

## Perspectivas hacia la Reforma a la Salud

### I. Introducción

El Sistema de Salud en Chile se ha visto fuertemente presionado en los últimos años. La crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y el posterior fallo de la Corte Suprema contra las ISAPRES que le abrió paso a una fuga masiva de afiliados, contribuyendo esto a problemáticas de mucho tiempo en el sistema de salud público como las largas listas de espera, la cobertura de enfermedades GES y el funcionamiento y coexistencia de seguros complementarios, ha tenido como resultado una agenda pública protagonizada fuertemente por estos debates de salud.

En mayo pasado se despachó la “Ley Corta de ISAPRES” que tuvo como objetivo darle viabilidad a la reposición de cobros en exceso que deben realizar las Instituciones de Salud Previsional como resultado del fallo de la Corte Suprema, junto con aplicar una nueva tabla de factores e iniciar un proceso de modernización y fortalecimiento de FONASA con la creación de la “Modalidad de Cobertura Complementaria” (MCC) que -en resumen- constituye un seguro complementario para aumentar la protección financiera en salud de los afiliados de la previsión pública.

El debate de la Ley Corta no estuvo exento de dificultades pues se cuestionó cuál sería la posición que tendría en esto FONASA y el sistema público en general, buscando así su robustecimiento en recursos y capacidades. Con estos elementos sobre la mesa, el Gobierno aún no ingresa al poder legislativo la Reforma a la Salud comprometida para este año, sin embargo, ya inició el trabajo pre-legislativo sobre la base del cual se elabora la presente minuta.

El cronograma comprometido por el Gobierno indica que el 1 de octubre se ingresarán dos proyectos de ley: el primero tendrá por objetivo eliminar las pre-existencias (ISAPRES) y el segundo buscará fortalecer FONASA, dando continuidad a la MCC. Finalmente, a principios de 2025 se ingresaría el tercer proyecto de ley que tiene por objetivo fortalecer la Superintendencia de Salud y la regulación del Subsidio de Incapacidad Laboral.

### II. Antecedentes de la Reforma a la Salud

El proceso pre-legislativo de la Reforma a la Salud cuenta con algunos documentos relevantes de analizar como el Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, convocado por la Comisión de Salud del Senado y otras presentaciones realizadas en las Comisiones de Salud de la Cámara y el Senado.

**Tabla 1:** Elementos centrales de la Reforma a la Salud

<p><b>Objetivo General</b></p>	<p>Fortalecer FONASA a través de la implementación efectiva de la Modalidad de Cobertura Complementaria. La proyección es generar condiciones institucionales para una cobertura universal.</p> <p>De la mano con ello, regular de mejor forma a las ISAPRES, con la eliminación de pre-existencias y políticas de mercado aplicadas por ellas que se consideren discriminatorias.</p>
<p><b>Plazos</b></p>	<p>La ley corta de ISAPRES fue aprobada con disposiciones transitorias que obligan al</p>

	ejecutivo a presentar, dentro del año en curso, los proyectos de ley que sean necesarios para reformar el sistema de salud y fortalecer FONASA y, antes del 1 de octubre, uno para eliminar las preexistencias y discriminaciones por edad y sexo.
<b>Principios para avanzar hacia la Universalidad del Sistema de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Reducción del gasto de bolsillo de las personas</li> <li>ii. Seguridad social en salud universal</li> <li>iii. Regulación del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud, junio 2024

- **¿Cómo pretende la Reforma fortalecer FONASA?**

El fortalecimiento de FONASA es uno de los objetivos rectores de la reforma y sus proyectos de ley. En miras de aumentar la eficiencia y la equidad, junto con mejorar el acceso a servicios suficientes y de calidad, las herramientas propuestas para ello dicen relación con:

1. Implementar la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)
2. Fortalecimiento institucional con tecnología y recursos
3. Habilitar mecanismos que habiliten transición voluntaria de ISAPRES a seguros de segundo piso, fortaleciendo la red pública como prestador de coberturas complementarias
4. Acelerar los tiempos del Sistema de Atención Priorizada (SAP) para prestaciones no GES
5. Resguardar la sustentabilidad financiera del Fondo
6. Mejorar los sistemas en que se relacionan proveedores públicos y privados

- **¿Cuáles son las principales recomendaciones del Comité Técnico?**

El informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud en Chile, convocado por la Comisión de Salud del Senado, sugiere varias recomendaciones urgentes para reformar el sistema de salud chileno. Estas recomendaciones se enfocan en mejorar la sostenibilidad financiera, el acceso equitativo a la salud y la calidad de los servicios.

**Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES):**

- **Eliminación de Barreras:** proponen eliminar la declaración de salud para evitar la discriminación por riesgo.
- **Plan Estándar Obligatorio:** crear un plan de salud estándar y obligatorio que incluya beneficios como los GES, CAEC, Ley Ricarte Soto, entre otros.
- **Compensación de Riesgos:** implementar mecanismos de compensación de riesgo entre las ISAPRES para evitar prácticas de selección adversa.

