Financiamiento de la salud en Chile y capitación en la atención primaria

Santiago, 11 de agosto de 2025

Camilo Cid Pedraza
Director Fondo Nacional de Salud

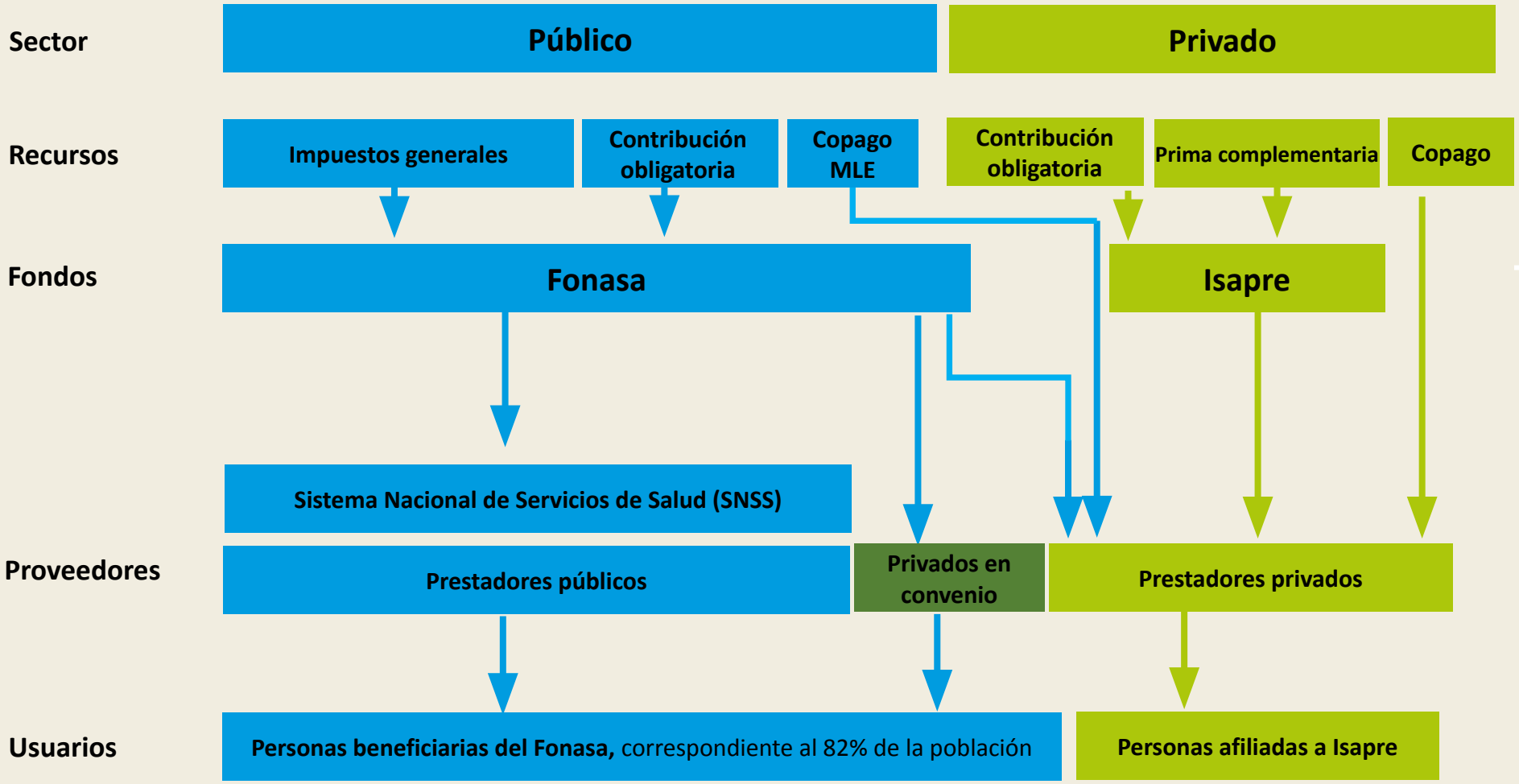
- **Contenido**

Fonasa

1. **Sistema de salud de Chile y financiamiento**
2. **Rol de Fonasa**
3. **Financiamiento de APS**
4. **Modernización del financiamiento en APS**
5. **Comentario final**

1. Sistema de salud de Chile y financiamiento

Sistema de salud chileno



Sistema de salud **segmentado, fragmentado y sub financiado históricamente.**

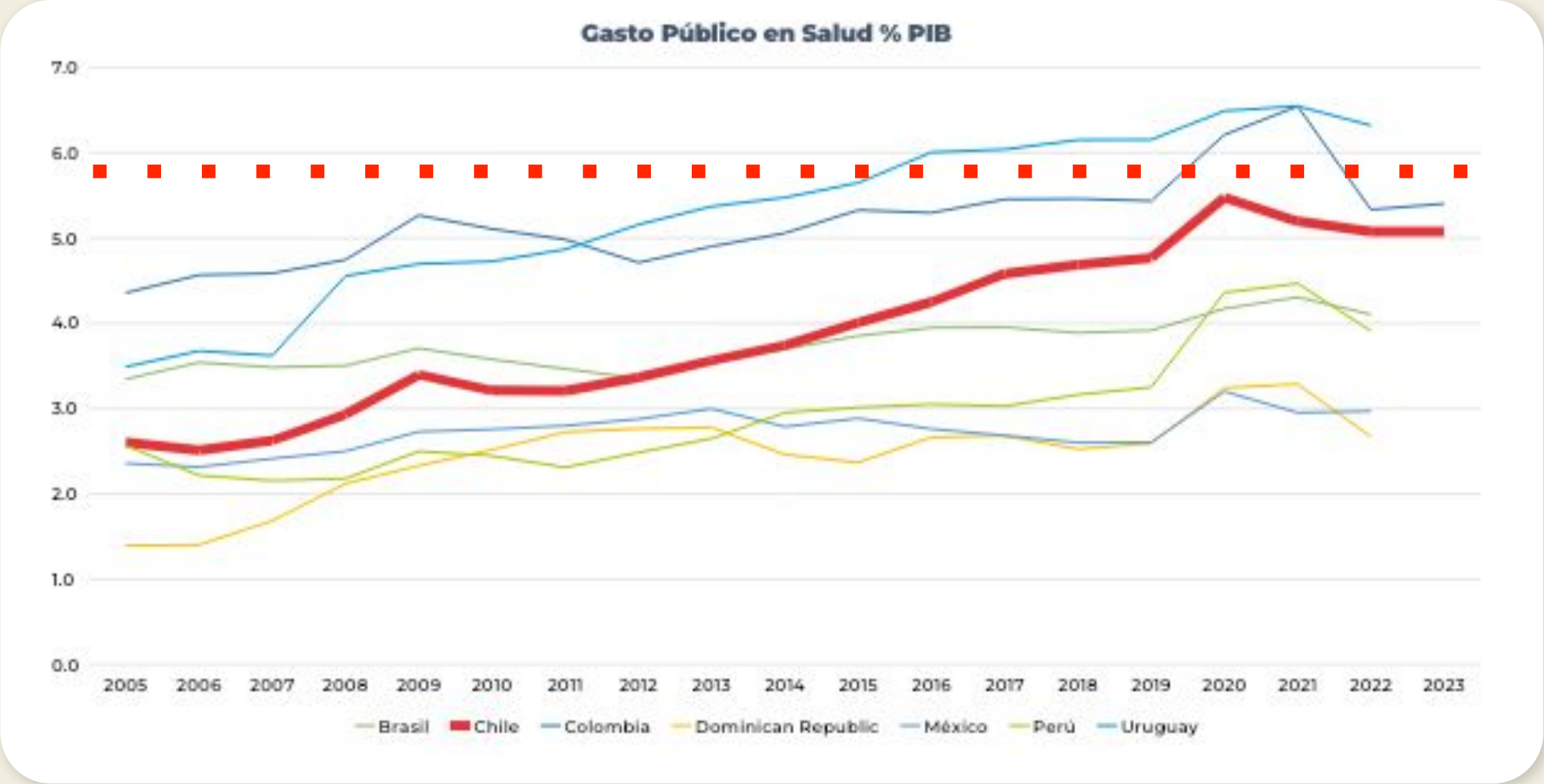
Sistema de salud dual, que **estratifica a la población** y reproduce desigualdades

Desprotección financiera, amplios espacios para el mercado y ausencia de lógicas sanitarias.

