



Artículo

Procesos para decidir qué se contrata y a qué precio: transparencia en la compra pública de salud en Chile

Julio Peña-Torres^a, Jorge Kaufmann^b y Constanza Soto^c

^a Clapes UC, Chile

^b Consultor independiente, Chile

^c Investigadora independiente, Chile

RESUMEN: Transparencia en la práctica pública es un ideal recurrente en democracia, pero su operatoria suele decidirse en enrevesados organigramas de burocracia estatal. Este artículo estudia prácticas de transparencia en conocidos programas de financiamiento de compra pública de servicios de salud y medicamentos en Chile (GES, MLE, Ley Ricarte Soto y cierre de Brechas MAI). Analizamos transparencia en los procesos de decisión sobre qué se va a contratar, a qué precio y en la rendición de cuentas fiscales. Además se revisan dos hechos estilizados, frecuentes en varios de estos programas: (i) el uso recurrente de comisiones asesoras gubernamentales, que incluyen participación de expertos externos, y (ii) la fijación administrativa de precios máximos de compra. Respecto de (i), examinamos criterios de transparencia sobre sus procesos de decisión y recomendaciones. Sobre (ii), verificamos que las normativas y modelos de cálculo en uso para determinar precios máximos en mercados de salud, son menos detallados, menos transparentes en sus cálculos y con reglas institucionales menos formales que las que se aplican en regulación tarifaria. Analizamos *trade offs* regulatorios asociados al uso de estos distintos marcos normativos. Respecto de las prácticas de transparencia, identificamos un conjunto de fallas: falta de información sobre procesos y decisiones intermedias, vacíos regulatorios en la selección de miembros de las comisiones asesoras y falta de trazabilidad del gasto en la rendición de cuentas, entre otros. Queda abierta la pregunta sobre cuánto de estas

falencias se debe a negligencia administrativa o a fallas más estructurales en la gobernanza institucional.

PALABRAS CLAVE: transparencia en gestión pública, financiamiento público para salud, Fonasa, modalidad de libre elección, Ley Ricarte Soto, GES, brechas MAI, listas de espera en salud pública, fijación de precios máximos en la compra pública en salud

RECIBIDO: octubre 2025 / **ACEPTADO:** abril 2026 / **ONLINE FIRST:** mayo 2026

Processes for Deciding what to Procure and at what Price: Transparency in Public Health Procurement in Chile

ABSTRACT: Transparency in public sector practice is a recurring theme in democratic societies, yet its implementation often depends on complex bureaucratic structures. We study transparency practices in prominent public financing programs for the procurement of health services and medicines in Chile (GES, MLE, Ricarte Soto Law, and MAI gap closure). For each program, we analyze transparency in decision-making processes regarding what is procured, at what price, and how fiscal accountability is ensured. Additionally, we examine two stylized features common across these programs: (i) the frequent use of government advisory committees that include external experts; and (ii) the administrative setting of maximum purchase prices. Regarding (i), we assess transparency practices in the committees' decision-making and recommendations. For (ii), we find that the regulations and calculation models used to determine maximum prices in health markets are less detailed, less transparent, and governed by less formal institutional rules compared to those used in tariff regulation. We analyze regulatory trade-offs associated with these different normative frameworks. In terms of transparency practices, we identify several issues: lack of information on intermediate processes and decisions, regulatory gaps in the selection of advisory committee members, and limited traceability of expenditures in fiscal reporting. An open question remains as to whether these shortcomings stem from administrative negligence or deeper structural flaws in institutional governance.

KEYWORDS: transparency in public procurement, public funding of health services, Fonasa, free choice modality, Ricarte Soto Law, GES, MAI gaps, waiting lists in public health, maximum price setting in the public procurement of health services

RECEIVED: October 2025 / **ACCEPTED:** April 2026 / **ONLINE FIRST:** May 2026

Recomendaciones para mejorar la transparencia en la práctica pública es un tema recurrente en el debate democrático. Se promueve una mayor transparencia como herramienta de sana restricción al ejercicio del poder político. Pero la operatoria de estándares de transparencia

suele decidirse al interior de enrevesados organigramas de burocracia estatal y pocos expertos son capaces de evaluar la dinámica de funcionamiento de estos procesos.

Este artículo analiza prácticas de transparencia pública en algunos programas de financiamiento de compra pública de prestaciones de salud y de medicamentos en Chile. Se analizan los procesos de decisión que ocurren al interior de la institucionalidad pública a cargo de los programas estudiados. Condicional a las estructuras de gobernanza de cada programa —las que describimos pero no analizamos—, nos focalizamos en estudiar los procesos (intermedios) de decisión para determinar qué prestaciones o bienes se van a contratar y para especificar otros condicionantes de los precios finales que se pagarán en esos programas.

Hablamos de procesos ‘intermedios’ de decisión en el sentido de que nuestra discusión no incluye los procesos de selección ni la ejecución final de los mecanismos contractuales específicos usados en la compra pública, ni tampoco los resultados logrados con ellos. Por ejemplo, no analizamos la definición de detalles contractuales relacionados con la decisión de implementar la compra pública vía convenio marco, licitación o trato directo. Por lo mismo, no analizamos ningún ámbito de decisión a cargo de los agentes proveedores (sean estos públicos o privados). Parafraseando terminología de regulación tarifaria, nuestro análisis de procesos intermedios de decisión excluye, por lo tanto, ámbitos relativos a la ‘última milla de contratación’. Transparencia en los procesos intermedios de decisión en el financiamiento de compra pública de prestaciones de salud y medicamentos en Chile, es un tema sobre el cual no conocemos literatura publicada.

El hecho de que exista transparencia pública en los procesos de decisión sobre el uso de recursos públicos, es importante por varias razones. Para los proveedores privados de servicios de salud o medicamentos financiados con fondos públicos, procesos transparentes entregan predictibilidad al planificar y desarrollar los acuerdos de contratación. Transparencia es importante para lograr una participación democrática sana en el desarrollo y validez social de las políticas públicas involucradas. También es relevante para mejorar el control presupuestario en el uso de recursos públicos, aspecto especialmente crítico en el sector salud en Chile. Además, mayor transparencia permite evaluar de mejor forma los resultados logrados en relación con los objetivos planteados (World Bank 2020; Porumbescu, Meijer y Grimmelikhuijsen 2022).

En este artículo analizamos un conjunto de ‘estándares o criterios de transparencia’ elegidos en base a revisión de literatura comparada y a criterios de razonabilidad (OECD 2025). A partir de ellos evaluamos las prácticas que prevalecen en los programas analizados de financiamiento de compra pública. Un aspecto común en muchos de estos estándares es el concepto según el cual la información pertinente sea ‘de acceso público’. Definimos este concepto como información que puede ser directamente obtenida por un tercero independiente, en algún sitio web oficial directamente relacionado con el Ministerio o agencia estatal que administra cada programa de compra. Así, nuestra discusión se refiere a estándares de transparencia ‘activa’, según su definición en la Ley 20.285.¹

Los criterios de transparencia que analizamos se refieren a distintas áreas de decisión y práctica gubernamental. Primero analizamos once criterios (ver, más adelante, Tabla 2) que describen aspectos sobre cómo ocurren (y qué información es de acceso público) los procesos de decisión para determinar qué se va a contratar (seis estándares) y cómo se determinan otros condicionantes del precio final de contratación (otros cinco estándares). A continuación, analizamos otros trece criterios (ver Tabla 3) que se refieren a normativa que aplica (y qué información es de acceso público) al trabajo de grupos o comisiones asesoras que apoyan los procesos de decisión en las agencias gubernamentales a cargo de los programas estudiados. Por último, evaluamos otros dos criterios (ver Tabla 4, más adelante) que se refieren a los procesos de rendición de cuentas fiscales de cada programa.

Analizamos cuatro programas (o áreas) de financiamiento de compra pública (los porcentajes aquí reportados representan el presupuesto ejecutado por cada área de financiamiento durante el año 2024, en relación con el total de los recursos ejecutados por Fonasa el mismo año): (i) servicios adquiridos usando aranceles del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) para Modalidad Libre Elección (MLE, 6%); (ii) prestaciones y medicamentos financiados a través del sistema de Garantías Explícitas

¹ ‘Ley de transparencia de la función pública y de acceso a la información de la administración del Estado’. En nuestro análisis, cuando la información requerida no estaba disponible en el sitio web oficial del Minsal o de agencias públicas relacionadas, se procedió a realizar una búsqueda y revisión documental diversa en otras plataformas online, vía reuniones por Ley de Lobby o vía solicitudes por Chile Transparente.

de Salud (GES, 16,8%),² (iii) diagnósticos y tratamientos cubiertos por las garantías de la Ley Ricarte Soto (LRS, 1,4%), y (iv) compra de servicios de salud a prestadores privados para resolver brechas de atención en la red pública de salud (brechas en Modalidad de Atención Institucional, MAI, 5,3%).

Todos estos programas funcionan con intermediación de Fonasa en los traspasos de fondos desde el Ministerio de Hacienda. Estos programas engloban el 30% de los recursos presupuestarios ejecutados por Fonasa en 2024. Ese año, dentro del Ministerio de Salud (Minsal), el total de fondos 'ejecutados' por Fonasa representó un 84%. Este concepto de ejecución incluye recursos traspasados vía transferencias corrientes a otras entidades dentro del Minsal, como los Servicios de Salud.³ En el año 2024, el Minsal representó un 23,1% del gasto total del Gobierno Central⁴ (entre los ministerios fue el con mayor monto de gasto anual).

La cuantía de los presupuestos fiscales asignados a cada programa de compra no es el único criterio considerado para seleccionar los programas analizados. La mayoría de estos programas son ampliamente conocidos por la población. Algunos son de uso periódico por muchos (Aranceles Fonasa MLE; garantías GES). Otros representan avances importantes en las garantías sociales de salud en Chile (GES, LRS). Algunos se relacionan con reacciones ante el problema de las listas de espera (MLE, cierre de brechas MAI).

Un elemento común a todos los programas analizados es que, sea de forma total o parcial, involucran contratos y financiamiento desde el fisco a proveedores privados. En algunos casos involucran a proveedo-

² No disponemos del presupuesto total ejecutado para garantizar prestaciones cubiertas por el sistema GES (ver detalles en Anexo B). Como aproximación, usamos el monto del gasto total esperado en garantías GES (incluidas las garantías entregadas en atención primaria) a ser financiadas por Fonasa durante el año 2024 (Desal 2022).

³ Durante el año 2024, las transferencias corrientes realizadas por Fonasa para financiar atenciones bajo modalidad MAI (directamente en la red pública de salud) representaron un 84,7% del presupuesto total ejecutado por Fonasa. Este porcentaje incluye lo ejecutado en prestaciones GES, las que en la red pública se financian vía los mecanismos GRD y PPI (este último, financiamiento basal para 'gastos fijos'). Otra de las partidas relevantes de gasto ejecutado por Fonasa corresponde al financiamiento de Seguros de Incapacidad Laboral (SIL), que representó un 2,7% del total ejecutado por Fonasa durante 2024.

⁴ 'Gobierno Central', según la definición de la Dirección de Presupuestos (Dipres) del Ministerio de Hacienda (en su página web Presupuesto Abierto), reúne a los ministerios, la presidencia de la república, las entidades estatales autónomas (Congreso Nacional, Poder Judicial, Contraloría General y Ministerio Público), el Servicio Electoral y los gobiernos regionales.

res de servicios finales a la población (e.g., MLE, GES, cierre de brechas MAI); en otros, a proveedores de insumos o servicios intermedios (e.g., LRS). Así, una parte significativa de los servicios y productos entregados a través de los programas analizados actúan más allá de únicamente la red pública de salud. Por lo tanto, las prácticas de transparencia pública en uso y la predictibilidad resultante para las reglas de contratación que aplican a proveedores privados, son de evidente interés.

Todos estos programas buscan mejorar el acceso de la población a servicios de salud y entregar servicios con una calidad mínima garantizada. Algunos añaden protección financiera (GES, LRS) y oportunidad (reducción de las listas de espera: GES y cierre de brechas MAI). Este artículo no analiza el grado de logro de estos objetivos en los programas estudiados, ni tampoco otras dimensiones de resultado (ejecución presupuestaria, participación de prestadores privados, demanda de estos servicios por parte de la población, entre otros). Nuestro foco es describir los procesos de decisión existentes en cada programa y analizar aspectos de transparencia pública.

Las prácticas de transparencia en programas de financiamiento público de prestaciones de salud entregadas por agentes privados, son un tema poco analizado en Chile. Conocer más sobre esto tiene hoy especial relevancia, dados los actuales debates sobre nuevas reglas y estructuras de organización que deberán incorporarse para lograr un mejor funcionamiento de un sistema con oferta mixta (pública y privada) de seguros y servicios de salud en Chile. En particular, respecto de las nuevas relaciones de financiamiento y contractuales que deberán surgir entre Fonasa —como un ente asegurador público con más atribuciones legales que en la actualidad— y un conjunto de proveedores privados de seguros y prestaciones de salud, e.g., como respuesta a la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa (Ley 21.674/2024 o ‘Ley Corta’ de Isapres).

El artículo se organiza de la siguiente manera: la sección 1 analiza dos aspectos generales de arreglos institucionales que se repiten en la gran mayoría de los programas analizados. Ambos condicionan el análisis de las prácticas de transparencia pública en los programas de financiamiento público en el sector salud. La sección 2 describe elementos básicos de los programas analizados. A continuación (3) se identifican y describen vacíos de información pública (condicional a las prácticas de transparencia en uso) en los procesos de toma de decisiones en los

programas estudiados. Luego (5) se analizan factores comunes a los distintos programas en estudio, tanto en relación con las prácticas imperantes de transparencia pública como respecto de los procesos de determinación administrativa de precios. La sección 6 concluye y los anexos complementan, incluida una lista de las siglas y los acrónimos usados a lo largo del artículo.

I. Un par de hechos estilizados en los programas de financiamiento público en análisis

Previo a revisar los programas en estudio, analizamos dos hechos estilizados que corresponden a aspectos generales de arreglos institucionales que se repiten en la gran mayoría de los programas analizados. Estos condicionan nuestro análisis de prácticas de transparencia pública en los programas de financiamiento de compras públicas en el sector salud chileno.

