



Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud
(Convocado por la Comisión de Salud del Senado)

**Recomendaciones para reformas urgentes
en el sistema de salud de Chile**

16 de noviembre de 2023

Índice

A.	<i>Introducción y agradecimientos</i>	3
B.	<i>Recomendaciones urgentes de reforma del sector salud</i>	4
I.	Recomendaciones respecto a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs)	6
II.	Recomendaciones respecto a FONASA	9
III.	Recomendaciones respecto a los Prestadores Públicos	15
IV.	Recomendaciones respecto a los prestadores privados	18
V.	Recomendaciones respecto a la Superintendencia de Salud	19
VI.	Recomendaciones respecto al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)	22
C.	<i>Comentario final y agradecimientos</i>	24

Informe Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud

Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile

16 de noviembre de 2023

A. Introducción y agradecimientos

El Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud fue convocado por la Comisión de Salud del Senado de Chile y creado con fecha 19 de octubre de 2023.

Los integrantes de este comité son los siguientes expertos: Dr. Cristian Baeza (Secretario Técnico del Comité), Dr. Fernando Araos, Dr. Luis Castillo, Dr. César Cárcamo, Dra. Paula Daza, Sr. Patricio Fernández, Sr. Matías Goyenechea, Dr. Manuel Inostroza, Dr. Marco Núñez, Sr. Sebastián Pavlovic, y Sra. Carolina Velasco.¹

El mandato definido por la Comisión de Salud del Senado para el Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud es el siguiente:

- El Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud convoca a un grupo de expertos individuales (no de representación institucional), para, en un plazo no mayor a 60 días contados desde su creación, emitir un informe de recomendaciones específicas a la Comisión de Salud del Senado respecto a gobernanza, financiamiento y provisión de servicios necesarias en el sistema de salud para mejorar su desempeño en indicadores de salud y acceso a servicios, protección financiera, satisfacción de las personas y sostenibilidad financiera del sistema, en el contexto macroeconómico del país.
- En este corto plazo, se espera que el comité focalice su análisis y recomendaciones en las áreas o partes más urgentes y críticas pendientes en el sistema de salud, las que se desarrollen solo hasta nivel de arquitectura, suficiente para su posterior transformación en muy corto plazo en textos legales para envío y tramitación en el congreso.
- No se espera del comité un diseño de detalle de la operación, el que se podrá dejar como responsabilidad de la tramitación legislativa con mandatos de diseños en las respectivas instituciones del sector a través de reglamentos, regulaciones u otras.
- El comité no tuvo mandato para pronunciarse respecto al ámbito y recomendaciones de la Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión

¹ Originalmente fueron también miembros del Comité el Sr. Guillermo Paraje (quien se excusó formalmente de participar debido a conflictos de viaje laborales), y el Dr. Bernardo Martorell quien solo pudo participar hasta la sexta sesión.

del boletín 15896-11 (“Ley corta de ISAPREs”), que evacuó su informe final el 10 de octubre de 2023.

Para el cumplimiento de su mandato, desde que se constituyó el 19 de octubre de 2023, el comité sostuvo 12 sesiones de trabajo, incluyendo la presentación del informe de recomendaciones a la Comisión de Salud del Senado, los días 19, 23, 25, 26 y 30 de octubre y los días 3, 6, 8, 10, 13, 15 y 16 de noviembre.

En su marco de trabajo, para efectos de la identificación de las recomendaciones, el comité fijó su horizonte de definición de urgencia de implementación en un máximo de 2 a 3 años desde emitido este informe.

Los miembros del comité agradecemos a la honorable Comisión de Salud del Senado por otorgarnos la oportunidad de contribuir a esta noble y urgente tarea de proponer mejoras al sistema de salud de Chile. Agradecemos también a las autoridades, organizaciones y gremios con que pudimos reunirnos en tan corto plazo, incluyendo al Colegio Médico de Chile (Consejo General)², Asociación de Clínicas de Chile, Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS), Director Nacional del Fondo Nacional de Salud, Superintendente de Salud, Coordinador de la Reforma del Sector Salud del Ministerio de Salud, Asociación Nacional de Consejeros de Usuarios de Salud Pública -Ancosalud, Asociación de ISAPREs, Asociación de Aseguradores de Chile (a través de su Gerente General), y a otras muchas organizaciones que tuvieron la intención e interés de concurrir, pero no pudieron hacerlo debido a los breves plazos disponibles. Agradecemos también a los oficiales y al personal del Senado de Chile por su apoyo constante durante el intenso trabajo del comité.

B. Recomendaciones urgentes de reforma del sector salud

Preámbulo

Chile enfrenta desafíos demográficos, epidemiológicos y de sostenibilidad financiera y política en el sector salud, que requieren más que nunca del funcionamiento armónico de su sistema de salud.

El trabajo del comité fue guiado por nuestro compromiso con Chile y, en especial, por nuestro convencimiento de que el sistema de salud de nuestro país debe perfeccionar la cobertura universal en salud, cumpliendo con los principios de la seguridad social. Aunque tenemos visiones diversas respecto a cómo alcanzar dicho objetivo -desde quienes favorecen un esquema con un asegurador único público hasta quienes favorecen aseguradores múltiples en competencia regulada-, nos une la necesidad de llegar a acuerdos y proponer recomendaciones para abordar los urgentes desafíos que hoy enfrenta nuestro sistema de salud, sin perjuicio de nuestras aspiraciones en el largo plazo.

² Visita del Secretario Ejecutivo del Comité, Dr. Cristian Baeza, a la sede del Colegio Médico.

Nos guio también nuestra convicción de que el sistema de salud debe organizarse y financiarse efectivamente para enfrentar los desafíos sanitarios y sociales actuales y futuros y que debe rendir cuentas a las personas. Las personas tienen el derecho a tener plena información respecto al desempeño de los actores del sector salud. Asimismo, deben contar con instrumentos efectivos y a su alcance que los protejan y les permitan exigir y hacer cumplir sus derechos, a la vez que cumplir ellos mismos con sus obligaciones en la corresponsabilidad de una vida saludable y en la sostenibilidad social y financiera del sistema.

Sin renunciar a nuestras legítimas aspiraciones respecto al sistema que cada uno de nosotros desea para el futuro, nos une la necesidad de lograr acuerdos hoy en torno a las recomendaciones que presentamos en este informe que esperamos contribuyan a enfrentar las necesidades urgentes de nuestro sistema de salud.

Áreas prioritarias en que se concentró el comité para las recomendaciones

Dado el corto plazo disponible y el mandato de identificar y focalizar nuestro esfuerzo en áreas críticas de reformas urgentes necesarias, el comité realizó un análisis de los aspectos más relevantes del sistema de salud chileno y sus desafíos. El comité usó y se benefició extensamente de los múltiples esfuerzos técnicos y académicos previos elaborados por expertos y múltiples comisiones convocadas por el poder ejecutivo, así como, principalmente, de la extensa experiencia de sus miembros, la mayoría de ellos ex-integrantes de dichas comisiones, con vasta experiencia en el ámbito de salud y sistemas de salud global, en el mundo académico y en el sector público y privado de Chile. Por los cortos plazos involucrados en este esfuerzo, es posible que algunas de nuestras recomendaciones ya estén en el proceso de proyectos de ley y/o de implementación por parte de las instituciones del sistema de salud y no hayamos tenido la información correspondiente.

