



**GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS**

**PROGRAMA DE PRÉSTAMOS MÉDICOS  
EN SALUD  
(P. MÉDICOS)**

**FONDO NACIONAL DE SALUD  
(FONASA)**

**MINISTERIO DE SALUD**

**JUNIO 2003**

SINTESIS EJECUTIVA – Nº10  
PROGRAMA PRESTAMOS MEDICOS  
FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA).

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 1999 – 2002.  
PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2003: \$18.598 millones.

**1. Descripción del Programa**

**1.1. Fin**

Contribuir a generar las condiciones de accesibilidad, oportunidad y cobertura en salud para los afiliados cotizantes de FONASA y sus cargas.

**1.2. Propósito**

Afiliados cotizantes del Seguro Público de Salud y sus cargas con financiamiento para la obtención de las acciones de salud.

**1.3. Población Objetivo**

FONASA clasifica a sus beneficiarios en tramos A, B, C y D, según su nivel de ingresos. El tramo A concentra a los indigentes quienes tienen atención gratuita en la Modalidad de Atención Institucional de FONASA. Por lo tanto, la población objetivo del programa Préstamos Médicos corresponde a todos los cotizantes de los grupos B, C y D y sus cargas; los que el año 2001 totalizaban 6.818.693 personas.

**1.4. Población Beneficiaria**

Los beneficiarios efectivos son aquellos cotizantes de FONASA que han recibido préstamos médicos. El Cuadro Nº 1 presenta la evolución de beneficiarios por tipo de préstamos, la que ha sido decreciente en el período para Hemodiálisis y Otros; y ha mostrado un fuerte crecimiento (aunque partiendo de un nivel muy bajo) en Urgencias.

**Cuadro Nº 1**  
**Beneficiarios Efectivos Años 2000-2002**

	2000	2001	2002	% Variación 2000-2002
HEMODIALISIS	8.903	7.236	7.725	-13,23%
URGENCIAS	218	712	1.374	530,28%
OTROS 1/	28.882	25.738	25.477	-11,79%
<b>TOTAL</b>	<b>38.003</b>	<b>33.686</b>	<b>34.576</b>	<b>-9,02%</b>

1/ Otros incluye hospitalización, tratamientos psiquiátricos, quimioterapia, radioterapia, y adquisición de órtesis y prótesis

## 1.5. Descripción General del Diseño del Programa.

El Programa de Préstamos Médicos está establecido en la ley de Prestaciones de Salud N° 18.469 de 1979 y su reglamento. Se define como el derecho de todos los beneficiarios cotizantes de FONASA a solicitar un préstamo para financiar todo o parte del valor del co-pago asociado a un programa médico. Un programa médico es una modalidad de pago que se concreta mediante un documento donde se registra el detalle de los valores de las atenciones. Estos programas se utilizan para acceder a prestaciones de salud tales como atenciones de urgencia, hospitalización, tratamientos psiquiátricos, quimioterapia, radioterapia, diálisis y adquisición de órtesis y prótesis. Los préstamos se entregan tanto para quienes se atienden en la Modalidad Libre Elección<sup>1</sup> (MLE) como en la Modalidad de Atención Institucional<sup>2</sup> (MAI).

### Componente 1. Otorgamiento de Préstamos:

El componente Otorgamiento de Préstamos Médicos se ejecuta en forma descentralizada en las sucursales de FONASA, se inicia al momento en que cada afiliado cursa un programa médico y adquiere los bonos respectivos. De esta forma, el afiliado que lo solicite puede acceder a un préstamo para financiar parte o el total del co-pago según el siguiente esquema:

- En Hemodiálisis, Urgencias o Pagos Asociados a Emergencia (PAE), el préstamo puede llegar hasta un 100% del co-pago del afiliado.

En hospitalizaciones, tratamientos psiquiátricos, quimioterapias, radioterapia y adquisición de órtesis y prótesis, los préstamos tienen distintos topes según la modalidad en que se atienda el beneficiario.

- En Modalidad de Atención Institucional (MAI), Modalidad Libre Elección Nivel 1 y canastas Pago Asociado a Diagnóstico<sup>3</sup> (PAD), el préstamo puede llegar hasta un 42,5% del valor de la prestación en el arancel respectivo.
- En la Modalidad Libre Elección Nivel 2, el préstamo puede llegar hasta un 37.5% del valor de la prestación en el arancel.
- En la Modalidad Libre Elección Nivel 3, el préstamo puede llegar hasta un 32% del valor de la prestación en el arancel.

