ACTUALIZADO JUNIO 2023

FEDERACIÓN MÉDICA DE CHILE

ROL DE FONASA EN LA CRISIS DE LA SALUD

A raíz de la crisis de la isapres, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), está adquiriendo cada vez mayor relevancia en el sistema de salud del país. Desde el Ejecutivo se está tratando de fortalecer el organismo, con el fin de tenga mayor de capacidad de recibir a nuevos usuarios.

1. INTRODUCCIÓN

Antes de analizar los potenciales alcances que tendrá FONASA en el sistema de salud chileno, quisimos repasar su historia para recordar la evolución que ha tenido en el tiempo.

PRINCIPALES HITOS EN LA HISTORIA DE FONASA

1942 **Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).** Nace de la fusión los departamentos de salud de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CEPP) y la Caja de Previsión de Empleados Particulares (EMPART). Atendía las prestaciones de asistencia médica y dental de los empleados públicos y particulares bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos). El Servicio Nacional de Salud (SNS) atendía a obreros y al resto de la población del país.

1968 **Ley N° 16.781 de Medicina Curativa:** Se reorganiza SERMENA y se amplía la modalidad de libre elección a los empleados públicos y particulares, y de las cajas previsionales distintas del Servicio de Seguro Social (SSS), así como a los jubilados y sus familias. Los empleados pagaban el costo directo de la atención médica y dental comprando un bono SERMENA y cotizaban en el sistema con un descuento en su salario. Con este sistema de aseguramiento, los empleados tenían libertad para elegir la atención de una lista de médicos y clínicas y hospitales registrados.

1979 **Decreto 2575:** Amplía el beneficio del SERMENA a los obreros que cotizaban en el SNS, para que tanto empleados como obreros pudieran usar el sistema de libre elección de un proveedor favorito.

1979 **Fondo Nacional de Salud (FONASA).** Surge mediante el Decreto 2763 de agosto de 1979. SERMENA pasa a constituirse en la Modalidad de Libre Elección de FONASA.

1980 Se establece el derecho a elegir el sistema de previsión en salud, ya sea público o privado, transformándose en un sistema mixto. El asegurador público es FONASA (fusión del SNS y SERMENA, DL N° 2.763 de 1979).

1981 Con la publicación del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 se crean los aseguradores privados denominados **Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE**. Los trabajadores y personas en general, pueden depositar en éstas sus cotizaciones obligatorias.

1985 Ley N° 15.469. Establece las características del sistema de ISAPRE, definiendo el financiamiento, previsión y atenciones de salud vigentes.

1990 Ley N° 18.933. Como el sistema no estaba regulado, se crea la Superintendencia de ISAPRE.

2005 La Superintendencia de ISAPRE se transforma en la Superintendencia de Salud, iniciándose un camino de regulación y supervisión de las isapres y los proveedores individuales e institucionales de salud.

2021 Ley N°21.350 (14 de Junio). Establece un procedimiento anual en el que la Superintendencia de Salud, basada en parámetros objetivos calcula un porcentaje máximo de reajuste, denominado Índice de Costos de Salud.

2.- FONASA HOY

De acuerdo con la información oficial, el **Fondo Nacional de Salud** es el organismo público encargado de otorgar protección y cobertura de salud a sus cotizantes y a todas aquellas personas que carecen de recursos, junto a sus respectivas cargas.

Principales Características del Sistema

Funciones: Recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud, financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus usuarios, caracterizar a las personas beneficiadas por Fonasa, administrar las cotizaciones de salud y los recursos destinados a las prestaciones, así como también informar sobre sus derechos y los beneficios que tiene el Seguro Público de Salud.

Prestaciones: El régimen general de garantías en salud contiene un plan de salud familiar que ve la Atención Primera de Salud (APS), las Garantías Explícitas de Salud (GES) y las prestaciones No GES. A esto se le conoce como la Modalidad de Atención Institucional (MAI). Por otro lado, están las licencias médicas y la Modalidad Libre Elección (MLE), que consiste en la atención de prestadores externos mediante el pago de un bono.