En este contexto, el Comité identificó 6 áreas de trabajo prioritarios de análisis, cuyas recomendaciones se presentan en las siguientes secciones:

- I. Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs)
- II. Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- III. Prestadores Públicos de Servicios de Salud
- IV. Prestadores Privados de servicios de Salud
- V. Superintendencia de Salud
- VI. Sistema de Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)

I. Recomendaciones respecto a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs)

El comité se abocó a identificar las recomendaciones urgentes (2 a 3 años máximo de implementación) para que el funcionamiento de las ISAPRES y, por tanto, los derechos de las personas en salud, se ajustara a los principios de la seguridad social en Chile, en un marco de sostenibilidad financiera del sistema.

Como resultado, el comité identificó 17 recomendaciones específicas, todas regulatorias, 8 de ellas respecto a obligaciones y facultades de la Superintendencia de Salud (que se repiten en este informe en la sección de Superintendencia de Salud a fin de agrupar en un capítulo todo lo referido a la Superintendencia). Aquellas recomendaciones que se repiten son identificadas con una (S).

Todas estas recomendaciones apuntan a eliminar las restricciones de discriminación por riesgo para la libre afiliación de las personas en las ISAPRES (tal como ocurre en FONASA), es decir, que las personas puedan elegir sin restricciones de selección de riesgo y con toda la información necesaria el asegurador que les otorgaría el plan de salud obligatorio, con la certeza de que los beneficios incluidos en dicho plan serán cumplidos. La comisión recomienda que la libre afiliación se aplique simultáneamente con las medidas de (i) establecimiento de un plan de salud común y obligatorio y (ii) implementación de un mecanismo de compensación de riesgo para todo el plan; a fin de asegurar que la libre afiliación sin restricciones de selección de riesgo se cumpla a cabalidad.

Para ello, las recomendaciones identificadas son las siguientes:

- 1. Eliminación de las barreras estructurales de selección de riesgo en las ISAPRES, esto es, específicamente, la eliminación y prohibición del uso de la declaración de salud o cualquier otra información referida al riesgo de salud de los afiliados, como requisito para el ingreso o mantención de los afiliados en las ISAPRES y/o como instrumento para denegar afiliación o definir cautividad, exclusiones o preexistencia.** Es importante, sin embargo, que se mantenga alguna forma de declaración o información de salud de los afiliados, a la que no podrán acceder las ISAPRES, que sea gestionada por la entidad encargada de diseño y gestión de los mecanismos de compensación de riesgo señalados a continuación.
- 2. Elaboración y exigencia a todas las ISAPRES de ofrecer un Plan Estándar/Común/Único obligatorio creciente, cuyos contenidos serán exigibles por las personas y serán la base del esquema de compensación de riesgos. El contenido del plan de salud único deberá a lo menos incluir:** los beneficios GES con el examen de medicina preventiva, la CAEC, la Ley Ricarte Soto, la Ley de Urgencia, las prestaciones MLE del actual plan complementario y las que se han consolidado como beneficios adicionales por las ISAPRES. Recomendamos que estos beneficios sean coordinados. Se podrá diseñar este plan en el marco de un modelo de atención que privilegie un nivel primario de atención, la incorporación de mecanismos de pago que compartan el riesgo con los prestadores, como el per cápita o asociados al

riesgo asistencial y/o como los GRD en el nivel hospitalario y asociados al desempeño y resultados y que aumenten la protección y transparencia al usuario. Se requerirá de un diseño claro de la gobernanza de la institucionalidad en base a expertos, que incluya al menos los estándares de calidad de base los requerimientos de protección financiera definidos por la autoridad sanitaria, las necesidades de las personas y perspectivas de las ISAPRE, pero constituido en forma independiente bajo la supervisión del poder ejecutivo, que sea técnica (del tipo ETESA), más robusta y independiente que la vigente. Este plan será indispensable para el diseño de los mecanismos de compensación de riesgo y las especificaciones del plan lo serán también para estandarizar los beneficios, de modo que las personas realmente conozcan, entiendan y puedan exigir los beneficios a los que tienen derecho.

- 3. Establecer en el sistema mecanismos de compensación de riesgo para todo el plan de salud de las ISAPREs (Plan Estándar/Común/Único obligatorio).** Para contrarrestar los incentivos no deseados de aseguradores y usuarios al implementarse la libre afiliación (que pueden resultar en alza de primas, comportamiento estratégico de las personas, salida de aseguradores por el mayor riesgo financiero asumido y otras) que podrían socavar su cumplimiento, se recomienda establecer mecanismos de compensación de riesgo para todo el plan de salud de las ISAPREs (por ejemplo, ampliando el fondo de compensación actual de las ISAPREs que hoy es solo para las GES). Estos deberán ser administrados de manera independiente a las ISAPREs y otros grupos de interés (no obstante, las necesarias coordinaciones de información y de otros ámbitos). El diseño de detalle de este sistema de compensación de riesgo debe ser hecho por un grupo de expertos que considere las perspectivas de las ISAPRE, pero constituido en forma independiente bajo la supervisión del poder ejecutivo. Al menos en los primeros años, este mecanismo estará restringido exclusivamente a las ISAPREs, sin perjuicio de que se decida en el futuro discutir la compensación de riesgo de todo el sistema.
- 4. Implementación de alguna forma de obtención de información del perfil de riesgo de los beneficiarios por parte del ente encargado de gestionar el mecanismo de compensación de riesgo necesario** (ex ante, a través de una declaración de salud o similar no compartible con los aseguradores; y ex post, a través de datos de utilización del sistema), el que deberá ser gestionado por un ente independiente de las ISAPREs (Superintendencia u otro).
- 5. Revisar los indicadores financieros de capital inicial, reservas y garantías a niveles realistas con las obligaciones financieras y riesgos de las ISAPREs. (S)**
- 6. Facultar a la Superintendencia de Salud para incentivar el desarrollo de la interoperabilidad** con objeto de obligar a la transparencia de los precios de todas las prestaciones y sus coberturas financieras y copagos efectivos en los planes (Plan Estándar/General/ Único de salud único cuando este esté aprobado y vigente), sin que ello sea vinculante para FONASA. (S)