Determinación administrativa de precios versus regulación tarifaria

En Chile es frecuente que se utilicen procesos de 'determinación administrativa' de precios máximos de compra en varios programas de financiamiento de compra pública de prestaciones de salud y medicamentos. En estos procesos se determinan precios máximos mediante decisiones a cargo de la burocracia estatal, bajo mandatos legales entregados por decretos supremos o resoluciones exentas de los ministerios involucrados. A diferencia de lo que ocurre en procesos de regulación tarifaria de precios (distintos servicios de telecomunicaciones, servicios de agua potable y alcantarillo, y algunos de los servicios involucrados en la oferta de electricidad),⁵ bajo determinación administrativa de

⁵ Para comentarios sobre los estándares de exigencias legales asociados a procesos de regulación tarifaria de precios y los costos económicos asociados a tales procesos, véase, entre otros: (i) TDLC (2010), acerca de un requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica (FNE) que acusaba de 'cobros abusivos por posición dominante' a una empresa concesionaria de servicios públicos de distribución eléctrica en la Región de Atacama (Emelat); (ii) TDLC (2009), informe emitido por el TDLC en relación a consulta efectuada por el Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones acerca del nivel de competencia en los servicios de telefonía fija, entonces sujetos a regulación tarifaria de precios, y respecto de la posibilidad de liberalizar algunas de (o todas) esas regulaciones tarifarias.

precios no existen obligaciones y derechos legales, definidos para el ente público y los agentes privados afectos a las normativas, que sean equivalentes en sus estándares de exigencia a los que prevalecen bajo regulación tarifaria.

En regulación tarifaria existen leyes sectoriales específicas que explicitan con gran detalle las obligaciones y derechos de los distintos agentes (reguladores y regulados), incluyendo instancias formales de arbitraje en el caso de que surjan controversias sobre decisiones adoptadas durante el proceso tarifario. Además, bajo regulación tarifaria existen modelos explícitos para el cálculo de los costos, la valoración de activos y las tarifas máximas por regular. Estos modelos definen en detalle todos los conceptos que se deben considerar, incluyendo la forma de calcular los valores paramétricos requeridos (Bustos y Galetovic 2002; Galetovic y Sanhueza 2002). Ninguno de estos aspectos, con el equivalente nivel de detalle y formalidad, prevalece en los procesos de determinación administrativa de precios máximos para el financiamiento de compras públicas en el sector salud.

En Chile ocurre determinación administrativa de precios en al menos los siguientes programas de financiamiento público de compras de servicios de salud y medicamentos: (i) los aranceles Fonasa para las modalidades de libre atención (MLE) y atención institucional (MAI),⁶ (ii) los precios máximos (PMI) para la compra de prestaciones y medicamentos en diagnósticos y tratamientos cubiertos por la LRS, y (iii) los aranceles que se definen para las prestaciones y medicamentos cubiertos por las garantías GES.

En el caso de los aranceles GES, estos operan solo como valores contables en intercambios al interior del sector público (entre Fonasa y los servicios de salud). Hasta el año 2022, su objetivo central era definir los copagos de los afiliados al seguro Fonasa. Pero dejó de ser así desde la implementación de la ley de copago cero para todos los beneficiarios Fonasa, en todas las prestaciones (GES y no GES) que reciben en centros de la red pública de salud (R.E. 1112, septiembre 2022; Minsal 2022c). De

⁶ El objetivo central de los valores en los aranceles MAI es definir el valor del copago a pagar por los beneficiarios de Fonasa cuando se atienden en la red pública de salud. Es reconocido en el sector salud que los aranceles MAI claramente subvaloran los costos efectivos de proveer esas prestaciones, sobre todo las hospitalarias. Por otro lado, estos aranceles en nada afectan el monto efectivo de financiamiento fiscal anual que se entrega a los hospitales públicos (Peña-Torres y Kaufmann 2024).

todas formas, los aranceles GES definen hoy los copagos (máximos) para los beneficiarios del sistema de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

En el caso de beneficiarios Fonasa, los valores definidos en los aranceles GES tampoco tienen efecto alguno sobre los precios que se pagan por prestación a los distintos proveedores de atenciones cubiertas por el GES. En el caso de atenciones realizadas dentro de la red pública de salud (modalidad MAI), los traspasos de presupuesto fiscal hacia los centros de atención ocurren vía financiamiento basal de costos fijos (Programa de Prestaciones Institucionales, PPI) y vía glosas presupuestarias para prestaciones GES, incluidas en el sistema de financiamiento vía GRD (Peña-Torres y Kaufmann 2024). Cuando Fonasa deriva a algún afiliado suyo a un prestador privado para solucionar el incumplimiento de las garantías GES (no resueltas en la red pública), el valor de las prestaciones se define mediante licitación pública, usando rangos de precios de referencia que son valores GRD-específicos (ver, por ejemplo, Licitación ID: 591-3-LR24).

Por su parte, en los casos de los aranceles MLE y del PMI de la LRS, los valores determinados sí corresponden a precios máximos de contratación. En el caso de los aranceles MLE, se determinan vía resolución exenta (R.E.) firmada por los ministros de Salud y de Hacienda. En el caso de los tratamientos cubiertos por la LRS, el precio máximo se establece mediante resolución administrativa del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA/SBE), dentro del Minsal.

Riesgos asociados a la contratación pública de prestaciones de salud

En el sector de salud chileno, el Fisco y agencias estatales financian y gestionan un porcentaje significativo del volumen total de las compras a agentes privados en muchos submercados de servicios o medicamentos. En varios de estos submercados es probable que agencias del Gobierno puedan ejercer poder de mercado relevante. Esto conlleva riesgos diversos: de contratación ineficiente (en el sentido económico), abusiva (en el sentido del derecho antimonopolios; ver Peña-Torres 2011), o corrupción o fraude. Estos riesgos se asocian con diferentes decisiones de contratación pública, que en la literatura económica se engloban dentro

de la amplia temática del *public procurement* (Laffont y Tirole 1993), esto es, la contratación pública realizada vía procesos administrativos sin los exigentes estándares legales ni los formalismos de cálculo que son explícitos en regulación tarifaria.

Un aspecto fundamental de problemas de *public procurement* es que agencias estatales pueden ejercer ‘poder de mercado (o poder de compra)’, i.e., pueden alterar por sí solas los precios o calidades de los bienes y servicios que se transan en los mercados en cuestión. Este aspecto conlleva la posibilidad de enfrentar riesgos como los mencionados.

Estos peligros no aplican únicamente a casos de monopolio o monopsonio. Laffont y Tirole (1993) definen el concepto de *public procurement* como casos en los que el Gobierno “es el único comprador” (Laffont y Tirole 1993, 12). Esto es solo una simplificación para desarrollar su análisis y posterior modelamiento. Los propios Laffont y Tirole (1993) explicitan lo siguiente: “[d]ebemos destacar que el vínculo exacto entre las diferencias primitivas entre contratación pública y regulación, y las limitaciones administrativas y políticas asociadas, aún nos es desconocido o se encuentra en estado de conjetura” (1993, 9; nuestra traducción).

Ante la posibilidad de enfrentar estos riesgos al establecer precios máximos de contratación para la compra pública de servicios a privados, ¿por qué la solución más frecuente en el sector salud de Chile ha sido usar la determinación administrativa de precios y no la regulación tarifaria? A continuación se desarrollan un par de conjeturas.

Heterogeneidad y verificabilidad de la calidad en los servicios a contratar

Los siguientes argumentos son específicos a aspectos contractuales que condicionan la compra de servicios de salud. En primer lugar, los servicios de salud pueden ser muy heterogéneos; en particular, en términos de componentes deseables de calidad al contratar servicios para cada paciente. Pacientes con una misma patología de base pueden requerir distintos tratamientos (intensidades, calidades o *mix* de servicios complementarios). En ocasiones, no es posible determinar de forma *ex ante* y precisa cuál es el mejor tratamiento. Incluso ya implementado un tratamiento para un paciente, no siempre es directo determinar si el tratamiento inicial elegido fue el más apropiado; durante el tratamiento

pueden surgir imprevistos. Al momento de definir la calidad deseable de los servicios a contratar, la complejidad contractual para el comprador de los servicios se incrementará si distintos proveedores presentan diversas 'case mix' en sus respectivas ofertas, i.e., diferentes proporciones y grados de especialización en casos más y menos complejos de tratar⁷ (Chalkley y Malcomson 2000).

Segundo, especificar la calidad deseada de los servicios de salud suele involucrar múltiples atributos. Al financista o comprador del servicio no solo le interesa su precio. También le importan otros atributos del proveedor: calidad y confiabilidad del servicio; disponibilidad temporal y geográfica; riesgo de insolvencia financiera (afecta la oportunidad y calidad del servicio contratado); reputación del proveedor en términos de criterio, flexibilidad y capacidad para responder ante contingencias no contratables; y que los servicios incorporen un trato digno y compasivo a los pacientes. Varios de esos atributos suelen ser muy costosos de especificar contractualmente, de forma *ex ante* y *ex post*, impidiendo verificar de manera objetiva el cumplimiento de lo contratado (Laffont y Tirole 1993, 560; Chalkley y Malcomson 2000, 849).

La fuerte heterogeneidad y costosa verificabilidad de los servicios de salud por contratar apoya la lógica según la cual se tiendan a preferir en este sector arreglos institucionales de contratación que sean menos detallados y menos formales, en términos de los estándares legales exigidos a la agencia pública y a los proveedores privados. Por lo tanto, son arreglos institucionales con costos esperados más bajos, en principio, que los en uso para regulación tarifaria.

¿Debiera ser entonces la determinación administrativa de precios siempre el tipo de arreglo institucional a preferirse, en términos de costo-efectividad, para organizar programas de financiamiento de compra pública en el sector salud? La respuesta no es obvia, de acuerdo a lo que desarrollamos en el siguiente punto.

⁷ La paquetización y agregación de servicios por grupos relacionados por diagnóstico (GRD) son herramientas diseñadas para atenuar la alta heterogeneidad de tipos y calidades de tratamientos en salud. Pero ellas no eliminan fuentes de heterogeneidad condicionadas por contingencias difíciles de predecir o efectos de calidad en el tratamiento que son muy costosos de verificar.

Accountability público en el cumplimiento de los servicios contratados

Como los servicios de salud pueden ser muy heterogéneos y la verificabilidad de su cumplimiento contractual muy onerosa, es poco probable que representantes de grupos de usuarios sean fiscalizadores efectivos del accionar de la agencia pública contratante. Frente a un control externo más débil, podría ser más fácil para la agencia estatal (i.e., agentes dentro de ella), que compra bajo reglas administrativas de *public procurement*, coludirse con la industria proveedora (para compartir rentas), en desmedro de los usuarios u otros proveedores más eficientes, versus una agencia pública sometida a los estándares legales más estrictos de la regulación tarifaria. Como reacción institucional frente a este riesgo, agencias estatales que contratan servicios bajo determinación administrativa de precios podrían terminar organizadas de forma más rígida y más burocrática (con menos espacios de discreción) que agencias que operan bajo regulación tarifaria (Laffont y Tirole 1993, 9).

En este caso se podría enfrentar el siguiente *trade-off* entre determinación administrativa de precios y regulación tarifaria. Por un lado, que la determinación administrativa sea menos costosa, en términos de menores costos directos en los procesos de decisión, que desarrollar una institucionalidad técnico-legal más compleja, como ocurre con la regulación tarifaria. Por otro lado, la determinación administrativa de precios podría terminar generando costos extras si deriva en estructuras estatales más rígidas, más burocráticas y con menor transparencia pública, versus el caso de la regulación tarifaria.

Comisiones asesoras gubernamentales

En este artículo constatamos que recurrir a comisiones asesoras, incluyendo casos con asesores externos al Gobierno, es un fenómeno muy frecuente en los procesos de decisión sobre qué contratar y a qué precio en los programas analizados de financiamiento de compras públicas en el sector salud.

Esta peculiaridad realza aún más la importancia de contar con procesos de decisión en lo que respecta al destino y uso de fondos públicos, que sean transparentes e informados, de forma adecuada y oportuna, a los potenciales interesados. Todos los programas analizados forman

parte de políticas públicas en ámbitos de cuidados y tratamientos para la salud, cuestión de evidente interés social.

Por lo anterior, se justifica analizar qué estándares de transparencia aplican a la conformación, funcionamiento y recomendaciones que entregan este tipo de comisiones, en programas relevantes de gasto público para contratar prestaciones de salud. En la Tabla 3 (más adelante), y en las secciones 3 y 4 de este artículo se detallan y analizan los criterios de transparencia que consideramos en relación al trabajo realizado por comisiones asesoras en los programas estudiados. En estos, las instancias de asesoramiento reciben distintas denominaciones. Pueden llamarse comisiones, comités, consejos o grupos de trabajo. Para simplificar, de aquí en adelante nos referimos a estas distintas denominaciones, en términos generales, usando el vocablo 'comisión'.

Para efectos de nuestro análisis, definimos la siguiente tipología de comisiones asesoras, según el origen laboral de sus miembros: (i) comisión interna: todos los miembros son funcionarios públicos; (ii) comisión mixta: su composición incluye a funcionarios públicos y a personas que no lo son; (iii) comisión externa: todos sus miembros no son funcionarios públicos. A continuación, un par de comentarios generales sobre los tipos (i) y (iii) de comisiones, que son los relevantes en nuestro análisis.⁸

Las comisiones internas solo incluyen a funcionarios públicos, por lo tanto operan bajo el marco general de las regulaciones contractuales, administrativas y legales propias de la administración pública. Ello, en aspectos como términos contractuales, cumplimiento y evaluación del desempeño, confidencialidad en el ejercicio de sus funciones, información y transparencia en los actos administrativos, entre otros. No es objetivo de este artículo analizar en detalle estas prácticas, de uso generalizado en la administración pública.