Beneficiarios: FONASA cubre a más de **15 millones de beneficiarios** (77% de la población, según INE). Incorpora a todas aquellas personas que viven en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, género, nivel de ingresos, número de cargas familiares, enfermedades preexistentes y nacionalidad de origen. Considerando que brinda a sus beneficiarios cobertura financiera, según su nivel de ingresos y vulnerabilidad económica, estableció cuatro tramos de atención:

- **Tramo A:** Personas carentes de recursos y personas migrantes / Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020). Bonificación: Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional-MAI).

- **Tramo B:** Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a $410.000. Bonificación: Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional-MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección-MLE).

- **Tramo C:** Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a $410.000 y menor o igual a $598.600. Si tiene 3 o más cargas familiares pasarán a Tramo B. Bonificación: Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional-MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección-MLE).

- **Tramo D:** Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a $598.600. Si tiene 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C. **Bonificación:** Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional-MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección-MLE).

Desde **septiembre de 2022**, existe el **Copago Cero en la Modalidad de Atención Institucional (Centros de Salud, Consultorios, Postas y Hospitales Públicos).**

Si pertenece a los tramos B, C y D puede comprar bonos para atenderse en la Modalidad de Libre Elección en Prestadores en convenio con Fonasa. En este caso, el valor de bono no depende del tramo, si no que del médico o centro médico donde se vaya a atender. El tramo A sólo puede atenderse en la Modalidad de Atención Institucional (Centros de Salud, Consultorios, Postas y Hospitales Públicos).

Costo: Para ser beneficiario de Fonasa, la persona debe imponer mensualmente el **7% de su renta imponible,** ya sea para beneficiarse directamente y/o también a los familiares a quienes incluya como cargas. Pero, si es una persona carente de recursos, Fonasa lo acoge y se preocupa de que cuente con el acceso a las atenciones de salud que necesita.

3.- PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La capacidad del sistema público de salud está superada hace años, situación que se ve reflejada en diversos aspectos, siendo quizás el más significativo la existencia de extensas listas de espera. A continuación, algunos datos del Informe de Listas de Espera Primer Semestre 2022 (Glosa 6), de la Subsecretaría de Redes Asistenciales:

Lista de espera GES:

- La lista está conformada por 42.551 mujeres y 24.865 hombres.
- El tiempo de espera promedio a nivel nacional es de 157,3 días, vale decir, poco más de cinco meses. El servicio de salud donde hay más retrasos es Chiloé, con un tiempo de 246 días (más de ocho meses).
- Los servicios de salud con mayor cantidad de personas en espera por patologías GES son Maule (6.588), Viña del Mar-Quillota (6.389), Araucanía Sur (5.601), Valparaíso-San Antonio (5.308). Al sumar los cinco servicios de salud de la Región Metropolitana, la lista de espera GES alcanza un total de 16.150 personas, es decir, un 23,9% del total nacional.

- Los grupos que concentran mayor demora son los adultos mayores. De acuerdo con el reporte, 42.383 personas en tienen más de 65 años (13.295 mayores de 80 años y 10.000 entre los 70 y 74 años).
- Al medir por tipo de prestación atrasada, la lista la encabeza el tratamiento de cataratas (14.940), seguido por vicios de refracción (8.687). Le siguen órtesis (5.484), retinopatía diabética (3.500) y colecistectomía preventiva (3.381).
- Al medirlas por tiempo de espera, la que tiene más demora es la salud oral del adulto, con 432 días promedio, es decir, un año y 2 meses; artrosis de cadera con 292 días y luego hiperplasia de próstata, con 279 días.
- Del total de atenciones atrasadas, 7.427 tienen demoras superiores a un año. Otras 11.771, tienen esperas que van desde seis meses a un año.
- Del total de personas en espera, 7.100 se concentran en atención primaria y casi 60 mil en hospitales públicos de diversa complejidad.
- **Si se mide por tramo de Fonasa, 52.790 personas pertenecen a los grupos A y B de Fonasa. Un total de 6.705 pertenecen al grupo C y 7.778 al tramo D.**
- En el primer semestre de 2021 había 40.760 personas en espera de atención GES. **Por tanto, el salto a 67.417 atenciones atrasadas representa un alza de 65,3%.**

