

**Informe Final  
Evaluación del Gasto Institucional  
(EGI)  
Fondo Nacional de Salud  
(FONASA)**

**RESUMEN EJECUTIVO**

Diciembre 2013

## RESUMEN EJECUTIVO

### ANTECEDENTES<sup>1</sup>

El objetivo de la Evaluación del Gasto Institucional (EGI) es el *"evaluar la productividad, eficiencia y eficacia de la institución en la provisión de bienes y servicios, en concordancia con sus objetivos estratégicos y buscando espacios de optimización del desempeño institucional"*<sup>2</sup>. En es caso específico de la EGI FONASA, el objetivo es evaluar el rol de asegurador público de salud que cumple en el sistema de salud chileno.

La evaluación toma los instrumentos del Sistema de Evaluación y Control de Gestión de la DIPRES, contextualizados en los marcos conceptuales recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup>, y el Banco Mundial (BM)<sup>4</sup>. La primera referencia entrega los lineamientos a los países comprometidos a desarrollar sistemas de financiación para alcanzar cobertura universal de salud, y la segunda, ofrece una guía práctica para la implementación de esquemas de seguros de salud equitativos, eficientes y sostenibles.

El desempeño del FONASA se analiza en tres dimensiones: el diseño institucional, la estructura de la organización e implementación de sus procesos, y la medición de indicadores seleccionados para medir sus resultados. El período del estudio comprende los años 2008-2011<sup>5</sup>. En la presente investigación se recurrió a exhaustivas revisiones bibliográficas y de documentación de la Institución, además de entrevistas en profundidad y diseño de instrumentos para levantar la información pertinente.

### 1. DISEÑO INSTITUCIONAL

#### 1.1 EL FONASA y su rol en el Sistema de Salud de Chile

El FONASA es la principal institución aseguradora en salud de Chile. Los antecedentes históricos dan cuenta que a mediados de los 70, el Estado tenía un rol predominante en salud, tanto en acciones de protección como en aquéllas de carácter preventivo y curativo. El FONASA se crea en 1979<sup>6</sup> producto de una reestructuración del sistema de salud y su objetivo es realizar las funciones financieras y de distribución presupuestaria del sector público de salud, de allí su nombre que mantiene hasta el día de hoy. Posteriormente, las reformas realizadas por el Régimen Militar configuraron el sistema actual, en donde los sectores público y privado participan tanto en el financiamiento (seguros) como en la prestación de servicios de salud (Ver Figura N°1).

---

<sup>1</sup> El estudio ha sido realizado por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en particular, por su Instituto de Administración de Salud, IAS, en asociación con la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

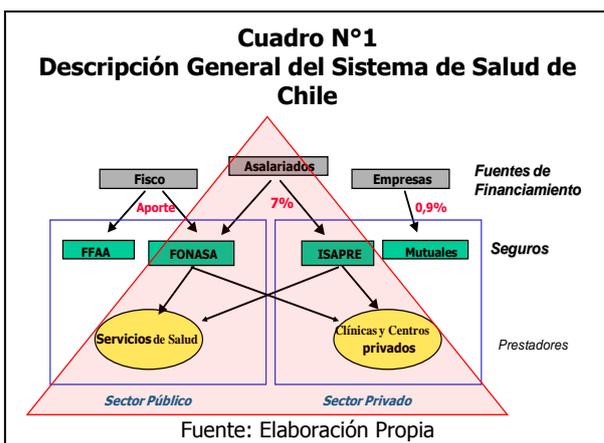
<sup>2</sup> Resolución Exenta N° 311 (2012): Aprueba bases administrativas y técnicas de licitación pública para realizar la evaluación comprehensiva del gasto o evaluación del gasto institucional del Fondo Nacional de Salud. Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda.

<sup>3</sup> "La Financiación de los Sistemas de Salud en el Mundo: Camino Hacia la Cobertura Universal". De aquí en adelante se hace referencia como OMS (2010).

<sup>4</sup> "Manual de Seguros de Salud: Cómo Hacerlos Funcionar", del año 2012. De aquí en adelante se referencia como BM (2012).

<sup>5</sup> En algunos casos puntuales se entrega información del año 2012.

<sup>6</sup> Decreto Ley 2763 de 1979.



Su diseño radica en un elemento propio del sistema de salud chileno: la posibilidad que tienen los trabajadores de destinar su cotización obligatoria de salud (7% de la renta imponible) al FONASA o a las Instituciones de Salud Previsional del sector privado, ISAPRES, lo que le otorga un carácter mixto. Significa, asimismo, el punto de partida para concebir a la Institución como un ente asegurador, ya que, para hacer efectivo este nuevo diseño, se la dotó de nuevas atribuciones en

materia de financiamiento de las prestaciones de salud, de fiscalización del referido financiamiento y de atribuciones de compra que, en pocas palabras, vino a otorgarle la calidad de "seguro público de salud"<sup>7</sup>. De este modo, es posible afirmar, desde un punto de vista jurídico, que al FONASA le compete un doble ámbito de acción: ser un seguro de salud para sus beneficiarios y, al mismo tiempo, ejercer o desempeñar funciones de administración financiera del sector público de salud.

El análisis del rol de FONASA se puede hacer bajo dos perspectivas:

a) *Respecto de su contribución a superar las fallas del mercado asegurador de la salud.* Se postula aquí que el FONASA ayuda a superar algunas fallas de mercado señaladas habitualmente en la literatura de economía de la salud<sup>8</sup>, que son las que precisamente podrían justificar, al menos desde una perspectiva teórica, la participación del Estado en los sistemas de salud<sup>9</sup>. El actual sistema de aseguramiento permite a las personas superar el impacto negativo de la *incertidumbre* asociada a los eventos de enfermedad, y en él, FONASA cumple un rol determinante. Por una parte, constituye el principal asegurador al adscribir en el año 2011 a un 76% de la población. Por otra, corrige la *selección de riesgos* propia del sistema mixto al cobrar una prima fija, obligatoria e independiente de riesgos del 7% de los ingresos y al estar obligado a afiliarse a todas las personas que deseen pertenecer, sin restricción de edad, sexo y condición de salud, no permitiendo así la discriminación entre las personas que quieren ser parte de su "cartera de riesgo"<sup>10</sup>. El resultado de este diseño es que el seguro público concentra, en una mayor proporción, a los adultos mayores y a las mujeres. También lo hace respecto de las personas de menores ingresos, lo que en definitiva hace posible que Chile se acerque, en buena medida, al objetivo de cobertura universal expresado por la OMS<sup>11</sup>. Finalmente, este rol en el mercado no es exclusivo, ya que existen otros organismos, como el Ministerio de Salud, que también se hacen cargo de mejorar el comportamiento de este mercado, por ejemplo, al velar por la provisión de bienes públicos o de altas externalidades<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> Ley N° 19650/19.650, 1999.

<sup>8</sup> La aparición impredecible de la enfermedad, la presencia de externalidades, asimetrías de información y las propias imperfecciones de los sistemas de seguros creados, precisamente, para abordar la incertidumbre propia de este mercado, tales como la selección adversa y la selección de riesgos.

<sup>9</sup> Ella puede tener distintas dimensiones, desde informar y regular, hasta proveer directamente la atención de salud.

<sup>10</sup> Esto es distinto a lo que ocurre en las ISAPRES, quienes no están obligadas a afiliarse a las personas y fijan sus primas según las características del Plan que contratan las personas (cobertura), y según sus riesgos. Esto ha llevado a que la cotización promedio ascienda a un 10%, aproximadamente, de los ingresos de los cotizantes.

<sup>11</sup> Estos indicadores se entregan con más detalle en la sección 3.1 siguiente.

<sup>12</sup> Ejemplo de ellos son los programas de inmunización dirigidos a toda la población.

b) *Respecto de su contribución a articular el mercado asegurador y de prestaciones de salud.* El FONASA entrega sus servicios a través de dos planes de atención: la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE). Producto de la Reforma a la Salud del año 2005, desde ese año también ofrece prestaciones bajo el Régimen de las Garantías Explícitas en Salud (GES), el que se entrega también en las ISAPRES. La MAI está conformada, principalmente, por la red asistencial pública, donde la puerta de entrada a los servicios de salud es la atención primaria<sup>13</sup>. Para acceder a la MAI, el grupo de clasificación de ingreso de los afiliados del FONASA determina el porcentaje de copago. (Ver Cuadro N°1)

**Cuadro N° 1**  
**Clasificación de Ingresos y Copagos Beneficiarios FONASA**

TRAMOS	INGRESO IMPONIBLE	COPAGO MAI	COPAGO MLE
A	Indigentes o carentes de recursos, pensiones asistenciales, asignaciones familiares	0%	Sin acceso
B	Bajo ingreso mínimo o hasta 1.46 veces ingreso mínimo con 3 o más cargas	0%	Co pago según nivel de inscripción del prestador (niveles 1, 2 y 3)
C	Entre ingreso mínimo hasta 1.46 veces ingreso mínimo con 3 cargas como máximo, o superior a 1.46 veces ingreso mínimo con 3 cargas o más	10%	
D	Superior a 1.46 veces el ingreso mínimo y con 2 cargas como máximo	20%	

Fuente: Elaboración Propia en base a información del FONASA, [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

Los cotizantes del FONASA<sup>14</sup> y sus cargas también pueden acceder a la MLE, en la cual los prestadores de salud públicos y privados establecen un convenio con el seguro público y se clasifican en uno de los tres niveles de atención establecidos para la potencial entrega de cualquiera de las prestaciones contenidas en el arancel de la MLE: Niveles 1, 2 y 3. En dicha modalidad, el copago de los beneficiarios depende de su nivel de atención y su bonificación está establecida en función del Nivel 1, correspondiendo, en general, a un 50% del arancel<sup>15</sup>. Las formas en que el FONASA influye en el mercado a partir de sus modalidades de atención son:

**Modalidad de Libre Elección.** La ley establece que los contratos de salud de las ISAPRES deben comprender, como mínimo, las GES y un plan complementario que contemple, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera del arancel de la MLE<sup>16</sup>. Esto implica que cada vez que se modifique el Arancel MLE, ya sea en precios, bonificación y/o prestaciones, los planes de salud de todos los beneficiarios de las ISAPRES deben contemplar dichas variaciones. Con respecto a las *prestaciones*, esto significaría que la MLE actuaría como piso para la oferta respectiva del sistema privado; la participación de las prestaciones ambulatorias aranceladas MLE es, en el año 2010, de un 89% en frecuencia y un 88% en gasto en el total de prestaciones compradas (facturadas) por los asegurados de ISAPRES, mientras que las prestaciones hospitalarias representan un 84% en frecuencia y un 72% en el total facturado<sup>17</sup>. Esto

<sup>13</sup> Si el problema de salud que enfrenta el asegurado del FONASA no es resuelto en dicho nivel de atención, es derivado a los niveles secundarios o terciarios dependiendo de su complejidad.