**Fondo Nacional de Salud (FONASA):**

- **Fortalecimiento y Transparencia:** se busca mejorar la eficiencia y transparencia de FONASA, asegurando un mejor uso de los recursos y más equidad en el acceso a servicios.
- **Interoperabilidad:** incentivar la interoperabilidad de los sistemas de información entre FONASA e ISAPRES.

### **Prestadores Públicos y Privados:**

- **Mejorar la Eficiencia:** se recomienda la adopción de modelos de pago por resultados y mayor eficiencia en los prestadores públicos.
- **Colaboración Público-Privada:** mejorar la coordinación y estándares entre prestadores públicos y privados para asegurar la calidad y oportunidad en los servicios.

### **Superintendencia de Salud:**

- **Regulación y Supervisión:** fortalecer el rol de la Superintendencia de Salud para regular y supervisar tanto a ISAPRES como a FONASA y prestadores de servicios.
- **Transparencia Financiera:** asegurar que las ISAPRES y FONASA cumplan con criterios financieros claros y con mecanismos de supervisión efectiva.

### **Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL):**

- **Modernización del Sistema:** revisar y ajustar los criterios del Subsidio por Incapacidad Laboral para asegurar su sostenibilidad y mejorar el acceso de los trabajadores a estos beneficios

En función de los antecedentes presentados a la fecha sobre la Reforma de Salud, resulta importante problematizar sobre el rol del financiamiento público para el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud y cómo se busca involucrar a proveedores privados para aumentar coberturas de salud a través de seguros complementarios, internacionalmente conocidos como seguros de segundo piso.

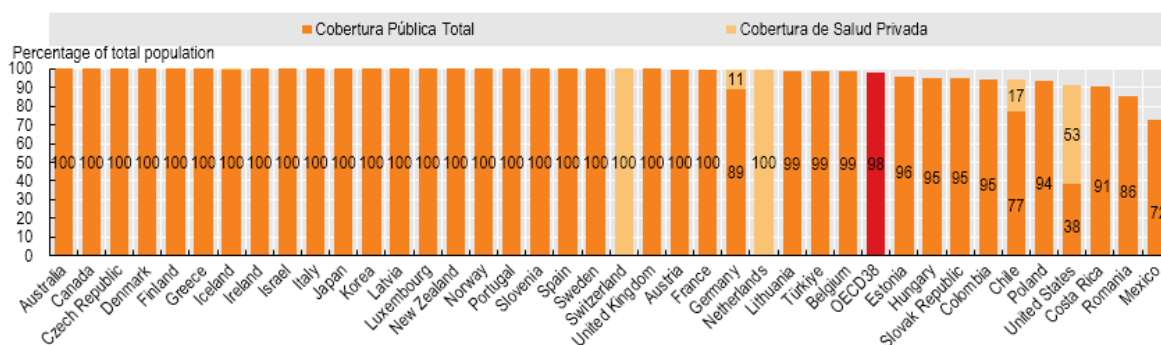
## **III. Seguros de segundo piso y Modalidad de Cobertura Complementaria**

### **● Seguros de segundo piso**

Los **seguros de segundo piso en salud** son seguros que operan como una cobertura adicional o complementaria a la cobertura básica de salud, conocida como primer piso o seguro primario. Estos seguros suelen ser adquiridos por los individuos para cubrir costos que no están cubiertos por el seguro básico, como ciertos tratamientos, procedimientos médicos o medicamentos más caros, o para acceder a una red de proveedores más amplia o de mayor calidad. En general, los seguros de segundo piso ayudan a reducir los gastos de bolsillo que una persona podría enfrentar después de que el seguro básico haya cubierto su parte. La Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) cumple con esas características, siendo un seguro de segundo piso bajo una administración pública como FONASA.

La mayoría de los países de la OCDE han logrado una cobertura universal o casi universal para un conjunto básico de servicios de salud (figura 1), entre los que se encuentran las consultas médicas, exámenes y atención hospitalaria. Algunos países (como los Países Bajos o Suiza) han logrado la universalidad a partir de un seguro de salud privado obligatorio, respaldado por subsidios públicos y una fuerte regulación sobre el alcance y la profundidad de la cobertura (OCDE, 2023). Chile, en esta medición, hasta el año 2021 se encontraba por debajo del promedio OCDE en cobertura de salud pública, estando en el grupo de países con un mayor protagonismo de la cobertura de salud privada con un 17%, correspondiente ello al alcance de las ISAPRES.