En el caso de recurrir a comisiones asesoras externas, en las que participan exclusivamente personas no pertenecientes a la administración pública o en donde se efectúan consultas a expertos del sector no gubernamental, hay ventajas y riesgos asociados. Por el lado de las ventajas: (i) permiten obtener asesoría externa especializada acerca de temas específicos en los que no se cuente con suficiente *expertise* en el

⁸ Estos son los dos únicos tipos de comisiones en uso en los programas analizados, incluyendo el caso de la Comisión de Recomendación Priorizada (CRP) en la LRS. En la práctica, la CRP funciona como una comisión externa, ya que en ella el único funcionario público es su presidente (el resto de sus miembros son asesores externos).

sector público, y acerca de los cuales la contratación formal de especialistas podría ser muy onerosa. (ii) Sirven también como un mecanismo de participación ciudadana, en la discusión de materias a ser decididas por el Ejecutivo. Es probable que los miembros de estas comisiones representen a distintos grupos de interés, incluyendo a potenciales afectados por las decisiones que tomará la autoridad pública.

Por el lado de los riesgos asociados al uso de comisiones externas, podemos indicar los siguientes:

(a) Aumento de burocracia y costo fiscal. Una proliferación de comités asesores puede aumentar en exceso la burocracia estatal, alargando el tiempo total requerido para la toma de decisiones, usando recursos humanos de funcionarios públicos que actúan como contrapartes de las comisiones (secretarías técnicas), o aumentando los costos de uso de infraestructura, y los gastos logísticos y de secretaría.⁹

(b) Captura por parte de grupos de interés. En muchos casos, los miembros de estas comisiones representan a grupos de interés. Es un desafío lograr que la representatividad de distintas visiones y grupos de interés quede adecuadamente equilibrada. De lo contrario, las recomendaciones resultantes pueden contener sesgos indeseados.

(c) Conflictos de interés de miembros de la comisión: algún miembro podría privilegiar sus intereses particulares, asociados a conflictos de interés no debidamente reportados.

(d) Uso indebido de información privilegiada; es decir que, en caso de acceder a información reservada o confidencial, algún miembro de la comisión podría filtrar esa información, generando beneficios ilegítimos para sí mismo o a terceros, o entorpeciendo la toma de decisiones.

(e) Problemas por insuficiente entrega de información a la opinión pública (falta de transparencia). Si no existe disciplina y regularidad en divulgar información esencial (no confidencial), de forma oportuna, sobre (i) la constitución de la comisión asesora (e.g., mandato, plazo de vigencia de la comisión, miembros, duración de la membresía), y (ii) los argumentos debatidos y la justificación de las recomendaciones de la comisión, descritos en actas e informes oficiales, se puede estar violando la normativa gubernamental o poner en entredicho ante la opinión pública la validez de la labor realizada por la comisión.

⁹ Por ejemplo, este último problema se dio en la Agencia de Protección del Ambiente (EPA) y por tanto se tomaron medidas más severas para remediarlas (U.S. EPA 1996).

Estos riesgos se pueden atenuar con medidas de mitigación. Por ejemplo, ante el riesgo de que el uso de comisiones asesoras genere aumentos en burocracia y costos fiscales, se puede normar que las comisiones tengan un período limitado de vigencia e implementar normas de ‘buen gobierno’, supervisadas por entes centrales internos al Gobierno, buscando privilegiar criterios de eficiencia y transparencia pública.

2. Algunos programas de financiamiento de compra pública en el sector salud

Esta sección describe aspectos generales del funcionamiento de cada programa analizado: sus normas legales, sus objetivos, los montos de presupuesto fiscal ejecutado, las reglas básicas de operación, los procesos de decisión involucrados y el rol que juegan comisiones asesoras en esos procesos.¹⁰ En las secciones 3 y 4 se describen y analizan las prácticas de transparencia que prevalecen en cada programa.

Aranceles Fonasa para Modalidad Libre Elección (MLE)

El régimen de prestaciones de salud que hoy conocemos como MLE se inició con la promulgación de la Ley 18.469 (en noviembre de 1985).¹¹ Los aranceles Fonasa MLE son un catálogo valorizado que contempla prestaciones de salud, codificadas y con sus respectivos valores (precios), establecidos mediante R.E. 176 (Minsal 1999) y sus modificaciones posteriores, de los Ministerios de Salud y Hacienda, previa propuesta elaborada por Fonasa. La elaboración anual de estos aranceles considera “la incorporación o eliminación de prestaciones, desagregación o agregación de prestaciones, modificación de glosas, de precios y de bonificaciones” (R.E. 947, Fonasa 2018).

La normativa (R.E. 947) define dos objetivos para la determinación de los aranceles MLE: (i) establecer el valor que Fonasa deberá pagar al prestador privado por cada atención de salud otorgada a sus beneficiarios y (ii) definir el monto de los copagos a pagar por los beneficiarios Fonasa que pueden acceder a atenderse bajo MLE (grupos B, C, y D de asegurados). La definición del monto de copagos es una decisión que incluye consideraciones de naturaleza política.

¹⁰ Esta sección es eminentemente descriptiva. Expertos conocedores de los programas bajo análisis pueden pasar directamente a leer las secciones siguientes.

¹¹ La R.E.1716 (de diciembre de 1985) aprobó el primer arancel MLE.

Las codificaciones definidas en los aranceles MLE también condicionan otros intercambios económicos que involucran servicios de salud provistos por el sector privado. Por ejemplo, las codificaciones de prestaciones incluidas en los aranceles Fonasa condicionan *de facto* las prestaciones de salud que pueden ser directamente cubiertas por los planes de salud comercializados por el sistema de Isapre en Chile. Cuando una prestación no está codificada en un arancel Fonasa, la isapre normalmente se negará a entregar cobertura directa para el costo asociado a esa prestación.¹²

El mecanismo MLE representa un porcentaje relevante de los financiamientos públicos de prestaciones de salud que utilizan a Fonasa como agente intermediador o pagador de las prestaciones entregadas a beneficiarios del seguro Fonasa. Durante el año 2024, las atenciones otorgadas a través del régimen MLE involucraron la ejecución de recursos fiscales por \$819,5 miles de MM (USD 869 MM), 5,9% del presupuesto fiscal total ejecutado por Fonasa ese año.¹³

Procesos para determinar aranceles MLE

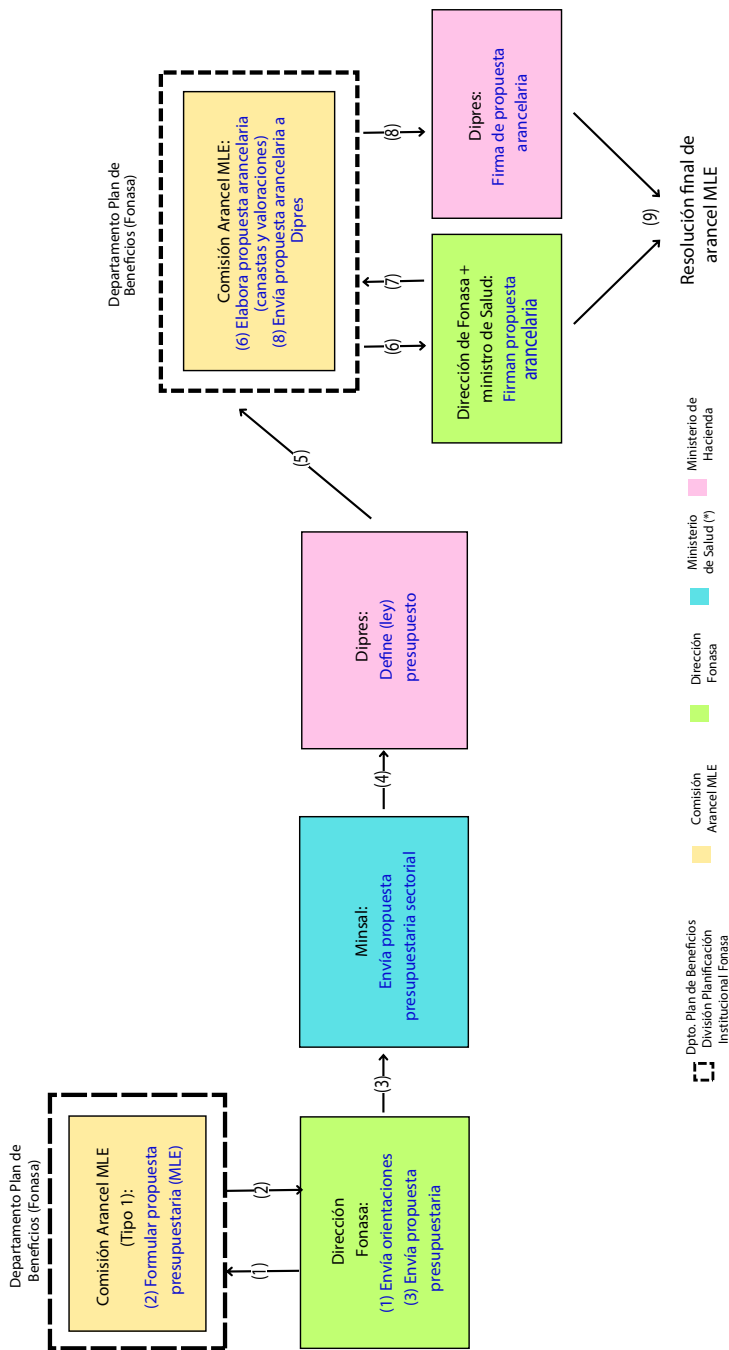
El proceso interno de Fonasa que hoy norma la actualización anual del arancel MLE se rige por la R.E. 947 de Fonasa (enero 2018). Esta R.E. fue dictada debido a “la necesidad de elaborar [...] una metodología utilizada por la institución para elaborar el Arancel de MLE” (Fonasa 2018). Previo a esta R.E., no existía ningún documento metodológico explícito sobre esta materia. La R.E. 947/2018 no es de acceso público.¹⁴ La Figura 1 resume los procesos a seguir para establecer anualmente el arancel MLE.

¹² En estos casos, la opción para el asegurado es iniciar un tedioso proceso administrativo de reclamo que podría requerir el arbitraje de la Superintendencia de Salud. El resultado final es incierto.

¹³ Excluyendo el presupuesto ejecutado por Fonasa para financiar atenciones en la red pública de salud (vía modalidad MAI), el financiamiento para MLE durante 2024 representó un 39,2% del monto total ejecutado por Fonasa para financiar prestaciones no MAI. Aparte de atenciones bajo MLE, este total incluye presupuesto para financiar: (i) Seguro de Invalidez Laboral (SIL); (ii) coberturas de la Ley Ricarte Soto; (iii) cierre de brechas de atención MAI a través de la compra directa de servicios a proveedores privados (camas críticas, servicios de diálisis, resolución de retrasos y reclamos en garantías GES, Ley de Urgencia, Establecimientos de Larga Estadía para adultos mayores —ELEAM), y (iv) otros programas de compra de servicios (respuesta obtenida de Fonasa, vía Portal de Transparencia, Oficio Ordinario 23302/2025 [15 de septiembre 2025]).

¹⁴ Respuesta obtenida de Fonasa, vía Portal de Transparencia, Oficio Ordinario 16355/2024 [24 de julio 2024].

Figura 1. DETERMINACIÓN ANUAL DE ARANCEL MLE



Nota: Los números denotan la secencialidad de los procesos involucrados.
 Fuente: Elaboración propia en base a reglamentos, manuales y decisiones administrativas del Minsal.

En estos procesos participa una comisión asesora 'interna', la comisión arancel MLE. Esta opera bajo la coordinación del Departamento de Plan de Beneficios, que forma parte de la División de Planificación Institucional de Fonasa. La comisión tiene como objetivo proponer las definiciones, mejoras, modificaciones (sobre las prestaciones ya existentes) y las nuevas coberturas que estarán presentes en el arancel MLE del año siguiente. Esta tarea requiere definir las prestaciones y el valor que tendrán, en función del reajuste anual del presupuesto¹⁵ entregado por el Ministerio de Hacienda en la Ley de Presupuesto.

Esta comisión se conforma a partir de una resolución (de tipo administrativo) o correo electrónico que formaliza a los representantes, designados por los jefes de División de cada área involucrada. Su conformación debe considerar, al menos, a representantes de las siguientes divisiones de Fonasa: División de Planificación Institucional (su jefatura lidera la comisión), División de Comercialización, División de Control, División de Gestión Financiera del Seguro, División de Comunicaciones, División de Gestión Territorial, entre otros departamentos con participación indirecta. Todas las propuestas emanadas de la comisión (preliminar y final) deben ser validadas por los jefes de todas las divisiones que la conforman; luego deben ser aprobadas por la Dirección de Fonasa¹⁶ y a continuación, presentadas a la Dipres (ver Figura 1).

La comisión puede solicitar o recibir opiniones desde sociedades científicas, médicos especialistas, colegios profesionales, proveedores de tecnologías sanitarias, entre otros.¹⁷ No existe normativa (de acceso público) que reglamente estas instancias de participación. Cuando la Dirección de Fonasa y Minsal presentan las propuestas arancelarias a Dipres (etapas 2 y 4 en la Figura 1), se deben adjuntar las minutas, informes y otros documentos que respalden la propuesta.

Al formular la propuesta presupuestaria MLE, el Minsal (a través de Fonasa) debe priorizar las prestaciones por incluir en el arancel de cada año y definir la propuesta que será presentada ante Dipres. Para que

¹⁵ Los valores en el arancel MLE se actualizan cada año usando un inflador que resulta, como regla general (pueden ocurrir excepciones), de la razón entre los montos establecidos en la Ley de Presupuestos de dicho año, respecto del mismo monto (presupuesto para MLE) en moneda del año anterior (R.E. 173/2025, Minsal). El reajuste anual resultante no necesariamente es ajuste por IPC.

¹⁶ El director de Fonasa puede introducir cambios en la propuesta final de la comisión.

¹⁷ Respuesta obtenida de Fonasa vía Portal de Transparencia (Oficio Ordinario 12406/2024 [4 de junio 2024]).

una nueva prestación sea incorporada al arancel MLE, los interesados deben ingresar una solicitud de audiencia por Ley de Lobby con el jefe de la División de Planificación y Desarrollo Estratégico, presentando los argumentos por los cuales la nueva prestación solicitada debiera ser codificada y arancelada. Posteriormente, y si está en el marco de la priorización realizada por el Minsal, se realizan estudios de costo-efectividad, de seguridad y calidad, estudios de costo y demanda para observar impactos presupuestarios, y se genera la propuesta que se presentará a los Ministerios de Salud y de Hacienda para su aprobación final.