<sup>14</sup> Beneficiarios de los grupos B, C y D.

<sup>15</sup> Con algunas excepciones, como la atención del parto. Si el prestador está inscrito en un nivel superior, el 2 y 3, la diferencia es de cargo del asegurado.

<sup>16</sup> Artículo 189 del DFL 1 de 2005.

<sup>17</sup> Estimaciones propias en base a datos de la Superintendencia de Salud [www.supesalud.gob.cl](http://www.supesalud.gob.cl).

refleja que el sector privado no incorpora, de manera significativa, prestaciones distintas a las del Arancel MLE, demostrándose así la relevancia de estas últimas en la oferta de servicios de salud de los prestadores y en el gasto que realizan tanto los beneficiarios como las ISAPRES. Con respecto a los *precios* establecidos por el FONASA, de la legislación mencionada, se infiere que ellos son importantes para la oferta de prestaciones privadas, tanto en términos absolutos como relativos, al afectar la cantidad demandada y los precios a los cuales pueden venderlas. Sin embargo, esto no implica que las variaciones de precios entre ambos seguros sean similares, aspecto sobre el cual no se tiene información concluyente<sup>18</sup>.

**Modalidad de Atención Institucional.** Es la fuente principal del gasto de los asegurados del FONASA, con una participación de un 85% en el 2011, equivalente a \$ 2.781.935 millones (Ver Cuadro N° 2). La ley le permite al FONASA destinar, como máximo, un 10% del presupuesto de la modalidad a la compra de prestaciones en salud a prestadores que no pertenecen a dicha red<sup>19</sup>. Las cifras revelan que esta compra no impactaría mayormente al sector privado, ya que durante el período de estudio, asciende a 111.036 millones, lo que representa sólo un 43,4% del tope establecido en la ley para estos fines<sup>20</sup>.

**Cuadro N° 2**  
**Gastos ejecutados en la compra de prestaciones por parte de los asegurados del FONASA y las ISAPRES en prestaciones del sector público y privado, millones de pesos de 2012**

Ítem	2008	2009	2010	2011	Promedio	Participación promedio (%)
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI	2.004.877	2.531.933	2.683.076	2.781.935	2.500.455	85,1%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE	398.961	438.288	439.767	472.358	437.343	14,9%
<b>Gasto asegurados FONASA en prestaciones</b>	<b>2.403.838</b>	<b>2.970.221</b>	<b>3.122.842</b>	<b>3.254.293</b>	<b>2.937.799</b>	<b>100,0%</b>
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones del Sector Público	46.316	44.117	37.761	45.715	43.477	3,2%
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones del Sector Privado	1.128.516	1.306.773	1.377.195	1.512.430	1.331.228	96,8%
<b>Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones</b>	<b>1.174.832</b>	<b>1.350.891</b>	<b>1.414.956</b>	<b>1.558.144</b>	<b>1.374.706</b>	<b>100,0%</b>
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI en el Sector Privado	79.061	99.676	101.963	111.036	97.934	5,2%
Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE en el sector privado	398.961	438.288	439.767	472.358	437.343	23,4%
Gasto asegurados ISAPRES en prestaciones del Sector Privado	1.128.516	1.306.773	1.377.195	1.512.430	1.331.228	71,3%
<b>Gasto asegurados FONASA e ISAPRES en prestaciones del Sector Privado</b>	<b>1.606.537</b>	<b>1.844.738</b>	<b>1.918.924</b>	<b>2.095.824</b>	<b>1.866.506</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración Propia en base a información de DIPRES, FONASA y Superintendencia de Salud.

<sup>18</sup> Sólo se tiene información parcial. Según estudio de Clínicas de Chile A.G. (2012): "Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile", actualización a cifras del año 2010, enero de 2012, la variación del precio promedio por prestación de los beneficiarios MLE entre 2008 y 2010 es 2,1% real, y en los de ISAPRE es de un 6,0% real. Otra estimación la efectúa la Superintendencia de Salud (Departamento de Estudios y Desarrollo), que para dos períodos entre los años 2010 y 2012 compara las variaciones reales de precios del arancel MLE con los de las ISAPRES, encontrándose resultados opuestos: un -0,1% y 0,3 % para la MLE en cada período contra un 0% y 0,2% en las ISAPRES, respectivamente.

<sup>19</sup> Artículo 50 del DFL N° 1 de 2005.

<sup>20</sup> El art 50 del DFL 1, faculta la compra a organismos que no pertenezcan al SNSS, estableciéndose que el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la MAI. Del Cuadro N° 2 se deduce que en el año 2011, esta compra es sólo un 23,5% de los \$472.358 millones gastados en prestaciones de la MLE.

## 1.2 Definiciones Estratégicas

El FONASA declara las definiciones que aparecen en los Cuadros N°3 y N°4. La misión actual se formuló el año 2011, y los objetivos estratégicos el año 2012.

**Cuadro N°3  
Definiciones Estratégicas del FONASA 2011-2012**

<b>MISIÓN</b>
"Ser un seguro orientado a satisfacer necesidades de salud de sus asegurados (as), a nivel país, que entrega cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguarda un <b>eficiente manejo financiero</b> del sector público de salud"
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Administrar los recursos financieros</b> del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza y labor fiscalizadora, para mejorar la calidad de atención de los asegurados(as).</li> <li><b>2. Entregar cobertura</b> en salud a los asegurados(as), a través de un mejor <b>plan de salud</b> de FONASA, para aumentar la satisfacción de los Asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE</li> </ol>

Fuente: Departamento de Planificación Institucional del FONASA.

**Cuadro N°4  
Productos Estratégicos del FONASA 2012**

<b>PLAN DE SALUD</b>	Se refiere a la relación del seguro con sus asegurados, tanto en sus derechos como obligaciones, estableciendo los beneficios y prestaciones médicas y pecuniarias a que tienen derecho. Comprende, entre otros, el Arancel de Prestaciones, la cobertura financiera de las prestaciones del arancel y las garantías explícitas de salud (GES) en términos de acceso, oportunidad y protección financiera aplicable a toda la población asegurada.
<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>	Se refiere a la relación del seguro con actores externos: la red de prestadores definiendo los mecanismos de pagos a utilizar en la MAI y en la MLE; los mecanismos de control presupuestario a ejercer sobre los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y el control y fiscalización sobre terceros, esto es prestadores públicos y privados, empleadores y ente recaudador.
<b>ATENCIÓN AL ASEGURADO</b>	Se refiere a la forma y canales que utiliza el seguro para comunicarse con los asegurados, prestadores, empleadores y, en general, con todos aquéllos que se relacionan con la institución.

Fuente: Departamento de Planificación Institucional del FONASA.

Considerando las definiciones estratégicas desde el 2008, año inicial del período de estudio, es posible observar la consistencia entre misión y objetivos estratégicos, y alta coincidencia entre los objetivos estratégicos con énfasis tales como: captar más afiliados, mejorar la recaudación, mejorar la fiscalización, buscar la excelencia en los procesos, dar satisfacción al usuario, ofrecer un mejor plan de salud. Los cambios realizados en su misión y, por ende, en sus objetivos y productos estratégicos, se alinean con priorizar sus funciones como seguro, sin dejar de desarrollar actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud en cada período<sup>21</sup>. La evolución que ellos han tenido muestra la preocupación por ofrecer un buen plan, dar una buena atención a los asegurados y realizar una gestión eficiente de los recursos.

## 1.3 Funciones Críticas del FONASA y productos estratégicos (PE)

El marco conceptual del BM (2012) identifica las funciones críticas que debiera desarrollar cualquier seguro de salud, público o privado, para su buen funcionamiento: regulatorias, gestión de proveedores, gestión financiera, gestión de beneficiarios y monitoreo y sistemas de información. El Cuadro N°5 muestra cómo el FONASA aborda las funciones regulatorias y de política, dando cuenta que la Institución no controla directamente la definición de los ámbitos financieros y de calidad de las prestaciones

<sup>21</sup> Esto se alinea con el marco jurídico establecido para el FONASA, después de los cambios realizados en la Reforma de Salud del 2005, en que se enfatiza su rol como seguro, y su rol relacionado con actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud no se elimina, pero se establece con un énfasis más reducido. Ver la letra c) del artículo N° 50 del DFL1 de 2005 del Ministerio de Salud: "**Colaborar** con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud".

entregadas. Hay funciones que son desempeñadas por otras instituciones, donde no existe suficiente claridad respecto al rol que le compete al FONASA (por ejemplo: prestadores en MAI, licencias médicas).