Fuente: Elaboración propia

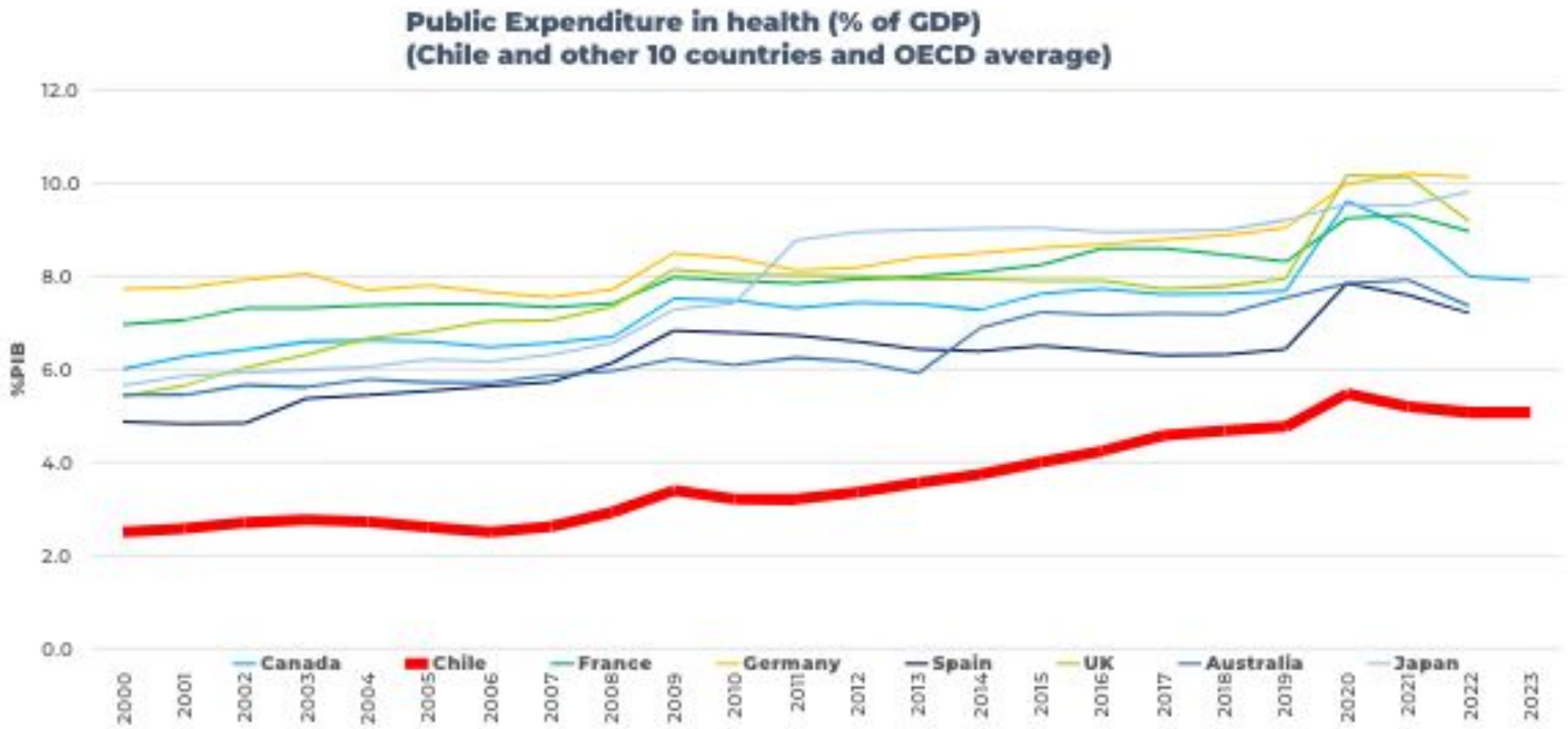
La necesidad de avanzar en reformas estructurales descansa en un diagnóstico bastante consensuado