Luego de que Dipres comunica los presupuestos aprobados a través de la Ley de Presupuesto (etapa 5 en la Figura 1), se reactiva la comisión arancel MLE para elaborar la propuesta arancelaria definitiva. La propuesta final es firmada por la Dirección de Fonasa y por el ministro de Salud; a continuación es remitida a Dipres para su aprobación final¹⁸ y firma. La propuesta definitiva se hace pública a través de una R.E. del Minsal.

Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Fue establecido por la Ley 19.966 (agosto 2004). Su objetivo es asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera a quienes requieran de atención por alguna de las enfermedades o condiciones de salud priorizadas, cuya lista se actualiza cada tres años. A diciembre de 2025, los problemas de salud (PS en adelante) garantizados son noventa. Estas garantías aplican a los beneficiarios de Fonasa y a los del sistema Isapre. Se estima que las prestaciones y los medicamentos financiados por este programa representan en torno al 18% de los recursos ejecutados por Fonasa.¹⁹

Los criterios de priorización son establecidos en la ley y consideran varios factores: prevalencia de cada enfermedad, prioridades sociales, evidencia sobre la efectividad de las intervenciones y, cuando sea posible, su costo-efectividad. Además, consideran el impacto en el presupuesto y la capacidad de oferta del sistema de salud chileno. El listado

¹⁸ Dipres aprueba el marco total de gasto, sin tener incidencia en el arancel de cada prestación.

¹⁹ Estimación para 2024. Ver detalles en Anexo B.

de PS que cubre el sistema GES tiene una vigencia de tres años. Si no se modifica al vencimiento del plazo, se prorrogan por otros tres años y así sucesivamente (Minsal 2004).

Para atender cada PS se deben determinar las correspondientes canastas de prestaciones que serán garantizadas. Estas prestaciones se valorizan a través de los precios que se incluyen en los aranceles GES,²⁰ los que se especifican para cada uno de los PS cubiertos. Según el texto del arancel GES definido en el D.S. 72 (Minsal 2022a, Título 1, Art. 1), el objetivo de los valores incluidos en los aranceles GES es definir la protección financiera que rige para cada uno de los grupos de prestaciones garantizadas por el sistema GES: i.e., su objetivo final es definir el valor del copago a pagar por los beneficiarios cuando se accede a una prestación cubierta por GES.

Al respecto, dos comentarios. El primero es que, para acceder a las garantías GES, los beneficiarios Fonasa solo pueden hacerlo si reciben la atención GES como parte del sistema público de atención de salud; esto incluye a pacientes que están en 'listas de espera' GES y que por ello son derivados hacia proveedores privados.²¹ El segundo es que, desde septiembre de 2022 (R.E. 1112, Minsal 2022c), los beneficiarios Fonasa tienen copago cero para todas las prestaciones (GES y no GES) que reciban en centros de la red pública de salud. Por lo tanto, bajo las condiciones actuales del seguro Fonasa, los valores que se calculan para valorizar las canastas de prestaciones GES no tienen efecto alguno sobre pagos exigibles a los beneficiarios del seguro Fonasa.²²

Como ya se explicó antes, en el caso de beneficiarios Fonasa los valores definidos en los aranceles GES tampoco tienen efecto alguno sobre los precios que se pagan por prestación a los distintos proveedores de atenciones cubiertas por el GES.

²⁰ Los aranceles GES, específicos a cada patología cubierta, definen la canasta de prestaciones garantizadas y una estimación de valorización asociada a cada prestación.

²¹ No obstante, si el beneficiario de Fonasa decide atenderse desde el comienzo con un proveedor privado, se entiende que ese beneficiario renuncia a la garantía GES y pierde por tanto la cobertura GES. De forma equivalente, en el caso de beneficiarios Isapre, las GES se entregan solo en la red de prestadores definida por cada isapre.

²² En el caso de beneficiarios GES del sistema Isapre, en el contrato firmado por cada afiliado los precios de la intervención se determinan de forma libre, vía negociación, entre los prestadores y cada isapre. El copago a pagar por el beneficiario debe corresponder, como máximo, al 20% del valor considerado en el arancel GES.

Procesos para determinar las garantías GES

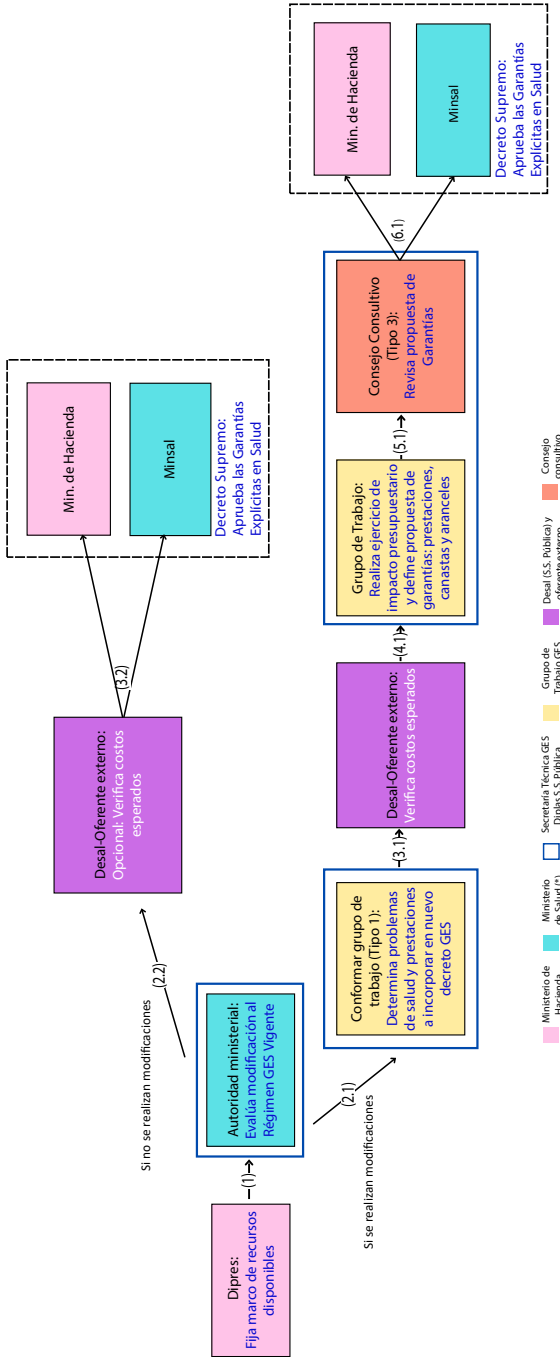
Respecto de la determinación de patologías y prestaciones cubiertas por el GES y sus respectivos aranceles, el proceso a seguir lo norma el reglamento de la Ley 19.966 (Decreto 121, Minsal 2005b), lo que se describe con mayor detalle en el manual GES (Secretaría Técnica GES 2022). Participan diversas instancias del Minsal y del Ministerio de Hacienda. La Figura 2 ilustra los procesos a seguir para la toma de decisiones en el sistema GES.

Las garantías GES son elaboradas por Minsal bajo la coordinación de la Secretaría Técnica GES, entidad que depende del Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud, que es parte de la División de Planificación Sanitaria (Diplas) (dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública, SSP, del Minsal). La propuesta de nuevas garantías GES debe someterse a la aprobación del Ministerio de Hacienda, que fija los recursos disponibles para el financiamiento de GES. La entrega del financiamiento disponible queda a cargo de Fonasa.

El reglamento GES señala que la propuesta de garantías GES debe basarse en estudios coordinados por la SSP para determinar el listado de garantías GES, lo que implica identificar los problemas prioritarios de salud y las intervenciones para abordarlos. La elaboración de la propuesta inicial de garantías GES está a cargo de un grupo de trabajo nominado por la Secretaría Técnica GES. Este grupo propone: (i) los PS a incorporar en las garantías GES, y (ii) la definición de las respectivas canastas de prestaciones y sus valores arancelados, condicionales al presupuesto disponible. Este grupo técnico debe estar conformado por representantes de la Secretaría Técnica GES, de la División Jurídica del Minsal, así como de la División de Prevención y Control de Enfermedades (Diprece), de la División de Atención Primaria (Divap), del Departamento de Economía de la Salud (Desal), de ETESA/SBE, del Departamento de Epidemiología, del Departamento de GES y de Redes de Alta Complejidad, Fonasa, de la Superintendencia de Salud, de la Central de Abastecimiento (Cenabast), de Dipres y del gabinete del ministro de Hacienda. Este grupo de trabajo corresponde a una comisión asesora 'interna'.

Además del grupo de trabajo mencionado, el manual GES establece que en esta etapa se considere la participación de distintos organismos para el levantamiento de información, entre otros, de sociedades civiles, de pacientes, científicas y profesionales; de académicos y expertos; de

Figura 2. ESTABLECIMIENTO DE GARANTÍAS GES



Nota: (*) El Minsal actúa en todas las etapas del proceso; sin embargo, las destacadas son aquellas donde participa de manera directa y sin otra intervención. Fuente: Elaboración propia en base a reglamentos, manuales y decisiones administrativas del Minsal.

equipos técnicos ministeriales e instituciones gubernamentales, los cuales son definidos por la Secretaría Técnica GES. No obstante, ni el reglamento ni el manual establecen protocolos para esta participación. Como consecuencia, no existe información pública sobre quiénes participan y cuáles materias se abordan.

La jerarquización de los PS por garantizar se efectúa en función de evidencia sobre el beneficio del tratamiento (años y calidad de supervivencia en los casos tratados). Los criterios para la priorización son: carga de enfermedad, prevalencia e incidencia, resultados en salud, efectividad, preferencias sociales, población vulnerable, equidad, ética y justicia. El *ranking* de priorización es elaborado por la Secretaría Técnica GES.

El Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud, del cual es parte la Secretaría Técnica GES, debe determinar las prestaciones por incluir en las garantías GES. En esta tarea participa el grupo de trabajo antes citado, junto con expertos relacionados con el PS en evaluación.²³ Aquí se revisan las guías de práctica clínica, los tipos de prestaciones por incluir, la evidencia que justifique su inclusión, los fármacos que tendrán cobertura y la estimación del número de pacientes que harían uso de las prestaciones.

Finalizada la priorización, se avanza en la determinación del CEIPP, i.e., el costo individual esperado (para un beneficiario promedio) de los tratamientos garantizados. En una primera instancia, su cálculo está a cargo del Departamento de Economía de la Salud, Desal (dependiente de la División de Planificación Sanitaria, Diplas), que valoriza en costos unitarios cada intervención, y del Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud, que estima la demanda para cada canasta de prestaciones.

La determinación del costo esperado individual promedio pertinente (CEIPP) se inicia con la valorización de cada intervención en costos unitarios. Se utilizan estudios de costos, precios de mercado, cotizaciones u otros antecedentes que den cuenta de los costos de operación y de capital en los establecimientos públicos asociados a la resolución de los PS garantizados o, en su defecto, en otros prestadores privados, cuando las prestaciones no puedan ser provistas por la red pública. Luego se estima el número de casos esperados por tratar, a partir de

²³ El manual GES nada dice sobre el proceso de selección de estos expertos. Sí menciona que se les debe solicitar una declaración de intereses y un acuerdo de confidencialidad.

datos sobre tasas de prevalencia e incidencia. El costo total esperado equivale a la sumatoria del producto entre los costos unitarios y el número total de intervenciones proyectadas, respecto de cada uno de los PS cubiertos por las garantías GES. El costo total esperado, dividido por el total de beneficiarios GES de Fonasa e Isapre, equivale al CEIPP, que se expresa en UF (Minsal 2005b).

El costo así determinado pasa a una etapa de verificación, en donde se obtiene el CEIPP para los subsistemas Fonasa e Isapre, a través del Estudio de Verificación de Costos (EVC). El responsable final de este proceso es Desal, que establece las bases de la licitación para oferentes nacionales e internacionales interesados en realizar este estudio.²⁴ Junto a la entidad ('oferente externo') que realice el EVC, participa otro equipo de trabajo²⁵ convocado por Desal, con el rol de ser la contraparte técnica del estudio. Tanto el EVC, realizado cada tres años (durante la elaboración de las garantías GES), como sus autores, son de conocimiento público. Este estudio estima el presupuesto preliminar asociado a la incorporación de nuevos problemas de salud en las garantías GES o por la inclusión de nuevas prestaciones en PS ya garantizadas (Ministerio de Hacienda 2023).

A continuación, la propuesta preliminar de nuevas garantías GES, elaborada por la Secretaría Técnica GES, se envía para su análisis en el consejo consultivo GES. Este consejo asesora al ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, la evaluación y la revisión de las garantías GES (Decreto 69, Minsal 2005a). Está compuesto por nueve miembros: un representante de la Academia Chilena de Medicina, designado por dicha institución; dos representantes de facultades de Medicina; dos representantes de facultades de Economía o Administración, y un representante de facultades de Química y Farmacia, todos provenientes de universidades oficialmente reconocidas en Chile,²⁶ y otros tres miembros designados directamente por el presidente de la república. El consejo consultivo es una entidad asesora tipo 3 (ninguno de

²⁴ La propuesta ganadora se selecciona dando énfasis a la propuesta económica (precio), la metodología, los antecedentes curriculares, entre otros aspectos (Secretaría Técnica GES 2022). La última licitación (19 de febrero de 2024) para realizar el EVC (2025-2028) fue adjudicada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile por un monto de \$100 MM.

²⁵ Está conformado, a lo menos, por representantes de Desal, Secretaría Técnica GES, Diplas, Digerá, Divap, Superintendencia de Salud, Cenabast y Dipres (Secretaría Técnica GES 2022).

²⁶ Los representantes de estas facultades son elegidos mediante votación, organizada por la Subsecretaría de Salud Pública.

sus miembros es funcionario público). Los consejeros duran tres años en sus cargos y su designación puede renovarse por una vez, y no perciben remuneración por su participación (Minsal 2005a). El consejo se debe reunir a lo menos dos veces por año, sin perjuicio de ser convocado por el ministro cada vez que lo estime necesario (Minsal 2004).