**Cuadro N°5**  
**Funciones regulatorias y de política y su relación con el rol del FONASA**

Funciones	Rol del FONASA
Diseño del seguro, incluidos los métodos de financiación, criterios de elegibilidad, paquete de beneficios.	Proponer Arancel de Prestaciones a MINSAL y MIN. HACIENDA (Propuesta de Plan de Salud). Identificar a los asegurados, determinar su ingreso mensual y clasificarlos en el Grupo de Salud que corresponda. Proponer normas de calidad para calificar como indigente. Financiar las prestaciones de salud a los asegurados, de acuerdo a políticas y prioridades definidas por el MINSAL y lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud
Identificar la institución que administra el seguro (por ejemplo, Ministerio, fondo de seguro semiautónomo, organización comunitaria).	Administrar el Seguro.
Establecimiento de normas de calidad de proveedores	Velar por el cumplimiento de normas e instrucciones dictadas por el MINSAL sobre acceso, calidad y oportunidad (distintas a GES). Definir normas de calidad en convenio realizados en la MLE y la MAI (Autorización sanitaria y otros requisitos)
Establecimiento de normas para las comunicaciones con los beneficiarios.	Aplicar normativa de MINSAL en GES. Ajustarse a la normativa de la Superintendencia de Salud.
Establecer reglamentos financieros para garantizar la solvencia y protección de los consumidores (por ejemplo, requisitos de reserva, normas de entrada y salida, procedimientos de reclamo de asegurados y proveedores).	Ajustarse a Ley de Presupuestos. Definir reglamentos para préstamos médicos.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

En el Cuadro N°6 se observa que, en general, el FONASA cumple con las funciones de gestión de proveedores (selección; promoción de calidad mediante el pago y acreditación; cumplimiento de contratos; gestión de prestaciones y pago según lo acordado) en lo que dice relación con la MLE y en la MAI, con las PPV y GES. Sin embargo, no gestiona proveedores en lo que refiere al resto de las prestaciones MAI.

**Cuadro N°6**  
**Funciones de gestión de proveedores y su relación con el rol del FONASA**

Funciones	Rol del FONASA
Selección de proveedores.	Seleccionar proveedores en la MAI y la MLE (lo hace en la MLE y parte de la MAI (GES y PPV)).
Promoción de la calidad a través de mecanismos de pago, acreditación de proveedores, auditorías de calidad y otros métodos.	Promoción de calidad en la MAI y la MLE (lo hace en la MLE y parte de la MAI (GES y PPV)).
Negociación con proveedores y otras entidades, incluyendo negociación del sistema de pagos.	Negociar con proveedores en la MAI y la MLE (lo hace en la MLE y parte de la MAI (GES y PPV)). En el proceso de compra a privados (PPV en la MAI).
Gestionar el cumplimiento con los parámetros establecidos en el contrato y presupuesto.	A través de los compromisos de gestión (define compromisos pero no los fiscaliza). Convenios MAI y MLE.
Procesamiento de prestaciones médicas, incluido el control para el cumplimiento de horarios, de tarifas y reglamentaciones del beneficio. Asegurando que los pacientes tienen derecho a los beneficios solicitados, previniendo el fraude y controlando los costos a través de otras medidas.	En la MAI y la MLE directa o indirectamente, por ej. delegando la función y recolectando la información (no existe sistema integrado de información).

Funciones	Rol del FONASA
Pago de proveedores a tiempo y según la base de pago acordado.	En la MLE y en la MAI.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

En el Cuadro N°7, a diferencia de las funciones revisadas anteriormente, las relacionadas con gestión financiera están sólo parcialmente cubiertas. El FONASA se concentra en las tareas de traspaso de recursos en la MAI y en la MLE, y no se involucra en acciones de análisis actuarial para anticipar déficits y tomar medidas preventivas relacionadas con control de costos o reducción de prestaciones. Tampoco realiza acciones tendientes a dar seguridad en la información y realizar auditorías externas e independientes (función que actualmente no está cubierta en el sistema de salud Chileno).

**Cuadro N°7**  
**Funciones de gestión financiera y su relación con el rol del FONASA**

Funciones	Rol del FONASA
Gestión Financiera (además de pago del proveedor) para asegurar la solvencia, incluyendo la gestión de efectivo para asegurar pago a tiempo a proveedores.	Recaudar, administrar y distribuir los recursos de su responsabilidad. Ejecutar el presupuesto según Ley en la MAI y en la MLE.
Realizar análisis actuarial para anticipar y evitar posibles déficits presupuestarios mediante la adopción de medidas preventivas, como aumentar las primas, reducción de las prestaciones, controlar los costos o revisar la cobertura de reaseguro.	Requiere contar con esta información para ejecutar las funciones que la ley le exige.
Asegurar la información financiera precisa y transparente a todos los interesados; incluyendo una auditoría anual por una firma independiente de contabilidad.	Requiere contar con esta información para ejecutar las funciones que la ley le exige.
Aplicar, si es necesario, ajuste al riesgo.	No aplica por el diseño del plan. Sin embargo, sí se requiere información al respecto para clasificar a las personas en los distintos Grupos de Salud.

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

En el Cuadro N°8, en general, las funciones relativas a la gestión de beneficiarios están cubiertas por el FONASA. Sin embargo, en lo que tiene que ver con la recaudación de las cotizaciones de salud, función que es realizada por otras instituciones en convenio (como el IPS), el FONASA no realiza mayores acciones, observándose algunas debilidades en dichos convenios (faltas de consistencia en la información y retrasos).

**Cuadro N°8**  
**Funciones de gestión de beneficiarios y su relación con el rol del FONASA**

Funciones	Rol del FONASA
Educación al público sobre el plan de seguros	Informar adecuadamente de sus derechos a los asegurados (lo hace a través de la página web, información en sucursales, el centro de atención y las instancias de participación ciudadana).
Generación de demanda para incorporarse al seguro (en sistemas voluntarios); llegar a poblaciones especiales.	En lo que refiere a poblaciones especiales, por ej. temporeros (realiza campañas de promoción destinadas a estos grupos).
Educación a los miembros sobre sus derechos.	Informar adecuadamente de sus derechos a los asegurados (lo hace a través de la página web, información en sucursales, el centro de atención y las instancias de participación ciudadana).
Inscripción de beneficiarios elegibles.	Identificar a los asegurados, determinar su ingreso mensual y clasificarlos en el Grupo de Salud que corresponda. Inscripción de poblaciones especiales (dependiendo del número potencial de afiliados, realiza visitas a lugares de trabajo).
Recolección de impuestos y/o primas.	Recaudar, administrar y distribuir recursos de su responsabilidad Cobrar las cotizaciones de salud (lo hace a través de instituciones en convenio como IPS y PREVIRED).

Revisar y redireccionar quejas.	Conocer y resolver reclamos de sus beneficiarios (regulación general del sector público en la materia y normativa de la Super. de Salud).
Asegurar que los empleadores incorporan a sus empleados y que la deducción de las contribuciones se realiza correctamente.	Puede capacitar y fiscalizar a empleadores (realiza planes de capacitación y fiscalización).

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

Respecto de las funciones de Monitoreo y Sistemas de Información, en el Cuadro N°9 se observa, en general, un desarrollo insuficiente. En particular, el FONASA cuenta con escaso desarrollo en el área financiera (especialmente en la MAI), y un poco mejor en gestión de clientes y proveedores de la MLE. La mayoría de las acciones de recolección de información están radicadas en otros entes sectoriales como el MINSAL y los Servicios de Salud (en especial, la información relacionada con la MAI). El FONASA debiese, al menos, disponer, gestionar y analizar datos que le permitan dar cuenta de lo que le mandata la ley<sup>22</sup>.

**Cuadro N°9**  
**Funciones de monitoreo y sistemas de información y su relación con el rol del FONASA**

Funciones	Rol del FONASA
Diseño (o compra) e implementación de sistemas de información, y la utilización de la información para todas las funciones enumeradas anteriormente: gestión de clientes, proveedores y financiera.	Contar con un sistema de información que recolecte, sistematice y permita el análisis de la información relacionada con las funciones críticas del seguro de salud y, en particular, aquellas exigidas por ley al FONASA.
Captura de datos de proveedores en cuanto al uso de los servicios, diagnósticos, pautas en la práctica, los resultados clínicos.	Capturar datos en la MAI y la MLE (lo realiza sólo en la MLE, los datos de la MAI los recolecta MINSAL).
Apoyar el análisis de estos datos para tomar decisiones de gestión mejorar la calidad, equidad y eficiencia.	Analizar y apoyar el análisis de estos datos para cumplir con las funciones que la ley le exige (función realizada por el MINSAL en algunos ámbitos).
Desarrollo de sistemas de apoyo al control de costos y aseguramiento de calidad (como la revisión previa de autorización y utilización), y de seguimiento del cumplimiento de los proveedores y beneficiarios de las normas de referencias, copagos, períodos de espera y manejo de casos.	Desarrollar sistemas de apoyo al control de costos y aseguramiento de calidad, para dar cuenta de las funciones que la ley le exige (funciones realizadas por otras instituciones tales como el MINSAL y los Servicios de Salud).

Fuente: Elaboración Propia en base a los contenidos del documento Banco Mundial (2012).