7. **Facultar a la Superintendencia de Salud para incentivar el uso de otros mecanismos de pago entre las ISAPREs y los prestadores** (además del actual pago por servicios predominante en el sector). **(S)**
8. **Facultar a la Superintendencia de Salud para la fiscalización (activa y directa) de la información y estados financieros de las ISAPREs** **(S)**
9. **Facultar a la Superintendencia de Salud para actuar de árbitro arbitrador en la resolución de conflictos entre las ISAPREs y los prestadores de servicios de salud.** **(S)**
10. **Facultar a la Superintendencia de Salud para hacer cumplir que las ISAPREs tengan contratados efectivamente los prestadores y las redes de estos que sean necesarias (es decir, calidad, cantidad, especialidades, ubicación geográfica, etc.) para el acceso efectivo de los beneficiarios a las prestaciones contratadas en sus planes.** **(S)**
11. **Facultar a la Superintendencia de Salud para establecer una codificación única del arancel único sobre la base de revisar, estandarizar y actualizar los aranceles y sus códigos, incluyendo y en coordinación con FONASA e ISAPREs.** Esto no contempla fijación de precios. Con ello se busca simplificar los planes y contratos y minimizar las distorsiones que la falta de actualización está creando en las decisiones de atención ambulatoria y hospitalaria por parte de los prestadores. **(S)**
12. **Implementar un sistema de indicadores de acceso público de tiempos de pago a prestadores y reembolso a pacientes.** **(S)**
13. **Implementar un sistema (con acceso público) de indicadores de tiempos de espera para prestaciones GES en las ISAPREs.** **(S)**
14. **Reestructuración/Fortalecimiento de la gobernanza de la Superintendencia de Salud, a través de alguna forma de Consejo Directivo u otro similar que le confiera más independencia del Poder Ejecutivo, manteniendo los grados necesarios de coordinación con la autoridad sanitaria.**

Esto es necesario actualmente, pero se hace esencial luego de implementar estas recomendaciones, dado que estas aumentan significativamente las facultades de la Superintendencia de Salud. Será muy importante resolver de buena forma el balance entre la necesidad de mayor independencia de un órgano regulador de la importancia de la Superintendencia de Salud y la necesidad de que este esté coordinado y en una colaboración efectiva con las políticas sanitarias y del sistema emanadas por el Ministerio

de Salud e instituciones dependientes, en su rol como autoridad sanitaria del país y de otros órganos del Estado y del poder ejecutivo. (S)³

15. Autorizar la contratación del plan Estándar/Común/Único en línea (digital) y dar a la Superintendencia las facultades para regularlo.
16. Sin perjuicio de que las personas pueden bajo el programa nacional de Universalización de la Atención primaria inscribirse en la APS, permitir que las Isapre ofrezcan el plan de salud familiar, con un per-cápita que convengan sistema de Atención Primaria de Salud bajo las mismas condiciones regulatoria de APS (directa al municipio, o el Servicio de Salud, o con FONASA).
17. Con el objetivo de resguardar a los usuarios en un momento potencial de crisis de las ISAPREs, y continuando las obligaciones legales de sus cobertura, recomendar que si alguna Isapre decide voluntariamente transitar a convertirse en seguro complementario que ofrezca beneficios compatibles con el actual marco regulatorio vigente o con el eventual MCC de FONASA, pueda mantener su cartera de cotizantes (voluntariamente para los cotizantes) con criterios de no discriminación, eliminación de exclusiones, afiliación abierta, y mecanismos de “stop-loss” y prima regulada.

II. Recomendaciones respecto a FONASA

Como resultado de su análisis, el comité identificó 11 recomendaciones específicas para fortalecer a FONASA en su capacidad y facultades de cumplir con su mandato y con sus obligaciones respecto a sus beneficiarios en el contexto del sistema de salud en su conjunto. Estas recomendaciones incluyen la necesidad de clarificar más explícitamente su mandato, dotarlo de facultades para cumplirlo eficaz y eficientemente y ajustar su gobernanza en línea con la enorme importancia e influencia que tiene FONASA en el sistema de salud del país.

Para ello, las recomendaciones identificadas son las siguientes:

1. **Definir claramente el mandato de FONASA en la ley y emitir finalmente su reglamento, que sirvan como base para la mejora continua de todas las facultades legales, regulatorias y administrativas para cumplirla.**

En particular, debe quedar estipulado y claro que es FONASA el responsable legal de la cobertura de sus beneficiarios (así como las ISAPREs lo son de los suyos), incluyendo el cumplimiento de las garantías GES y NO-GES. El DFL 1 en su artículo 50 define las funciones

³ (A pesar de un gran esfuerzo de todos los miembros del comité, esta recomendación no fue con acuerdo unánime. Se acordó con 8 miembros a favor, 1 en contra y dos abstenciones. El punto de desacuerdo fue la naturaleza vinculante o no del Consejo Directivo / Asesor).

de FONASA, pero no define claramente su mandato en el sistema de salud y establece que el Ministerio de Salud debe elaborar un reglamento de FONASA, que ejecuta en su totalidad el marco legal, que hasta la fecha no parece haber sido dictado. Respecto al rol de FONASA en el presupuesto y financiamiento del sistema público de aseguramiento en salud en su conjunto, cabe mencionar que a FONASA NO le compete la gestión presupuestaria micro (al interior) de los Servicios de Salud o de los hospitales y APS, pero sí la de fijar los incentivos a los prestadores institucionales (Hospitales y APS), a través de los mecanismos de pago, acuerdos de gestión y contratación y monitoreo de desempeño de eficiencia y equidad de estos. Es importante que la clarificación del mandato de FONASA incluya también un mayor esclarecimiento de la función de Director Nacional del Fondo.

2. **Clarificar y fortalecer las facultades actuales y otorgar las necesarias facultades adicionales a FONASA para que pueda establecer las condiciones de los contratos con prestadores públicos y privados (como modalidades de pago, obligaciones y sanciones).** Se recomienda revisar las potestades actuales en la norma y establecer la obligación de FONASA de ejercer dichas potestades a plenitud a fin de maximizar el impacto positivo en la cobertura y acceso a servicios para sus beneficiarios. Similar a lo discutido respecto a la misión de FONASA, el DFL 1 ya contempla las facultades de FONASA respecto a establecer las modalidades de pago y de contratación que estime conveniente para la mejor eficiencia y equidad en brindar cobertura a sus afiliados, pero el ejercicio de dicha facultad parece estar limitada en los hechos respecto a prestadores públicos y, respecto a prestadores privados en especial en la MLE. Estas facultades deben incluir la potestad de FONASA para que defina el mecanismo de pago, su valor, los ajustes y los indicadores críticos de desempeño asociados a la Atención Primaria de Salud, y se recomienda actualizar los indexadores del per-cápita, así como simplificar el proceso de traspaso de recursos y rendición de cuentas a las administradoras de la APS.
3. **Que FONASA continúe usando y haga públicas las matrices de equidad y eficiencia de los Servicios de Salud** y que asegure su uso para la priorización de financiamiento/compra de servicios adicionales, para definir acuerdos de gestión y prioridades, y para entregar su respaldo a los proyectos de inversión en servicios de salud, como elemento clave para quienes deben decidir sobre la inversión en infraestructura y la expansión de la oferta (ver recomendación sobre sistema nacional de inversiones). El análisis (matriz) de Equidad y Eficiencia grafica la medición del desempeño de los Servicios de Salud en dos dimensiones, equidad, en donde se revisa el gasto ajustado por el riesgo poblacional (usualmente el gasto per cápita del servicio) y eficiencia, verificando el gasto en relación con la actividad efectuada (costo unitario de los servicios otorgados), tanto en lo hospitalario como en lo ambulatorio.