GASTO PÚBLICO EN SALUD: % PIB



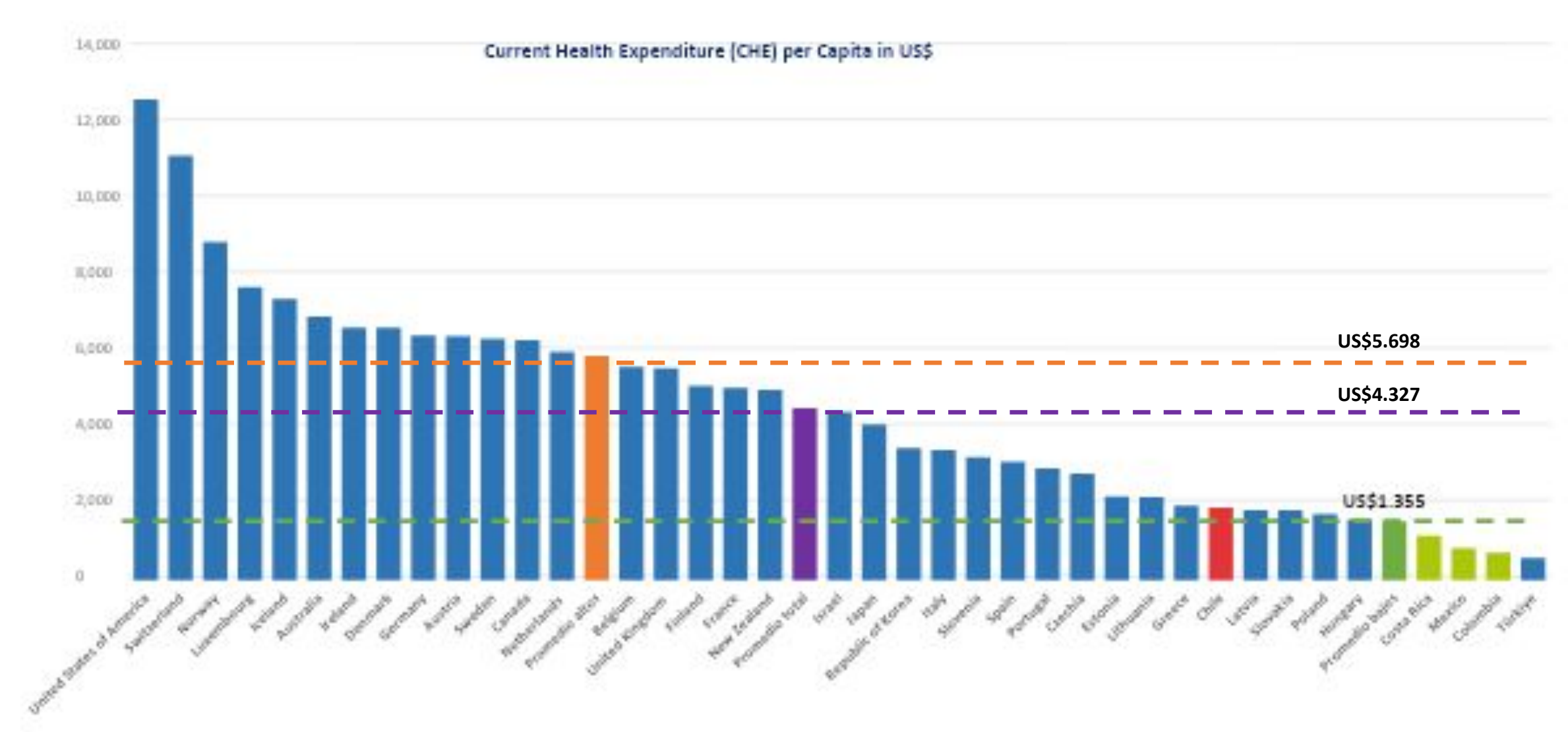
Fuente: GHED- WHO, 06/2025

GASTO PÚBLICO EN SALUD: % PIB OCDE



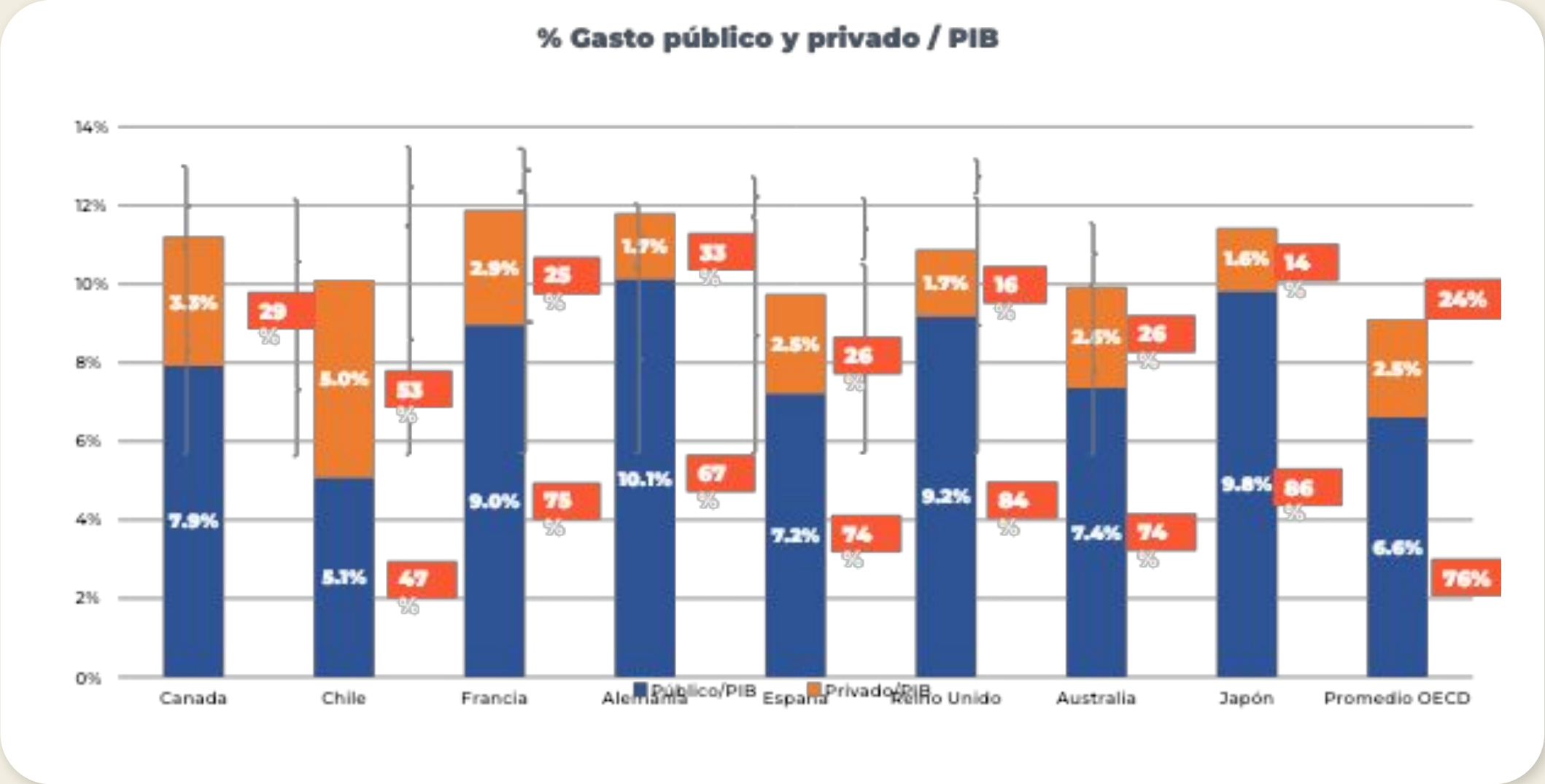
Fuente: GHED- WHO, 06/2025

- **Gasto público en salud**



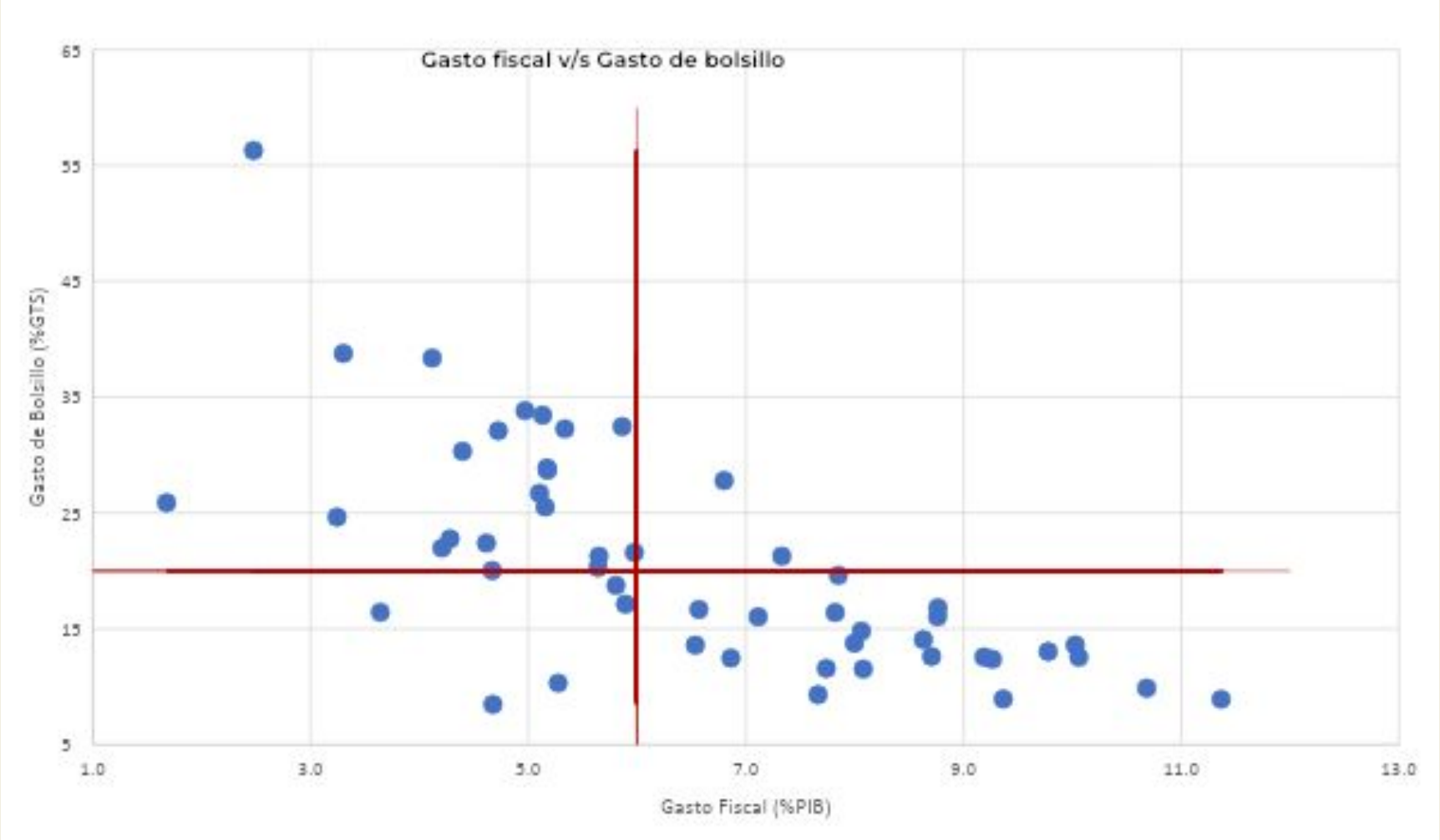
Fuente: OECD Data, 06/2025

Gasto público-privado comparado de países OCDE



Fuente: OECD Data, 06/2025

Gasto público en salud y gasto de bolsillo



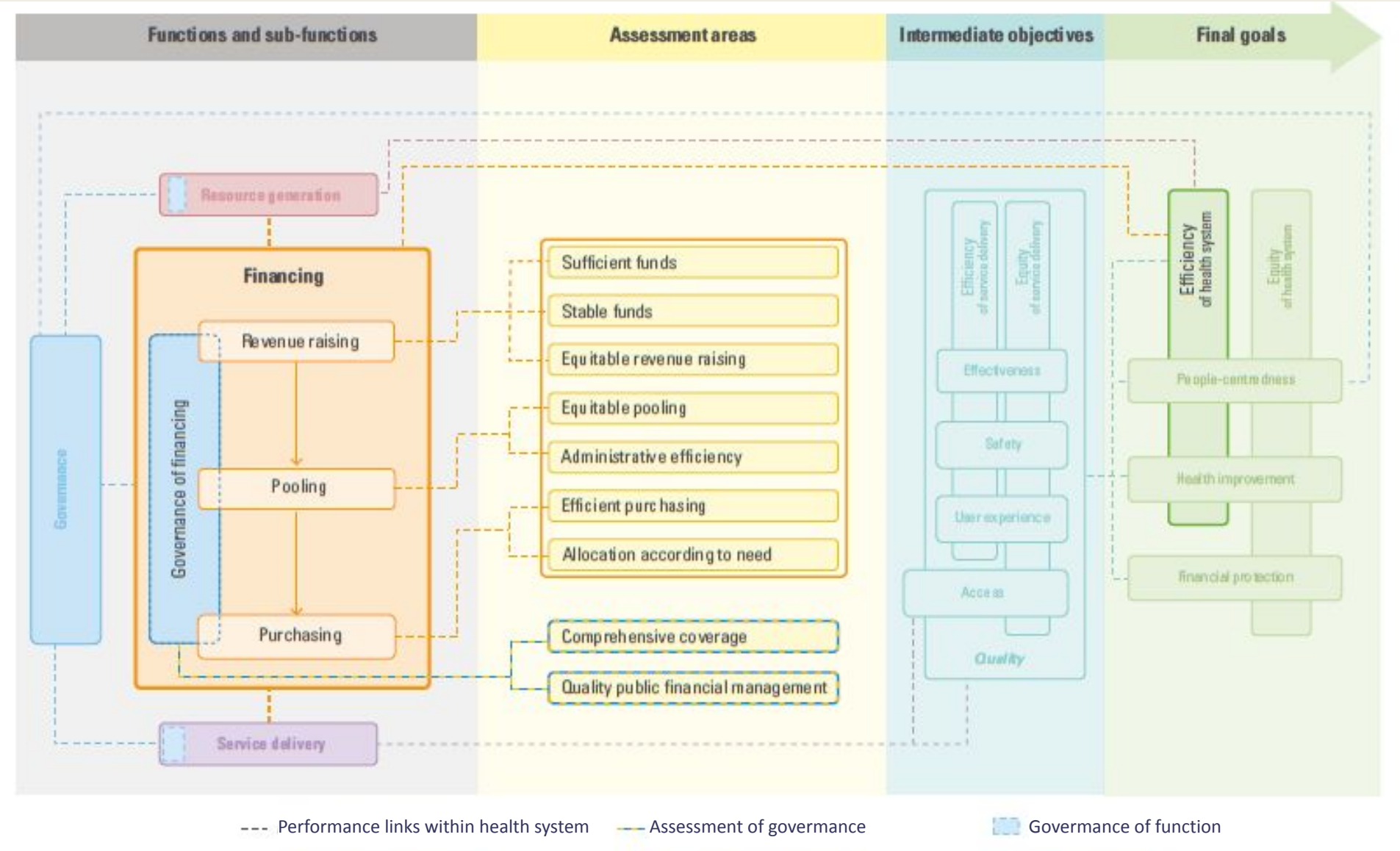
Fuente: CEPAL. Elaborado con datos OCDE y OPS

El sistema en Chile ha contado históricamente con bajo financiamiento público, que hoy alcanza el 5,2% del PIB

En LAC, en promedio, el 33% del gasto total en salud corresponde a gasto de bolsillo. En cambio, el promedio OCDE corresponde al 16%.