A la luz del análisis efectuado sobre las funciones críticas de un seguro de salud, se evalúa si la definición de los productos estratégicos y subproductos efectuada por el FONASA para el año 2012 es la adecuada. El estudio está de acuerdo con los productos vigentes y propone mejoras a nivel de subproductos, los que deberían reclasificarse, redefinirse e incorporar productos específicos y ausentes en las definiciones actuales del FONASA. Las propuestas apuntan a diferenciar los productos de la MAI y MLE, reconociendo las características diferenciales de ambas modalidades de atención y asignando al FONASA roles en el monitoreo y fiscalización de la MAI. Se avanza, asimismo, en definir productos específicos, lo que permitiría implementar seguimientos y evaluaciones más enfocados en los mismos. Otro aspecto a incorporar es la definición de planes, lo que implica integrar las funciones de monitoreo y evaluación bajo metas e indicadores.

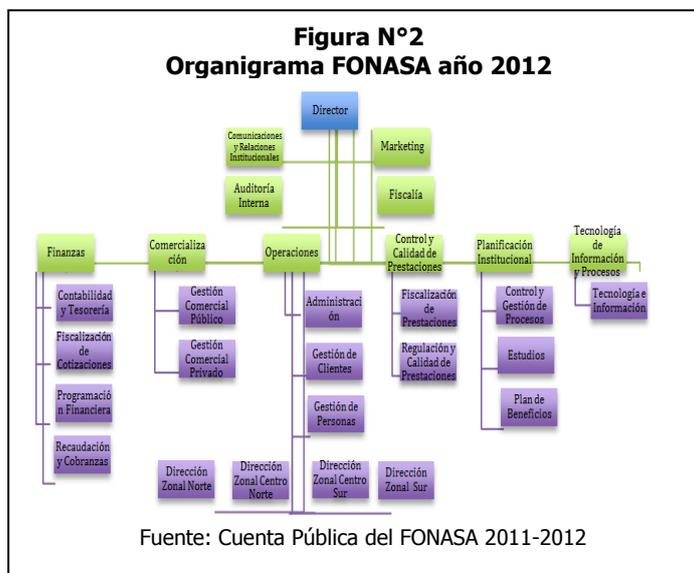
<sup>22</sup> Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, están obligados a proporcionar al FONASA la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna (DFL N°1 2005).

## 2. ORGANIZACIÓN, RECURSOS Y PROCESOS

### 2.1 Análisis organizacional

El documento del Banco Mundial (2012) establece que no existe una estructura organizacional<sup>23</sup> única y óptima para el funcionamiento de un seguro de salud, sin embargo, existen dos principios a los que la organización debe responder: contribuir a la rendición de cuentas y construir sobre las organizaciones existentes, en lugar de crear otras totalmente nuevas para la administración de los seguros. Se observa que el FONASA acoge ambos principios.

Respecto del primero, posee una estructura orgánica diferenciada por funciones, en la cual existen mecanismos de control y supervisión, definidos y operativos para funciones y procesos<sup>24</sup>, y que habilita a la Institución para celebrar convenios con prestadores en la MAI (compromisos de gestión) y para la MLE a través de estructuras orgánicas especializadas. Existe un Plan Anual de Capacitación, y está en pleno proceso de implementación un Sistema



Corporativo de Información (SCI), que debiera constituir un aporte sustancial para la gestión de la Institución<sup>25</sup>. Adicionalmente, el FONASA acoge actividades de participación ciudadana y rinde anualmente una Cuenta Pública de su gestión a nivel nacional, central y por Direcciones Zonales.

En relación al segundo principio, construir sobre la organización existente, la estructura organizacional del FONASA se ha ido modificando periódicamente para asumir los nuevos desafíos de la Institución. En el período 2008-2012 se han producido cambios orgánicos y redistribución de funcionarios<sup>26</sup>, en sincronía con cambios en la administración de la Institución. Resultado de aquello es que su organigrama actual, en relación al del 2008, resulta de mayor complejidad<sup>27</sup>, lo que se evalúa positivamente (Ver Figura N°2).

<sup>23</sup> Definida como "el marco en el que una organización dispone de sus líneas de autoridad, responsabilidad, relaciones y comunicaciones entre los afiliados y sus derechos y deberes. La estructura organizacional determina la forma y el grado en que los roles, el poder y las responsabilidades se delegan, controlan y los flujos de coordinación de la información".

<sup>24</sup> Respaldados por diagramas de flujo disponibles en la Institución.

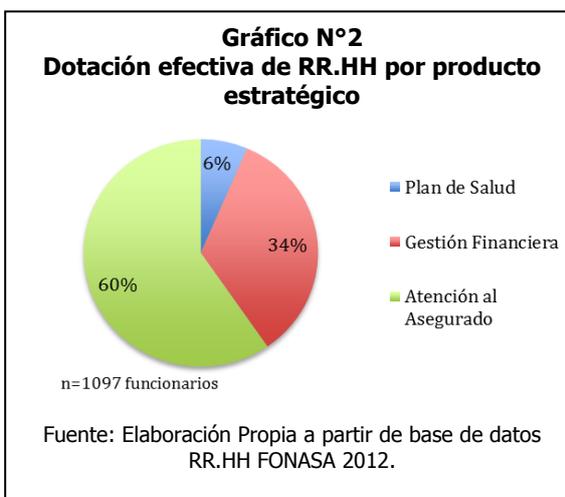
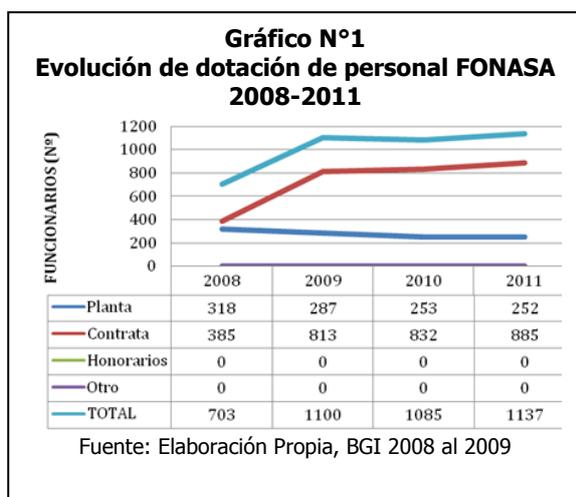
<sup>25</sup> Las Bases de Datos actuales del FONASA fueron desarrolladas desde el año 1999 con tecnologías diferentes por distintas empresas prestadoras de servicios informáticos, obediendo a necesidades de información coyunturales, lo que finalmente se ha traducido en falta de oportunidad y calidad de la información para apoyar los procesos de toma de decisiones. Por su parte, el SCI, iniciaba su primera fase en marzo de 2013.

<sup>26</sup> Principalmente en los años 2011 y 2012.

<sup>27</sup> Dado principalmente por el aumento de dos departamentos de línea y creación de nuevos sub departamentos.

## 2.2 Recursos disponibles

a) *Recursos Humanos.* En el período 2008-2011 se observa un aumento sostenido de los funcionarios totales, con crecimiento del orden de 62% en los años presentados (Gráfico N°1). Su dotación por población asegurada sigue una tendencia estable desde 2009 a 2011 con tasas del orden de 8 funcionarios por 100.000 asegurados. En el Gráfico N°2 se presenta la relación de funcionarios de FONASA con sus productos estratégicos: un 60% de los funcionarios se relacionan con el Producto Estratégico Atención al Asegurado, el 34% a Gestión Financiera y el 6% a Plan de Salud. En relación a este último y teniendo en cuenta las entrevistas realizadas en el desarrollo de la evaluación a informantes calificados, se observa la necesidad de fortalecer el equipo de especialistas clínicos, teniendo en cuenta la complejidad y magnitud del diseño y evaluación del Plan de Salud.



b) *Recursos Físicos.* La red de atención del FONASA, en relación a la provisión del PE Atención al Asegurado, está representada a nivel nacional en todas las regiones del país y cuenta actualmente con 104 sucursales, donde su número es mayor en las regiones de mayor población. El año 2011, el FONASA suscribe un convenio con el Instituto de Previsión Social (IPS) para aumentar su cobertura territorial, lo que trajo como resultado la duplicación de sus puntos de atención y el logro de cobertura en 52 comunas donde no existían sucursales<sup>28</sup>. La red física de centros de atención<sup>29</sup> delegada que conforman otro canal de atención se amplía con la red virtual a través del *call center* y sitio web del FONASA. Todos estos antecedentes avalan la búsqueda de nuevas alternativas para aumentar la cobertura de atención a los asegurados. Para complementar este análisis con un trabajo de campo, se diseñó un levantamiento de información de una muestra de 30 sucursales a nivel país, que buscó conocer algunas características de la capacidad instalada y del proceso de atención a los asegurados. Se comprobó que en todas se desarrolla un modelo de atención integral al asegurado que se considera óptimo para que el asegurado pueda realizar la totalidad de los trámites en una sola visita. Sin embargo, en la muestra se encontraron resultados heterogéneos y deficiencias, entre otras, en las condiciones de atención y en la disponibilidad de material informativo, que sugieren espacios de mejoramiento.

<sup>28</sup> Cuenta Pública FONASA 2010-2011.

<sup>29</sup> Actualmente existen 144 Centros IPS que otorgan atención FONASA, donde los asegurados pueden comprar bonos, valorizar programas médicos y efectuar copagos del sistema GES. A estos se agregan 89 Entidades Delegadas que conforman otro canal de atención (considera Bienestares, Municipios, Hospitales, Prestadores Privados y CCFA. Cuenta Pública FONASA 2011-2012.)