El consejo consultivo elabora un Informe de Opinión Fundada de Garantías GES, el que remite a los ministros de Salud y de Hacienda, con copia a la Secretaría Técnica GES. Las decisiones finales sobre las garantías GES se establecen vía Decreto Supremo del Minsal, firmado por los ministros de Salud y de Hacienda. Este decreto contiene el arancel GES final de las distintas canastas de prestaciones, para cada uno de los PS garantizados, y el valor del copago que le corresponde pagar al beneficiario.²⁷

Ley Ricarte Soto (LRS)

La Ley 20.850 (LRS en adelante) fue promulgada en 2015 con el objetivo de establecer un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo declarados financiados por este régimen. El listado de prestaciones y medicamentos cubiertos se define mediante D.S. fundado, suscrito por los ministros de Salud y de Hacienda. Las garantías tienen vigencia de tres años y se prorrogan automáticamente por igual período, si no se determina lo contrario. El beneficio aplica para todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile (Fonasa, Isapre y otros) y cubre el 100% del costo de las prestaciones garantizadas, sin copago del paciente.

La Central de Abastecimiento, Cenabast, es la encargada de adquirir los productos necesarios para los tratamientos cubiertos por la LRS, conforme a la Ley de Compras Públicas y su reglamento, mientras que Fonasa gestiona la entrega del financiamiento (Poblete 2022). En 2024, el gasto asociado a las prestaciones y medicamentos financiados por esta ley alcanzó USD 196MM, i.e. 1,4% de los recursos ejecutados por Fonasa ese año.

²⁷ Actualmente aplica la condición general de copago cero a todos los beneficiarios Fonasa, según lo establece la R.E. 1112 (Minsal 2022c). Los beneficiarios Isapre siguen estando afectados al copago definido en el arancel GES.

Procesos para determinar las garantías LRS

El D.S. 13 (Minsal 2017) reglamenta el proceso para determinar los diagnósticos y tratamientos cubiertos por la LRS. Además existe un manual (R.E. 1064, Minsal 2023) para establecer las garantías e implementar la LRS. El reglamento señala que cualquier persona puede presentar ante el Minsal una solicitud de evaluación de alguna tecnología sanitaria, con el propósito de ser incorporada al sistema de cobertura de la LRS.

No obstante, para incorporar diagnósticos y tratamientos a la LRS es necesario que: (i) su costo sea igual o superior al 'Umbral Nacional de Costo Anual', definido por los Ministerios de Salud y de Hacienda cada tres años y que corresponde al 40% de los ingresos familiares promedio anual, una vez cubiertos los gastos básicos de subsistencia²⁸ (Art. 6, LRS); (ii) su gasto no supere el 110% del fondo total disponible, que fija el Ministerio de Hacienda para cubrir las garantías; (iii) las tecnologías sanitarias por incluir cuenten con registro o autorización en algún país que cuente con una autoridad regulatoria de 'alta vigilancia sanitaria', según lo determine el ISP de Chile; (iv) hayan resultado en una favorable evaluación científica de la evidencia; (v) hayan sido recomendados por la Comisión de Recomendación Priorizada (CRP, en adelante), y (vi) los Ministerios de Salud y de Hacienda hayan determinado su incorporación al sistema.

A pesar de la periodicidad trianual estipulada legalmente, durante sus primeros años y hasta 2019 se promulgaron revisiones anuales de las garantías incluidas.²⁹ Luego pasaron seis años hasta realizarse la última revisión, publicada en enero de 2025 (D.S. 36, Minsal 2025).³⁰ En esta revisión se incluyeron nuevos fármacos para el tratamiento de dos patologías. A la fecha, las garantías LRS están asociadas a 27 problemas de salud.

La LRS instauró un mecanismo de Precio Máximo Industrial (PMI), i.e., el valor máximo a pagar por una determinada tecnología sanitaria que es parte de las garantías LRS (Art. 19, D.S.13, Minsal 2017). El PMI

²⁸ El Decreto 47 (Minsal 2022b) fijó este umbral en un costo anual de tratamiento de \$3.165.535. Este umbral se fija en conjunto por los Ministerios de Salud y de Hacienda.

²⁹ D.S. 87/2015-2016, D.S. 50/2017, D.S. 47/2018 y D.S. 2/2019, todos del Minsal.

³⁰ Según dichos del senador Juan Luis Castro, en seminario de la Facultad de Medicina UC (16 de octubre de 2024), el último decreto de la Ley 20.850, de 2019, vigente hasta ese entonces, se mantenía debido a que "la LRS está frenada por financiamiento".

es determinado por el Departamento ETESA/SBE a través de una regla de valor mínimo entre tres fuentes de precios: (i) el precio de referencia internacional (el promedio de los tres menores precios entre los países analizados); (ii) el precio obtenido en las plataformas Mercado Público o Cenabast (se usa el precio mínimo de adjudicación en el año previo al de análisis), y (iii) el precio promedio de cotizaciones obtenidas en un proceso de solicitud de información a proveedores, que realiza ETESA/SBE. El PMI funciona como un precio máximo para casos en que la oferta del producto presenta la condición de 'monoproveedor'. Cuando ingresan proveedores adicionales, lo esperable es que los precios de compra sean menores al PMI (Poblete 2022).³¹

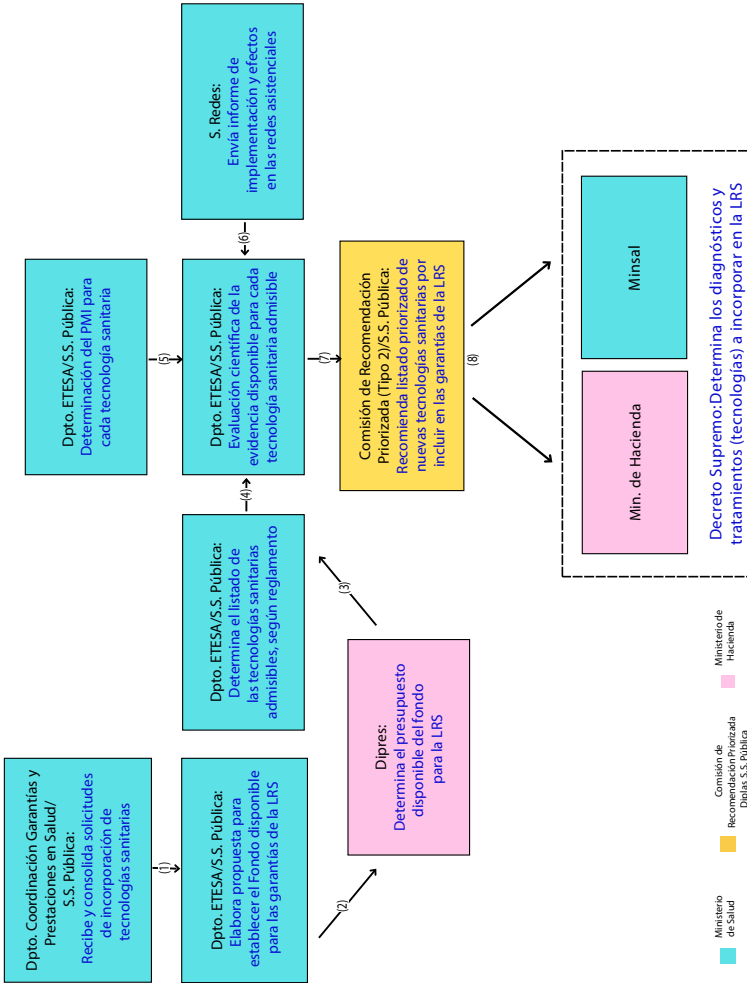
El reglamento y el manual de la LRS norman los procesos a seguir para determinar los diagnósticos y tratamientos a ser cubiertos por las garantías LRS. La Figura 3 los esquematiza.

La Subsecretaría de Salud Pública (SSP) cumple un rol de coordinación general en el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias: primero, el Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud es el encargado de recibir y consolidar las solicitudes, i.e., pares (tecnología, problema de salud); luego debe enviarlas al Departamento ETESA/SBE para iniciar la siguiente etapa de evaluación.

Las solicitudes que cumplen con todos los requisitos establecidos pasan a la etapa de 'Evaluación científica basada en evidencia disponible'. Aquí trabaja principalmente el Departamento ETESA/SBA (dependiente de la SSP). La evaluación incluye estudios sobre eficacia y efectividad, seguridad, alternativas disponibles, evaluación económica, condiciones de pago, impacto presupuestario, entre otros aspectos. En esta etapa, ETESA/SBE determina el PMI para cada tecnología sanitaria en evaluación. También se analiza el efecto de incluir nuevas garantías según la capacidad disponible en las redes asistenciales; para esto, ETESA/SBE solicita un informe a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (S. Redes). Las evaluaciones consideradas favorables pasan a la siguiente etapa, de 'Recomendación priorizada' (Minsal 2017).

³¹ Poblete (2022, 71-73) realizó un análisis empírico sobre 19 medicamentos contemplados en la LRS. Encontró que para licitaciones 'monoproveedor' (N=15 en la muestra), el PMI actuó como máximo restrictivo, salvo en tres casos con precios de compra en torno al 60% del PMI. En el caso de medicamentos con 'multiproveedor' (N=4), los precios de compra fluctuaron en torno al 40% del PMI.

Figura 3. ESTABLECIMIENTO DE GARANTÍAS LRS



Fuente: Elaboración propia en base a reglamentos, manuales y decisiones administrativas del Minsal.

La LRS crea la Comisión de Recomendación Priorizada (CRP), cuya función es recomendar de forma priorizada, a los ministros de Salud y de Hacienda, la inclusión de un determinado diagnóstico o tratamiento de alto costo, en base al Informe de Evaluación Científica. La constitución de la CRP está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública. El subsecretario de Salud Pública integra y preside la CRP. El trabajo de la CRP se coordina a través del Departamento de Coordinación de Garantías de Diplas. La recomendación de la CRP no es vinculante para la decisión final de los ministros (Minsal 2023).

La CRP está integrada por quince miembros. El único de sus miembros que es funcionario público es el subsecretario.³² Así, la CRP es una comisión asesora tipo 2 (composición mixta). Del resto de sus miembros, doce son expertos en áreas diversas (medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario, fármacos, entre otras). Todos ellos son designados, previa convocatoria pública, por un comité *ad hoc* a esta tarea (conformado por empleados públicos y no funcionarios públicos). Los otros dos miembros son elegidos por agrupaciones de pacientes. Las designaciones de los miembros de la CRP son formalizadas mediante R.E. del Minsal. La lista de sus miembros es información pública. Los integrantes de la CRP duran tres años en el cargo y pueden renovarse solo por una vez, y su participación es *ad honorem*.

Brechas de atención MAI y compras directas a prestadores privados

Cada año, Fonasa financia un conjunto de compras directas de servicios de salud a prestadores privados para resolver brechas (déficit) de atención que, por diversos motivos, se generan dentro de la red pública de salud, i.e., en la entrega de servicios vía Modalidad de Atención Institucional (MAI). Una proporción significativa de estas brechas corresponde a lo que se conoce como 'listas de espera'.³³

³² Según respuesta obtenida desde la SSP vía Portal de Transparencia (Oficio CP 695/2025 [13 de enero 2025]), "el proceso de convocatoria pública para los participantes de la Comisión de Recomendación Priorizadas (Ley 20.850) no prohíbe la postulación de empleados públicos", por lo que eventualmente podría haber más de uno.

³³ Las 'brechas MAI' también incluyen algunas atenciones que no son parte de 'listas de espera', e.g., atenciones recibidas por Ley de Urgencia (19.650).

Los convenios que Fonasa establece con prestadores privados operan desde hace varias décadas. Con el tiempo han ido cambiando los mecanismos de adquisición. Por ejemplo, los convenios para derivar a pacientes a camas críticas en la red privada existen desde 2015 (Sánchez, Inostroza y Ahumada 2024). Estos son procesos de compra distintos de los financiamientos entregados por Fonasa para prestaciones vía Modalidad Libre Atención (MLE). El conjunto de programas de compra incluidos en el cierre de brechas MAI representaron en 2024 el 6% de los recursos totales ejecutados por Fonasa (equivalen en conjunto al 88% del gasto anual en MLE).

Estos programas de compra de servicios a prestadores privados no siempre corresponden a garantías sociales establecidas por ley. En 2024, las principales partidas fueron compra de servicios de diálisis, servicios por Ley de Urgencia, compra de camas críticas y la resolución de retrasos y reclamos en el acceso a garantías GES (ver Tabla 1).

Tabla 1. RECURSOS PRESUPUESTARIOS EJECUTADOS POR FONASA PARA EL CIERRE DE BRECHAS MAI DURANTE 2024 (VALORES EN MM DE CLP CORRIENTES DEL AÑO)

Ítem	Valor	% del total
Diálisis	238.808,68	33,1
Camas críticas	77.269,76	10,7
Retrasos y reclamos GES	80.574,38	11,2
Ley de Urgencia	273.951,27	37,9
ELEAM *	10.553,17	1,5
Otras compras y programas	41.136,86	5,7
(a) = TOTAL	722.294,13	100,0
(a) como % del total ejecutado por Fonasa, 2024		5,3%

Nota: * Servicios de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).

Fuente: Respuesta obtenida de Fonasa (vía Portal de Transparencia Oficio Ordinario 1G N 23302/2025 [15 de septiembre 2025]).

Para contratar estos servicios no existe una periodicidad específica. Las contrataciones se realizan según necesidad, contingencia epidemiológica o para continuar procesos previos de compra. No hay protocolos explícitos de decisión, en forma de reglamento o manual,

que sean públicos y específicos para estos programas de compra pública.³⁴

El proceso de compra está a cargo de la División de Gestión Comercial de Fonasa, rigiéndose por la Ley de Compras Públicas. Se privilegian, por lo tanto, en primer lugar, los convenios mediante licitación pública, luego por licitación privada y, como último recurso, las compras vía trato directo. Además, se usan prioritariamente Convenios Marco cuando la naturaleza de los servicios y las condiciones de contratación lo permiten.³⁵ En cada contrato de compra se establecen los valores que Fonasa pagará por prestación entregada. En el caso de los procesos licitatorios o tratos directos, “los precios o valores que Fonasa pagará se determinan en función de, entre otros, estudios de costos, levantamiento de oferta disponible, confección de canastas y disponibilidad presupuestaria”.³⁶

Respecto de los criterios para elegir prestadores en los programas de compras con montos más significativos (diálisis y camas críticas), se considera evaluación de oferta económica, de oferta técnica, cumplimiento de requisitos formales, condiciones de empleo y remuneración, entre otros criterios específicos al servicio que se esté contratando.³⁷ Las ponderaciones de cada criterio varían según el servicio, pero la oferta económica es la que más pesa.