2. Rol de Fonasa

- **Panorámica de funciones de un sistema de salud**



Fuente: WHO, 2022

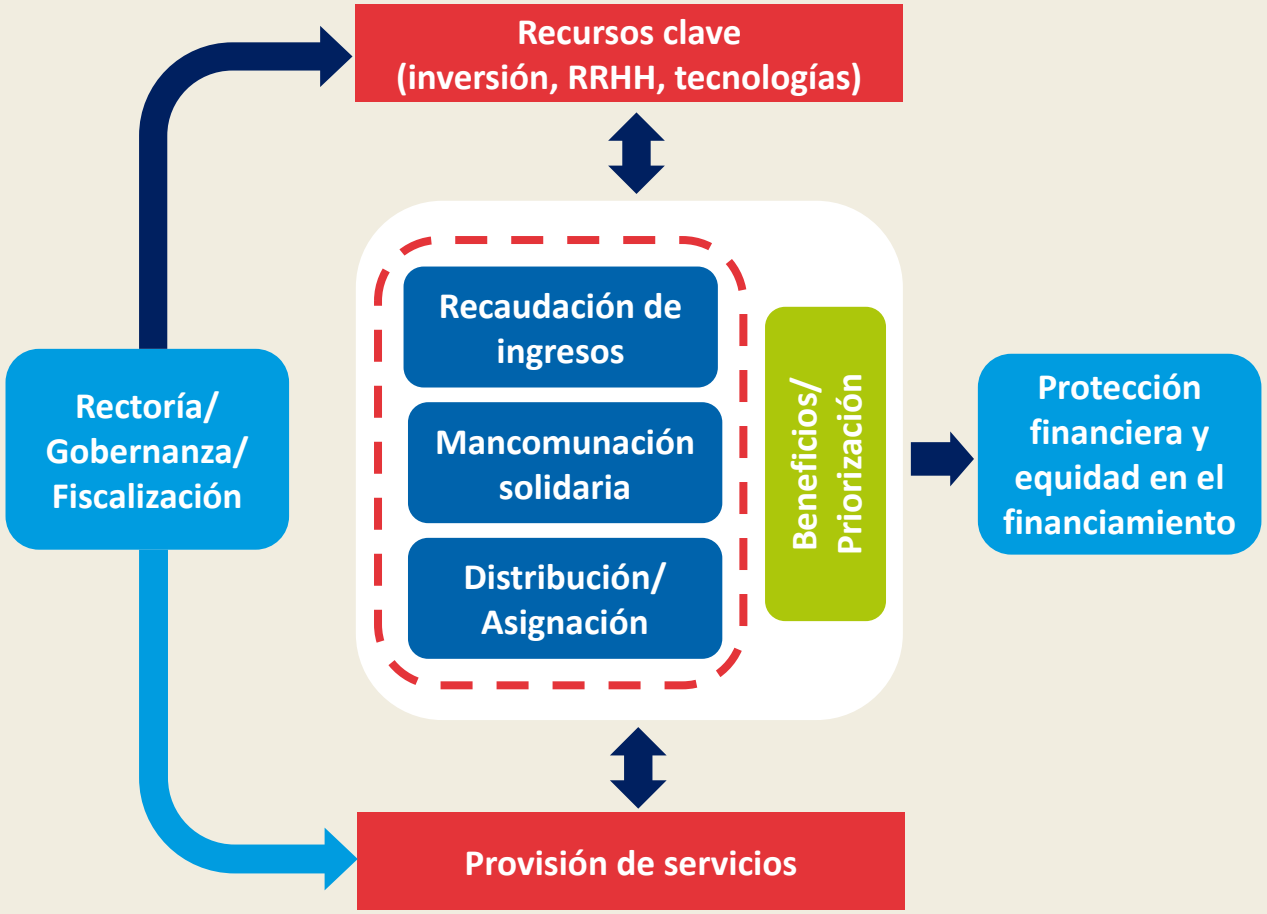
• Fondo Nacional de Salud

Fonasa

- Fonasa se encarga de **recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud** para financiar el acceso al regimen con protección financiera

- Fonasa debe **asegurar el otorgamiento del régimen general de garantías en salud** de sus beneficiarios en la Red pública y con convenios.

- Fonasa **protege el acceso a la salud sin discriminación**, con independencia de edad, género, situación financiera, nacionalidad o condición de salud.



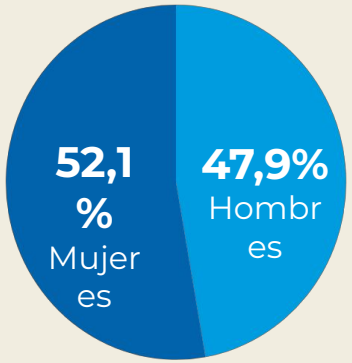
Fuente: Adaptado de WHO, 2017 y DFL 1, de Salud, de 2005

- **Fonasa:** población beneficiaria

Fonasa es uno de los pilares fundamentales del sistema de salud. Como seguro público de salud cubre Al 84% de la población del país.

17.027.552

Total de personas beneficiarias Fonasa en 2025



88,2%
Niños, niñas y adolescentes menores de 18 años

87%
Mujeres en edad fértil (14-44 años)