## 2.3 Procesos de producción e indicadores de productividad y costo

En esta etapa, el interés se concentra en evaluar los procesos de la Institución. Es importante destacar que el FONASA tiene gran parte de sus procesos levantados, por lo que se analizó la malla de procesos existente y luego se validó y revisó el levantamiento de los procesos actuales que tienen relación con la entrega de productos estratégicos, vinculándolos con las funciones críticas del Banco Mundial (2012)<sup>30</sup>.

El análisis de los 37 indicadores de procesos definidos actualmente por el FONASA<sup>31</sup> (2008 al 2012), en relación a su pertinencia, evolución, validez y nivel de cumplimiento, es también parte de esta etapa. Se observa una gran cantidad de indicadores, pero no se tiene la secuencia completa de ellos debido a que muchos de los indicadores se incorporaron el 2011 y otros han sido cambiados o dados de baja, dificultando el análisis para todo el período. Sin embargo, éstos no dan cuenta del nivel de actividad de los procesos ni la evolución propia del indicador, con el objetivo de permitir su comparación en el tiempo. De allí que se proponen y miden en este estudio indicadores complementarios de costos (en base al gasto realizado). Ellos tienen muchas limitaciones producto de la información disponible, por lo que su principal aporte lo constituye la metodología para que pueda ser incorporada a la evaluación habitual de la Institución.

El Cuadro N°10 presenta los resultados de la estimación de costos de los procesos por Producto Estratégico, incorporando la información de transferencias relativas a las modalidades de atención del Plan de Salud, a objeto de tener un valor aproximado de la participación de cada producto dentro del gasto total institucional<sup>32</sup>. Se observa que los costos estimados constituyen un monto muy pequeño de recursos comparado con el monto que el FONASA traspasa a los prestadores para asegurar la oferta de servicios a sus asegurados. Para todos los Productos Estratégicos se observan aumentos en los costos reales atribuibles a sus procesos. En el caso del PE Gestión Financiera, los aumentos, a partir del 2010, se deben principalmente a que el subproducto estratégico Recaudación<sup>33</sup>, ha aumentado su gasto principalmente debido a una mayor actividad del FONASA en recuperar los copagos GES y las cotizaciones adeudadas que provenían de años anteriores. En el caso del PE Atención al Asegurado, los aumentos se explican principalmente por los mayores recursos asignados a los Departamentos de Marketing y, Tecnologías de Información y Procesos, que impactan tanto a los subproductos Plan de Servicios y Plan de Información, lo que evidencia la creciente preocupación de la Institución por estar más cerca de los asegurados y entregarles información cada vez más veraz y oportuna<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup> Esto se realizó a través de entrevistas con los jefes o encargados de los distintos departamentos y sub departamentos que participan en estos procesos. También se procedió, específicamente, a analizar en detalle los procesos asociados al rol asegurador del FONASA, tales como el diseño del plan y la gestión de convenios, el financiamiento y administración del sector salud y licencias médicas, la fiscalización de las prestaciones, el plan de información y el plan de servicios.

<sup>31</sup> Indicadores H, internos y MEG.

<sup>32</sup> Los costos (gastos) de los PE se obtienen a partir de la imputación de los presupuestos asignados de las unidades relacionadas con los procesos conducentes a dichos productos, utilizándose para ello la información de los tiempos de los procesos levantada en esta etapa. Se obtiene así un costo por producto y en los casos que sea factible por subproducto.

<sup>33</sup> Ver Cuadro N° 11.

<sup>34</sup> En el caso del PE Plan de Salud el principal aumento se produce el año 2011, el que resulta influido por un cambio organizacional relacionado con el proceso Diseño del Plan, lo que afecta estas estimaciones y no hace comparables la información de todos los años.

**Cuadro N°10**  
**Costos Productos Estratégicos (en base a gasto anual)**

Producto estratégico	Ítem (\$MM 2012)	MILLONES DE PESOS 2012							
		2008	% (item/gasto total)	2009	% (item/gasto total)	2010	% (item/gasto total)	2011	% (item/gasto total)
<b>Plan de Salud</b>	Costos atribuibles a procesos de FONASA	111	0,005%	141	0,005%	116	0,004%	336	0,010%
	Gasto asegurados FONASA en prestaciones del Sector Público	1.923.347	80,01%	2.429.529	81,796%	2.577.753	82,545%	2.666.966	81,952%
	Gasto asegurados FONASA en prestaciones MAI en el Sector Privado	78.960	3,285%	99.564	3,352%	101.830	3,261%	110.881	3,407%
	Gasto asegurados FONASA en prestaciones MLE en el sector privado	398.449	16,576%	437.796	14,740%	439.195	14,064%	471.688	14,494%
	<b>Total costo Producto Plan de Salud</b>	<b>2.400.867</b>	<b>99,88%</b>	<b>2.967.031</b>	<b>99,89%</b>	<b>3.118.894</b>	<b>99,87%</b>	<b>3.249.870</b>	<b>99,86%</b>
<b>Gestión Financiera</b>	Costos atribuibles a procesos de FONASA <sup>35</sup>	1.004	0,042%	1.258	0,042%	1.662	0,053%	1.646	0,051%
<b>Atención al Asegurado</b>	Costos atribuibles a procesos de FONASA	1.968	0,082%	1.933	0,065%	2.287	0,073%	2.777	0,085%
	<b>Costo total de los Productos Estratégicos</b>	<b>2.403.838</b>	<b>100%</b>	<b>2.970.221</b>	<b>100%</b>	<b>3.122.842</b>	<b>100%</b>	<b>3.254.293</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración Propia en base a información extraída del SIGFE, subtítulos 21, 22 y 29 en pesos del año 2012, FONASA y la propia recopilada en la metodología.

### 3. RESULTADOS DE LA INSTITUCIÓN

El citado documento del Banco Mundial propone evaluar las funciones críticas de Monitoreo y Evaluación, señaladas precedentemente, a partir de indicadores de Administración y Finanzas, y de Resultados (Impacto).

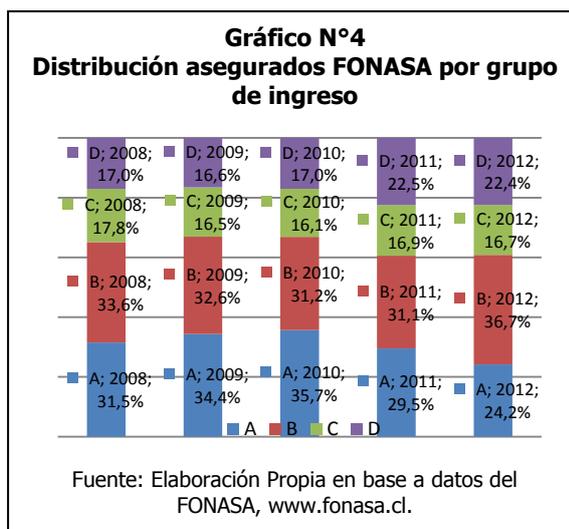
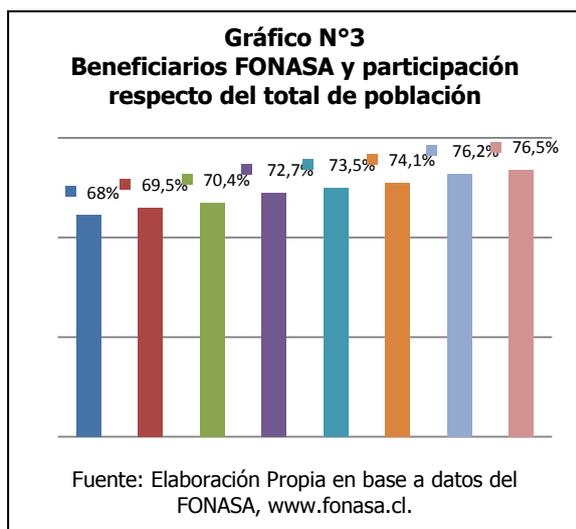
#### 3.1 Indicadores de Administración y Finanzas

##### Indicadores de Administración del Seguro

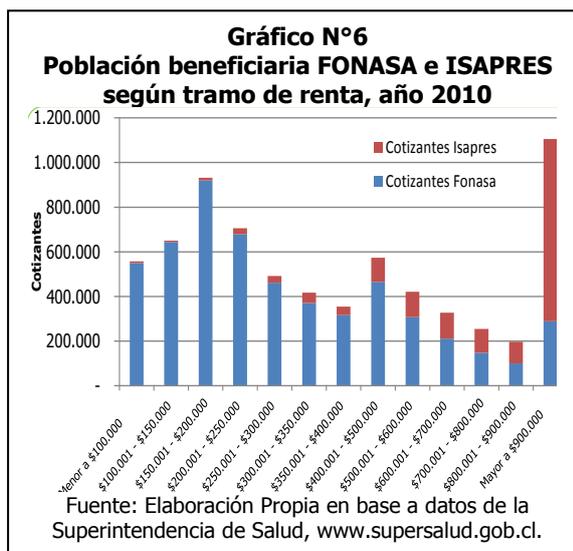
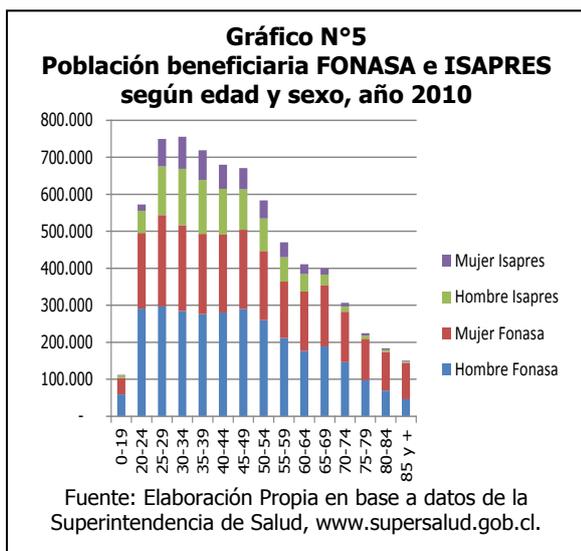
a) *Cobertura de población y contribución del Estado al grupo de menores ingresos.* Como se observa en los Gráficos N°3 y N°4, en el período aumenta la participación del FONASA en el sistema de seguridad social en salud chileno hasta llegar a un 76,5% en el 2012 y el porcentaje de población exenta de pago (grupo A) ha disminuido a lo largo

<sup>35</sup> No incluye transferencias para licencias médicas, información que no se tiene para todo el período y que, en el año 2011, fue de MM \$ 295.562. Esto disminuiría la participación del Plan de Salud a aproximadamente un 90% el 2011. Para el año 2012, incluyendo la participación de la transferencia para licencias médicas, el Plan de Salud tuvo una participación del 90,1%, Gestión Financiera un 9%, y Atención del Asegurado un 0,9%.

del período, en parte explicado por la reubicación de los asegurados que estaban erróneamente asignados al grupo A.