En el caso de adquisiciones que se realizan bajo la Ley de Compras Públicas, si los montos por comprar superan las 1.000 UTM o si el proceso de compra es de alta complejidad, la ley exige que las compras se realicen vía licitación y que para estos efectos se constituya una comisión

³⁴ En audiencia solicitada por Ley de Lobby (con fecha 3 de febrero 2025), los funcionarios de Fonasa, Camila Medina y Augusto Espinoza, señalaron que el único reglamento que rige este proceso es el establecido en la Ley de Compras Públicas. Explicaron que la función inherente de Fonasa es garantizar a sus beneficiarios el acceso a los servicios necesarios, sea a través de la red pública o privada. También, que si bien la identificación de brechas en la cobertura puede ser realizada tanto por Fonasa como por el Minsal, las compras deben ser gestionadas por Fonasa, ya que es el único organismo público facultado para ello.

³⁵ Para utilizar esta tienda virtual, los bienes transados deben ser estandarizables, de consumo frecuente y de uso transversal por el Estado (ChileCompra 2024). Para seleccionar a los proveedores que se incorporan a la tienda virtual de Convenios Marco, ChileCompra lleva a cabo licitaciones públicas (ChileCompra 2017).

³⁶ Respuesta obtenida de Fonasa vía Portal de Transparencia (Oficio Ordinario 19958/2023 [10 de noviembre 2023]).

³⁷ Estos criterios no son exclusivos a las licitaciones gestionadas por Fonasa. Aplican a cualquier institución que compre por Mercado Público.

evaluadora de ofertas.³⁸ La comisión analiza las ofertas recibidas y elabora un informe de propuesta de adjudicación. Esta propuesta no es vinculante para la autoridad licitante.

La comisión evaluadora de ofertas es un grupo asesor que, en términos generales, suele ser de tipo 'interno' (detalles más abajo). Cada proceso de licitación tiene su respectiva comisión evaluadora. La entidad licitante convoca a los miembros de estas comisiones. En el caso de licitaciones relativas al cierre de brechas MAI, las comisiones se conforman por los jefes de distintas unidades de Fonasa. Entre ellas, de la División de Comercialización, de la División de Contraloría de Prestadores, del Departamento de Gestión Comercial Complementaria, de la División de Fiscalía, de la División de Administración, del Departamento GRD, del Departamento Desarrollo de Productos, entre otros.

Además, la normativa general sobre la conformación de comisiones evaluadoras de ofertas (ChileCompra 2016) establece que:

a) La comisión debe estar integrada, como mínimo, por tres funcionarios públicos, que pueden pertenecer o no a la entidad licitante. La incorporación como miembros de expertos externos (no funcionarios públicos) está permitida (en este caso, se contrata a honorarios),³⁹ pero de forma excepcional y con fundamentación. Además, su número debe ser inferior al de los funcionarios públicos. Adicionalmente, se puede invitar a expertos externos para que emitan su opinión.

En el caso de licitaciones realizadas para resolver brechas MAI, funcionarios de Fonasa respondieron (audiencia solicitada vía Ley de Lobby)⁴⁰ que en los últimos años no se ha nombrado a expertos externos para conformar estas comisiones, ni tampoco se ha invitado a expertos externos para que emitan su opinión. En todo caso, según la respuesta de funcionarios de Fonasa, el rol de expertos externos ha estado históricamente vinculado a emitir opiniones de carácter clínico (no financieras).

b) La conformación de la comisión evaluadora de ofertas debe formalizarse mediante un acto administrativo (decreto), firmado por la autoridad de la entidad licitante. La integración de la comisión debe publicarse en www.mercadopublico.cl, previo a la apertura de las ofertas,

³⁸ En otros casos en que se decida usar licitación pública, el conformar comisiones evaluadoras de ofertas es opcional (Ministerio de Hacienda 2024; ChileCompra 2016)

³⁹ Los funcionarios públicos que participan en estas comisiones no reciben remuneración extra por esta participación.

⁴⁰ Información provista por Camila Medina y Augusto Espinoza (3 de febrero 2025).

incluyendo la fecha de inicio de la comisión (el acto administrativo que la constituye) y la fecha de término (la fecha de adjudicación, según las bases de la licitación).

c) Todos los miembros de la comisión deben suscribir una declaración de conflicto de interés y mantener confidencialidad sobre el proceso de evaluación.⁴¹ Además, se recomienda que la comisión genere actas de sus reuniones que reflejen las observaciones o acuerdos relevantes. No obstante, la publicación de estas actas no es obligatoria. En la práctica, en los tres casos analizados de licitaciones para cerrar brechas MAI (una para camas críticas y dos para diálisis), no se encontraron actas que fuesen de acceso público.

3. Transparencia en programas de compra pública en el sector salud

Esta sección identifica vacíos de información pública sobre la toma de decisiones en los programas analizados. El análisis considera estándares de transparencia 'activa',⁴² que clasificamos en tres grupos: (i) estándares que dicen relación con los procesos para tomar decisiones sobre lo que se va a contratar o financiar y para determinar otros condicionantes del precio final de contratación. La Tabla 2 detalla estos estándares. (ii) Estándares relativos a las funciones que ejercen comisiones asesoras. La Tabla 3 detalla este grupo de estándares. (iii) Estándares relacionados con la rendición de cuentas de los recursos fiscales en uso. La Tabla 4 detalla estos estándares. En las tablas 2, 3 y 4, cuando alguno de los programas no cumple con un cierto estándar, la respectiva celda se resalta en color rojo. Cuando la solución al incumplimiento no requiere cambio de ley, la celda incluye un resaltado en color verde. Cuando el cumplimiento con un estándar es de tipo 'parcial', la celda se resalta en color naranja.

⁴¹ Se constató, en una muestra de tres licitaciones de Fonasa (una para camas críticas [diciembre 2023] y dos para diálisis [diciembre 2021 y diciembre 2024]), que estas declaraciones sí eran de acceso público.

⁴² Aunque en ocasiones la información de interés puede ser obtenida mediante el Portal de Transparencia, el espacio que queda entre transparencia 'activa' y 'pasiva' (Ley 20.285) en la práctica suele ser amplio: las respuestas a las peticiones de información suelen tardar más de un tiempo aconsejable y las respuestas finales no siempre incluyen todo lo solicitado. Por tanto, estimamos pertinente la transformación hacia un sistema efectivamente transparente, consistente con la definición de 'transparencia activa' en la Ley 20.285.

Estándares de transparencia en los procesos para la toma de decisiones

La Tabla 2 resume el cumplimiento (o no) de cada uno de los once estándares considerados en este grupo. A continuación se comentan los resultados reportados. En las siguientes tablas usamos el vocablo 'normativa' para referirnos, indistintamente, a una ley, decreto, R.E., reglamento o manual.

Aranceles MLE

Este mecanismo presenta cumplimiento en siete de los once estándares considerados en esta categoría. Respecto de la determinación de lo que se va a contratar o financiar, si bien existe un protocolo explícito y escrito de decisión para este proceso (R.E. 947), no se exige que sea público y en la práctica no lo es (la R.E. 947 fue obtenida vía solicitud en el Portal de Transparencia). Entre los aspectos positivos, los aranceles MLE se determinan de forma *ex ante* a la contratación final, su contenido es de acceso público y la periodicidad de su actualización es regular (anual) y se conoce con certeza.

En cuanto a la determinación de otros condicionantes del precio final de contratación, el cumplimiento de estos cinco estándares es similar a los seis anteriores: protocolo establecido (pero no público), transparencia en los precios a pagar y periodicidad predeterminada en su vigencia.

Programa GES

Este programa muestra un alto grado de cumplimiento con (diez de once de) los estándares considerados en la Tabla 2. En cuanto a la determinación de lo que se va a contratar o financiar, existe un protocolo explícito y escrito de decisión para este proceso (un reglamento y un manual), y se exige por ley que el reglamento sea público y así ha operado.⁴³ Cada tres años se actualiza la lista y el contenido de las garantías GES, lo que es de acceso público.

⁴³ En el caso del manual GES, una R.E. establece la obligación de que este sea público (en la práctica así ha ocurrido).

Tabla 2. PROCESOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

	(1) Aranceles MLE (1985→)	(2) Programa GES (2004→)	(3) Ley Ricarte Soto (LRS) (2015→)	(4) Brechas de atención MAI (1980s→)
Sobre la determinación de lo que se va a contratar o financiar:				
A1. Existe un protocolo explícito y escrito de decisión, que sea específico a este programa.	Sí (R.E. 947/2018, Fonasa)	Sí (D.S. 121/2005, Minsal)	Sí (D.S. 13/2017, Minsal)	No No requiere cambio de ley
A2. Existe obligación legal ⁴⁴ de que este protocolo sea de acceso público.	No	Sí (por definición de D.S.)	Sí (por definición de D.S.)	No
A3. Este protocolo es de acceso público.	No No requiere cambio de ley	Sí	Sí	No No requiere cambio de ley
A4. ¿Se determina en forma <i>ex ante</i> un listado de prestaciones (o medicamentos) a contratar?	Sí	Sí	Sí	No aplica
A5. Este listado de prestaciones (o medicamentos) a contratar es de acceso público.	Sí	Sí	Sí	No No requiere cambio de ley
A6. Existe periodicidad explícita en la determinación del listado de prestaciones (o medicamentos) a contratar, y esto se establece en normativa de acceso público.	Sí (anualmente)	Sí (cada 3 años)	Sí (cada 3 años)	No aplica
Sobre la determinación de (otros) condicionantes del precio final de contratación:				
A7. Existe un protocolo explícito y escrito de decisión para este proceso.	Sí	Sí	Sí	Sí
A8. Existe obligación legal de que este protocolo sea de acceso público.	No	No	Sí ⁴⁵ (por definición de D.S.)	Sí
A9. Este protocolo es de acceso público.	No No requiere cambio de ley	Sí	Sí	Sí
A10. Los precios que se pagan por las prestaciones o medicamentos a contratar son de acceso público.	Sí	Sí	Sí	Parcialmente No requiere cambio de ley
A11. Existe periodicidad explícita en la determinación de los precios que se pagan, y se establece en normativa de acceso público.	Sí (anualmente)	Sí (cada 3 años)	Sí (cada 3 años)	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a la normativa que aplica en cada caso.

⁴⁴ Para efectos de este artículo se entiende que una disposición tiene 'obligación legal' cuando su existencia se encuentra respaldada por ley o por decreto supremo. Cuando su fundamento es una resolución exenta, se considera que no tiene obligación legal dado que este acto administrativo no requiere toma de razón por parte de la Contraloría General de la República y tiene un carácter eminentemente operativo.

⁴⁵ Nótese que, si bien el reglamento describe las etapas generales involucradas en la determinación del PMI, incluyendo su límite superior y los precios de referencia mínimos utilizados, el detalle metodológico se encuentra contenido en la Norma Técnica mencionada en el Art. 24 del reglamento. Esta norma técnica no tiene obligatoriedad legal de ser pública.

No obstante, hemos detectado un par de vacíos de transparencia en los procesos usados para determinar qué se va a contratar o financiar:

- a) De forma complementaria al trabajo que realiza el grupo de trabajo para la elaboración de las garantías GES (ver Figura 2), el manual GES faculta a la Secretaría Técnica GES para considerar la participación y opinión de terceros expertos o de representantes de grupos de interés relevantes. Sin embargo, no pudimos encontrar algún protocolo de acceso público (ni en el reglamento ni en el manual de la Ley GES) que norme las condiciones bajo las cuales debe operar este proceso de recolección de opiniones, ni cómo operan los procesos de selección de los expertos externos que participan en la definición (propuesta preliminar) de las canastas de prestaciones.⁴⁶
- b) Respecto del *ranking* de priorización de las patologías por garantizar bajo GES, proceso a cargo de la Secretaría Técnica GES, se identificó información complementaria a lo establecido en el manual GES, que regula los criterios para priorizar. En la última acta publicada por el consejo consultivo (fecha el 24 de enero de 2025), se adjunta la metodología utilizada por la Secretaría Técnica para priorizar los ocho nuevos PS considerados en el decreto GES 2025-2028. Se explicitan los cuatro criterios empleados (criterio epidemiológico, preferencias sociales, impacto en la red asistencial y equidad), junto con las variables específicas utilizadas en cada caso y sus fuentes de información. Si bien aún persisten algunos desafíos extras en materia de transparencia, e.g., no se explicita la ponderación específica de cada criterio en la construcción de *ranking* final entre patologías por cubrir, los avances mostrados en el acta final del consejo consultivo representan una mejora importante para lograr un proceso de toma de decisiones más transparente y trazable por terceros interesados.

En lo que se refiere a la determinación de condicionantes del precio final de contratación, el manual GES define un orden de priorización explícito (de criterios) para valorizar las canastas de prestaciones. Aunque no existe la obligación legal de que este manual sea de acceso pú-

⁴⁶ En todo caso, respecto de la participación de expertos externos en la burocracia estatal a cargo de definir las prestaciones GES, el manual GES sí establece que se les debe solicitar declaración de intereses y que firmen un acuerdo de confidencialidad.

blico, en la práctica lo es. El objetivo de los valores incluidos en los aranceles GES es definir el valor del correspondiente copago. Los aranceles de cada garantía GES se hacen públicos por medio de un D.S. firmado por el Minsal y por el Ministerio de Hacienda.

Ley Ricarte Soto (LRS)

La LRS presenta un grado generalizado de cumplimiento (once de once) con los estándares de transparencia definidos en la Tabla 2. Respecto de la determinación de lo que se va a contratar o financiar: se especifica un protocolo para la toma de estas decisiones (existe reglamento y manual de la ley). El reglamento y el manual son de acceso público. Además, en forma *ex ante* se determina un listado de diagnósticos y tratamientos cubiertos, lo que es de conocimiento público y se actualiza cada tres años.

En cuanto a la determinación de otros condicionantes del precio final de contratación, se sigue el proceso establecido en el reglamento (y detallado en el manual). Los precios de compra son información pública, tanto los precios máximos establecidos por ley (PMI, definidos según lo establecido en el reglamento) como los finales de contratación (determinados según el mecanismo de compra implementado por Cenabast). El período de vigencia mínima de las garantías LRS está definido en la ley. Los precios se actualizan, de ser necesario, cada tres años. Sin embargo, durante los primeros años de esta ley (2015-2017) se efectuaron revisiones anuales de las garantías LRS.