4. **Introducir cambios a la Modalidad de Libre Elección (MLE) que, manteniendo la característica de libre elección altamente valorada por la población, permitan establecer incentivos para la resolución integral de problemas de salud de sus usuarios, contener costos, hacer más eficiente y coordinada la entrega de los servicios desde una mirada sanitaria y se coordinen con la Modalidad de Atención Institucional para evitar duplicidad de gastos (por ejemplo, exámenes).**

Las medidas específicas recomendadas son:

- a. Facultar a FONASA para desarrollar e implementar nuevos mecanismos de pago y contratación que incentiven a los prestadores privados y usuarios a un uso más racional y sanitario del sistema, y que aseguren continuidad de la atención, todo esto sin perjuicio para los usuarios. Algunas de las modalidades de pago y contratación que FONASA puede considerar para lograr estos objetivos incluyen la introducción de GRDs, pero en una lógica de PADs (o más PADs mismos) que minimicen los riesgos fiscales (considerando condiciones y priorizando un conjunto de intervenciones a incluir; usuarios y camino clínico definidos; y en que defina volúmenes totales esperados) /acordados). También se debería más adelante considerar los pagos agregados o llamados “bundled payments” de la literatura anglosajona, que consisten en paquetes que incluyen protocolos y guías clínicas que van desde lo ambulatorio pre-hospitalario, hasta el manejo post-hospitalario relacionado; las capitaciones que incluyan, por ejemplo, todo el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles o más. Se recomienda eliminación de cualquier barrera legal y administrativa para que estos cambios puedan ser testeados e implementados por FONASA. Asimismo, se acordó recomendar encarecidamente a FONASA que efectivamente los pruebe e introduzca posteriormente en la MLE.
- b. Aumentar la protección financiera de esta modalidad, en especial en los servicios hospitalarios, con mecanismos de pago y contratación y otras medidas que, también resguarden los potenciales efectos fiscales negativos, todo esto en coordinación con el Ministerio de Hacienda y con mirada sanitaria.
- c. Que exista una vía de comunicación o interoperabilidad entre la MLE y la MAI, donde se comparta la información para evitar duplicidad de servicios y exámenes diagnósticos, con su respectiva ineficiencia y retrocesos en la ruta y continuidad de la atención del paciente.
- d. Recomendar que FONASA implemente un incremento en las coberturas por enfermedades catastróficas en la MLE y su equivalente en MAI en las redes públicas y privadas, previa priorización sanitaria.

5. Introducir los cambios necesarios en el marco legal de FONASA que fortalezcan su rol y eliminen las barreras para que FONASA cumpla y haga cumplir las garantías del GES, y avance en el monitoreo e idealmente el cumplimiento de tiempos de espera máximos para las intervenciones no-GES. Es crítico y urgente la reducción total de las listas de espera en el sector público y en el sector privado prestador con el cual FONASA contrate servicios GES y de las listas de espera no-GES.

Específicamente se recomienda:

- a. Hacer obligatorio para el Ministerio de Salud el ejercicio de sus potestades legales y administrativas para fijar plazos también para los servicios no-GES (DFL 1), para al menos informar a la población y orientar la toma de decisiones en el sector prestador e introducir los cambios legales y regulatorios que faculten a FONASA para que cumpla y haga cumplir dichos plazos en el sector público y en el privado prestador con quien contrate servicios
- b. Reactivar, dar plena vigencia y pleno cumplimiento a los tiempos de espera máximos en los protocolos GES y mandar, levantando cualquier barrera legal, administrativa o de gestión, a FONASA para que ejerza la autoridad y potestades para el control y cumplimiento de dichos tiempos de espera en el sector público y privado prestador con el que contrate servicios GES.
- c. Entre otros, FONASA debe monitorear activa y directamente el cumplimiento de las condiciones por el primer prestador y activar el segundo prestador automáticamente una vez vencido el plazo y sin que el paciente lo tenga que reclamar explícitamente, reubicando inmediatamente al paciente en otro prestador, salvo que el paciente explícitamente decline esta posibilidad.
- d. Facultar a FONASA para establecer las condiciones de contratación necesarias con los prestadores, haciendo los ajustes legales y administrativos requeridos que simplifiquen los procesos de contratación (de tipo paquete de servicios u otros según sea necesario) con los prestadores públicos y privados para resolver las listas de espera GES y, las NO-GES en el futuro cercano.
- e. Introducir los necesarios cambios legales y administrativos respecto a la aplicación de la Ley de Compras del Sector Público en la gestión de FONASA, para que la aplicación de dicha Ley sea también compatible con las necesidades de compras de servicio clínicos en general, y en especial en casos de listas de espera prioritarias. La actual normativa, que no fue concebida para la compra de servicios clínicos, en ocasiones dificulta la labor de contratación en desmedro del acceso y calidad de los servicios.

6. **Revisar el marco legal y administrativo que rige la inclusión del presupuesto total del Fondo Nacional de Salud (incluyendo el de los Servicios de Salud) en la Ley de presupuesto, no solo en lo referido a los aportes fiscales sino también a los ingresos por cotizaciones, cuya incorporación determina per-se (no derivadas de la gestión) diferencias entre los ingresos reales y los gastos reales del Fondo.**
7. **Buscar también alguna forma de indexación de las obligaciones de cobertura por parte de FONASA (su plan de beneficios) para el grupo A de FONASA, con los aportes fiscales para dicho grupo y con los montos y el marco presupuestario de cotizaciones a este (grupos B, C y D).** Hubo avances en el pasado en la discusión al interior del poder ejecutivo a este respecto que pueden ser consideradas para esta revisión. Esto hará indispensable la explicitación del plan de beneficios de FONASA que, al menos en los próximos años no tiene que ser el mismo que para las ISAPREs. Ambas recomendaciones deben también incluir mecanismos que mitiguen los posibles riesgos fiscales de la indexación asociados a cambios cíclicos de la economía.
8. **Facultar a FONASA para crear mecanismos de pago tipo GRD, cuándo sea técnicamente apropiado, en la compra/pago de Ley de Urgencia, que agrupen estabilización y post-estabilización.**
9. **Realizar cambios para la mejora de la gobernanza del sistema nacional de inversiones en salud de manera tal que las decisiones de inversión en el sistema público de salud que expandan la oferta de servicios (por ejemplo, la construcción de nuevos hospitales) estén plenamente coordinadas con las prioridades de expansión de cobertura y las brechas de cobertura identificadas por FONASA para su población beneficiaria.** Se recomienda:
 - a. Que la aprobación de las nuevas inversiones en expansión de oferta de servicios deba llevar el acuerdo de FONASA en términos de prioridad de brecha de cobertura y, disponibilidad de presupuesto de compra/operación para ello.
 - b. Que, como se mencionó también en el punto 3 de esta sección, FONASA haga públicas las matrices de equidad y eficiencia usadas para determinar las brechas de cobertura, para que quienes deben decidir sobre la inversión en infraestructura y la expansión de la oferta las consideren al momento de proyectar nuevas inversiones.
 - c. Que en el proceso de inversión se separe la discusión de inversiones de mantención y optimización de las de expansión de oferta, con el fin de resguardar la provisión adecuada de inversión de mantención.