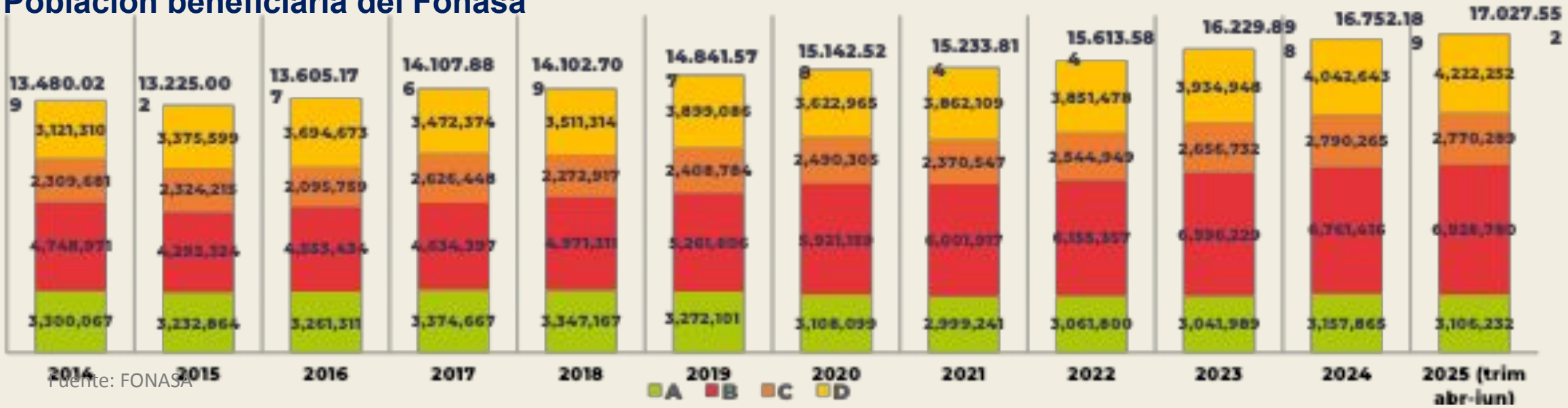
90%
Adultos mayores 60+

83.8%
Población inscrita en la Atención Primaria de Salud

87%
Población asegurable

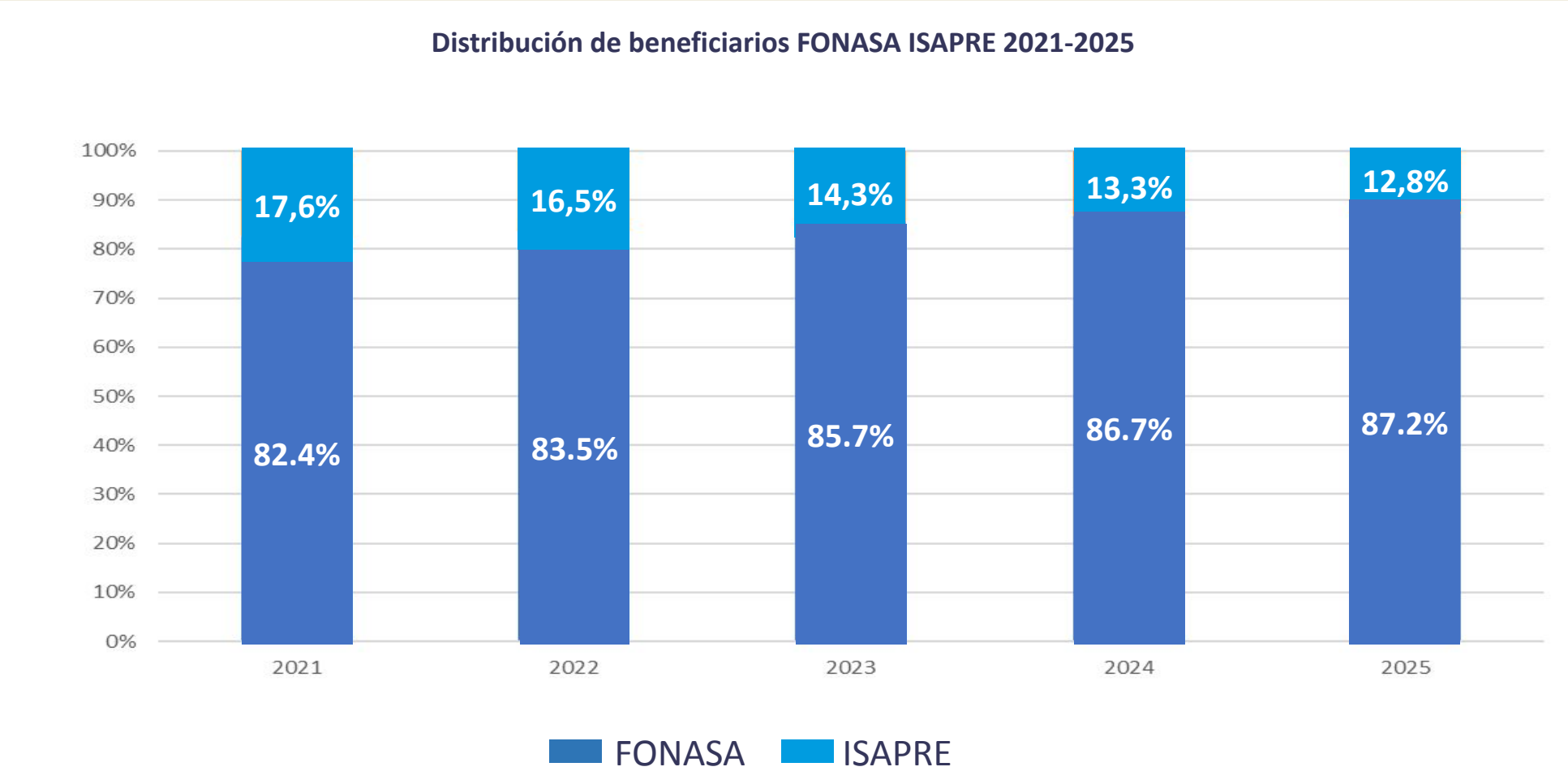
96%
Población extranjera

Población beneficiaria del Fonasa



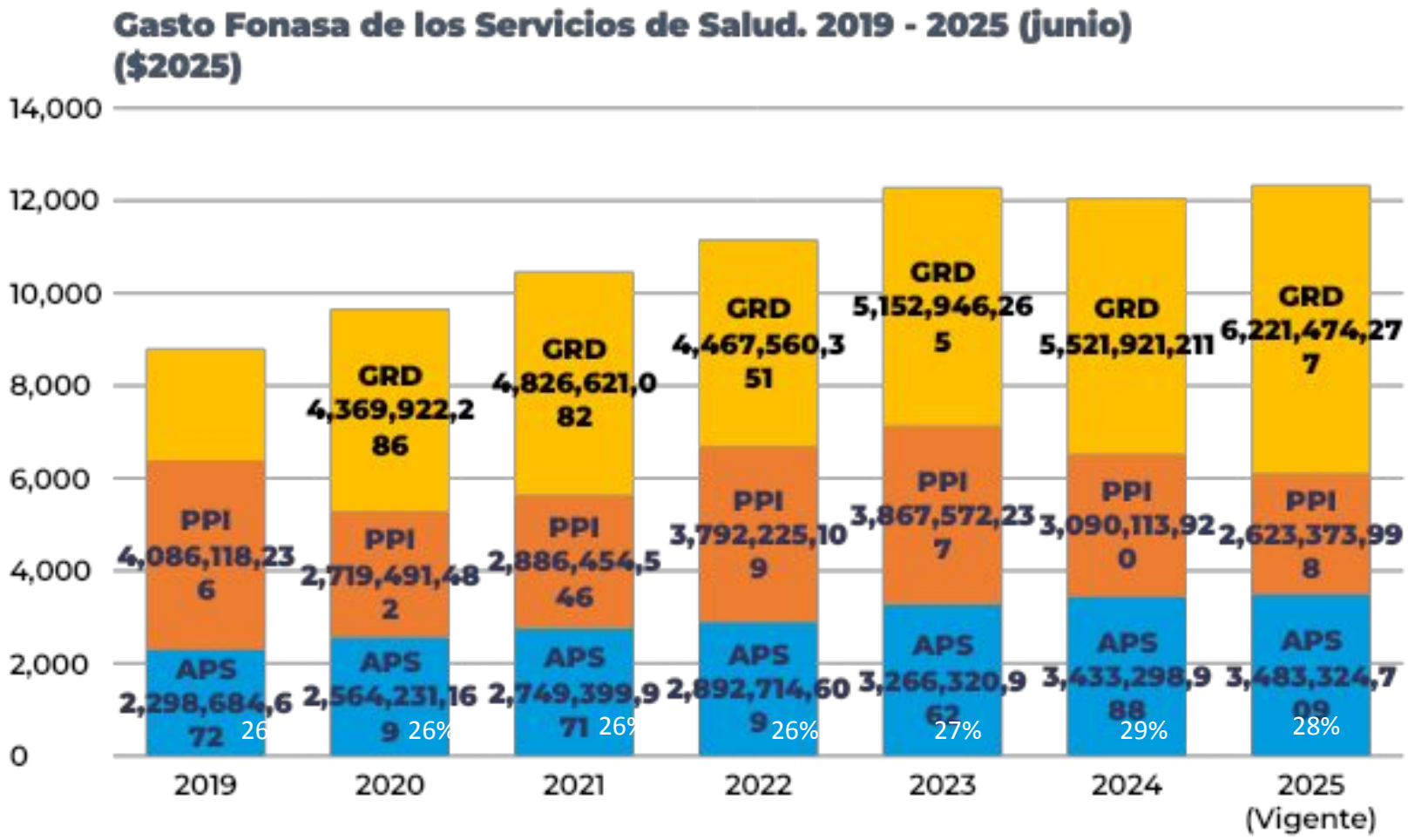
Fuente: FONASA

- **Fonasa:** distribución de beneficiarios según tipo de aseguramiento



Fuente: FONASA

- **Fonasa:** presupuesto GRD, PPI y APS de FONASA y su distribución



- El presupuesto que Fonasa transfiere a los servicios de salud para la operación, cada vez mas ha estado compuesto por mecanismos de pago
- Aumenta GRD, APS y disminuye PPI.
- Para 2025 se espera esta tendencia se acentúe de manera significativa

Fuente: FONASA

• **Fonasa:** resumen ejecución presupuestario 2024

Fonasa

Gasto en Modalidad de Atención Institucional (MAI):	Brecha de MAI. Compra directa a prestadores privados:	Gastos Modalidad Libre Elección:	Otros programas	
PPI	**Camas críticas**	**MLE**	**Ley Ricarte Soto**	**SIL**
M$ 2.965.560.384	M$ 77.269.763	M$ 819.542.079	M$ 184.527.654	M$ 366.009.488
GRD	**Lista de espera GES y NO GES**		**Rebaja de medicamentos**	**Sentencias**
M$ 5.299.348.571	M$ 47.393.922		$0	M$ 89.821.629
APS	**ELEAM**			
M$ 3.294.912.656	M$ 10.553.171			
	Diálisis			**Otros**
	M$ 238.808.686			
	Ley de urgencia			
	M$ 273.951.270			
	Reclamos GES (B. Auge)			
	M$ 46.746.790			
	Trasplante Médula			
	M$ 7.965.044			
M$ 11.559.821.611 +	**M$ 722.294.533** +	**M$ 819.542.079** +	**M$ 184.527.654** +	**M$ 658.499.927**

$13,9
billones

Fuente: FONASA

- **Fonasa:** avances

Fonasa

- Dado el rol de Fonasa en el sistema de salud, se ha avanzado en distintas materias para su fortalecimiento, entre ellas se destaca:

Normalización presupuestaria GRD Hospitales Públicos

Copago Cero
Red Pública de Salud Gratuita

Nueva modalidad de cobertura complementaria (MCC)

Nuevo Sistema de Acceso Priorizado (SAP)

Ley de fortalecimiento del SNSS

Fortalecimiento presupuestario: Listas de Espera

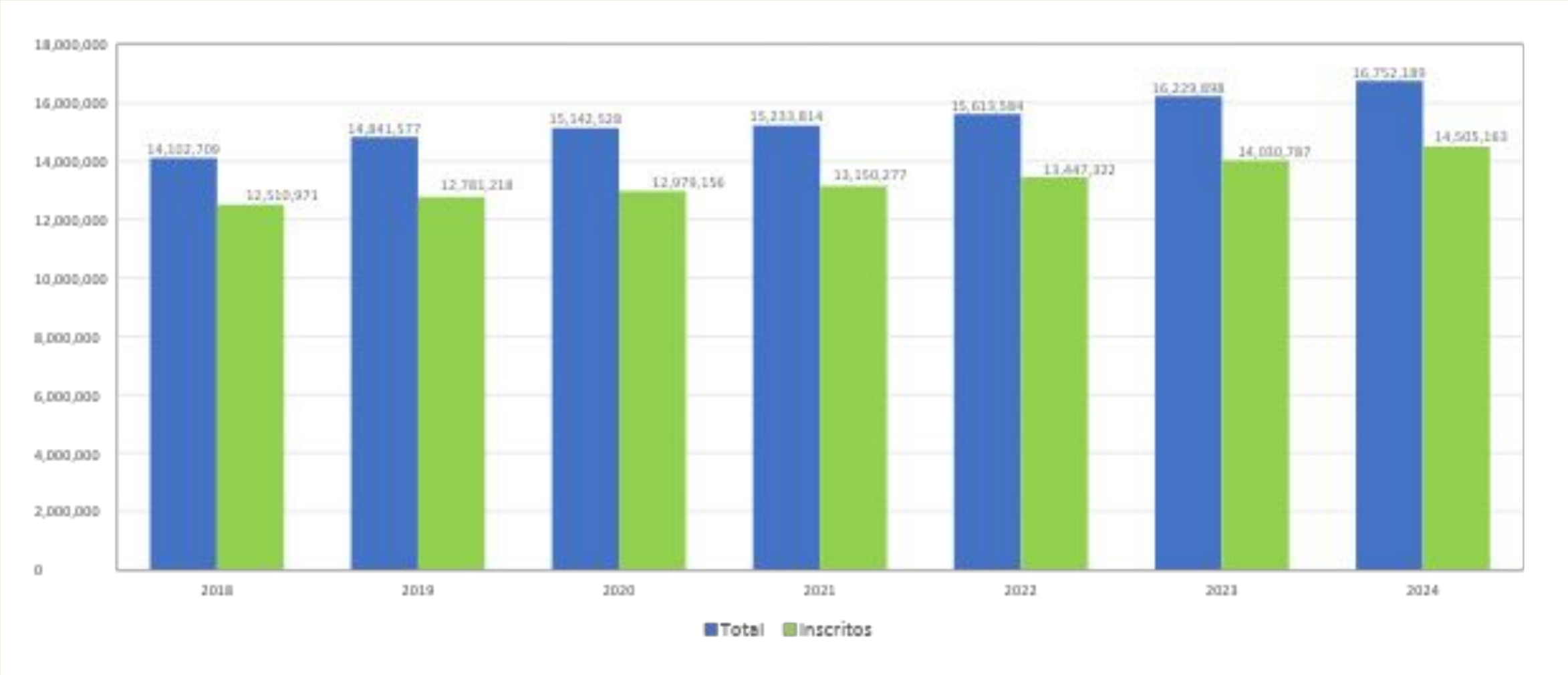
Fortalecimiento presupuestario: Medicamentos de alto Costo