**Figura 1:** Cobertura de la población en salud, 2021 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics, 2023

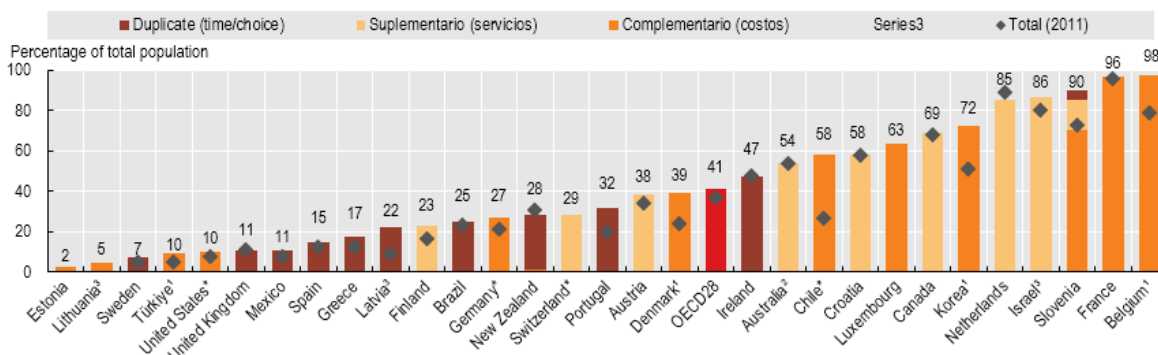
Además de la cobertura de los sistemas de salud nacional de cada país, en general las personas pueden adquirir cobertura sanitaria adicional a través de un seguro médico privado. La evidencia recogida por la OCDE da cuenta de que existen tres grandes tipos de seguros: (i) **seguros complementarios** que tienen por objetivo cubrir cualquier costo no cubierto por la cobertura básica; (ii) **seguros suplementarios** que tienen por objetivo agregar más servicios no cubiertos por la cobertura básica (dental, medicamentos, por ejemplo); y **seguros duplicados** que tienen por objetivo proporcionar un acceso más rápido a la salud o a una elección más amplia de proveedores de salud.

El seguro complementario se usa ampliamente en Bélgica, Francia y Eslovenia (más del 90% de la población). Israel y los Países Bajos cuentan con el mercado de seguro médico suplementario más grande (más del 80% de la población). El seguro médico privado duplicado fue el más utilizado en Irlanda y Australia (OCDE, 2023). En general, el financiamiento y administración de los seguros de segundo piso provienen de una oferta privada, sin embargo, existe experiencia internacional como la francesa, donde el seguro complementario conocido como “*Assurance Maladie Complémentaire*” -con un 96% de cobertura- se financia a través de una prima de contribución de los asegurados, contribución del empleador y subvenciones estatales principalmente focalizadas en asegurar el acceso a este seguro complementario para personas de bajos ingresos. La administración de este seguro complementario no es administrado por una única entidad pública, sino por una gestión de variadas organizaciones privadas, de previsión y mutualistas. En el caso de las mutuales, son instituciones sin fines de lucro que operan bajo los principios de solidaridad y acceso equitativo con un Código de Mutuales (normativa). En el caso de las aseguradoras privadas sí cuentan con fines de lucro y su regulación se ordena en un Código de Seguros (normativa), mientras que las instituciones de previsión no tienen fines de lucro, son reguladas por un Código de Seguridad Social y están más bien focalizadas en coberturas colectivas de trabajadores y trabajadoras. La regulación y supervisión de todas las instituciones vinculadas en la provisión de cobertura complementaria de salud en Francia es de carácter público.

En el caso de Chile, se identifica una presencia de seguros suplementarios de un 58%, es decir, más de la mitad de la población suscribe en nuestro país un seguro que tiene por objetivo agregar más servicios no

cubiertos por la cobertura de salud básica. Toda la oferta existente hasta la actualidad (sin considerar la MCC) es totalmente privada con fines de lucro.

**Figura 2:** Cobertura de seguro médico privado voluntario por tipo 2011 y 2021 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics, 2023

Como uno de los objetivos de contar con cobertura complementaria al plan básico de salud es reducir el gasto de bolsillo de las personas en la atención de salud y poder asegurar mayor protección y estabilidad financiera a las personas ante eventuales emergencias sanitarias personales o familiares, resulta importante conocer el estado de este ítem en nuestro país relativo a países de la OCDE.

El gasto de bolsillo se entiende como “desembolsos soportados directamente por los pacientes cuando ni la cobertura pública ni los sistemas de seguro privados cubren la totalidad del costo de un producto o un servicio de salud.” (OCDE, 2021). Según los datos de la OCDE hasta el 2023, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Chile corresponde a un 34,6%, encontrándonos entre los países con mayor magnitud en este indicador, compartiendo esta característica con países como México, Letonia y Grecia.

Ahora bien, si revisamos el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del PIB, Chile lidera la lista de países OCDE con un 3,5% al año 2023. Considerando la ausencia de información del total de países, al observar el 2021, Chile alcanza un 3,1% del PIB sólo por debajo de Ucrania (país no OCDE) y Portugal con un 3,3%.