Atenciones No GES:

- **De acuerdo con el citado análisis, 1.764.937 personas están a la espera de una consulta con un especialista médico. De ellas 61,7% son mujeres.**
- Del total, 469.212 personas pertenecen a la Región Metropolitana. La Región de Valparaíso concentra poco más de 180 mil personas esperando a una consulta con un especialista y La Araucanía tiene más 160 mil personas a la fila.
- Según el informe, quien requiere una consulta con un especialista se demora en promedio 478 días, es decir, un año y 4 meses aproximadamente.
- **En cuanto a cirugías, se indica que hay 294.632 personas en la lista. De ellas, 73.534 (24,9%) se concentran en la capital. Le sigue la región de Valparaíso con casi 30 mil y La Araucanía con más de 25 mil.**
- El reporte indica que el 60,1% de quienes engrosan la lista son mujeres.
- Al analizar los tiempos promedio para cirugías, los plazos son aún más largos. **Un total de 600 días en promedio deben esperar los pacientes de los hospitales públicos, es decir, un año y 8 meses.**
- Al comparar con el primer semestre del año pasado se advierte un **alza de casi 30 mil personas en la lista** y una extensión desde 583 a 600 días promedio.
- Un 49,5% de las cirugías se han suspendido por causales del paciente, un 22,9% por causales del equipo quirúrgico y un 13,5% por situaciones administrativas.

Cabe destacar los siguientes datos:

- Un total de **20.694 personas murieron esperando una atención**. De ellas, un total de 18.962 personas murieron en lista de espera de una consulta o una cirugía no GES.
- De estos fallecidos, el 92,08% murió esperando una nueva consulta y 7,92% una cirugía.

- En cuanto a los GES, fueron 1.732 los muertos, de los cuales el 20% -indica el reporte- murieron por causas atribuibles al diagnóstico por el que estaban esperando.

Dado lo anterior, se refuerza la necesidad de la complementariedad público-privada para la resolución de listas de espera. Lamentablemente, en el caso de que los prestadores institucionales enfrenten caídas debido a la crisis, se verán reducidas las posibilidades de acortas dichas listas.

Los hospitales, por su parte, acarrean importantes deudas que, en algunos casos, llevan a los trabajadores de la salud a poner dinero de su propio bolsillo para comprar insumos básicos que garanticen la atención de los usuarios y subsanen en parte las deficiencias.

Además, a raíz del incremento del costo de la vida, el desempleo provocado por la pandemia y la problemática que enfrentan las isapres, en los últimos tres años miles de personas han migrado del sistema privado a FONASA, incrementándose aún más las brechas de atención y los plazos de entrega de las prestaciones.

4.- PROYECTO DE LEY PARA "REFORMAR FONASA Y CREAR UN PLAN DE SALUD UNIVERSAL" (2020)

Por años, se han discutido e impulsado iniciativas para modificar el sistema de salud privado administrado por las isapres y optimizar el sistema público gestionado por Fonasa. A **mediados del año 2020**, el Ministerio de Salud presentó el "Proyecto de reforma del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y creación de un Plan de Salud Universal", cuyo objetivo era reformar el modelo de gobernanza del Fondo, introducir cambios a la Modalidad Libre Elección (MLE) y generar un seguro de medicamentos ambulatorios y genéricos.

5.- LEY CORTA DE ISAPRES (2023)

La última alternativa para enfrentar la situación radica en la **Ley Corta de Isapres,** proyecto presentado por el Ejecutivo que busca modernizar FONASA, regular a las Isapres y fortalecer la Superintendencia de Salud con la finalidad de dar tranquilidad y seguridad a las personas en cuanto a la continuidad de sus atenciones de salud y coberturas asociadas.