Fortalecimiento presupuestario: MLE

GES 90

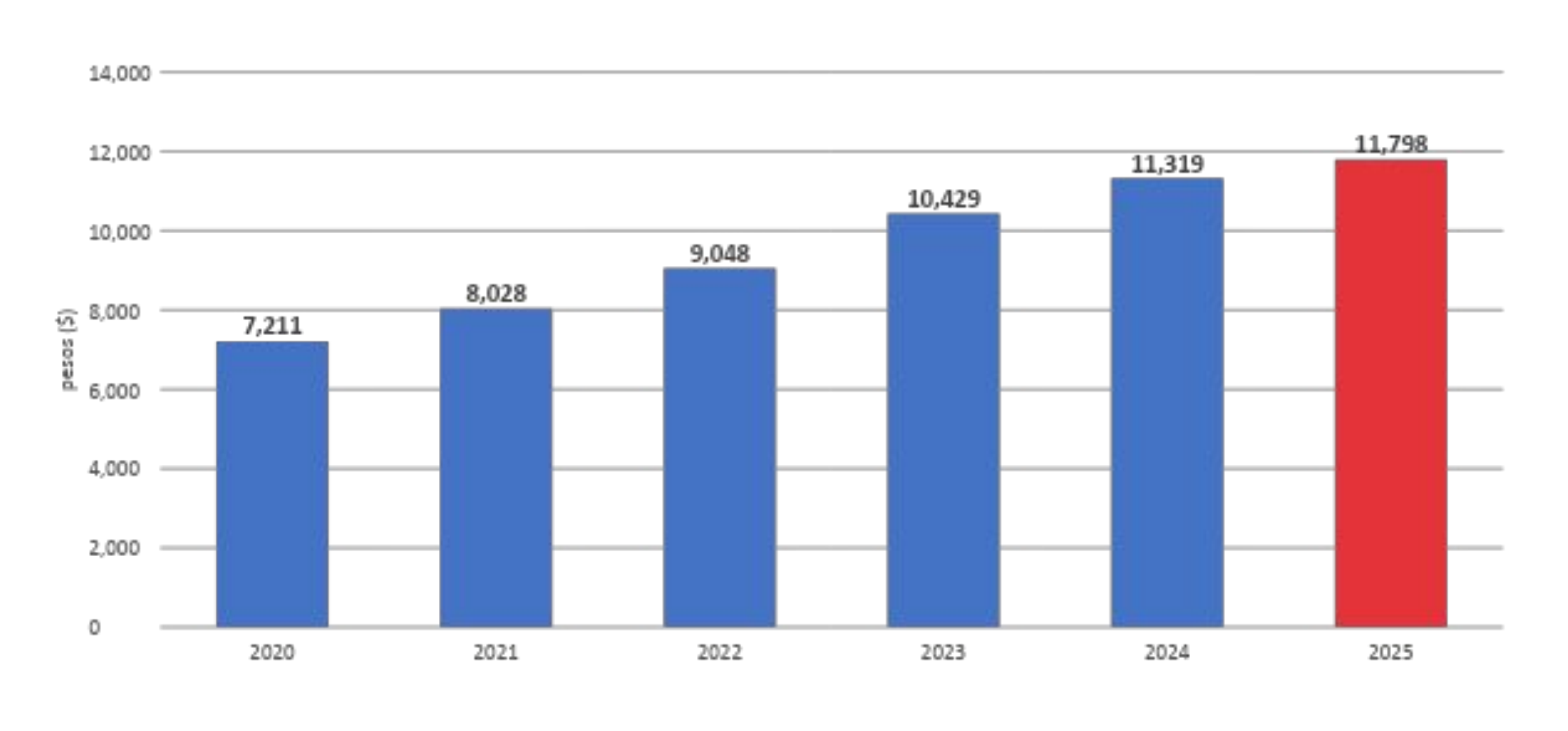
3. Financiamiento de APS

- **Evolución N° personas inscritas:** años 2018-2025



Fuente: Fonasa

- **Evolución monto per cápita basal:** años 2020-2025



Fuente: Fonasa

- **Antecedentes:** Evolución del financiamiento de la APS

Fonasa

1978

Sistema de Facturación por atención prestada (FAC).

Presupuesto histórico para cubrir salarios

1981

Sistema de facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipales (FAPEM).

1994

Sistema Per cápita

Sistema de ajuste (ruralidad/pobreza)

Pagos capitados prospectivos a las municipalidades.

- *Pago por prestación con un límite de traspaso de recursos.*
- *Incentivo a la producción por sobre la calidad.*

- *Mayor equidad en la asignación de recursos.*

- ## Fuentes y mecanismos de financiamiento de APS

La APS, posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento.

- **Aporte estatal para APS:** se encuentra regulado en la **Ley de Presupuestos,** en lo asignado al FONASA. El financiamiento de APS se diferencia entre establecimientos dependientes o en convenio con los Servicios de Salud; y aquellos dependientes de las municipalidades. El traspaso de los recursos se realiza a través de pago por Per cápita, Programas de Reforzamiento de APS y otros reajustes según leyes

- **Aporte municipal:** son recursos financieros municipales a través del **Fondo Común Municipal de Salud** para aquellos establecimientos dependientes de los municipios (no obligatorio).

Ley de Presupuesto. Partida 16 → Fonasa → **Los Servicios transfieren los recursos a las APS según:**

→ **APS dependientes o en convenio con Servicios de Salud** → **Programas aprobados por Resolución Ministerial (PRAPS)**

→ **APS dependientes a la administración municipal** →
1. **Aporte per cápita**
2. **PRAPS**
3. **Reajustes**

→ **Fondo Municipal de Salud (depende de municipio)**

- **Mecanismo de pago:** Aporte Per Cápita

Fonasa

Ruralidad → 20% de incremento a todas las comunas con 30% o más de población rural.

Población Adulta Mayor → $818 pesos mensuales por cada beneficiario de 65 años y más.

Pobreza: Tramos de Índice de Privación Promedio → 4 tramos de incremento según nivel del IPP: 0%, 6%% 12% y 18%

Descuentos aplicados según tramos conforme al no cumplimiento de metas del índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)

Valor mensual por persona

Aporte Basal + Incrementos (indexadores) + Asignación por desempeño difícil + Asignación por zona

Aporte Basal	Incrementos (indexadores)	Asignación por desempeño difícil	Asignación por zona
86% del financiamiento	**9% del financiamiento**	**3% del financiamiento**	**2% del financiamiento**

Financiamiento del Plan de Salud Familiar en APS

4. Modernización del financiamiento en APS.

- **Sistema de pagos de Fonasa:** objetivos del sistema de pago

Fonasa

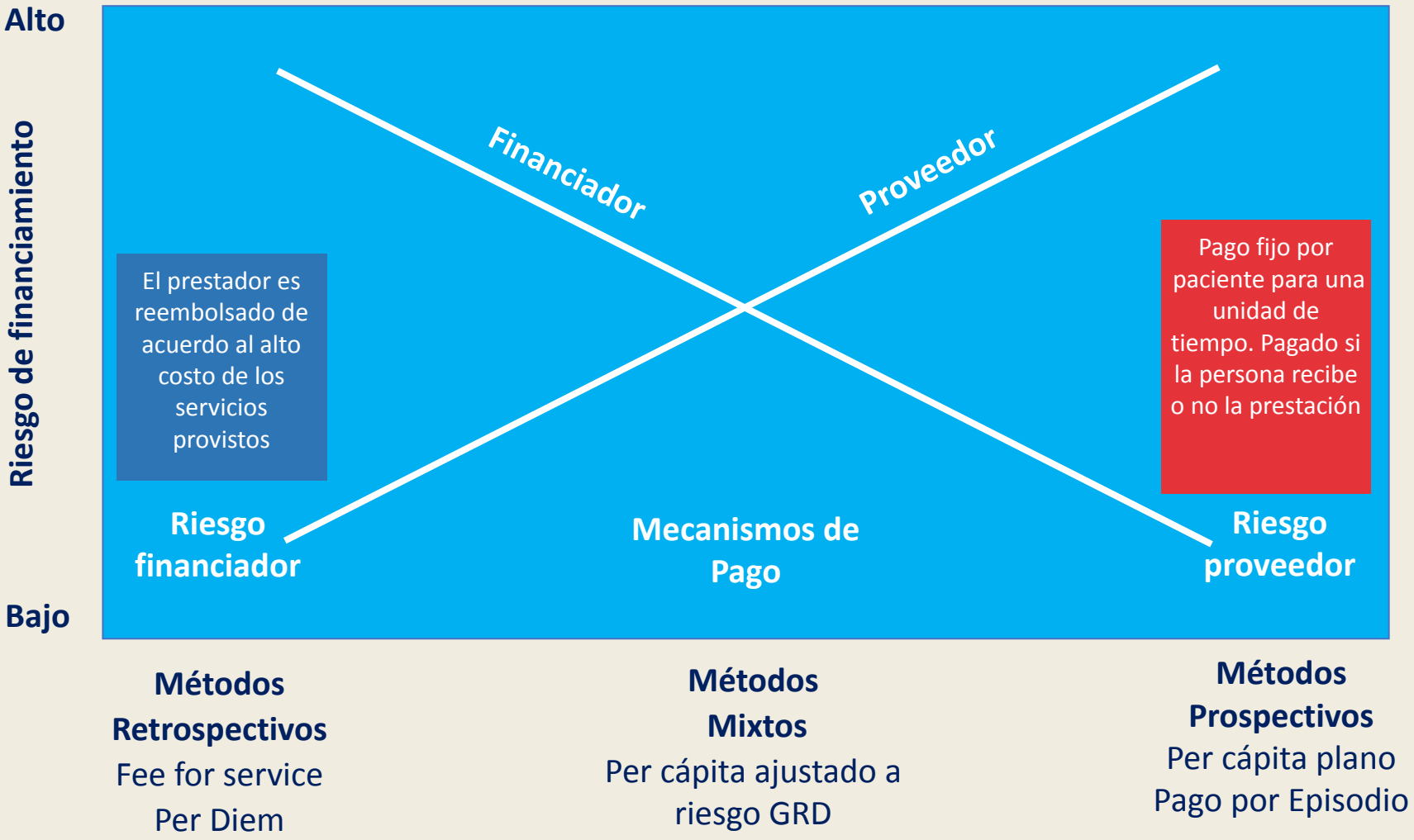
1. Promover la mejora de la salud poblacional y la eficiencia en los recursos disponibles.
2. Tratamiento equitativo de los proveedores
3. Garantizar la viabilidad del proveedor
4. Minimizar el comportamiento estratégico de los proveedores
5. Garantizar asumir riesgo de manera adecuada
6. Permitir la previsión presupuestaria del financiador

La dificultad está en como estimar el impacto de un sistema de pago en estos objetivos. Aprendizaje continuo.