10. Un cambio de Gobernanza de FONASA que incluya algún tipo de consejo de gobierno obligatorio de ratificación con mayor independencia del poder ejecutivo, incluyendo el proceso de nombramiento de su director/a.⁴

Una entidad de la magnitud e influencia de FONASA, especialmente luego de la implementación de las recomendaciones de este comité, que en los hechos funciona como asegurador público, y dada su gran influencia en el mercado de servicios de salud, debería gozar de mayor autonomía funcional e independencia política en el largo plazo más allá de los cambios de gobiernos. Dicha mayor independencia no debe ser absoluta y necesariamente debe asegurar buena coordinación con las prioridades del MINSAL como autoridad sanitaria nacional. En opinión de este comité, las históricas limitaciones de independencia de FONASA derivadas en parte por su modelo de gobernanza explican en gran medida las dificultades que el fondo enfrenta en el ejercicio completo de sus potestades para cumplir su misión, especialmente en lo que se refiere a los prestadores públicos.

11. Clarificar explícitamente en el marco legal (DFL1) y administrativo que FONASA es, como entidad especializada en el financiamiento del sector, la entidad llamada a fortalecer el poder de compra de servicios clínicos finales del sector, asegurando en esto una visión regional apropiada y no hiper-centralizada. Por tanto:

- a. Se recomienda fortalecer ese rol vis a vis el de los Servicios de Salud que son fundamentalmente los gestores de redes de prestadores públicos. Esto no significa, sin embargo, prohibir absolutamente la compra de servicios clínicos finales por parte de los Servicios de Salud, sino que recomendar, emitir y ajustar la normativa necesaria para que se dé esta compra excepcionalmente y sin minar la capacidad de compra y negociación agregada de FONASA (por ejemplo, la compra de servicios clínicos finales en forma excepcional por los servicios no puede resultar en la práctica en el pago de precios más altos que los licitados por FONASA para una prestación estándar de salud).
- b. Se reafirma que FONASA no tiene, sin embargo, un rol en la gestión financiera micro de los prestadores, esto es, una vez que estos reciben sus ingresos desde FONASA u otras fuentes, la gestión de los recursos necesarios para la producción de los servicios es de exclusiva responsabilidad de los prestadores públicos, y FONASA no tiene un rol en la gestión financiera micro de estos. Lo anterior, en la definición de los incentivos financieros incluidos en los mecanismos de pago y contratación con los Servicios de Salud, hospitales, APS y prestadores privados con quien contrate, así como las derivaciones a otros prestadores cuando las garantías no se cumplan, lo que debe estar acordado en los contratos.

⁴ (A pesar de un gran esfuerzo de todos los miembros del comité, esta recomendación no fue con acuerdo unánime. Se acordó con 7 miembros a favor, 3 en contra y dos abstenciones. El punto de desacuerdo fue la naturaleza vinculante o no del Consejo Directivo / Asesor).

III. Recomendaciones respecto a los Prestadores Públicos

El análisis del comité se concentró en las recomendaciones que consideró más relevantes respecto a reformas sectoriales a los prestadores públicos (incluyendo los Servicios de Salud, los hospitales y la APS) para mejorar la eficiencia, acceso y tiempos de espera, experiencia del paciente y resultados sanitarios.

El comité se focalizó fundamentalmente en los Servicios de Salud y los hospitales públicos porque, aunque reafirmó su convicción de que la APS es el pilar del sistema de salud, esta es sujeto ya de una reforma por parte del MINSAL.

Como resultado de su análisis, el comité identificó 16 recomendaciones específicas para los prestadores públicos. Estas recomendaciones incluyen, entre otras, separar la administración y supervisión de los prestadores públicos del MINSAL, para otorgar una mirada de largo plazo a la planificación y gestión de dichas entidades y con ello mejorar su desempeño y, a su vez, fortalecer el rol rector del MINSAL sobre todo el sistema de salud, velando por todas las personas por igual.

Para ello, las recomendaciones identificadas son las siguientes:

- 1. Introducir un cambio en la estructura organizacional del Ministerio de Salud respecto a la gestión de la red prestadora pública, para que la supervisión de gestión de los prestadores públicos (hoy ejercida por la Subsecretaria de Redes) sea ejercida por una entidad distinta fuera del MINSAL, que se oriente al cumplimiento del objetivo de los prestadores, proveyendo mayor independencia y estabilidad frente a los cambios normales asociados a los ciclos políticos⁵.**

Este cambio debe apuntar a resolver las limitaciones que le genera, tanto al propio Ministerio de Salud, como al asegurador estatal (FONASA), el hecho de que la entidad rectora del sistema de salud chileno (MINSAL) ejerza en la práctica a la vez el rol de gestor de la prestación pública (a través de su Sub-secretaria de Redes Asistenciales), sobre el cual recaen todas las acciones de la entidad rectora. El cambio recomendado permitiría al Ministerio de Salud fortalecer significativamente sus capacidades y poner el foco en la mirada global del sistema de salud, en particular en su rol de rector de la salud poblacional y en la interacción multisectorial necesaria para ello, protegiendo el derecho a la salud de toda la población. Asimismo, permitiría a FONASA y a esta nueva entidad relacionarse sin la asimetría que genera actualmente el hecho de que el gestor de dichos prestadores sea, además, parte de la autoridad que supervisa o regula a FONASA.

⁵ (A pesar de un gran esfuerzo de todos los miembros del comité, esta recomendación no fue con acuerdo unánime. Se acordó con 9 miembros a favor, 1 en contra y dos abstenciones. El punto de desacuerdo fue la salida de esta función del seno del MINSAL.

2. **Generar una gobernanza para la entidad que se hará cargo del rol prestador que saldría del MINSAL, entidad independiente funcionalmente, pero con estrecha coordinación con la autoridad sanitaria, y con un gobierno organizacional encabezado por un consejo directivo o similar. Un rol fundamental es co-participar, co- designar, co-evaluar y decidir conjuntamente la remoción al gobierno superior de los prestadores públicos, con base en su desempeño.**
3. **Fortalecer la gobernanza de los Servicios de Salud por la vía de crear un consejo directivo que incluya representantes de MINSAL, FONASA, MIDESO, sector privado de salud, Gobiernos Regionales, alcaldes y usuarios con el fin de apoyar la planificación del desarrollo estratégico de la red asistencial a corto, mediano y largo plazo.**
4. **Revisar el marco legal y administrativo para fortalecer la gobernanza hospitalaria pública para asegurar que la gestión se enfoque en otorgar los servicios requeridos por los pacientes (acordados previamente con las entidades que financian). Una forma de implementar este fortalecimiento de gobernanza puede ser con la conformación de un directorio cuyos miembros deben tener competencia en los ámbitos de salud, de finanzas, legal y de gestión, con capacidad de designar y remover al director.**
5. **Revisitar el estatus real y las lecciones hasta ahora respecto de los hospitales autogestionados y decidir si efectivamente se aplica en su plenitud la norma que les da todas las potestades y responsabilidades plenas que necesitan como entidades autónomas o si se requieren reglas y gobernanzas diferentes para que puedan orientar su trabajo hacia el logro de su objetivo de atención a los pacientes.**
6. **Revisar y tomar lecciones para ajustes de la selección, nombramientos y especialmente en la remoción en los cargos directivos hospitalarios vía la ADP. La actual rotación, asociada principalmente a cambios del ciclo político, daña la continuidad, la planificación de largo plazo y, por tanto, la efectividad de este sistema.**
7. **Fortalecer las potestades del Director de Servicio de Salud para la coordinación de la red de prestadores público/privados en casos de excepción y catástrofe, luego del cambio recomendado en que la función prestadora de servicios sale del Ministerio de Salud, esta potestad debería recaer en Ministerio.**
8. **Reforzar la responsabilidad de los directores de hospital sobre el desempeño de sus instituciones, otorgándoles herramientas legales y administrativas que les permitan manejar el recurso humano para alinear su trabajo con los objetivos del hospital. Permitir, por ejemplo, avanzar en mecanismos de pago por producción y compartir riesgos (pago por desempeño u otros). Lo anterior es necesario para ajustar costos y recursos y alinear el trabajo de los colaboradores con los objetivos de la institución (entregar un buen servicio a los pacientes), así como abordar los significativos riesgos fiscales que implican mantener un sistema de compensación de los recursos humanos desacoplado de los**