---

<sup>1</sup> Modalidad de atención en que el beneficiario elige entre establecimientos de salud en convenio con Fonasa (hospitales privados, clínicas y profesionales de salud inscritos)

<sup>2</sup> Atención en hospitales del sistema público.

<sup>3</sup> El PAD es una forma de pago que le permite al beneficiario conocer por anticipado el valor total de su cuenta en aquellas intervenciones quirúrgicas inscritas en los establecimientos de salud que tienen convenio con FONASA. El valor del PAD incluye todas las prestaciones necesarias para el tratamiento y hospitalización de la enfermedad correspondiente. En esta modalidad no existen cobros adicionales por diferencias de días cama, derecho de pabellón, medicamentos e insumos.

## **Componente 2. Recuperación de Préstamos:**

En el caso de los afiliados dependientes, la recuperación de los préstamos se efectúa mediante la emisión de planillas de pago que son enviadas a los empleadores, para que la cuota sea descontada del sueldo. En el caso de los afiliados independientes, el cobro es enviado al domicilio para que sean pagados en cualquier sucursal del Banco del Estado.

Los porcentajes máximos que se pueden descontar de la remuneración mensual son de 5%, cuando se trata de Urgencias, y 10%, para Hemodiálisis y Otros. En consecuencia, el período total de recuperación de un préstamo varía en función del nivel de renta del cotizante.

### **1.6. Antecedentes Financieros**

El Programa se financia con recursos provenientes de la recuperación de préstamos y de las cotizaciones de los afiliados a FONASA. Los recursos provenientes de cotizaciones han aumentado en un 43% real entre 1999 y 2002, llegando a \$20.245 millones el año este último año. Por su parte, los Ingresos por recuperación de préstamos han crecido un 200% en el mismo período, alcanzando el 2002 a \$4.711 millones; sin embargo, su participación en el financiamiento total sigue siendo baja (un 19% el año 2002 contra un 81% de las cotizaciones).

## **2. Resultados de la Evaluación**

### **2.1 Diseño**

El programa responde a la necesidad claramente identificada de garantizar la atención de salud a todos los habitantes, la que se sustenta en el principio de seguridad social del país. Su fin y propósito están bien definidos, como asimismo su población objetivo.

Desde su creación, el Programa no ha sido reformulado a nivel de diseño, sólo ha experimentado cambios a nivel organizacional y administrativo tendientes a mejorar la gestión institucional y aumentar los niveles de recaudación. Estos cambios no han significado modificaciones profundas que en el diseño del programa, ya sea a nivel de necesidades, objetivos, focalización o marco institucional.

Con relación al cumplimiento del propósito, ambos componentes y sus supuestos se alinean con el logro de éste. Las actividades son necesarias y suficientes para la producción del componente Otorgamiento de Préstamos; en tanto que para el componente Recuperación, las actividades son necesarias pero no suficientes para el proceso de recaudación, existiendo una cantidad importante de préstamos incobrables por errores administrativos<sup>4</sup> que afectan el proceso de recuperación.

Los indicadores del programa incluidos en la Matriz de Marco Lógico están claramente vinculados con los objetivos en sus distintos niveles (fin, propósito, componentes); y además pueden ser medidos.

---

<sup>4</sup> Errores de digitación de rentas y domicilios, por ejemplo.

## **2.2 Organización y Gestión**

La definición de políticas de cada uno de los componentes está radicada en dos unidades distintas de FONASA. El Departamento de Finanzas está a cargo del componente Recaudación, en tanto que el Departamento de Operaciones define la política de otorgamiento de préstamos. Lo anterior, impide la gestión del programa desde una perspectiva más integral.

Además, en el trámite de otorgamiento de préstamos, se aprecia una escasa autovalencia de las sucursales, lo que se traduce en excesivas consultas al nivel central sobre aspectos operativos.

Por otra parte, los mecanismos de asignación de recursos y la modalidad de pago a los proveedores externos de servicios son adecuados, puesto que se pagan en base a nivel de producción.

Finalmente, el programa ha realizado esfuerzos por fortalecer su función de seguimiento y evaluación a contar del 2002. Actualmente, se realiza un seguimiento estadístico del programa, el cual proporciona información oportuna y confiable para la toma de decisiones. No obstante, aún se aprecian algunas debilidades; en lo específico, en el componente Recuperación falta información de aspectos tales como la morosidad, período de cobro y tasas esperadas de recuperación.