- **Mecanismos de pago del Fonasa:** asignación mixta

Atención Primaria Pública	→	Per cápita con ajuste	Por programas (PRAPS)	
Hospitales Públicos	→	Presupuesto	Grupo relacionado por el diagnóstico	
Prestadores Privados	→	Pago por acto (FFS)	Pago paquetizado (PAD)	Grupo relacionado por el diagnóstico

- **Mecanismo de pago:** financiamiento del Fonasa por GRD en MAI:



Fuente: adaptado de Cid, 2018

- **Mecanismo de pago:** evolución del modelo GRD

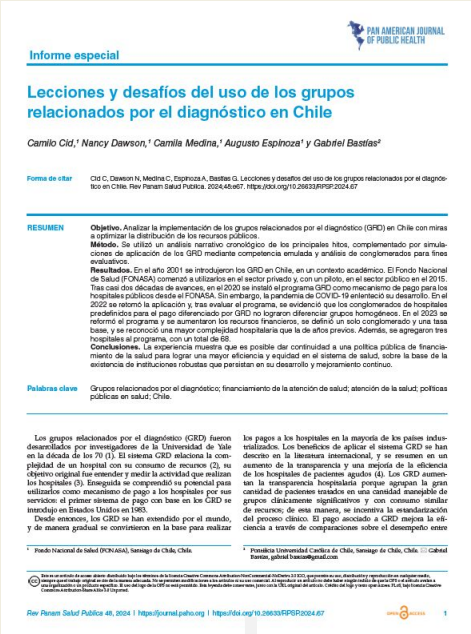
Fonasa

Se conforma la Comisión intersectorial de nuevos mecanismos transferencia para la integración sanitaria y la equidad, MINSAL, FONASA, SIS y Servicios de Salud..

“Programa Clínico Financiero”, del Ministerio de Salud: implementación de unidades GRD en 62 hospitales del país. Se adopta el agrupador IR-GRD en Chile.

FONASA implementa mecanismo de pago GRD en compras a prestadores privados y el piloto de implementación de GRD a 25 hospitales públicos..

Proceso de normalización presupuestaria para los 65 establecimientos del Programa 05 financiamiento por GRD; evaluación y mejora del modelo.



PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Informe especial

Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile

Camilo Cid,[1] Nancy Dawson,[1] Camila Medina,[1] Augusto Espinoza[1] y Gabriel Bastías[2]

Forma de citar: Cid C, Dawson N, Medina C, Espinoza A, Bastías G. Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e67. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.67

RESUMEN

Objetivo. Analizar la implementación de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) en Chile con miras a optimizar la distribución de los recursos públicos.

Método. Se utilizó un análisis narrativo cronológico de los principales hitos, complementado por simulaciones de aplicación de los GRD mediante competencia emulada y análisis de conglomerados para fines evaluativos.

Resultados. En el año 2001 se introdujeron los GRD en Chile, en un contexto académico. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) comenzó a utilizarlos en el sector privado y, con un piloto, en el sector público en el 2015. Tras casi dos décadas de avances, en el 2020 se instaló el programa GPD como mecanismo de pago para los hospitales públicos desde el FONASA. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 enlenteció su desarrollo. En el 2022 se retomó la aplicación y, tras evaluar el programa, se evidenció que los conglomerados de hospitales predefinidos para el pago diferenciado por GRD no lograron diferenciar grupos homogéneos. En el 2023 se reformó el programa y se aumentaron los recursos financieros, se definió un solo conglomerado y una tasa base, y se reconoció una mayor complejidad hospitalaria que la de años previos. Además, se agregaron tres hospitales al programa, con un total de 68.

Conclusiones. La experiencia muestra que es posible dar continuidad a una política pública de financiamiento de la salud para lograr una mayor eficiencia y equidad en el sistema de salud, sobre la base de la existencia de instituciones robustas que persistan en su desarrollo y mejoramiento continuo.

Palabras clave: Grupos relacionados por el diagnóstico; financiamiento de la atención de salud; atención de la salud; políticas públicas en salud; Chile.

Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) fueron desarrollados por investigadores de la Universidad de Yale en la década de los 70 (1). El sistema GRD relaciona la complejidad de un hospital con su consumo de recursos (2), su objetivo original fue entender y medir la actividad que realizan los hospitales (3). Enseguida se comprendió su potencial para utilizarlos como mecanismo de pago a los hospitales por sus servicios: el primer sistema de pago con base en los GRD se introdujo en Estados Unidos en 1983.

Desde entonces, los GRD se han extendido por el mundo, y de manera gradual se convirtieron en la base para realizar los pagos a los hospitales en la mayoría de los países industrializados. Los beneficios de aplicar el sistema GRD se han descrito en la literatura internacional, y se resumen en un aumento de la transparencia y una mejoría de la eficiencia de los hospitales de pacientes agudos (4). Los GRD aumentan la transparencia hospitalaria porque agrupan la gran cantidad de pacientes tratados en una cantidad manejable de grupos clínicamente significativos y con consumo similar de recursos; de esta manera, se incentiva la estandarización del proceso clínico. El pago asociado a GRD mejora la eficiencia a través de comparaciones sobre el desempeño entre

[1] Fondo Nacional de Salud (FONASA), Santiago de Chile, Chile.

[2] Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile. Gabriel Bastías, gabriel.bastias@gmail.com

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo Licencia de Atribución No Comercial 3.0 IGO, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que se mencione la fuente original de manera adecuada. No se permite modificarlos ni su uso comercial. Al reproducir en cualquier otro medio hay que citar OPS y se debe seguir también la licencia de aplicación de publicación equivalente. Es responsabilidad de quien desee reproducir cualquier parte de este artículo que no pertenece a la OPS, el obtener permiso de la fuente original. Las opiniones expresadas en los artículos son de sus autores y no necesariamente reflejan la política o la posición institucional de la OPS o su Consejo Directivo. Consulte el sitio http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2931&Itemid=2931&lang=es#Terms para más información sobre los términos y condiciones de uso y reproducción de los artículos de acceso abierto de la OPS. Los artículos de acceso abierto de la OPS se rigen por la Licencia Pública de Contenidos Abiertos de la OPS, que puede consultarse en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2931&Itemid=2931&lang=es#Terms

• Propuestas para la modernización del financiamiento en APS :

Considerando que el financiamiento para APS se ejecuta principalmente a través de per cápita, surge la necesidad de incorporar nuevos determinantes de salud que condicionan el gasto en estos servicios, de los que ya están presente en el actual cálculo, y criterios de distribución de recursos.

Actualizar el actual sistema de indexadores, con el objetivo de poder dar cuenta de la realidad según territorio y característica de la población, optimizando la distribución de los recursos.

Dentro de las modificaciones propuestas se encentran:

1 **Actualizar fuentes de información para el cálculo de indexadores de Ruralidad y Pobreza**

2 **Incorporar indicadores de morbilidad /ajustadores de riesgo**

1 Actualizar fuentes de información para el cálculo de indexadores de Ruralidad y Pobreza

Fonasa

Los actuales indexadores no reflejan la realidad epidemiológica, demográfica, socioeconómica y financiera de las comunas, sino más bien reflejan las características de los administradores de salud (municipios).

A. Actualizar definición de Ruralidad:

- La actual clasificación de ruralidad para definir el porcentaje de cada comuna no ha sido actualizada desde el año 2002.
- Se caracteriza por ser una variable dicotómica, donde el aporte por este concepto se limita a aquellas comunas que tengan 30% o más de su población en condición de ruralidad.
- Con el transcurso de los años, la condición o características territoriales han ido cambiando, haciendo necesario una actualización tanto de la definición de este concepto como la clasificación de las comunas.
- La propuesta consiste en: actualizar la clasificación de ruralidad con la información oficial y validada de ruralidad del año 2022 donde se reconoce distintos grados de ruralidad quedando una clasificación en : Rural, Urbano y Mixto.

B. Actualizar metodología de pobreza:

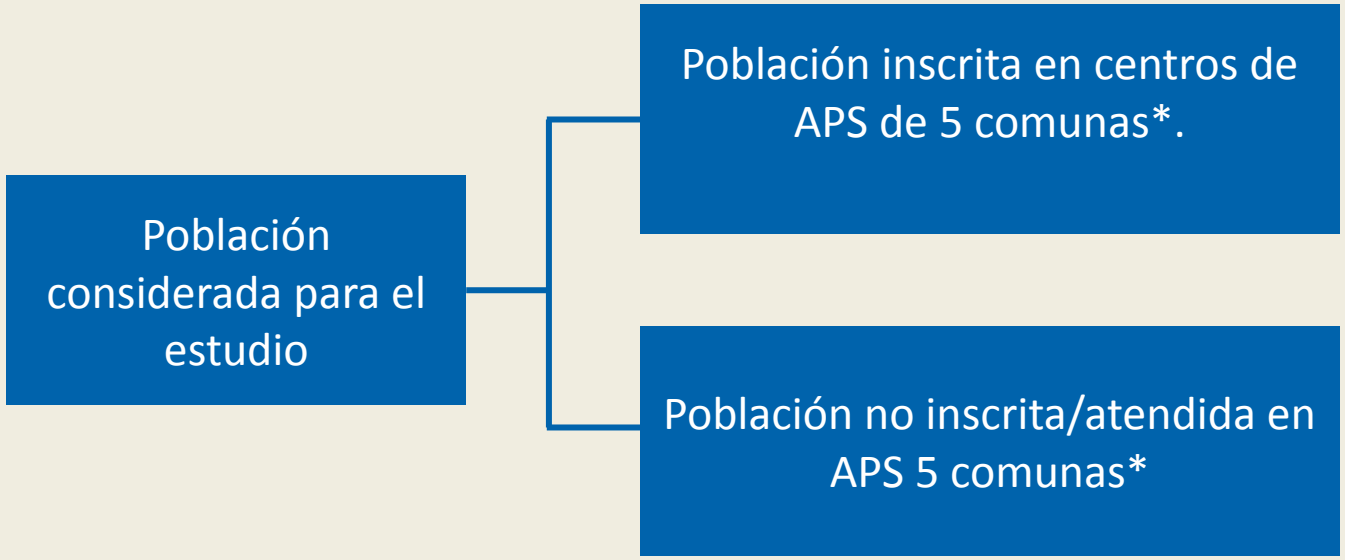
- Actualmente pobreza se define en base a la capacidad del municipio, y no da cuenta de **la situación socioeconómica de la población.**
- Se propone una actualización en la metodología de cálculo utilizando dos fuentes de información:
  - Población carente de recursos del Fonasa
  - Registro social de Hogares (RSH): sistema de información que mide la situación socioeconómica de la persona y el grupo familiar.
- La propuesta se construye finalmente de la **combinación de ambas fuentes:** total población en el tramo 1 (más vulnerable) + la población en Tramo A de Fonasa que no se encuentra registrada en el RSH. Con ello se define el porcentaje de la población en condición de pobreza.