No obstante lo anterior, es un indicio preocupante —sobre riesgos en contra de la libre competencia— que de los montos totales de compras de medicamentos intermediados por Cenabast, una fracción relevante ocurra a través del mecanismo de trato directo y, en particular, bajo la causal de ‘único proveedor’. Por ejemplo, del total de compras de medicinas intermediadas por Cenabast durante 2018, más del 50% de ellas ocurrió vía trato directo. De estas, un 77% se adquirió bajo causal de ‘único proveedor’. De este último conjunto, un 83% correspondió a compras para los programas LRS y VIH/SIDA. Como lo anticipó Mora y von Wolfersdorff (2019), este tema es preocupante y requiere análisis más detallado.

Compras a privados para resolver brechas MAI

Este programa presenta incumplimiento en cuatro de los once estándares definidos en la Tabla 2, y en el caso del estándar A10 el cumplimiento es parcial.⁴⁷ Para interpretar de forma correcta esta métrica de incumplimientos, comentamos aquí un par de precisiones.

En este programa, los servicios a contratar con proveedores privados se van definiendo caso a caso, según la ocurrencia de brechas de acceso en la red pública. La magnitud y secuencia temporal de estas brechas están condicionadas por problemas de gestión en el sistema público de salud. Estos dependen de contingencias de difícil predicción. Por tanto, no se puede saber *ex ante*, de forma precisa, completa y predecible, qué servicios —en su cuantía y ocurrencia temporal— se va a requerir contratar. Por estas razones, definimos que, en este programa, tres de los estándares que expone la Tabla 2 ‘no aplican’ (A4, A6, A11).⁴⁸ Por lo tanto, ocurre incumplimiento en cuatro de los siete restantes estándares.

Hay dos problemas de fondo en estos incumplimientos. El primero es que, si bien las compras en este programa se rigen por las normas generales que aplican por la Ley de Compras Públicas, no existen protocolos explícitos de decisión que sean públicos y específicos a este programa. Por ejemplo, no existe información pública detallada sobre qué procesos y métodos se usan para definir la lista y acumulación de casos con ‘brechas de acceso’; tampoco sobre qué criterios se usan para priorizar, en el cierre de brechas, entre los distintos casos de ‘no acceso a atención’. El segundo problema es que las decisiones de compra se llevan a cabo sin acceso público al detalle de los procesos intermedios

⁴⁷ Los precios pagados deberían ser públicos dado que todas las compras se realizan vía Mercado Público. No obstante, la identificación de estos precios en las bases de datos disponibles no siempre es directa. Por ejemplo: al filtrar por ‘diálisis’, o por ‘retrasos y reclamos GES en la plataforma Mercado Público, el monto de gasto anual reportado en cada caso es significativamente superior al directamente informado por Fonasa respecto de ‘Brechas de atención MAI’ (vía solicitud de Transparencia; ver Tabla 1). Respecto de ‘camas críticas’, en las bases de Mercado Público no existe una glosa específica que use este vocablo. Este análisis se realizó, a modo ilustrativo, para el año 2022.

⁴⁸ Si bien algunas prestaciones con déficit de acceso dentro de las brechas MAI, como diálisis o camas críticas, tienden a repetirse año a año, y volúmenes mínimos de atención serían predecibles en estos casos, todavía persiste el problema central de enfrentar incertidumbre sobre la magnitud total, momento y precio de los servicios que deberán contratarse. Por ello, la definición ‘no aplican’ para los estándares A4, A6 y A11 sigue siendo válida para estas prestaciones.

de decisión involucrados. Tampoco existe acceso público —de forma completa, sistemática y en detalle— a los distintos tipos de servicios y prestaciones adquiridas. Respecto del estándar A5, que no se cumple en este caso,⁴⁹ se podría exigir que se publiquen de forma *ex post* las decisiones finales de compra: i.e., publicar cuántos servicios de camas críticas, de diálisis, y cuántos reclamos y retrasos GES, se contrató con privados cada año.

Estándares de transparencia en comisiones asesoras

La Tabla 3 presenta el cumplimiento (o no) de trece estándares de transparencia en labores realizadas por comisiones asesoras, sean de tipo interno o externo, y que son parte de los procesos de decisión en los programas analizados. En una celda, el cumplimiento con el criterio (B3) se reporta como ‘Sí’, lo que se explica al analizar esta tabla. También se explica cuando el cumplimiento de un cierto estándar se reporta como ‘mayoritariamente’ (celdas en verde).

Comisiones asesoras externas

GES: consejo consultivo

Presenta cumplimiento pleno en nueve de los trece estándares de transparencia de la Tabla 3. En el estándar B3, el cumplimiento se reporta como ‘mayoritariamente’ por lo siguiente: de los nueve miembros en total del consejo, cinco representantes de facultades universitarias deben cumplir criterios explícitos de selección. Estos criterios se definen en el reglamento del consejo (Decreto 69, Minsal 2005a), de acceso público. Pero este reglamento no explicita criterios de selección para los otros cuatro miembros del consejo (tres nombrados por el presidente de la república y uno, por la Academia Chilena de Medicina).

⁴⁹ No existe una base pública de datos, consolidada y periódica, que permita identificar de manera clara, detallada y sistemática las compras asociadas al cierre de brechas MAI. En el caso de retrasos GES, presentaciones (disponibles online) de la Dirección de Fonasa identifican como fuente de datos el sistema SIGGES, plataforma que no es de acceso público. En cuanto a los servicios de diálisis adquiridos por Fonasa y provistos por prestadores privados, estos son más fáciles de rastrear en la plataforma Mercado Público (utilizando la palabra clave ‘diálisis’). Su interpretación, sin embargo, no es inmediata: varias de estas compras corresponden a insumos, transporte de pacientes y otros conceptos.

Tabla 3. COMISIONES ASESORAS (INTERNAS Y EXTERNAS)*

	Arancel MLE	GES		LRS	Brechas MAI
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Comisión Arancel MLE (interna)	Grupo de trabajo GES (interno)	Consejo consultivo (externo)	Comisión CRP (externa)	Comisiones evaluadoras de ofertas (interna)
B1. El mandato general de la comisión es explícito, por escrito y de acceso público.	No (R.E. 947/2018, Fonasa)	Sí (Manual GES)	Sí (D.S. 69/2005, Minsal)	Sí (Art. 8 Ley 20.850/2015, Minsal)	Sí (D.S. 661/2024, Min. de Hacienda)
B2. Existe obligación legal de que este mandato sea de acceso público.	No		Sí (por definición de D.S.)	Sí (por Ley 20.850)	Sí (por definición de D.S.)
B3. Los criterios de selección de sus miembros son explícitos y están establecidos por escrito.	No ^a	¿Sí?	Mayoritariamente (Decreto 69, Minsal 2005a)	Sí	Parcialmente ^b
B4. Estos criterios son de acceso público.	No	Sí	Sí	Sí	Sí
B5. En normativa se establece a quién debe reportar la comisión.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^c
B6. La normativa precedente es de acceso público.	No	Sí	Sí	Sí	Sí
B7. La lista de sus miembros es de acceso público.	No	Parcialmente	Sí	Sí	Parcialmente ^d
B8. La exigencia de una 'Declaración de (conflictos de) intereses' de los miembros está normada.	No	No	No	Sí	Sí
B9. La 'Declaración de (conflictos de) intereses' de sus miembros es de acceso público.	No	No	No	No	Sí
B10. Las causales de inhabilidad están normadas y son de acceso público.	No	No	Sí	Sí	No
B11. La duración del nombramiento es limitada (mandato fijo o renovable).	Sí ^e	Sí ^e	Sí (3 años)	Sí (3 años)	Sí ^e
B12. Las actas de las sesiones son de acceso público.	No	No	Sí	Parcialmente	No
B13. El documento de recomendación de la comisión es de acceso público.	No	No	No	Mayoritariamente	Sí

Nota: * En esta tabla, ninguna mejora requiere cambio de ley, dado que los mandatos de estas comisiones no provienen de leyes ni de decretos supremos. Posibles mejoras solo requieren cambios vía actos administrativos.

^a La R.E. 947 no explicita requisitos particulares para la selección de los miembros, salvo que participan en "las etapas relacionadas con sus funciones específicas" (Etapa 1, R.E. 947, Fonasa 2018).

^b La Directiva 14 de ChileCompra (2016) establece 'recomendaciones' para seleccionar a los miembros, pero estas no se definen como obligatorias.

^c Cada comisión evaluadora de ofertas reporta a cada entidad licitante (Fonasa en los casos aquí analizados).

^d La Directiva 14 de ChileCompra (2016) sugiere que se identifique a los integrantes de la comisión a través de un acto administrativo, pero esto no es obligatorio.

^e La respectiva normativa no establece de forma explícita una duración para estos nombramientos, pero se deduce que estos tienen un plazo determinado y conocido.

Fuente: Elaboración propia en base a sección 2 de este artículo, normativa que aplica en cada caso y revisión de sitios online de reparticiones dependientes del Minsal.

En relación con el resto de los estándares con pleno cumplimiento: (i) el Decreto 69 establece el mandato del consejo. (ii) El nombramiento y listado de sus miembros se formaliza a través de una R.E. del Minsal (de acceso público). (iii) El manual GES (de acceso público) norma a quiénes debe reportar este consejo. (iv) El Decreto 69/Art. 26 establece las causas de inhabilidad para ejercer el cargo de consejero. (v) Los consejeros permanecen en sus cargos por un período de tres años y su designación puede renovarse solo por una vez. (vi) Se deben levantar actas de cada sesión que celebre el consejo —la normativa no exige que las actas sean públicas, pero en la práctica todas lo son.

Respecto de los estándares de transparencia que no se cumplen: (vii) la normativa no exige que los miembros del consejo realicen declaración de intereses; (viii) la normativa no exige que el informe de opinión fundada del consejo consultivo, que se presenta a los ministros de Salud y de Hacienda, sea público —en la práctica no lo es (B13).

LRS: Comisión de Recomendación Priorizada (CRP)

Presenta cumplimiento pleno en once de los trece estándares de transparencia definidos en la Tabla 3.

En el caso del criterio B12, se reporta cumplimiento ‘parcial’ por lo siguiente: el reglamento de la ley (Decreto 13, Minsal 2017) exige que se levanten actas de cada sesión de la CRP, pero no exige que sean públicas. En la práctica, en el sitio web de la CRP se encuentran disponibles tres tipos de actas: Actas de Sesión Ordinaria, Actas de Recursos de Impugnación y Actas Finales. Existen actas disponibles para los años 2017, 2018 y 2023. No podemos asegurar con certeza que este conjunto de actas incluya la totalidad de las sesiones ocurridas.

Respecto del criterio B13, se reporta cumplimiento ‘mayoritario’ por lo siguiente: el reglamento de la ley (implementado a partir del año 2017) exige que se hagan públicas las actas con las conclusiones del análisis realizado por la CRP. En la práctica, solo hay actas finales públicas para los años 2017, 2018 y 2023, no para 2015-2016.

En cuanto al resto de los estándares definidos en la Tabla 3: (i) El mandato general de la CRP está definido en la ley, que es pública. Su mandato es recomendar los diagnósticos y tratamientos que debieran quedar cubiertos con las garantías LRS. (ii) El nombramiento de sus miembros está formalizado por una R.E. del Minsal (la última es la 1061),

donde se lista a sus miembros; esta R.E. es de acceso público. (iii) El reglamento de la LRS (de acceso público) establece criterios explícitos de selección para definir a sus miembros (Art. 37, Minsal 2017). No obstante, en esta lista de criterios no se define un sistema explícito de cuoteo según disciplinas profesionales.⁵⁰ (iv) Criterio B5: la ley establece que el proceso para determinar las patologías y tratamientos a ser cubiertos por la LRS está a cargo de la SSP, la que debe constituir a la CRP. La recomendación de la CRP se entrega a los ministros de Salud y de Hacienda, quienes firman las coberturas a ser garantizadas vía D.S. fundado (Art. 70 del reglamento). (v) Criterio B9: los miembros de la CRP tienen la obligación de presentar una declaración de intereses al asumir sus cargos mediante un formulario que les proporciona la SSP (Art. 46 del reglamento). Pero no existe obligación legal de que estas declaraciones sean públicas y en la práctica no lo son. (vi) Criterio B10: el reglamento establece las causales de inhabilidad para ser miembro de la CRP (el reglamento es de acceso público). (vii) Criterio B11: los miembros de la CRP permanecen en sus cargos por un período de tres años, con opción de una renovación.

Comisiones asesoras internas

Comisión Arancel MLE

Presenta un muy bajo nivel de cumplimiento (en solo dos de los trece criterios) con los estándares definidos en la Tabla 3. Para los (i) criterios B1, B2 y B6, el mandato general de la comisión se explicita en la R.E. 947/2018, pero esta R.E. no es de acceso público. Por esta misma razón tampoco se satisface el criterio B6. (ii) Criterios B3, B4 y B7: si bien la creación de esta comisión y la lista total de sus miembros quedan formalizados mediante una resolución administrativa (o vía correo electrónico), esta información no es pública. (iii) Criterios B8, B9 y B10: no se exige que sus integrantes realicen declaración de intereses; tampoco se establecen causales explícitas de inhabilidad. (iv) Criterio B11: no

⁵⁰ Sin embargo, el Art. 39 del Decreto 13 dice: "Si el número de postulaciones excede a los cargos necesarios a proveer, se priorizará a aquellos postulantes que pertenezcan a diferentes áreas a las que se refiere la letra a) del art. 36 [i.e., los doce miembros designados por convocatoria pública, de un total de quince] de modo de velar porque en la composición de la comisión exista la mayor representatividad de todas ellas" (Minsal 2017).

hay información pública sobre la duración de estos nombramientos. (v) Criterio B12: la normativa no exige que las actas de las sesiones sean públicas y en la práctica no lo son. (vi) Si bien se permite la participación de representantes de grupos de interés en el proceso de preparación de la propuesta arancelaria, no existe normativa (al menos pública) sobre esta participación. No existe registro público⁵¹ sobre quiénes participan en estas instancias; tampoco existe un formulario oficial para solicitar participación en estas instancias.