## **2.3 Eficacia y Calidad**

La demanda de Préstamos Médicos se cubre en un 100%, por cuanto se trata de un derecho de los afiliados y, por lo tanto, todas las solicitudes que cumplan los requisitos legales son tramitadas. El año 2002 se otorgaron 107.250 préstamos, lo que representa una variación de un 41% respecto de 1999.

La composición por Modalidad de Atención para el año 2002 indica que la MLE representa el 98% de los préstamos, lo que se explica por los co-pagos más altos que presenta esta alternativa respecto de la Modalidad Institucional.

Por otra parte, aquellos préstamos destinados al co-pago de un PAD reducen en forma importante el desembolso del beneficiario al momento de solicitar una atención, puesto que el prestador no realiza cobros adicionales por sobre los precios del Arancel MLE. Lo anterior, facilita el acceso de los beneficiarios y por ende el logro del propósito del programa.

En el año 2002, los préstamos para Hemodiálisis concentran el 69% del total en términos de número y un 70.3% del total de recursos involucrados, lo que representa \$17.159 millones.

De los programas médicos emitidos entre los años 2000 y 2002, entre un 17,5% y un 17,9% han ido acompañados de préstamos. En términos de recursos las prestaciones con préstamos representan en, promedio para todo el período analizado, el 50% del total de los co-pagos involucrados en los programas. Lo anterior, estaría indicando que los beneficiarios solo hacen uso de este derecho frente a los eventos de relativo mayor costo.

Con respecto a los beneficiarios efectivos, si bien se observa una variación negativa en el número de afiliados que han recibido préstamos (-9% en cuadro N°1), la cantidad de préstamos ha crecido. Es decir, se ha producido un aumento de la tasa de uso, que en el caso de "Hemodiálisis" pasó de 7,35 a 9,57 por beneficiario entre los años 2000 y 2002. En el resto de las otras prestaciones cubiertas por el programa, la tasa de uso creció de 1,06 a 1,25 en el mismo período.

En cuanto a la satisfacción de los beneficiarios, una encuesta realizada por SEARCH el año 2001 en las regiones V, VIII y Metropolitana <sup>5</sup>, arrojó como resultado que el 86,2% de los encuestados califica el procedimiento de préstamos médicos con nota igual o superior a 6 (en una escala de 1 a 7).

## **2.4 Eficiencia y Economía**

El gasto efectivo del programa ha tenido un crecimiento real de 59% entre 1999 y 2002, alcanzando a los \$24.956 millones este último año. De este monto, el 98% corresponde a préstamos propiamente tales, en tanto que la fracción restante representa gastos administrativos propios del programa. En este último concepto destaca el crecimiento experimentado por el ítem "bienes y servicios de consumo" (un 188% real en el período evaluado), el que se explica por la externalización del manejo de las bases de datos de emisión y cobranza de préstamos.

El monto promedio por préstamo alcanzó a \$230.000 en el año 2002, con una variación positiva de 13.2% real respecto de 1999.

La tasa global de recuperación de préstamos ha fluctuado entre un 10% , en 1999, y un 19% en el 2002. Los préstamos para Hemodiálisis presentan la menor tasa de recuperación (un 4.21% el año 2002), seguidos por los préstamos para Urgencia (13.9%). La mayor tasa de recuperación corresponde a "Otros", con 57.3% el año 2002.

En el caso de Hemodiálisis, este resultado se explica por las características de la enfermedad que determinan condiciones estructurales de baja recuperación, debido a que la solicitud de préstamo es continua y con una periodicidad mensual. En promedio cada dializado solicita 9 préstamos al año, los cuales se "encolan" alargando el período de recuperación, dado que los pagos mensuales no pueden sobrepasar el 10% de la remuneración del afiliado.

Respecto del período promedio de cobro, se verifica que para el año 2002 cada préstamo tiene en promedio 59 cuotas, es decir se demora 59 meses en ser pagado si es que no hay morosidad. Como es común que los beneficiarios tengan varios préstamos, se calculó el plazo o número de cuotas promedio con encolamiento, es decir, el total de cuotas en relación al total de deudores, lo que arrojó un período promedio de cobro de 370 meses.