- **Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)**

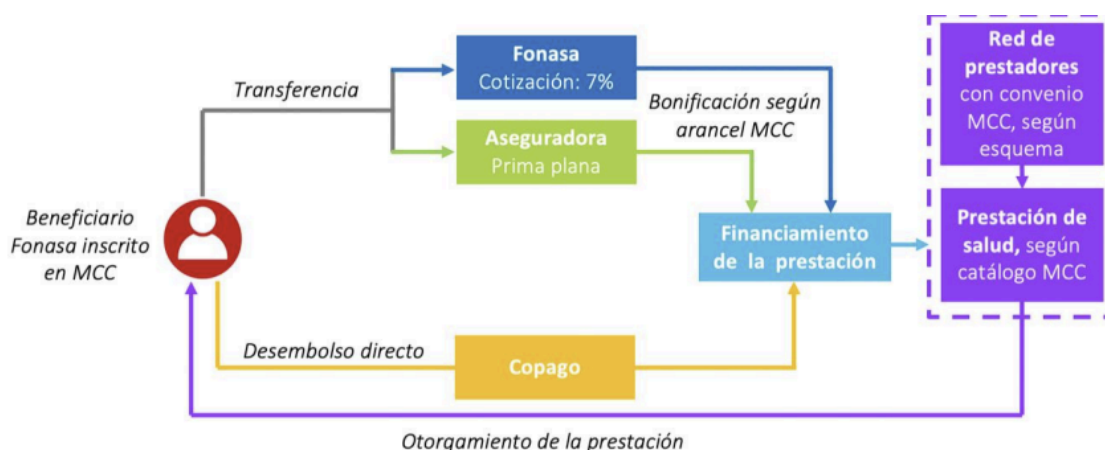
En marco de la Modalidad de Libre Elección (MLE), FONASA cubre un 38% promedio de los gastos en salud incurridos por las personas beneficiarias. Esta modalidad cuenta con limitaciones de cobertura que implican un aumento en el gasto de bolsillo de las personas en atenciones como las hospitalarias que no cuentan con bono de pago asociado a diagnóstico (PAD).

La Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) “es una nueva modalidad de atención que permite a las personas afiliadas a FONASA, que se encuentren en los grupos B, C y D, suscribir voluntariamente un

seguro de salud complementario (licitado por FONASA)” (...) con esto, “podrán acceder a una red de prestadores privados en convenio en mejores condiciones de protección financiera que la actual modalidad de libre elección” (Ley de ISAPRES y Fortalecimiento de FONASA, N°21.674, 2024). En suma, **FONASA actúa como un intermediario en la provisión de un seguro de cobertura privada** con prima plana (la prima será la misma sin importar la edad, sexo o condición de salud) entre los beneficiarios que pueden adherir a la MCC y la red de prestadores en convenio.

En la actualidad las personas realizan una cotización obligatoria de salud del 7%, lo que es administrado por FONASA, órgano que dispone de aranceles de prestaciones bajo la modalidad de libre elección (MLE) definidos por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda. La red de prestadores en convenio para atender por la MLE deben cumplir con el marco normativo de la ley vigente. En caso de la MCC, el sistema funciona de forma similar (figura 3), junto con la cotización obligatoria el 7%, las personas afiliadas que hayan suscrito un seguro de cobertura complementaria deben pagar una prima adicional que contribuirá en complementar el pago realizado por FONASA a través del Fondo de Asistencia Médica (FAM), reduciendo así el copago (gasto de bolsillo) realizado por los beneficiarios cotizantes.

**Figura 3:** Modelo de Funcionamiento MCC



Fuente: FONASA, 2024

Las características que se espera tenga la MCC son:

1. El arancel MCC será mayor al arancel de MLE
2. El copago de los beneficiarios cotizantes con MCC será menor que el pagado por los beneficiarios cotizantes sin MCC (sólo con MLE)
3. El Fondo de Asistencia Médica (FAM) será igual para MLE como para MCC

Para la implementación de la MCC, FONASA requiere aumentar su capacidad institucional. La propuesta referente a este elemento establece un Comité Ejecutivo MCC, una Secretaría Técnica MCC y una serie de grupos de administración y gestión del seguro complementario. Junto con ello, lo central del modelo es la licitación de la póliza del seguro complementario con proveedores privados (compañías de seguro) por parte de FONASA. Es este instrumento (la póliza) el producto que se somete a licitación, el cual cuenta con una prima plana, excluye preexistencias y su precio se define en el mismo proceso de licitación. En

cuanto a los prestadores de servicios de salud privados, será requisito ser parte ya del convenio de MLE para adicionar la MCC.

**Tabla 2:** La Modalidad de Cobertura Complementaria como transición

	<b>Avance de la MCC en materia de financiamiento</b>	<b>Aspectos claves para la conformación de un Fondo Único de Salud</b>
<b>Recaudación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta el espacio fiscal para salud.</li> <li>• Mayor recaudación de cotizaciones.</li> <li>• Paso de gasto de bolsillo a gasto prepago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilización de recursos de diferentes orígenes, recaudando al menos las cotizaciones obligatorias de seguridad social y los aportes del Estado provenientes de los impuestos generales.</li> </ul>
<b>Mancomunación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalece la mancomunación solidaria de fondos.</li> <li>• Aumenta la posibilidad de utilizar todas las potencialidades de un pool amplio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la función de mancomunación de recursos, con el fin de redistribuir solidariamente los riesgos financieros asociados a la enfermedad de todos los miembros del fondo y concretar subsidios cruzados entre grupos de la población</li> </ul>
<b>Asignación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de una red de prestadores privados de salud gestionada colaborativamente por FONASA, con reglas públicas claras de funcionamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la función de compra, asignación o distribución de recursos, alineada con los objetivos sanitarios del sistema de salud a una red integrada y en convenio con reglas públicas.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud, junio 2024