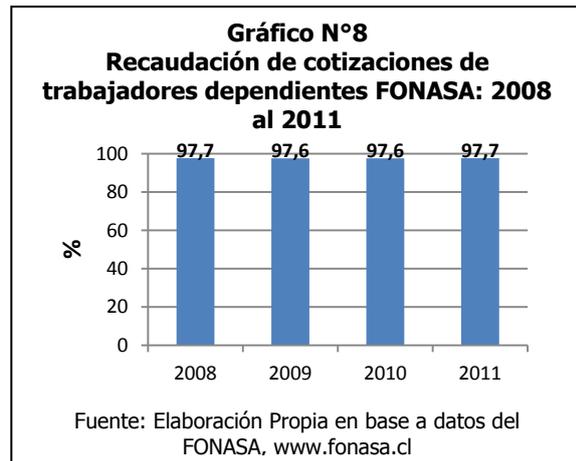
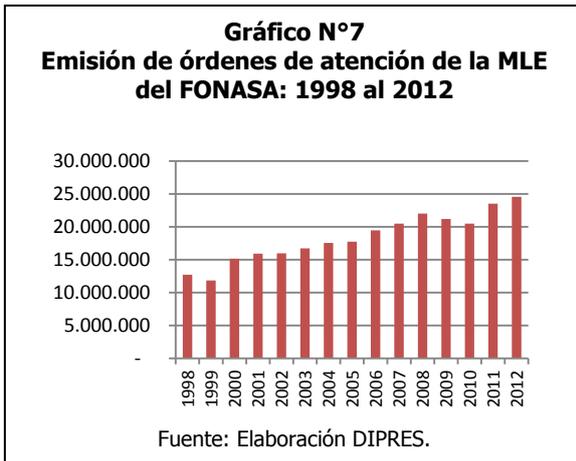


b) *Selección adversa.* En los gráficos N°5 y N°6, se observa que el FONASA concentra a la población de mayor riesgo sanitario, es decir, a los adultos mayores y a las mujeres en edad fértil, así como a los de menores ingresos.



### Indicadores Financieros

c) *Emisión de órdenes de atención (gastos del sistema).* En el Gráfico N°7 se aprecia que, en el período, el número de órdenes de atención ha ido aumentando, con una tendencia creciente.



d) *Recaudación de cotizaciones de trabajadores independientes (ingresos del sistema).* En el Gráfico N°8 se observa que el porcentaje de cotizaciones recaudadas es relativamente alto y se mantiene estable a lo largo del periodo.

### 3.2 Indicadores de Resultados (Impacto)

En el Cuadro N°12 se presentan los resultados de estos indicadores para los años 2008-2011. Para cada uno, la evaluación consideró a) la existencia de una meta asociada al indicador y de su cumplimiento; b) su tendencia creciente o decreciente en el tiempo, y c) su comparación con valores referenciales<sup>36</sup>.

**Cuadro N°12**  
**Resultados por indicador de desempeño y producto estratégico del FONASA**

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011
Plan de Salud	Porcentaje de cumplimiento de garantías de acceso	100%	100%	100%	100%
<b>Comentario:</b> Los resultados del indicador denotan que todos los asegurados del FONASA que debían recibir los tratamientos GES tuvieron la posibilidad de hacerlo. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Cambios en las barreras de acceso".					
Plan de Salud	Porcentaje de garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento	10%	12%	5%	0%
<b>Comentario:</b> Los resultados indican que, a partir del año 2010, disminuyeron los asegurados del FONASA con garantías de oportunidad pendientes de cumplimiento hasta llegar a cero. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Cambios en las barreras de acceso".					
Plan de Salud	Tasa de consultas médicas en la MAI	3,27	3,38	3,30	3,17
<b>Comentario:</b> La tasa de consultas se mantiene relativamente estable a lo largo del periodo. Al comparar el FONASA con las ISAPRES, la tasa de consultas de los afiliados FONASA (MAI más MLE) es mayor para todo el período. Este indicador es, en el año 2010, cercano a 6 para el promedio de países OECD. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Cambios en las barreras de acceso".					
Plan de Salud	Dispersión tasa de consultas médicas en la MAI de beneficiarios FONASA por regiones	15,25%	13,79%	17,12%	-

<sup>36</sup> La selección de indicadores para evaluar la Institución es el resultado de una metodología que contempla diversas etapas en las que participó el FONASA. Se inicia revisando los indicadores denominados de impacto propuestos por el Banco Mundial, y contrastándolos con los indicadores actuales del FONASA para proponer su incorporación en aquellos casos que no existan. Respecto a la propuesta de indicadores para medir equidad, se efectúa una revisión bibliográfica para su conceptualización y se recopilan antecedentes de su medición en salud. Posteriormente se procede a seleccionar los criterios para su medición, los cuales son: equidad geográfica y de ingresos. Así, surgen en total 31 indicadores, de los cuales, finalmente en un proceso que contempla la selección de los más apropiados, se descartan algunos por problemas con su medición<sup>36</sup>, y se mantienen otros estableciendo variables proxy; se seleccionan 15 considerándose que, en conjunto, sus resultados permiten evaluar el desempeño de la Institución.

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011
<p><b>Comentario:</b> Este indicador apunta a medir equidad en el acceso considerando la desviación estándar sobre el promedio de las tasas de consultas médicas de beneficiarios FONASA por regiones. Al analizar por tipo de consulta, el valor 2010 en atención primaria es de un 20,6%, para la atención de especialidades de un 25,6%, para la atención de urgencia de un 21,1% (para el total de atenciones de un 17,1%), lo que refleja que la mayor desigualdad se produce a nivel de consultas de especialidades. Si bien esta dimensión no es considerada por el documento del BM, el indicador mide resultados de equidad (en acceso).</p>					
Plan de Salud	Variación en términos reales en el costo de las consultas médicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA	-2,87%	3,97%	0,84%	1,05%
<p><b>Comentario:</b> Un aspecto a considerar para la evaluación de este indicador es su comparación con la evolución experimentada por los precios de las consultas que pagaron los asegurados de ISAPRES. Dichas personas, para el período comprendido entre los años 2008 y 2012, experimentaron un aumento real de un 9,72%. En cambio, para igual período, los asegurados del FONASA para las consultas contempladas en el arancel de la MAI y la MLE, enfrentaron un incremento real de un 0,89% y un 3,35%, respectivamente. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios".</p>					
Plan de Salud	Variación en términos reales del costo de las atenciones PAD eminentemente quirúrgicas del Arancel de la Modalidad Institucional del FONASA	-2,86%	3,98%	0,83%	-1,07%
<p><b>Comentario:</b> En el período 2008-2012 las variaciones acumuladas por los PAD son cercanas al 0,9%, al igual que el de las consultas médicas. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios".</p>					
Plan de Salud	Porcentaje de copago realizado por los asegurados en la MAI y en la MLE	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
<p><b>Comentarios:</b> Los datos respecto a los copagos realizados por los asegurados se tienen sólo para MLE donde este porcentaje supera levemente el 50% durante el período, con un valor máximo de 53% en 2011. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Protección del riesgo financiero".</p>					
Gestión Financiera	(Número de fiscalizaciones realizadas en la MAI en el año t/ número total de prestaciones otorgadas en la MAI en el año t)*100.000	-	26	33	28
<p><b>Comentario:</b> Este indicador apunta a medir los cambios en la calidad de los servicios. Como se observa, el número de fiscalizaciones por cada 100.000 prestaciones de la modalidad MAI disminuye entre el 2010 y el 2011 de 33 a 28, tasa particularmente baja. En general, FONASA no tiene información respecto de las prestaciones MAI (información es obtenida a través del DEIS de MINSAL). Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Calidad de los servicios".</p>					
Gestión Financiera	Porcentaje de auditorías realizadas en la MAI con resultados satisfactorios	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
<p><b>Comentario:</b> Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Calidad de los servicios".</p>					
Gestión Financiera	Porcentaje del gasto PPV en la MAI de establecimientos de atención secundaria y terciaria	47,7%	42,1%	41,3%	34,9%
<p><b>Comentario:</b> Este indicador no entrega señales del alineamiento entre el gasto financiero y el rol del FONASA como seguro, ya que en esta alternativa de financiamiento hay metas explícitas entre la Institución y los prestadores así como garantías mejor definidas para sus asegurados. Como se observa, la participación del programa en cuestión disminuye, especialmente en el año 2011, por lo que se podría señalar que en este período no se ha alineado el gasto financiero con el rol de seguro de la Institución. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios".</p>					
Gestión Financiera	Porcentaje del gasto Per Cápita APS y PPV en la MAI de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.	61,7%	57,2%	57,1%	53,5%
<p><b>Comentario:</b> Como se observa, la participación de los programas en análisis disminuye, por lo que se podría señalar que los programas financieros asociados al rol de seguro del Fondo Nacional de Salud han perdido relevancia durante el período de análisis. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios".</p>					
Gestión Financiera	Participación del gasto en SIL en el total del gasto en prestaciones y SIL	10,7%	11,2%	10,5%	10,0%
<p><b>Comentario:</b> Como se observa, la participación del gasto en SIL no presenta mayores cambios durante el período, se mantiene constante en torno a 10%. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Ganancias o pérdidas en la eficiencia en la prestación de servicios".</p>					