En efecto, el pasado **8 de mayo de 2023**, el Gobierno ingresó a la Cámara de Diputadas y Diputados el **"Proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional"**.

Este proyecto, conocido coloquialmente como **"Ley Corta de Isapres",** busca viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema, asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las

ISAPRE, protegiendo la viabilidad financiera de las mismas, y **fortalecer a FONASA** a través de la creación de una nueva modalidad alternativa de acceso a la provisión financiera de este organismo, que permita **acoger a nuevos beneficiarios** en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado[1].

En esta iniciativa se propone la creación de una nueva "**Modalidad de Cobertura Complementaria"** en FONASA, que permitirá a las personas, mediante una prima voluntaria adicional a la cotización obligatoria de salud, acceder a un esquema ofrecido por el Fondo compuesto por una red de prestadores, junto con una cobertura financiera adicional otorgada por una compañía de seguros.

El proyecto introduce un artículo 144 quater (nuevo) que establece la **inscripción por esquema en la nueva modalidad del cotizante y su grupo beneficiario**, el **pago de la prima complementaria** que tendrá que efectuar el cotizante por sí y por cada beneficiario, el **carácter de la prima complementaria** y las consecuencias que se siguen de **no efectuar el pago de esta**.

También introduce un artículo 144 quinquies (nuevo) que **define la forma de contratación del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria**. Al respecto, determina la preferencia por el mecanismo de **licitación pública** para su adjudicación, los estándares y principios por los cuales deberá regirse este proceso, **FONASA como órgano que dictará las bases por resolución** suscrita también por la Dirección de Presupuesto y los elementos mínimos que deberá abordar dicha resolución.

En cuanto a la **Modalidad de Cobertura Complementaria**, el proyecto detalla que "podrán acceder a esta modalidad las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos pertenecientes a los **tramos B, C y D**, debiendo inscribirse voluntariamente ante el Fondo Nacional de Salud. Para ello, las personas deberán haber efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses, **sea ante el FONASA o ante una ISAPRE**. Asimismo, se establece la excepción de cumplir con el mínimo de cotizaciones para aquellas personas que cotizan por primera vez en el Fondo. Adicionalmente, se establecen reglas para las y los trabajadores independientes".

Desde el Ministerio de Salud, han explicado que "uno de los principales ejes de la Ley Corta de Isapres se basa en modernizar FONASA a través de la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria. La cobertura complementaria que propone el proyecto de ley permite a FONASA contratar seguros privados voluntarios para sus beneficiarios y beneficiarias (actuales y futuros). De esta manera, **quienes se encuentren suscritos a FONASA podrán acceder a un esquema de cobertura integrado por prestadores privados con copagos mínimos garantizados mediante el pago de una prima comunitaria adicional al 7% por beneficiario**. Esta nueva modalidad **no es excluyente ni discriminatoria** por razones sanitarias (en especial, **preexistencias**), a diferencia de los actuales planes complementarios de salud de las isapres o con los ofrecidos por seguros privados voluntarios de salud"[2].

---

[1] https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=16118&prmTIPO=INICIATIVA

[2] https://www.gob.cl/noticias/ley-corta-isapres-fonasa-que-es-detalles-proyecto-ley-cobros-indebidos-devolucion-planes/

6.- APRECIACIONES DE LA FEDERACIÓN MÉDICA DE CHILE

La Federación Médica de Chile ha estado estudiando los alcances que podría tener la Ley Corta de Isapres.

En términos generales, la federación está preocupada por los potenciales efectos que la normativa puede tener en la **calidad de la atención de los pacientes**, en los **prestadores institucionales** y en los **prestadores individuales**.

Asimismo, ha manifestado su inquietud sobre la **capacidad de FONASA** para responder de manera adecuada a la llegada de más usuarios provenientes de las isapres y sobre qué pasará con las personas con enfermedades más graves o crónicas que podrían no ser aceptadas por los seguros complementarios (preexistencias).