#### IV. Experiencia Internacional y comparación con Chile

- **El modelo de Reino Unido con su Servicio Nacional de Salud (NHS)**

Reino Unido (RU), bajo la Ley del Servicio Nacional de Salud de 1946, crea el Servicio Nacional de Salud (NHS), destacado en el mundo entero como un servicio de salud público que cuenta con un 100% de cobertura. Tal como se puede observar en la figura 2, en Reino Unido igualmente existen seguros de segundo piso privados pero con una presencia acotada del 11% en la categoría de “seguros duplicados” que tienen por objetivo proporcionar un acceso más rápido a la salud o a una elección más amplia de proveedores.

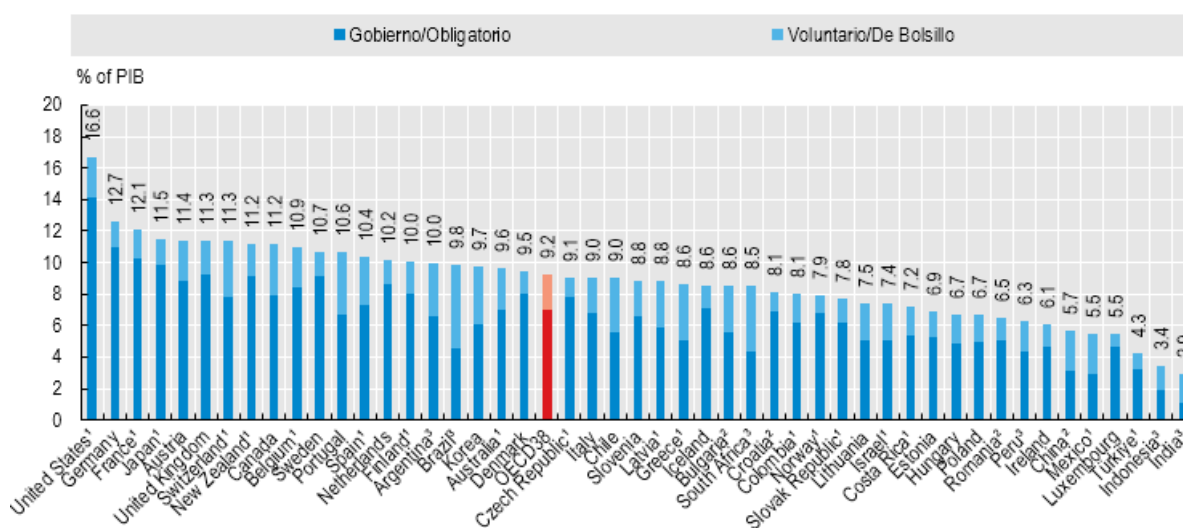
La estructura de salud de RU se organiza en tres grupos: (i) servicios médicos generales y odontológicos, (ii) servicios hospitalarios y de especialistas, y (iii) servicios sanitarios locales. Para poder acceder a la asistencia médica general o familiar primaria, las personas deben registrarse (similar al funcionamiento del servicio de salud primaria en Chile). Los médicos y odontólogos tienen sus propios consultorios de atención, sin embargo, su salario es de cargo del Estado con un monto definido por la cantidad de personas registradas en cada centro de atención.

Los servicios hospitalarios y de especialistas (similar al funcionamiento de los hospitales en Chile) cuentan con profesionales pagados por el Estado, bajo la administración de juntas hospitalarias regionales. Finalmente, en caso de la atención de servicios sanitarios locales, tiene un foco de atención maternal e infantil, atención post-hospitalaria, servicios ambulatorios, entre otros servicios.

El financiamiento del NHS proviene principalmente de impuestos generales, seguido de un pilar contributivo con cargo a las y los trabajadores, y la transferencia del gobierno a través del presupuesto nacional centralizado. Esto posibilita contar con un servicio de salud gratuito y accesible para todas las personas bajo su cobertura.

Como se observa en la figura 3, el gasto en salud como % del PIB para Reino Unido alcanza 11,3%, mayoritariamente (9,3%) de gasto incurrido por el Gobierno o por concepto de contribución obligatoria. Chile, por su parte, se encuentra por debajo del promedio de gasto como % del PIB de la OCDE, que alcanza un 9,2%, mientras que en nuestro país llega a un 9% con sólo un 5,6% correspondiente a gasto de Gobierno o de cotización obligatoria, siendo el resto (3,4%) de contribución voluntaria o gasto de bolsillo.