2 Incorporar indicadores de morbilidad /ajustadores de riesgo

Fonasa

- **Proyecto Piloto: Clinical Risk Groups (CRG).**

  - **Objetivos:** Evaluar a través de un piloto la implementación de un sistema de ajuste de riesgo para el mecanismo de financiamiento per capitado de prestadores de atención primaria de salud, utilizando la herramienta de estratificación CRG para 5 comunas del país.



***Comunas consideradas**: La Pintana, San Ramón, La Granja, Alhué y Perquenco

- **Antecedentes:** Ajuste de riesgo para pagos per cápita utilizado en países con sistemas de salud similares a NHIS y NHS

	NHIS	Edad, género, grupo étnico, indigencia, mortalidad, nivel de educación, área geográfica (rural/urbana)
	NHIS	Edad, sexo, nivel socioeconómico, grupo étnico, distancia.
	NHS	Edad, número de hijos en familias monoparentales, ... vivienda arrendada, desempleo, educación, inmigración…, nivel social, personas mayores que viven solos
	NHS	Edad, mortalidad, morbilidad, desempleo, personas mayores que viven solos, etnia, nivel socioeconómico
	NHS	Edad, discapacidad, morbilidad, insularidad, distancia.
	NHIS	Edad, género, mortalidad, morbilidad, utilización.

	NHIS	Edad, sexo, nivel de bienestar, etnia, rural/urbano
	NHS	Edad, género, mortalidad, personas mayores que viven solos, estado civil.
	NHS	Basado principalmente en precedentes históricos; edad, carga relativa de enfermedad (diabetes, hipertensión, tuberculosis, SIDA).
	NHS	Porcentaje de población mayor de 65 años, insularidad…
	NHS	Edad, sexo, estado civil, situación laboral, ocupación, situación de vivienda, alto uso....

Fuente: Cid et al, 2016

- **Antecedentes:** Resultados de modelos de ajuste de riesgo predictivo de modelos seleccionados

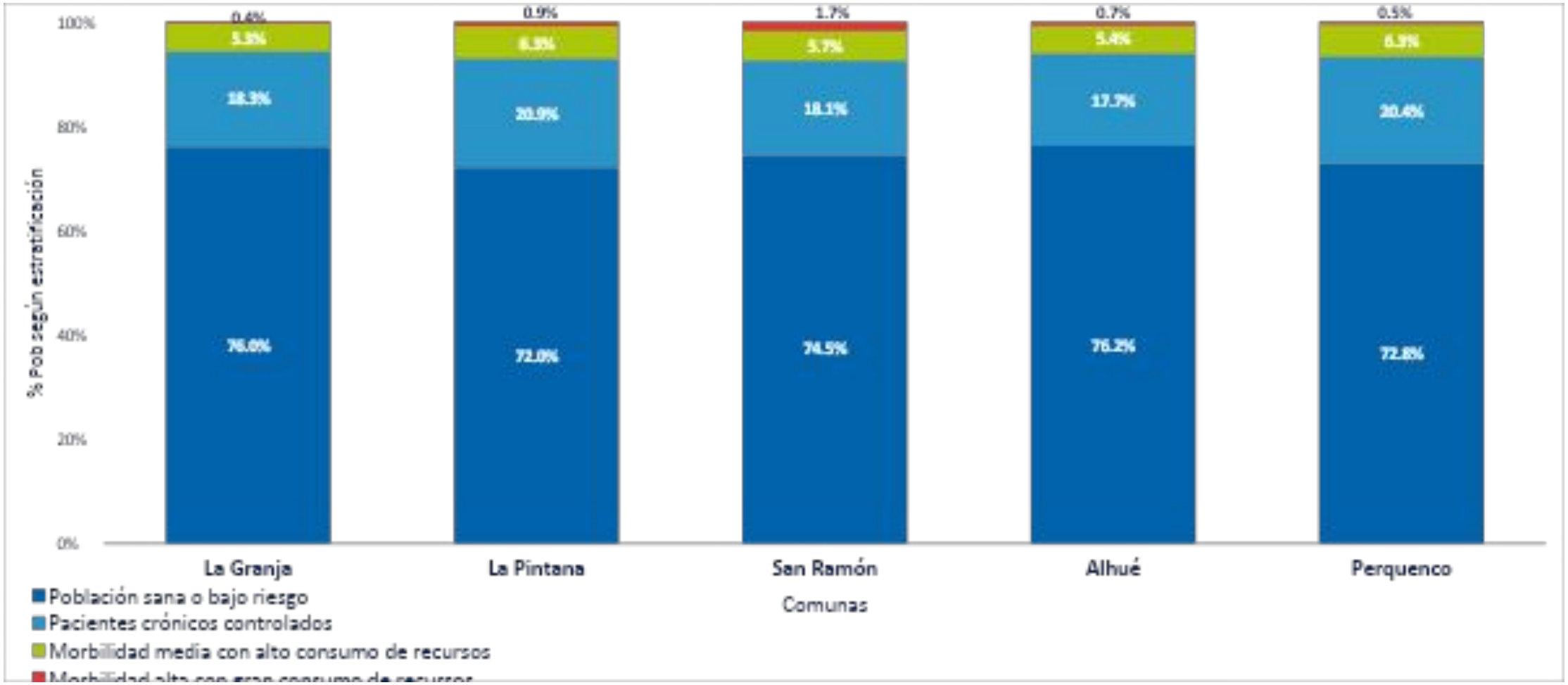
	ADG	7	25
	CRG	5	31
	DCG/HCC	9	47
	Age-sex	2	2
	ADG	6	21
	CRG	6	31
	DCG/HCC	8	37
	Age-sex	4	4
	ADG	8	22
	CRG	12	43
	DCG/HCC	12	33
	Demographic	6	7
	RSA	9	14
	ACG	12	21
	ACG+PM	12	19
	CDPS	15	26
	DCG/HCC	15	30
	PCG+DCG	24	48
	R×Grupos+IPHCC		

	ACG	9.9	28.2
	CDPS	14.9	35.5
	DCG/HCC	15.4	46.6
	Medical RX	11.9	24.4
	RxGrupos	13.2	27.9
	RxRisk	11.1	21.3
	ERG	14.8	34.7
	CRGS		38.2
Chile 2001, 2007, 2008	DxCG con datos de 2001		36.1
	R× Grupos		74.4
	DxCG con datos de 2007		40.0

Fuente: Cid et al, 2016

• **Proyecto Piloto Clinical Risk Groups (CRG):** Resultados

Estratificación: se realiza un análisis descriptivo para la estratificación CRG de toda la población estudiada por estado de salud y gravedad, aplicando homologación según pirámide de Kaiser permanente.



Fuente: FONASA, en base a informe de SIGESA.

• **Proyecto Piloto Clinical Risk Groups (CRG):** Resultados

Fonasa

Comparación de la distribución del presupuesto original y distribución del presupuesto ajustado por riesgo, por comuna, año 2022

Comuna	Población	Presupuesto per cápita	Presupuesto ajustada al riesgo	Diferencia	Diferencia %	Riesgo promedio
Perquenco	6.703	727.784.928	701.604.904	-26.180.024	-4%	0,46
Alhué	8.081	877.402.656	814.444.765	-62.957.891	-7%	0,44
La Granja	118.431	12.858.764.256	11.133.837.807	-1.724.926.449	-13%	0,41
La Pintana	163.125	17.711.460.000	19.450.299.519	1.738.839.519	10%	0,52
San Ramón	80.633	8.754.808.608	8.801.399.398	46.590.790	1%	0,48

Fuente: FONASA

5. Conclusiones

- **Conclusiones:**

Durante los últimos años el financiamiento de Fonasa ha aumentado significativamente, permitiendo, como seguro público de salud, cubrir a más del 80% de la población. Sin embargo, aun se enfrenta el desafío de contener el gasto de bolsillo con el aumento eficiente del gasto público.

El sistema de financiamiento de la APS se inscribe dentro del sistema de financiamiento y mecanismos de pago generales del Fondo

El sistema de salud de Chile tiene como base la atención primaria, funciona con un sistema de financiamiento por capitación corregido por variables sociodemográficas y territoriales (pobreza, ruralidad, población adulta mayor) conocidas como “indexadores”, sin embargo, no se considera el riesgo poblacional en la distribución de los recursos.

Pese a lo anterior, el sistema por capitación no ha presentado modificaciones sustanciales par más de 20 años, por lo que en vista al aumento de población y el requerimiento sanitario de esta, es que, se realizó un trabajo conjunto con MINSAL y FONASA para mejorar este sistema de financiamiento.

De este trabajo conjunto se destaca la revisión de los indexadores de ruralidad y pobreza, proyecto que se encuentra en fase de validación y presentación en el proyecto presupuestario para la APS, año 2026

Por último, FONASA, desde el 2023 se encuentra desarrollando una propuesta para la incorporación de un ajustador de riesgo para la distribución de los recursos de APS. Sin embargo, la implementación de un modelo que considere la morbilidad deberá desarrollarse de manera gradual a través de pilotos territorialmente acotados.

FONASA

UN PAÍS
UNA SALUD
1979 - 2024