---

<sup>5</sup> La encuesta tuvo un tamaño muestral de 1.024 casos, con un error de 3,1%

Los porcentajes de morosidad<sup>6</sup> del programa son bajos, especialmente en hemodiálisis en donde en ningún año ha superado el 1%. Urgencias presentó 2.6% de morosidad el año 2002, en tanto que el resto de los préstamos presentó una cifra cercana al 4%.

Las bajas tasas de morosidad, sumadas a las bajas tasas de recuperación, estarían dando cuenta de problemas estructurales en el proceso de recuperación de préstamos, relacionados con la gran cantidad de beneficiarios que solicitan préstamos reiteradamente y la capacidad de pago de éstos.

Finalmente, en relación al Porcentaje de Cartera Incobrable, no es posible determinarla por cuanto no se han definido los criterios de incobrabilidad, los cuales deberían establecerse de conformidad a los aspectos legales que rigen el Programa.

## **2.5 . Principales Recomendaciones <sup>7</sup>.**

Tanto el diagnóstico como la evolución de la situación demuestra que sigue existiendo la necesidad de acceder a préstamos médicos por parte de los beneficiarios del seguro público de salud. En efecto, tanto el número de préstamos como el monto promedio de ellos ha evolucionado a tasas crecientes en el período evaluado.

Por otra parte, aún cuando aumentara el número de prestaciones que FONASA entrega en forma gratuita a los beneficiarios, el programa sólo dejaría de tener justificación en la eventualidad de que se eliminara totalmente el copago en todos los programas médicos, lo que se estima altamente improbable. En virtud de lo anterior, el panel justifica la continuidad del programa, con los ajustes que se recomiendan a continuación:

### **Area de organización y gestión del programa**

- Es recomendable concentrar la dependencia administrativa del programa en una sola unidad de la estructura organizacional de FONASA, de manera tal de lograr una gestión coordinada e integral de sus dos componentes.
- Revisar el diseño de los sistemas computacionales de ambos componentes del programa para que exista integración de la información que proveen. Al mismo tiempo, se recomienda desarrollar mecanismos de comunicación y coordinación efectiva entre las 2 empresas externas a cargo de los sistemas.
- Fortalecer la gestión descentralizada del programa. Es necesario desarrollar mecanismos que incentiven a los niveles regionales para que asuman responsabilidades en la gestión de ambos componentes, en especial en la

---

<sup>6</sup> La cartera morosa del programa es equivalente a cartera vencida por cuanto se va declarando en morosidad una cuota no cancelada en la fecha correspondiente.

<sup>7</sup> El informe Final elaborado por el panel evaluador separa las recomendaciones en aquellas que requieren de recursos adicionales significativos de aquellas que no lo requieren. Al respecto es necesario aclarar que más allá de lo señalado por el panel, para efectos de definiciones presupuestarias, la necesidad de recursos adicionales requiere una revisión más amplia de las disponibilidades financieras y uso de recursos de las instituciones, análisis que está fuera de las posibilidades de un panel evaluador. Por tanto, lo que se propone en esta materia no es concluyente. Por ello, este informe de síntesis no hace una distinción en las recomendaciones, en materia de identificación de necesidades de recursos.

recuperación de préstamos. A la vez, para hacer más expedita la atención al beneficiario, se deberá propender a que las sucursales resuelvan dudas y problemas sin necesidad de consultar al nivel central. En este sentido se sugieren algunas acciones específicas; tales como: a) disponer de información a nivel regional y de sucursales; b) generar incentivos para aumentar la autonomía de las sucursales en todos los ámbitos del programa; c) capacitar al personal de las agencias.

#### Area de eficacia y calidad del programa

- Es recomendable realizar encuestas de satisfacción de usuarios relativas a los procesos de otorgamiento (solicitud-autorización-otorgamiento) y de recuperación, con el objeto de tener información más precisa respecto de este ámbito de la eficacia.

#### Area de eficiencia y economía del programa

- Definir una política de recuperación diferenciando por tipo de préstamos. Hemodiálisis, debería tener un tratamiento distinto por su característica de recurrencia. Se hace necesario analizar caso a caso la inclusión de estas situaciones especiales en el programa, requiriéndose probablemente otro tipo de solución. El incremento de la bonificación
- Dadas las características estructurales que tiene la tasa de recuperación, se recomienda definir, técnica y estadísticamente, una tasa de recuperación realista.
- No obstante lo anterior, corresponde agotar todas las instancias en el proceso de recuperación, llegando hasta el codeudor solidario si es necesario, y considerando las distintas etapas del proceso de cobranza (recordatorio de deuda, insistencia, notificación telefónica, gestión de terreno o cobranza externa, etc).
- Una evaluación periódica de la gestión de recuperación, en base a los indicadores ya incluidos en la matriz de marco lógico, complementados con indicadores tales como: período promedio de cobranza, tasa de morosidad y porcentajes esperados de recuperación.
- Finalmente, se estima necesario que se sistematice el registro de los gastos administrativos del programa, y se establezca una política respecto del financiamiento de este gasto.
- Analizar los topes máximos de la remuneración que se pueden cobrar a los beneficiarios. No parece justificable que existan topes máximos diferentes para diálisis y para el resto de los préstamos.



