia de Salud deberá generar información que permita conocer, caracterizar y evaluar el desempeño de todos los prestadores y aseguradores de la seguridad social, sean públicos o privados. Entre otros, deberá publicar tiempos de espera, resultados clínicos, protección financiera y satisfacción usuaria. Dicha información deberá ser completa, oportuna, transparente, técnicamente adecuada, fácilmente accesible y pública. Para ello contará con las atribuciones para exigir la entrega de dicha información a las entidades que corresponda. • La Superintendencia de Salud fiscalizará a los aseguradores de la seguridad social en salud en todo lo referente al PSU. Para ello contará con todas las atribuciones necesarias para asegurar y exigir el cumplimiento de las garantías de los beneficiarios. • Asimismo, podrá establecer y hacer exigibles estándares de transparencia, rendición de cuentas y sostenibilidad en el uso de los recursos, como estados financieros y otros informes de calidad y cumplimiento. • Cabe destacar que el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, al igual que el de Fonasa, debe conllevar un aumento real de su presupuesto⁶².

⁶⁰ RC. y JJ. Apoyan que haya una regulación conjunta entre la CMF y la Superintendencia de Salud, pero al ser un tema de salud es ahí donde debe estar el manejo central de estas herramientas de complementariedad y suplementariedad.

⁶¹ AM. RC. JJ. SP. Acordaron esta indicación y manifestaron que debía quedar en el texto principal.

⁶² JJ. Considera que además se deben fortalecer la capacidad fiscalizadora y sancionadora de la Superintendencia de Salud.

ⁱ RC. AM. CC. J.J: Hacen presente que esta propuesta no contiene los temas que se han aprobado o se están discutiendo en el proyecto de ley en actual tramitación, y que son indispensables para solucionar los problemas críticos del sistema de salud privado, en especial, desde la perspectiva de los derechos de las personas. Manifestaron su disposición a extender esta comisión para abordar estos temas, lo que no fue acogido.

En primer lugar, no se considera la jurisprudencia de los Tribunales de Justicia ni de la Superintendencia de Salud respecto de los principales derechos afectados, especial, en lo que se refiere al reajuste de la prima de salud y del precio GES, acceso a prestaciones y medicamentos (tema del que no está exento el sistema público) y discriminaciones arbitrarias (es el caso de las preexistencias, aplicación de tabla de factores y términos anticipados de contratos de salud previsual de salud entre otras materias).

Luego, no existe referencia alguna al rol de las Isapre en este nuevo escenario, a diferencia de lo que ocurrió – justificadamente, por cierto – con ocasión de la discusión sobre un nuevo FONASA. No existe, en ese contexto, ninguna propuesta relativa al perfeccionamiento del gobierno corporativo de Isapres, las exigencias de la garantía e indicadores legales de patrimonio y liquidez (tema sobre el cual existía un amplio consenso) o integración vertical, aspecto este último de la máxima relevancia para el diseño del modelo.

Tampoco se avanza en solidaridad ni equidad. Las Isapre siguen capturando la totalidad de las cotizaciones de salud de los sectores de más altos ingresos, sin aportar a las necesidades de salud pública, lo que se puede materializar mediante el aporte a un fondo mancomunado que financie prestaciones universales, por ejemplo, donación de órganos, rescate prehospitalario, ley del cáncer, alto costo, tratamientos de urgencias hasta su estabilización, entre otros.

Enseguida, se plantean conclusiones que apuntan en el sentido exactamente opuesto a lo acordado en la Comisión de Salud del senado, entre ellas la reincorporación de la declaración de salud, elemento histórico que ha servido para discriminar a las personas por su condición de salud.

En un enfoque más práctico, no hay mención alguna a regulación de gestión de casos, tanto por parte de las Isapre como de los prestadores; respecto de estos últimos, no se ha realizado ni analizado ninguna propuesta, lo que mantiene el desequilibrio normativo de la regulación con los primeros. Sin modificaciones y nuevos y más altos estándares para los profesionales y establecimientos de salud toda reforma será parcial e insuficiente.

Finalmente, se establecen nuevas obligaciones para la Superintendencia, pero esta no se ve fortalecida en cuanto entidad fiscalizadora o sancionadora, ni menos presupuestaria. Hoy tienes escasas – sino nulas – atribuciones respecto de los prestadores de salud, y solo puede actuar determinante respecto de las Isapre ante las situaciones excepcionales y expresas que la ley señala, perdiendo tiempo necesario y necesario para proteger a las personas. Es necesario más personal, atribuciones y herramientas para primero fiscalizar y prevenir, y en subsidio solucionar y sancionar de manera oportuna las controversias entre seguros, prestadores y personas, para que estas últimas puedan ejercer debidamente su derecho a la salud.

ⁱⁱ RB. MD. CV. AP.: Hacen la prevención de que, a diferencia de los cambios propuestos para el sistema de salud en su totalidad, así como para Fonasa, para lograr al interior del sistema de Isapre una mayor transparencia, competencia y solidaridad, se requiere de un conjunto de cambios interdependientes. Por tanto, la ausencia de cualquiera de estos hace inefectiva la reforma. Tal es el caso del Fondo de Compensación de Riesgo (FCR) InterIsapres, que busca compensar financieramente a cada Isapre según el riesgo de su cartera de beneficiarios, para así sostener la libre afiliación y resolver el llamado problema de la “cautividad”.