Producto Estratégico	Indicador	2008	2009	2010	2011
Atención al Asegurado	Se utiliza como proxy la encuesta de la Superintendencia de Salud, en particular la pregunta "Cuán satisfecho o insatisfecho está Ud. con el FONASA". En particular, la nota promedio con la cuales las personas evalúan a FONASA.	4,9	5,1	4,8	5,0
<b>Comentario:</b> Considerando el tamaño de las muestras, las diferencias entre los años no son estadísticamente significativas. El indicador muestra que, en una escala de 1 a 7, la evaluación por parte de los asegurados está en torno a una nota de 5,0 menor a la obtenida por las ISAPRE (ambas inferiores al nivel 6 considerado satisfactorio). Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Nivel de satisfacción del beneficiario".					
Atención al Asegurado	Porcentaje de encuestados que consideran resuelta su solicitud ciudadana	-	-	-	70%
<b>Comentario:</b> Este indicador es actualmente utilizado por el FONASA, pero para la serie del 2008 al 2011 sólo existe información para el último año. En el 2011, el porcentaje de clientes, usuarios, beneficiarios satisfechos con la atención recibida en los canales de atención es de un 70%, siendo la meta establecida por la institución de un 70,2%. Según propuesta del BM, este indicador mide el resultado "Nivel de satisfacción del beneficiario".					

Fuente: Elaboración Propia

En síntesis, de los 14 indicadores aquí seleccionados, dos no pudieron ser medidos, y de tres se tiene información parcial o muy incompleta, lo que confirma, como primera conclusión, la necesidad de fortalecer la información generada por el FONASA. En la misma línea, algunas de los tipos de resultados planteados por el Banco Mundial (2012) tampoco pudieron ser medidos (cambios en el estado de salud y protección del riesgo financiero), lo que refuerza la necesidad de contar con información relevante que permita evaluar el desempeño del seguro público de salud.

Respecto de los indicadores presentados arriba, se observa que el Plan de salud, principalmente en lo referido a indicadores de acceso en salud, presenta resultados positivos. También es interesante observar que existe desigualdad en la tasa de consultas por regiones, única variable posible de medir como proxy de equidad. Además, la varianza en la tasa de consultas es más notoria a nivel de especialidades, afectando la oferta efectiva del Plan a sus beneficiarios a nivel regional. Por último, respecto del PE Gestión Financiera, se observa un bajo porcentaje del gasto ejecutado a través de mecanismos que pueden transferir el riesgo a los prestadores (Programa de Prestaciones Valoradas, pago per cápita en Atención Primaria de Salud), lo que no es consistente con la función de Seguro Público de Salud de FONASA. Adicionalmente, en lo que respecta a la medición de calidad, se constata un número muy reducido de fiscalizaciones en las prestaciones de la MAI, lo que impide contar con información relevante.

#### 4. Conclusiones

*a) Rol del FONASA en relación a su misión.* El marco jurídico del FONASA establece que le compete un doble ámbito de acción: ser un seguro de salud para sus beneficiarios y, al mismo tiempo, desempeñar funciones de administración financiera del sector público de salud. El seguro público de salud es el organismo que establece compromisos de aseguramiento, al menos, de prestaciones y coberturas financieras para su cartera de afiliados, desempeñando como funciones habituales la administración del riesgo, la intermediación y el control de costos. En cambio, el fondo es aquel que, en lo esencial, no establece compromisos de aseguramiento explícito para sus afiliados. Por el contrario, sus tareas están concentradas en la gestión financiera de la red de prestadores y en actividades asociadas a dicho fin, tales como, colaborar con el MINSAL en la compatibilización y consolidación del presupuesto de Salud. Respecto de la relevancia de ambos roles en la práctica, el de administración financiera ha adquirido

distintas intensidades en el tiempo, según las definiciones que al respecto ha tomado el MINSAL. En relación al segundo, a pesar de su definición como seguro en la misión institucional, la mayor parte del gasto institucional corresponde a la MAI, con una proporción importante de recursos asociados a transferencias y no a compras.

*b) Definiciones estratégicas y desempeño de funciones críticas.* La evaluación identifica, para los últimos años, una mayor consistencia entre su misión, sus objetivos y productos estratégicos. Lo mismo respecto de su estructura orgánica y la funcionalidad de sus departamentos. El resultado es un mayor alineamiento de estos elementos con la prioridad otorgada a sus funciones como seguro, sin dejar de desarrollar actividades asociadas a la gestión financiera del sector público de salud, conforme con el marco jurídico preponderante para el FONASA después de los cambios realizados en la Reforma de Salud del 2005. No obstante lo anterior, en el análisis organizacional se observa que algunas funciones críticas de los ámbitos regulatorios, gestión con proveedores y monitoreo y sistemas de información, son desarrolladas parcialmente por la Institución y/o que son ejecutadas por el Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Entre aquéllas se encuentran la elegibilidad de pacientes para los beneficios del Plan AUGE que realizan los prestadores y no el seguro público, el monitoreo de la producción de prestaciones de salud realizadas por los prestadores públicos como parte de sus compromisos con el FONASA en la MAI, que realiza el Ministerio de Salud<sup>37</sup>. Como funciones ausentes se pueden señalar la promoción de la calidad de prestaciones a través de auditorías de calidad, el seguimiento de los tiempos de espera en las consultas médicas, principalmente de especialidades, el desarrollo de sistemas de control de costos para las prestaciones producidas en la red pública de prestadores, y de proyecciones de largo plazo de la demanda asociada a las prestaciones de salud a sus asegurados.

*c) Eje de actividades de la Institución.* Alrededor de un 85% del gasto que efectúa el FONASA en prestaciones de sus asegurados, está centrado en los servicios de salud producidos bajo la MAI. El remanente del gasto se efectúa, en lo medular, en prestaciones producidas por oferentes privados inscritos en la MLE. Luego, en lo esencial, la actividad de la Institución está relacionada con los servicios de salud generados en la red pública de prestadores en sus distintos niveles de complejidad. Adicionalmente, en dicha actividad, al menos un 46% de las transferencias totales del año 2011<sup>38</sup> corresponden a una modalidad de financiamiento que no permite identificar las prestaciones que se financiarán con estos recursos, es decir, asociada a su rol de fondo de salud<sup>39</sup>. De allí que parece importante profundizar el rol de seguro del FONASA asociado a la MAI, a través de actividades como mejorar la información sobre la producción de prestaciones, incorporar procesos para validar la realización de prestaciones no aranceladas en dicha modalidad, la incorporación de nuevas prestaciones a la oferta de la red de prestadores públicos que permitan determinar, en una mayor proporción a la actual, el gasto agregado y por grupos de prestaciones y la realización de auditorías de calidad de atención<sup>40</sup>.

*d) Estructura organizacional y gestión de la organización.* FONASA cumple con los requisitos para el buen funcionamiento de los seguros de salud, esto es, que la organización contribuya a la rendición de cuentas y que busque optimizar la capacidad

---

<sup>37</sup> A través de los Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud y Municipios.

<sup>38</sup> A la atención primaria, secundaria y terciaria.

<sup>39</sup> Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). Al considerar solo la atención secundaria y terciaria, se tiene que las transferencias PPI representan un 65%.

<sup>40</sup> Si bien el FONASA utiliza convenios y contratos en la MAI y en la MLE para asegurar la calidad de los proveedores, el número de fiscalizaciones de prestaciones en la MAI es insuficiente para asegurar su calidad.

instalada existente y las competencias institucionales. La Institución muestra un creciente interés por mejorar su forma de operar, lo cual se revela en que gran parte de sus procesos están diagramados y se está implementando un nuevo sistema de información. Sin embargo, el análisis de ellos reveló algunas debilidades en lo relativo a algunas funciones críticas, por ejemplo, en la de gestión de beneficiarios, donde si bien se aprecian esfuerzos importantes, como ampliar la red de puntos de atención, el estudio de campo de sucursales evidenció espacios de mejora en las condiciones de atención. Lo mismo respecto de las funciones de monitoreo y sistemas de información, donde se aprecian insuficiencias en el control financiero de los copagos en la MAI, en el convenio con el IPS, que afecta la información recibida respecto de la recaudación de cotizaciones, y, en general, respecto de la gestión de información al efectuarse un número importante de tareas con muy baja tecnología.