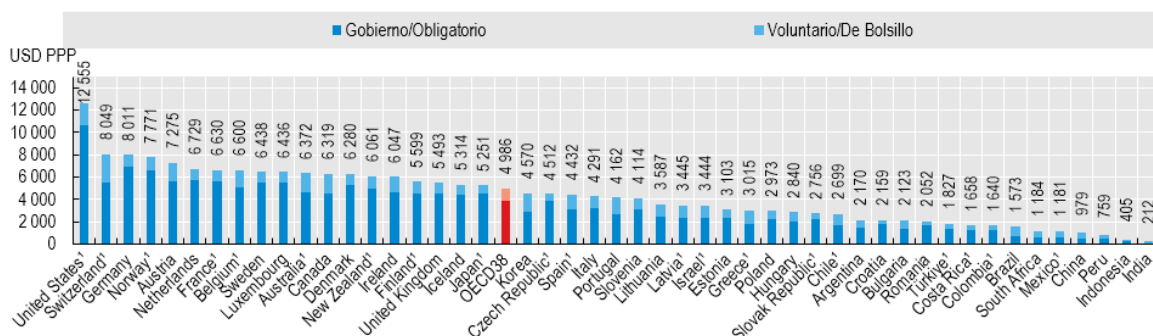
**Figura 3:** Gasto en Salud como % el PIB, 2022 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics, 2023

La magnitud poblacional de los países importa en cuanto al gasto agregado incurrido para la provisión de servicios básicos como la salud. Para poder comparar de forma más precisa la contribución gubernamental de Estado entre el Reino Unido y Chile, observamos la figura 4 que contiene el gasto en salud per cápita para los países miembros de la OCDE en dólares. En el caso de Reino Unido, el valor total alcanza los USD 5.493 por persona, siendo 4.479 (81,5%) correspondiente a gasto incurrido por el Gobierno o como resultado de contribución obligatoria. En el caso de Chile, el gasto per cápita alcanza los USD 2.699 con sólo USD 1.679 (62,2%) correspondiente a gasto gubernamental u obligatorio.

**Figura 4:** Gasto en Salud per cápita, 2022 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics, 2023

El Servicio Nacional de Salud de Reino Unido es motivo de orgullo del país, sin embargo, no ha estado exento de críticas y de amenazas de privatización bajo los siguientes argumentos: (i) para acceder a atención de urgencia o tratamiento existen largos tiempos de espera, (ii) para acceder a la atención de un especialista, es requisito contar con una derivación del médico de atención primaria (como en el sistema público en Chile), relentizando el acceso a un especialista y limitando el acceso a tratamientos, y (iii) falta personal para descomprimir las dificultades de atención. La premisa instalada por quienes han demandado la privatización del sistema es que, al pagar por las prestaciones, estas serán de más rápido acceso y personalizado.

## V. Elementos a considerar

### ● Población atendida por FONASA

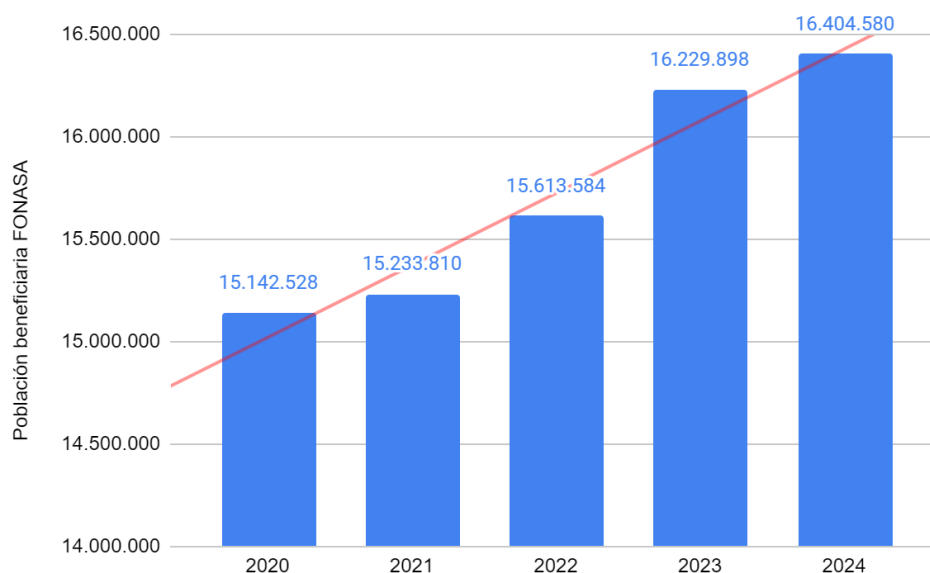
Como resultado del cuestionamiento judicial a las ISAPRES, sumado a otros factores como los flujos migratorios, entre enero y julio del 2023 se incorporaron 409.856 personas a FONASA, alcanzando así un total de 582.151 usuarios registrados durante los últimos 12 meses. La estimación realizada por la institución es que cerca del 60% de estas personas provienen de alguna ISAPRE (Gobierno de Chile, 2023).