resultados de las instituciones.

9. **Como contraparte del punto anterior, es necesario iniciar un diálogo para revisar y actualizar las leyes que rigen al personal de la salud** (Nº 18.834, 15.076 y 19.664 entre otras) de manera que permitan a los hospitales (dirección y jefaturas varias) contar con todas las herramientas para direccionar la actividad hospitalaria hacia el cumplimiento de sus objetivos, según las necesidades propias de cada establecimiento (ejemplo: funcionamiento de pabellones quirúrgicos).
10. **Asimismo, se recomienda iniciar un diálogo para revisar y actualizar los estatutos legales del personal de salud** (leyes 15.076; 19.664; 18.834 del estatuto administrativo; estatuto APS; otros) para adecuarlos a las necesidades actuales de los hospitales, modernizando las formas de remuneración, compensación salarial, y carrera que permitan vinculaciones claras con el desempeño y productividad (revisitando también la definición operativa de esa productividad) del personal de la salud, entendiendo que el desempeño se relaciona con el cumplimiento de los objetivos del hospital.
11. **Mejorar el sistema de evaluación de desempeño y de incentivos relacionados con este**, implementando un mecanismo de medición permanente de indicadores de desempeño clave al interior del hospital, que involucre a todos los trabajadores (no solo a las jefaturas). Es crítico que uno de los indicadores de desempeño clave de medición y evaluación permanente sea la experiencia del paciente al interior del hospital.
12. **Revisar y actualizar los estándares de acreditación hospitalaria (datan de 2007).**
13. **Estandarizar a nivel nacional el sistema de agendamiento de horas en la Atención Primaria**, de manera que los beneficiarios de una u otra comuna accedan a un sistema uniforme y estándar conocido. Hoy cada APS municipal tiene su sistema propio lo que genera fragmentación.
14. **Implementar un sistema nacional único y de acceso público de las listas de espera GES y NO-GES**, para que los usuarios y el público en general sepan cual es el estado de los tiempos de espera en el sistema público y privado. (S)
15. **Universalizar el acceso a la APS (plan de salud familiar)**. Esto considera habilitar que cualquier persona libremente, incluyendo beneficiarios de ISAPRE, DIPRECA, FFAA puedan inscribirse en su centro de salud familiar. Para el financiamiento de este beneficio será necesario un acuerdo entre el asegurador respectivo y el administrador de la APS respectivo.
16. **Revisar la normativa y ajustarla de modo que el rol y atribuciones de la Superintendencia de Salud y el de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en la inscripción, autorización y control de calidad de prestaciones de prestadores privados sea compatible y sinérgica**, con flujo expedito de información (ejemplo: creación de un registro nacional

de prestadores privados). (S)

IV. Recomendaciones respecto a los prestadores privados

El análisis del comité se concentró en las recomendaciones respecto a los prestadores privados para que estos contribuyan aún más efectivamente a la salud de la población y la sostenibilidad del sistema en el corto y largo plazo.

Como resultado de su análisis, el comité identificó 8 recomendaciones específicas. Estas recomendaciones incluyen principalmente el fortalecimiento de las potestades de la Superintendencia de Salud para hacer más eficiente la relación asegurador-prestador y para empoderar y proteger de mejor manera a los usuarios de dichos prestadores.

Para ello, las recomendaciones identificadas son las siguientes:

1. Introducir los cambios legales y administrativos necesarios para fortalecer las potestades **de la Superintendencia de Salud** para que tome un rol más activo para **convocar y persuadir a aseguradores y prestadores, sean estos institucionales, pymes, o individuales (o incluso regular) para la introducción y uso de mecanismos de pago y contratación más vinculados a la contención de costos, a la solución de salud integral y a compartir riesgo que los actuales pagos por servicios predominantes en el sistema. (S)**

Ejemplos de mecanismos incluyen GRDs y pagos agrupados (“Bundled payment” de la literatura anglosajona), que reduzcan la predominancia de los actuales pagos por servicios. Ello requiere poder codificar mecanismos de pago de formas diferentes. Será probablemente necesario el cambio de algunas de las regulaciones de la Superintendencia de Salud respecto a facturación que hoy pueden dificultar esta transición (ejemplo: el requerimiento de itemización detallada de las cuentas). (S)

2. **Dotar a la Superintendencia de Salud de facultades para instruir en forma obligatoria a los prestadores y aseguradores (FONASA e ISAPREs) a transparentar los precios de todas las prestaciones y sus coberturas financieras y copagos efectivos de los planes y/o plan de salud Estándar/Común/Único, incluyendo los precios finales de prestaciones que enfrentarán al atenderse en un prestador (cuenta conocida) antes del ingreso e incluyendo los marcajes (“mark up”) de medicamentos y prótesis sobre precio de costo o referencial hospitalario. (S)**
3. **Proveer a la Superintendencia de Salud de la facultad de sancionar a los prestadores privados y públicos que transgredan las normas de la Ley de Derechos de los Pacientes (S)**
4. **Proveer las facultades necesarias a la Superintendencia de Salud para que esta actúe como árbitro arbitrador entre los aseguradores (FONASA e ISAPREs) y los prestadores en**

materias de disputas de facturación y convenios/contratos (S)

5. **Revisar la normativa y ajustarla de modo que el rol y atribuciones de la Superintendencia de Salud y el de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en la inscripción, autorización y control de calidad de prestaciones de prestadores privados sea compatible y sinérgica, con flujo expedito de información (ejemplo: creación de un registro nacional de prestadores privados). (S)**
6. **Liberar de pago a los beneficiarios de FONASA e ISAPREs de bajos ingresos en el proceso de mediación conducido por la Superintendencia de Salud cuando estos enfrentan eventos iatrogénicos (daño al paciente) en atención por prestadores privados. Es importante en este cambio no generar inequidades entre usuarios del mismo nivel de ingreso que estén en FONASA o ISAPRE. (S)**
7. **Facultar a la Superintendencia de Salud a requerir a los prestadores que informen todos los RUTs que tienen al interior de la clínica/hospital, centro médico y similares y mantenerlos actualizados. (S)**
8. **Revisar el marco legal de las Garantías Financieras de ISAPRE actualizando los montos y su ejecución al marco de riesgo sectorial actual (ejemplo deuda acumulada o deuda pendiente), reduciendo en la medida de lo posible la judicialización de la exigencia de las garantías (ejemplo: proveer a la Superintendencia con facultades de Ejecución Efectiva de las garantías). (S)**

V. Recomendaciones respecto a la Superintendencia de Salud

El análisis del comité se concentró en las recomendaciones respecto a la Superintendencia de Salud que contribuya a que esta pueda ejercer en plenitud y efectivamente su rol regulador de la provisión y el aseguramiento público y privado en un contexto de seguridad social en salud en el corto y largo plazo.