**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES  
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN  
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN  
RESPONSABLE**

**JUNIO 2003**





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

Gabinete Ministro  
Atc/mso

MEMO 1Q N° 129

MAT.: Programa Préstamos Médicos.

Santiago, junio 27 de 2003.

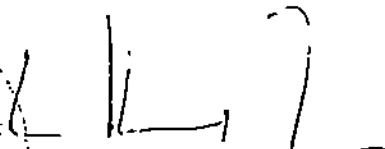
DE: SR. LUIS HORMAZABAL RIQUELME  
JEFE (S) GABINETE SR. MINISTRO.


A: SR. NELSON GUZMÁN  
ANALISTA DEPARTAMENTO EVALUACIÓN, MINISTERIO DE HACIENDA.

En el marco del Programa Préstamos Médicos y según lo solicitado por DIPRES, tengo a bien enviar a usted:

- Observaciones Recomendaciones Priorizadas Informe Final Evaluación Programa Préstamos Médicos
- Minuta Observaciones al Proceso y Resultados del Programa de Evaluación del Externo.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

  
LUIS HORMAZABAL RIQUELME  
JEFE (S) GABINETE SR. MINISTRO



Distribución:

DIPRES

C.C.

Gabinete Ministro

Depto. Control de Gestión





FONASA  
FONDO NACIONAL DE SALUD

1.037 eqp



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## MINUTA OBSERVACIONES AL PROCESO Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EVALUACIÓN DEL EXTERNO

- 1.- FONASA cuestiona lo restrictivo y limitado de la mirada del Panel, que si bien puede ser explicado por la restricción del periodo bajo estudio, el informe no recoge los avances y logros de la gestión de FONASA durante el periodo, expresado en informes, evaluaciones y propuestas de operación del Programa de Préstamos Médicos. Lo anterior ha significado la implementación de líneas de trabajo a partir del año 2002 que apuntan a fortalecer la capacidad de recuperación de préstamos, mejorar la calidad de la información al usuario e instalar nuevas herramientas de control de gestión y evaluación a nivel nacional y regional. Estos avances e iniciativas actualmente implementadas fueron informadas al Panel, lo cual no ha sido relevado en el Informe Final.
- 2.- El Informe Final no rescata adecuadamente la orientación y funcionalidad social del Programa de Préstamos. Al respecto, si bien FONASA coincide en que existen exigencias propias a la gestión crediticia, esta dimensión debe ser situada o evaluada en función de la naturaleza y orientación del programa, definida por FONASA conforme a la normativa legal que le rige y a las orientaciones estratégicas institucionales para el periodo. Cabe agregar que la orientación de FONASA, fue explicitada y remitida al Panel mediante diversos documentos, entre otros, las orientaciones estratégicas de gestión FONASA 2002-2005. Con todo, la gestión de recuperación de préstamos, si bien optimizable, debe necesariamente inscribirse en el marco legal definido por la Ley N°18.469 y su Reglamento, lo cual a su vez, no ha sido apropiadamente relevado por el Panel.
- 3.- El Panel redujo el análisis del funcionamiento del Programa, a las propias evaluaciones indicadas e informadas por FONASA. De hecho FONASA explicitó y expuso la estructura orgánica y funcional del Programa en sus respectivas componentes, no obstante el Panel nunca solicitó reunirse con la componente Otorgamiento de Préstamos Médicos.



**FONASA**  
FONDO NACIONAL DE SALUD

LTE ECP/epc



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE SALUD

- 4.- Buena parte de las recomendaciones del panel corresponden a iniciativas identificadas e informadas por FONASA. Incluso, algunas de éstas fueron implementadas durante el año 2002 y otras se encuentran en proceso de ejecución durante el presente año. Otras recomendaciones siendo plausibles, requieren de un mayor sustento técnico-legal.