FONASA, a julio del 2023, albergaba a 16.023.440 beneficiarios. Al cierre del 2023 esa cifra aumentó a 16.229.898 (1,27% más). La actualización más reciente es de julio del 2024 con un **total de 16.404.580** beneficiarios. De ese total, un 52% son mujeres y un 48% hombres, correspondiendo a un 82% de la población total del país, un 86% de la población asegurable, un 85% de las mujeres totales del país, un 94% de las personas mayores del país y un 95% de personas migrantes del país (FONASA, 2024). Según la comparación que realiza la misma institución, el aumento en beneficiarios desde enero del 2022 a mayo del 2024 corresponde a 1,1 millones más de personas bajo la previsión del Fondo Nacional de Salud.

El crecimiento sostenido de la población de FONASA no es un efecto aislado sin razones que lo expliquen. El principal éxodo de afiliados de ISAPRES ocurre después del dictámen de la Corte Suprema, es decir, se sienta en Chile un cuestionamiento al funcionamiento probado de las instituciones previsionales de salud de propiedad privada con fines de lucro. De esta forma, se abre una ventana de oportunidad política en miras del fortalecimiento de FONASA (con más recursos y capacidades) y también de

problematizar sobre el lucro en las instituciones previsionales de salud privada. En esto último, el modelo complementario francés puede ser un horizonte donde mirar.

**Figura 5:** Evolución de la población beneficiaria de FONASA (2020- julio 2024)



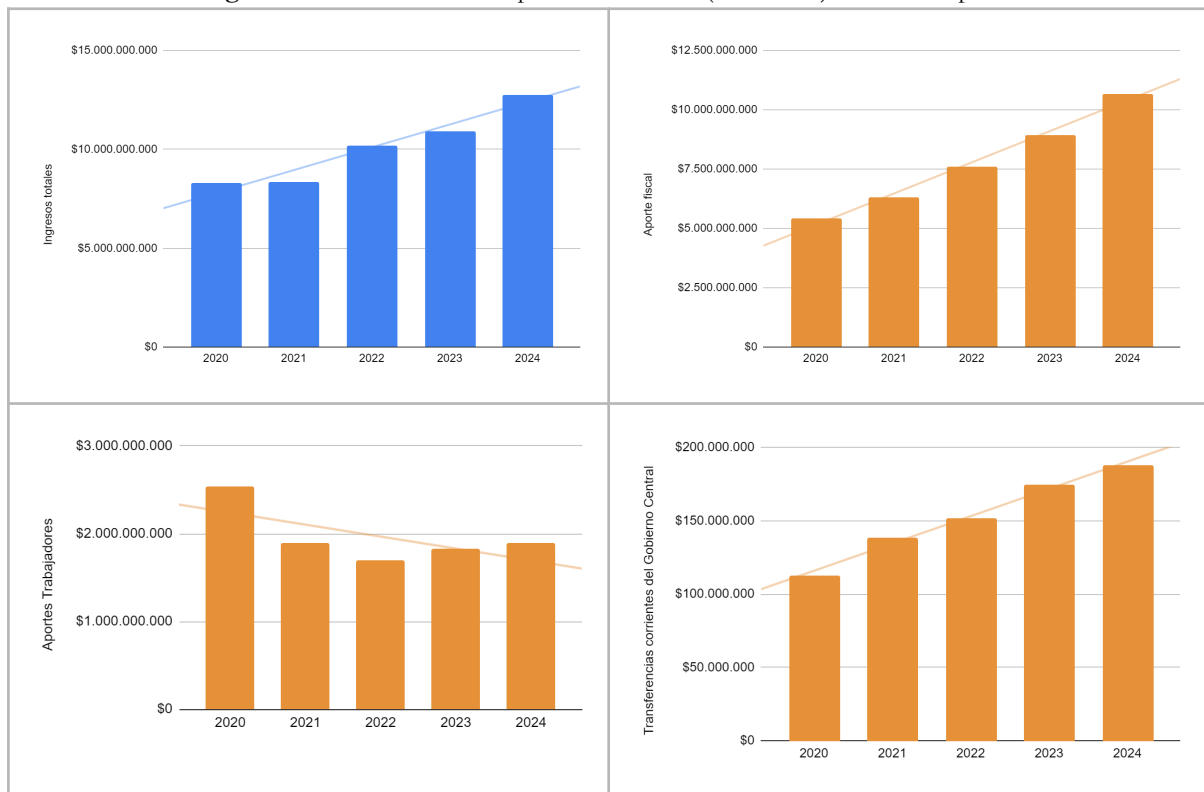
Fuente: Datos abiertos FONASA

- **Presupuesto de FONASA y comentarios finales**

Así como ha crecido sostenidamente la población de FONASA, el presupuesto de la institución también lo ha hecho (figura 6). Al revisar la Ley de Presupuestos se observa esa tendencia, sin embargo, al revisar tres de los principales componentes presupuestarios de ingresos, se observa que el aporte de los trabajadores (correspondiente a las cotizaciones previsionales) no han tenido un aumento sostenido a pesar de que la población atendida ha crecido significativamente. Esto se puede deber a: (i) aumento de la informalidad laboral, es decir, existen más beneficiarios pero con lagunas de cotización; (ii) la población beneficiaria ha crecido proporcionalmente más en cargas (no pagan cotización adicional) que en titulares cotizantes, lo que si bien puede ser una razón, resulta relevante solicitar a FONASA ese desglose presupuestario para poder realizar estimaciones de mejor calidad.