Como resultado de su análisis, el comité identificó 22 recomendaciones críticas específicas en el corto plazo, 19 de orden regulatorio y una de gobernanza, todas compartidas con aseguradores y prestadores. Las recomendaciones incluyen muchas áreas de refuerzo de las potestades de la Superintendencia y, dado el gran aumento de potestades recomendadas y esenciales para su funcionamiento, se plantea un cambio en su gobernanza que se condice con su rol en el sistema en general.

Las recomendaciones identificadas son las siguientes:

7. **Facultar a la Superintendencia de todas las potestades de control de la prohibición de uso de declaración de Salud o instrumentos similares como barrera de acceso o**

mantención en las ISAPREs.

- 8. Introducir los cambios legales y administrativos necesarios para fortalecer las potestades de la Superintendencia de Salud para que tome un rol más activo para convocar y persuadir a aseguradores y prestadores, sean estos institucionales, pymes, o individuales (o incluso regular) para la introducción y uso de mecanismos de pago y contratación más vinculados a la contención de costos, a la solución de salud integral y a compartir riesgo (ejemplo GRDs y bundled payment) que los actuales pagos por servicios predominantes en el sistema.**

Ejemplos de mecanismos incluyen GRDs y pagos agrupados (“Bundled payment” de la literatura anglosajona), que reduzcan la predominancia de los actuales pagos por servicios. Ello requiere poder codificar mecanismos de pago de formas diferentes. Será probablemente necesario el cambio de algunas de las regulaciones de la Superintendencia de Salud respecto a facturación que hoy pueden dificultar esta transición (ejemplo: el requerimiento de itemización detallada de las cuentas). (S)

- 3. Revisar los indicadores financieros de capital inicial, reservas y garantías a niveles realistas con las obligaciones financieras y riesgos de las ISAPREs. (S)**
- 4. Facultar a la Superintendencia de Salud para incentivar el desarrollo de la interoperabilidad con objeto de obligar a la transparencia de los precios de todas las prestaciones y sus coberturas financieras y copagos efectivos en los planes (Plan Estándar/General/ Único de salud único cuando este esté aprobado y vigente), sin que ello sea vinculante para FONASA. (S)**
- 5. Facultar a la Superintendencia de Salud para incentivar el uso de otros mecanismos de pago entre las ISAPREs y los prestadores (además del actual pago por servicios predominante en el sector). (S)**
- 6. Facultar a la Superintendencia de Salud para la fiscalización (activa y directa) de la información y estados financieros de las ISAPREs (S)**
- 7. Facultar a la Superintendencia de Salud para actuar de árbitro arbitrador en la resolución de conflictos entre las ISAPREs y los prestadores de servicios de salud. (S)**
- 8. Facultar a la Superintendencia de Salud para hacer cumplir que las ISAPREs tengan contratados efectivamente los prestadores y las redes de estos que sean necesarias (es decir, calidad, cantidad, especialidades, ubicación geográfica, etc.) para el acceso efectivo de los beneficiarios a las prestaciones contratadas en sus planes. (S)**
- 9. Facultar a la Superintendencia de Salud para establecer una codificación única del arancel único sobre la base de revisar, estandarizar y actualizar los aranceles y sus códigos, incluyendo y en coordinación con FONASA e ISAPREs. Esto no contempla fijación**

de precios. Con ello se busca simplificar los planes y contratos y minimizar las distorsiones que la falta de actualización está creando en las decisiones de atención ambulatoria y hospitalaria por parte de los prestadores. (S)

10. **Implementar un sistema de indicadores con acceso público de tiempos de pago a prestadores y reembolso a pacientes. (S)**
11. **Implementar un sistema (con acceso público) de indicadores de tiempos de espera para prestaciones GES en las ISAPREs. (S)**
12. **Implementar un sistema nacional único y de acceso público de las listas de espera GES y NO-GES, para que los usuarios y el público en general sepan cual es el estado de los tiempos de espera en el sistema público y privado. (S)**
13. **Dotar a la Superintendencia de Salud de facultades para instruir en forma obligatoria a los prestadores y aseguradores (FONASA e ISAPREs) a transparentar los precios de todas las prestaciones y sus coberturas financieras y copagos efectivos de los planes y/o plan de salud Estándar/Común/Único, incluyendo los precios finales de prestaciones que enfrentarían al atenderse en un prestador (cuenta conocida) antes del ingreso, incluyendo los marcajes (“mark up”) de medicamentos y prótesis sobre precio de costo o referencial hospitalario. (S)**
14. **Proveer a la Superintendencia de Salud de la facultad de sancionar a los prestadores privados y públicos que transgredan las normas de la Ley de Derechos de los Pacientes.**
15. **Proveer las facultades necesarias a la Superintendencia de Salud para que esta actúe como árbitro arbitrador entre los aseguradores (FONASA e ISAPREs) y los prestadores en materias de disputas de facturación y convenios/contratos (S)**
16. **Revisar la normativa y ajustarla de modo que el rol y atribuciones de la Superintendencia de Salud y el de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en la inscripción, autorización y control de calidad de prestaciones de prestadores privados sea compatible y sinérgica, con flujo expedito de información (ejemplo: creación de un registro nacional de prestadores privados). (S)**
17. **Revisar la normativa y ajustarla de modo que el rol y atribuciones de la Superintendencia de Salud y el de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en la inscripción, autorización y control de calidad de prestaciones de prestadores privados sea compatible y sinérgica, con flujo expedito de información (ejemplo: creación de un registro nacional de prestadores privados). (S)**
18. **Liberar de pago a los beneficiarios de FONASA e ISAPREs de bajos ingresos en el proceso de mediación conducido por la Superintendencia de Salud cuando estos enfrentan eventos iatrogénicos (daño al paciente) en atención por prestadores privados. Es**

importante en este cambio no generar inequidades entre usuarios del mismo nivel de ingreso que estén en FONASA o ISAPRE. (S)

- 19. Reestructuración/Fortalecimiento de la gobernanza de la Superintendencia de Salud, a través de alguna forma de Consejo Directivo u otro similar que le confiera más independencia del Poder Ejecutivo, manteniendo los grados necesarios de coordinación con la autoridad sanitaria. ⁶**