*e) Rol del FONASA en el mercado del aseguramiento de la salud.* FONASA contribuye a superar las fallas de mercado propias de este sector. Por una parte, como el actor que permite superar la selección de riesgos otorgando una mayor inclusión y acceso a los diversos servicios de salud que la población necesita, sin discriminar por sexo, edad, condición de salud e ingreso. Por otra parte, es el principal seguro previsional de salud, con una participación de mercado que incluso supera a la de los seguros privados en los quintiles de mayores ingresos. Aún más, su participación es mayor en los grupos de mayor gasto esperado en salud, es decir, adultos mayores, mujeres y los grupos de menores ingresos, situación que reviste la mayor importancia al contribuir el FONASA efectivamente al logro de la cobertura universal en Chile. Sin embargo, esta gran importancia en cobertura de beneficiarios se refleja, a nivel de prestadores, principalmente en la red pública. En el mercado de prestadores privados de salud, las ISAPRES abiertas son las principales compradoras, a pesar de que su tamaño es menor al de FONASA.

*f) Desempeño en función de los indicadores de resultados.*

- Algunos de los indicadores seleccionados no pudieron ser medidos, por falta de información, para todo el período de análisis comprendido en la evaluación, lo que dificulta la obtención de conclusiones. Esto último acontece con aquellos vinculados a la MAI, justamente, en aquella área donde el FONASA no ejerce sus funciones de seguro de público de salud. Lo mismo ocurre respecto de la imposibilidad de medir resultados de impacto asociados a los objetivos finales del seguro, como es, por ejemplo, el cambio del estado de salud de la población o la protección del riesgo financiero asociado a salud.
- Los indicadores presentan resultados heterogéneos. A la luz de la metodología del Banco Mundial (2012), se encuentran áreas de resultados en donde el FONASA tiene un mejor desempeño que en otras, por ejemplo, en barreras de acceso y eficiencia en entrega de servicios en comparación a los indicadores de satisfacción de usuarios y calidad del servicio. Por otra parte, al considerar los resultados por Producto Estratégico estos también muestran variabilidad: mientras los indicadores del Plan de Salud muestran niveles y tendencias positivas, los asociados a Gestión Financiera y Atención al asegurado exhiben un desempeño menor al esperado.

## **5. Recomendaciones**

a) Respecto del doble ámbito de acción del FONASA:

- Efectuar un análisis de sus definiciones estratégicas, en aquellas materias que no están expresamente definidas en la ley y que son interpretables por parte de

los actores involucrados (ej: atribuciones del FONASA respecto a fiscalización en la MAI, gestión financiera del sector).

b) Desde el punto de vista de la gestión organizacional:

- Incorporar indicadores de productividad en áreas críticas, que permitan monitorear el nivel de actividad y la eficiencia de la organización no sólo a través del cumplimiento de metas.
- Realizar perfiles de las competencias específicas, inicialmente en cargos relacionados a funciones más importantes en el FONASA y posteriormente al resto de la Institución.
- Elaborar un diagnóstico sobre la concordancia entre las funciones declaradas en las distintas resoluciones existentes en la materia, y lo que efectivamente realiza cada unidad.

c) Respecto de la importancia de la MAI en la oferta que efectúa el FONASA a sus asegurados:

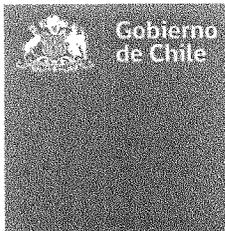
- Disponer de los datos para incorporarla en su quehacer.
- Evaluar la incorporación de la atención primaria en la gestión financiera del FONASA, adicionalmente profundizar el desarrollo de los mecanismos de transferencia de recursos que compartan el riesgo con el prestador.
- Desarrollar una relación con sus beneficiarios que les permita identificar al FONASA como su seguro de salud (responsable de información, orientación, sujeto de reclamo).
- Profundizar la implantación de sistemas de fiscalización de las prestaciones otorgadas en materias tales como oportunidad y calidad.

d) Desde el punto de vista de los indicadores de resultados, se sugiere incorporar en los sistemas de gestión aquéllos incluidos en el manual del Banco Mundial (2012), en las siguientes dimensiones:

- Equidad, desde el punto de vista del acceso y la distribución de sus beneficios en grupos específicos de la población beneficiaria (ingresos, región, género).
- Cambio en el estado de salud de la población.
- Protección del riesgo financiero.
- Eficiencia de la prestación de servicios.
- Calidad de los servicios.

e) Respecto de los problemas detectados en información, gestión financiera y calidad, generar instrumentos tendientes a:

- Avanzar en la implementación de un sistema de información integrado de salud.
- Promoción de la calidad de prestaciones a través de auditorías de calidad.
- Seguimiento de los tiempos de espera en las consultas médicas, principalmente de especialidades.
- Desarrollo de sistemas de control de costos para las prestaciones producidas en la red pública de prestadores.
- Mayor control sobre recaudación de copagos (controlando montos, plazos) y, al respecto, evaluar la pertinencia de continuar con el convenio de recaudación de cotizaciones con el IPS, dado el desarrollo actual de entidades recaudadoras, lo que tal vez aconseja prescindir de tal intermediación.



ORDINARIO 2C/Nº 003236 13 MAR '14

ANT.: SU ORD. Nº 0318 de 11/02/2014

MAT.: LO CONTESTA

DE: DIRECTORA  
FONDO NACIONAL DE SALUD

A: SERGIO GRANADOS AGUILAR  
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

De acuerdo a lo señalado en Oficio Ord. Del Antecedente, remito respuesta a las recomendaciones planteadas en el estudio de Evaluación Comprensiva del Gasto (ECG) del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Siguiendo las recomendaciones finales planteadas en el Resumen Ejecutivo, se adjuntan respuestas a las mismas:

- a) **Con respecto al doble ámbito de acción de FONASA**, se realizará un análisis de las Definiciones Estratégicas en las materias que señala el Informe, para el proceso presupuestario 2015, que comienza en junio de este año.
- b) **En cuanto a la gestión organizacional**, a pesar que existen perfiles de competencia levantados, se evaluará su actualización, principalmente para aquellos profesionales que desempeñan funciones referidas al producto estratégico Plan de Salud.  
En relación a indicadores de productividad, cabe señalar que la institución desarrolló durante el año 2013 un tablero de indicadores operativo disponible en plataforma Web ([www.dpifonasa.cl](http://www.dpifonasa.cl)), el cual es utilizado por las Direcciones Zonales y las áreas de negocios, para monitorear su nivel de actividad; este Tablero podrá ser alimentado con algunos de los indicadores de productividad propuestos por la consultora en el Estudio.  
Respecto a la concordancia entre funciones de las unidades de FONASA y aquellas que efectivamente se realizan, informo a usted que esta institución se encuentra elaborando una resolución que se hace cargo de dicha observación, refundiendo aquellas existentes sobre la materia.
- c) **Respecto de la importancia de la MAI en la oferta que efectúa FONASA a sus asegurados**, tal como la propia consultora señala en su Informe, la ley define expresamente atribuciones para FONASA en lo que respecta a la Modalidad de Libre Elección (MLE), no así en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), en que gran parte de las atribuciones recaen sobre el Ministerio de Salud. Dado que llevar a cabo las recomendaciones de este punto pasa por definiciones o modificaciones a la normativa que no dependen exclusivamente de FONASA, estas medidas deberán ser evaluadas en trabajo conjunto entre las nuevas autoridades tanto de esta Institución como del Ministerio de Salud.
- d) **En relación a indicadores de Resultados**, tal como se planteó en respuestas y reuniones anteriores y en coordinación con DIPRES, varias de las propuestas planteadas por el Estudio exceden las competencias de FONASA, vinculándose más bien a definiciones sectoriales o directamente al Ministerio de Salud. No obstante, respecto a aquellos Indicadores de resultados planteados por el Banco Mundial y rescatados en el Estudio ECG que sean pertinentes a FONASA, serán evaluada su incorporación en la definición de la planificación institucional 2015, dependiendo de los lineamientos gubernamentales de las nuevas autoridades.

- e) **Respecto de los problemas detectados en información, gestión financiera y calidad**, tal como se menciona en el punto (c), estas son medidas que deberán ser evaluadas en trabajo conjunto entre las nuevas autoridades tanto de esta Institución como del Ministerio de Salud.

Respecto del Convenio de Recaudación de Cotizaciones de Salud con el IPS, en este momento FONASA no cuenta con un área jurídica especializada como para poder prescindir de la intermediación de algún ente en convenio (IPS u otro) que realice la cobranza administrativa o judicial a los empleadores. Un ente especializado en recaudación permite a FONASA dedicarse a sus procesos centrales críticos, en la medida que no disponga de los recursos humanos y tecnológicos necesarios. Sin perjuicio de lo anterior, esta Institución podrá evaluar la pertinencia de prescindir de dicha intermediación.

Con el fin de aportar a la mejora continua de los procesos asociados a este y otros estudios relacionados que DIPRES pueda realizar en el futuro, es que hago notar a usted que en opinión de esta Institución la oportunidad y planificación del mismo requieren de una revisión. El estudio contiene información y hace referencia a cifras e indicadores correspondientes a los años 2008 a 2011, lo que a la fecha actual no resulta oportuno para poder contar con una evaluación vigente sobre la cual mejorar la gestión de la Institución. Respecto de la planificación del estudio, se sugiere sistematizar este proceso de modo que los plazos sean más acotados y consideren para la institución tiempos adecuados para la recopilación de información y análisis de los reportes. De la misma manera la retroalimentación por parte de DIPRES a la institución es importante que también tenga plazos acotados y conocidos con antelación.

Saluda atentamente a usted.



CAROLINA VERGARA ARRIAGADA  
DIRECTORA NACIONAL  
FONDO NACIONAL DE SALUD  
DIRECTOR



FdCR/LPG  
**DISTRIBUCIÓN:**

- \* La indicada
- \* Subdepto. Control de Gestión – FONASA
- \* Ministro de Salud
- \* División de Control de Gestión Ministerial
- \* Oficina de Partes