Ahora bien, el aporte fiscal como las transferencias corrientes del Gobierno Central (Caja de Previsión de la Defensa Nacional, Fondo para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo Ley N°20.850, Sistema de Protección Integral a la Infancia), han crecido de forma sostenida en cada uno de los reajustes presupuestarios nacionales.

**Figura 6:** Evolución del Presupuesto FONASA (2020-2024) en miles de pesos



Fuente: Ley de Presupuesto, 2020-2024

Si sólo utilizamos los datos de FONASA al cierre del 2023, y analizamos el presupuesto inicial 2024, se observa que el aporte de los trabajadores titulares cotizantes per cápita alcanza los \$12.043 mensuales, mientras que el aporte del fisco para el total de beneficiarios per cápita por mes corresponde a \$54.795. Dada la crecida de beneficiarios (titulares y cargas) a FONASA, se espera que tanto la contribución de las y los trabajadores de forma agregada aumente que el aporte del fisco para el fortalecimiento de la institución y el sistema de salud no sólo se mantenga sino que aumente.

- **Seguros de segundo piso ¿complemento o riesgo para el fortalecimiento de FONASA?**

Tal como se pudo observar en los datos de la OCDE sobre seguros de segundo piso, si bien los sistemas de salud alcanzan completa cobertura pública o un porcentaje mayoritario, igualmente -en promedio- un 41% cuenta con seguros complementario, suplementarios o duplicados. En Reino Unido el seguro de segundo piso cumple un rol acotado en el sistema de salud, no sólo porque un porcentaje pequeño de la población lo suscribe de forma voluntaria, sino porque, a pesar de las críticas al NHS, sigue siendo un sistema de salud que funciona administrado y financiado por el Estado. En el caso de Francia, si bien no existe un proveedor público único de seguros complementarios, existen al menos tres instituciones a cargo de proveerlos, dos de ellas sin fines de lucro, siendo su financiamiento resultado de una estructura tripartita (empleador, Estado y trabajadores).

En el caso de Chile, resulta importante reflexionar críticamente sobre el rol que tendrá FONASA en la Modalidad de Cobertura Complementaria, pues si bien se define en la ley una administración pública de la

prima recaudada de quienes se suscriban a la modalidad, el Fondo Nacional de Salud cumplirá un rol únicamente de intermediario entre los beneficiarios de FONASA y una aseguradora privada que será quien realmente administre los recursos tras adjudicarse una licitación para brindar las coberturas complementarias en la red de salud.

Junto con lo anterior, resulta relevante contar con las estimaciones con las que debe contar el Ministerio de Salud sobre la población que espera incorpore la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuestión que aumentaría el aporte por cotizaciones de las y los trabajadores bajo la administración de FONASA para el funcionamiento de la licitación del seguro.

De cara al desafío de avanzar hacia un Fondo Único de Salud, resulta fundamental definir clara y explícitamente las reglas públicas para la participación mancomunada de proveedores privados bajo una red integrada de salud. Dada la ausencia de documentos públicos que entreguen mayor especificidad de los modelos estudiados por parte del Ministerio de Salud, esta minuta entrega elementos de perspectiva hacia el horizonte deseado más que una estimación y evaluación cuantitativa de mínimos esperados.

## VI. Referencias

Britannica. (n.d.). *Aneurin Bevan*. In *Encyclopedia Britannica*. Recuperada 03 de septiembre, 2024, desde <https://www.britannica.com/biography/Aneurin-Bevan>

Cigna Global. (n.d.). *United Kingdom: Where we cover*. Recuperada 03 de septiembre, 2024, desde <https://es.cignaglobal.com/where-we-cover/united-kingdom>

Comité Técnico para la Reforma de Sector Salud (16 noviembre 2023). Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud. Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile. Disponible [aquí](#).

FONASA (recuperado en agosto 2024). Datos Abiertos FONASA. Población Beneficiaria. Disponible [aquí](#).

Ministerio de Salud (mayo 2024). Ley 21.674. Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un Nuevo Modelo de Atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual. Disponible [aquí](#).

Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2020. Disponible [aquí](#).

Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2021. Disponible [aquí](#).

Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2022. Disponible [aquí](#).

Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2023. Disponible [aquí](#).

Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2024. Disponible [aquí](#).

OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Service Public. (n.d.). *Protection complémentaire en matière de santé (CMU-C et ACS)*. Recuperada 03 de septiembre, 2024, desde <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20314>

Superintendencia de Salud (febrero 2023). Documento de Trabajo. Seguros privados voluntarios de Salud: revisión sistemática exploratoria. Disponible [aquí](#).