Esto es necesario actualmente, pero se hace esencial luego de implementar estas recomendaciones, dado que estas aumentan significativamente las facultades de la Superintendencia de Salud. Será muy importante resolver de buena forma el balance entre la necesidad de mayor independencia de un órgano regulador de la importancia de la Superintendencia de Salud y la necesidad de que este esté coordinado y en una colaboración efectiva con las políticas sanitarias y del sistema emanadas por el Ministerio de Salud e instituciones dependientes, en su rol como autoridad sanitaria del país y de otros órganos del Estado y del poder ejecutivo. (S)

- 20. Facultar a la Superintendencia de Salud a requerir a los prestadores que informen todos los RUTs que tienen al interior de la clínica/hospital, centro médico y similares y mantenerlos actualizados. (S)**
- 21. Fortalecer la fiscalización de la emisión y cumplimiento de licencias médicas, incluyendo no solo suspensiones temporales de la autorización de emitir licencias a los profesionales médicos que probadamente las han emitido fraudulentamente, sino que facultar a los aseguradores y reguladores pertinentes para la aplicación de multas. (S)**
- 22. Establecer una contraloría médica en FONASA, similar a la existente en las ISAPREs, con la potestad de ser primera instancia de aprobación/rechazo de licencias médicas, con la COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) como Segunda instancia tal como ocurre con las ISAPREs, en orden a igualar las condiciones de los usuarios en FONASA e ISAPRE, fiscalizable por la Superintendencia de Salud. En todo caso se busca igualdad regulatoria para los beneficiarios de FONASA e ISAPREs respecto al SIL.(S)**

VI. Recomendaciones respecto al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)

El análisis del comité se concentró en las recomendaciones tanto en gobernanza, organización, y/o procesos de licencia médica para que el SIL cumpla efectiva y eficientemente con su objetivo sanitario/económico.

⁶ (A pesar de un gran esfuerzo de todos los miembros del comité, esta recomendación no fue con acuerdo unánime. Se acordó con 8 miembros a favor, 1 en contra y dos abstenciones. El punto de desacuerdo fue la naturaleza vinculante o no del Consejo Directivo / Asesor).

Como resultado de su análisis, el comité identificó 10 recomendaciones, 9 de ellas urgentes y de orden regulatorio, de proceso y organizacional y una de ellas respecto a analizar en el breve plazo si el SIL debe permanecer en la esfera de los seguros de salud o, transferirlo a la esfera del Ministerio de Trabajo.

Las siguientes son las recomendaciones respecto a SIL:

- 1. Que los aseguradores compartan la información de la licencia médica con el sistema de APS y su equivalente en el sistema privado, siempre con los resguardos que mandata la ley respecto a la confidencialidad de la información de salud de las personas, de modo que esta monitoree y apoye la recuperación de la salud objeto de la Licencia Médica.**
- 2. Modificar el SIL eliminando los tres días de carencia para las licencias de menos de 10 días, al mismo tiempo que se genera una modalidad de subsidio decreciente en el tiempo, para estimular el retorno laboral y no perjudicar a aquellos pacientes que efectivamente deben tener largos periodos de licencia médica para su recuperación o se encuentran en espera (larga) de pensión de invalidez.**
- 3. Fortalecer la fiscalización de la emisión y cumplimiento de licencias médicas, incluyendo no solo suspensiones temporales de la autorización de emitir licencias a los profesionales médicos que probadamente las han emitido fraudulentamente, sino que facultar a los aseguradores y reguladores pertinentes para la aplicación de multas. (S)**
- 4. Revisar, mejorar y potencialmente ajustar el procedimiento judicial y el tipo penal respecto a la emisión fraudulenta de licencias médicas, en particular los grandes emisores.**
- 5. Transferir la autoridad de las administradoras del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (mutuales) de clasificar ellas mismas las licencias médicas como SIL laboral o SIL de salud común, traspasándola a la autoridad de decisión a una entidad independiente. La potestad actual de dicha clasificación radicada en las administradoras y las dificultades de las instituciones del sector salud común a apelar exitosamente de ellas, sugiere que el sistema de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es potencialmente un conflicto, ya que ellas son además las responsables de incurrir en el gasto del SIL laboral.**
- 6. Establecer una contraloría médica en FONASA, similar a la existente en las ISAPREs, con la potestad de ser primera instancia de aprobación/rechazo de licencias médicas, con la COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) como segunda instancia tal como ocurre con las ISAPREs, en orden a igualar las condiciones de los usuarios en FONASA e ISAPRE, fiscalizable por la Superintendencia de Salud. En todo caso se busca igualdad regulatoria para los beneficiarios de FONASA e ISAPREs respecto al SIL.(S)**

7. **Avanzar en el establecimiento de protocolos clínicos guía para la emisión de licencias médicas que se hagan públicos, y que sirvan de herramienta de *benchmark* (referencia) en la gestión y control de licencias.**
8. **Este conjunto de acciones específicas señalados arriba debería ser implementado y/o conducido en el más corto plazo posible desde el sector salud bajo la conducción del MINSAL y sus instituciones dependientes.**
9. **Al mismo tiempo, el comité recomienda a la Comisión de Salud del Senado analizar en el corto plazo la conveniencia técnica de reformas más estructurales al SIL incluyendo:**
 - a. **Sacar (o no) el SIL de la esfera de los aseguradores de salud y trasladarlo a una institucionalidad propia que agregue la gestión del SIL relacionado con salud laboral y salud común como un todo, bajo la esfera del Ministerio del Trabajo.** Esto, considerando que ya casi el 70% del gasto total y más del 85% del gasto público en SIL está de hecho bajo la esfera del Ministerio del Trabajo, a través de su supervisión de las Cajas de Compensación y de las Mutuales. Esto, sin perjuicio de la estrecha colaboración futura con el Ministerio de Salud, tal como ocurre hoy con la situación inversa, o
 - b. **Separar los procesos de recaudación, cálculo y pago del SIL del proceso técnico de emisión de las licencias, el cual es transferido a una entidad pública independiente que reemplazaría las contralorías médicas de las mutuales, ISL, COMPIN, ISAPREs y FONASA, sin perjuicio de la existencia de instancias de apelación necesarias.**

C. Comentario final y agradecimientos

Los miembros del Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud agradecemos a la honorable Comisión de Salud del Senado que nos dio la oportunidad de contribuir a esta tarea noble y urgente de una mejor salud para Chile.

El trabajo del comité fue guiado por nuestro compromiso con Chile y, en especial, por nuestro convencimiento de que el sistema de salud de nuestro país debe perfeccionar la cobertura universal en salud, cumpliendo con los principios de la seguridad social. Aunque tenemos visiones diversas respecto a cómo alcanzar dicho objetivo -desde quienes favorecen un esquema con un asegurador único público hasta quienes favorecen aseguradores múltiples en competencia regulada-, nos une la necesidad de llegar a acuerdos y proponer recomendaciones para abordar los urgentes desafíos que hoy enfrenta nuestro sistema de salud, sin perjuicio de nuestras aspiraciones en el largo plazo

Este conjunto de recomendaciones son nuestra contribución a un mejor sistema de salud e intentan traducir los valores perenes de la seguridad social, el principio de solidaridad y la aspiración de cohesión social en torno a un sistema de salud renovado y energizado.