Grupo de Trabajo GES

Presenta cumplimiento pleno en cinco de los trece estándares de transparencia definidos en la Tabla 3. En el caso del estándar B3 se registra ‘¿Sí?’ por lo siguiente: el manual GES enumera las dependencias públicas que, como mínimo, deben tener representación en este grupo de trabajo. El manual también norma que la Secretaría Técnica GES debe determinar todas las dependencias públicas “que por sus competencias deben formar parte del [de este] grupo” (Secretaría Técnica GES 2022, 25). Esta información es pública porque el manual GES *de facto* lo es.

Dada la relevancia pública del programa de garantías GES y la cuantía de los recursos fiscales que su desarrollo involucra, sería deseable que se detallan con mayor precisión los criterios para seleccionar a los miembros de este grupo asesor; más aún debido a los vacíos de información pública que, en este caso, prevalecen respecto de otros importantes criterios de transparencia (B8-B10 y B12-B13).

En caso del estándar B7 se reporta cumplimiento ‘parcial’ por lo siguiente: el manual GES señala la membresía mínima que debe formar parte de este grupo de trabajo, señalando las dependencias públicas que deben estar representadas, como mínimo, en este grupo. Pero no existe obligación legal de que la lista completa de los nombres de sus integrantes sea pública. La R.E. 1177 del Minsal (Secretaría Técnica GES 2022, 101), que constituyó este grupo de trabajo en octubre de 2016, lista y detalla la identidad del total de 18 miembros que, en esa fecha, fueron nombrados para conformar este grupo durante el período 2016-2019. Sin

⁵¹ Según revisión del sitio web oficial de la modalidad MLE.

embargo, no pudimos identificar otros documentos, de acceso público, que informen este detalle para períodos posteriores.

Respecto de los criterios de transparencia de la Tabla 3 que sí se cumplen en este caso: la constitución de este grupo se formaliza mediante una R.E. del Minsal y su mandato general se explicita en el manual GES. En ninguno de estos dos documentos se explicita que exista obligación legal de hacer pública esta información. La información aquí descrita es de acceso público porque el manual GES *de facto* lo es.

En relación a los criterios de transparencia que no se cumplen en este caso, ni el manual ni el reglamento de la Ley GES mencionan que este grupo deba sesionar con una determinada frecuencia mínima. Tampoco se indica que las actas de las sesiones de este grupo deban ser públicas, y en la práctica no lo son (estándar B12). Los integrantes de este grupo no están obligados a presentar declaración de intereses ni tampoco existen causales explícitas de inhabilidad para ser parte de él (más allá de aquellas restricciones generales que aplican según los respectivos contratos como empleados públicos). Por último, la propuesta preliminar del grupo, que da origen al Decreto GES, no es pública (estándar B13).

Brechas MAI: comisiones evaluadoras de ofertas

En este caso hay cumplimiento pleno en nueve de los trece estándares definidos en la Tabla 3. En otros dos estándares (B3 y B7) se registra cumplimiento 'parcial', porque las normas 'recomiendan' o 'sugieren' cumplir con estos criterios, pero no los definen como obligaciones.

Respecto de los nueve estándares que se cumplen, (i) B1-B2: el mandato general está normado, es explícito, por escrito y de acceso público. (ii) B4: los criterios recomendados para la selección de los miembros son de acceso público. (iii) B5-B6: existe normativa sobre a quién(es) debe reportar cada comisión y la normativa es de acceso público (está en las bases de cada licitación). (iv) B8: la norma exige que los miembros de estas comisiones presenten declaración de conflictos de interés. (v) B9: no podemos aseverar con plena certeza si este se cumple siempre. Sí verificamos que B9 se cumple en los dos casos de licitaciones que anali-

zamos (compra de camas críticas y diálisis).⁵² (vi) B13: el documento de recomendación final es de acceso público.

En cuanto a los dos estándares que no se cumplen, (vii) B10: no se especifican causales de inhabilidad. (viii) B12: las actas de las sesiones de estas comisiones no son públicas. Esto lo verificamos para los dos programas de compras vía licitaciones que analizamos ('Camas críticas' y 'Diálisis').

Estándares de transparencia en la rendición de cuentas

La Tabla 4 resume el cumplimiento de dos estándares de transparencia sobre los procesos de rendición de cuentas en el uso de recursos fiscales.

Tabla 4. RENDICIÓN DE CUENTAS DE CADA PROGRAMA

	Aranceles MLE	Sistema GES	LRS	Cierre de brechas MAI
C1. Existe registro regular y completo del gasto presupuestado, y este es de acceso público.	Sí	No Requiere cambio de ley (Ley de Presupuestos)	Sí	Sí
C2. Existe registro regular y completo del gasto ejecutado, y este es de acceso público.	Sí	No No requiere cambio de ley	Sí	Sí

Fuente: Ley de Presupuesto Fiscal. Datos de Presupuesto Abierto (BCN) y datos abiertos de Fonasa.

Tanto para los aranceles MLE como para los programas LRS y brechas de atención MAI existe actualmente información adecuada (regular, completa y pública) sobre el gasto presupuestado y ejecutado. A continuación, entregamos un par de explicaciones respecto del contenido de la Tabla 4.

En relación con el programa Cierre de Brechas MAI, para el estándar C1 se reporta 'Sí', puesto que la Ley de Presupuesto (para Fonasa) incluye, en el subtítulo 24, los montos asignados como "Transferencias

⁵² En los dos casos de licitaciones analizadas ('Diálisis', diciembre 2021 y 'Camas críticas', diciembre 2023), en el acta final de Evaluación de Ofertas se dejó constancia de que los miembros de la comisión, de forma general y colectiva, no poseen los conflictos de interés señalados en la normativa que aplica. Además, en una nueva licitación de servicios de diálisis (diciembre 2024), el sitio web de Mercado Público publicó declaraciones de intereses de cada uno de los miembros de la comisión evaluadora.

corrientes al sector privado”,⁵³ lo que corresponde al financiamiento presupuestado para este programa. Lo informado en la Ley de Presupuestos corresponde al presupuesto total asignado a este programa de compras, sin desglose por subárea o subprograma de gasto. Estimamos que esto último no es un vacío de transparencia, dadas las características propias de este programa de compras. Su propósito esencial es responder a necesidades asistenciales contingentes sobre las cuales no es posible determinar de forma *ex ante* precisa, completa ni predecible, qué servicios se requerirá contratar, ni en qué volumen o momento temporal. Para el estándar C2 se reporta ‘Sí’ dado que el sitio web ‘Datos abiertos de Fonasa’ publica, a partir del año 2023, el detalle del gasto devengado asociado a este programa. Asumimos que esta práctica de transparencia se mantendrá a futuro.

Respecto del programa GES, la respuesta para ambos estándares es ‘No’. Aunque en la Ley de Presupuestos existen glosas (de montos menores) relacionadas con garantías GES, esas glosas no se presentan como partidas GES-específicas, lo que dificulta su identificación directa o inmediata. Además, no es posible determinar, de forma directa, el gasto ejecutado en la red pública para el total de garantías GES, dado que Fonasa no desarrolla un registro sistemático, completo y detallado de este monto.⁵⁴ Para más detalles, ver Anexo B.

4. Discusión

Vacíos de transparencia más comunes

A continuación, identificamos seis desafíos generales que prevalecen en las prácticas de transparencia en los programas analizados.

Falta de información pública sobre los procesos de decisión

Este es un problema frecuente en los programas analizados. En el caso de los protocolos de decisión sobre qué contratar (Tabla 2), solo GES y

⁵³ El detalle sobre los usos de estas transferencias corrientes se encuentra especificado (Ley de Presupuestos de Fonasa, 2025) en las glosas 8, 9, 10, 18, 21, 22, 23 y 24. La numeración y contenido de estas glosas puede variar según el año de cada Ley de Presupuestos.

⁵⁴ Sobre este aspecto, se realizaron dos consultas a Fonasa vía Portal de Transparencia, y una tercera consulta, por equivalente mecanismo, a Dipres.

LRS —entre los distintos programas analizados— cumplen con los importantes estándares A2 y A3.

Respecto de los protocolos de decisión que determinan otros condicionantes del precio final de contratación, los vacíos de transparencia son menos generalizados (ver Tabla 2, especialmente los criterios A8 y A9). Aquí, los vacíos de información pública se concentran en el caso de los aranceles MLE.

En cuanto a prácticas de transparencia en el trabajo de comisiones asesoras (ver Tabla 3), los aranceles MLE son nuevamente el peor caso (incumplimiento en once de los trece criterios analizados). Aquí, un problema básico es que la R.E. 947 de Fonasa, que norma la fijación de aranceles MLE, no está disponible en plataformas oficiales del Minsal (solo se pudo acceder a ella a través de solicitud vía Portal de Transparencia). No obstante, esto es simple de solucionar.

De manera similar, la resolución administrativa que crea el grupo de trabajo GES, encargado de elaborar la propuesta preliminar de nuevas garantías GES, no siempre ha sido de acceso público. Solo logramos acceder (en sitios oficiales del Minsal) a la R.E. 1177 que creó este grupo asesor para el período 2016-2019. Esto limita conocer más detalles sobre la conformación de este grupo a través del tiempo y sobre un conjunto de otros criterios de transparencia (B7, B9 y B10). En todo caso, el proceso posterior de revisión de garantías GES que efectúa el consejo consultivo, grupo asesor constituido solo por expertos externos, sí está sujeto a estándares de transparencia más exigentes, aunque todavía perfectibles (detalles en la sección 3).

En el caso del programa 'Cierre de brechas MAI' también se constatan vacíos de información pública sobre el trabajo de las comisiones evaluadoras de ofertas que asesoran en las licitaciones utilizadas para adquirir servicios en este programa (detalles en sección 3).

Ausencia de normativa clara sobre participación de (o consultas a) agentes externos

Un primer ejemplo de este problema ocurre en la comisión aranceles MLE. Esta comisión puede solicitar o recibir información desde agentes externos, incluyendo a representantes de grupos de interés. Esta instancia de participación sin duda tiene beneficios, pero también entraña riesgos. No existe un marco regulatorio claro, al menos con aplicación a

programas de compra pública de servicios de salud, que garantice transparencia en los procesos de consulta a agentes externos a la burocracia estatal. En el caso de la comisión aranceles MLE, no se publica información sobre qué agentes externos participan en sus instancias de análisis y deliberación; tampoco existe información pública sobre los criterios utilizados para seleccionar a entrevistados, en el caso de ser invitados por la comisión. Tampoco se cuenta con un formulario oficial para solicitar participación a terceros externos, lo que sí se halla en países como Estados Unidos (U.S. Government 1972).

Otro ejemplo ocurre en el grupo de trabajo (interno) a cargo de elaborar cada tres años la propuesta preliminar de garantías GES. En esta instancia se puede solicitar la opinión de agentes externos, incluidos representantes de grupos de interés. Nuevamente, no existen protocolos claros sobre cómo se deben desarrollar las consultas efectuadas o las solicitudes de información a los agentes externos.

Falta de regulación en la selección y supervisión de miembros de comisiones asesoras

Respecto de información sobre los criterios de selección de miembros de comisiones asesoras (ver criterios B3-B4 en la Tabla 3), existen vacíos de información pública en el caso de la comisión aranceles MLE.

Hay otras dos comisiones asesoras en donde también sería deseable contar con exigencias más detalladas respecto de lo que establecen los criterios B3-B4. (i) En las comisiones evaluadoras de ofertas ('Cierre de brechas MAI') no se establecen criterios estrictos de selección respecto de sus miembros. La normativa se limita a entregar 'recomendaciones', sin que ellas constituyan exigencia formal. (ii) Algo similar ocurre con el grupo de trabajo (interno) que define la propuesta preliminar de garantías GES; la normativa (manual GES) establece que los miembros de este grupo son elegidos "[dado que] por sus competencias deben formar del grupo" (Secretaría Técnica GES 2022, 25), sin explicitar más detalles.

Además, en varios de los programas analizados no se exige que los miembros de comisiones asesoras realicen declaración de intereses (criterio B8, Tabla 3). Es el caso de la comisión aranceles MLE y de los dos grupos asesores que trabajan en proponer las garantías GES. En los casos en que se exige realizar declaración de intereses, la situación predominante es que estas declaraciones no son de acceso público (criterio B9).

La única excepción a esto último se verificó en los casos específicos de comisiones evaluadoras de ofertas que analizamos para un par de licitaciones implementadas para adquirir servicios de diálisis y camas críticas.

Tampoco es la regla general que se normen causales claras de inhabilidad o que esta información sea de acceso público (ver criterio B10). Esta falencia se constató en los casos de la comisión aranceles MLE, en el grupo de trabajo que establece la propuesta preliminar sobre las garantías GES y en las comisiones evaluadoras de ofertas ('Cierre de brechas MAI').

Este conjunto de vacíos regulatorios puede favorecer la ocurrencia de conflictos indeseados de interés.

Acceso público a actas y documentos que justifican las recomendaciones de comisiones asesoras

En la mayoría de los programas analizados, las decisiones de recomendación (acta final) y las deliberaciones intermedias (actas de sesiones) de las comisiones asesoras no quedan registradas en documentos de acceso público (criterios B12-B13 en Tabla 3).

Respecto de las actas de sesiones, solo dos programas presentan acceso público (en distinto grado) a estas actas: (i) el consejo consultivo GES entrega pleno acceso público a sus actas, a pesar de que la normativa no le exige publicarlas. (ii) En el caso de la comisión CRP (LRS) existe acceso parcial; aquí la ley solo exige que el acta final ('resolutiva') sea pública, aunque en la práctica también se han publicado otras actas de sesiones (años 2017, 2018 y 2023). No podemos asegurar si este conjunto de actas abarca la totalidad de las sesiones efectuadas.

En cuanto a los documentos de recomendación final de las comisiones asesoras, en solo dos programas existe acceso público (en distinto grado) a estos documentos: (i) pleno acceso en el caso de las comisiones evaluadoras de ofertas, en las licitaciones (organizadas por Fonasa) para adquirir servicios de diálisis y disponibilidad de camas críticas, y (ii) acceso 'mayoritariamente' en el caso de la comisión CRP (LRS) —las actas con las conclusiones de la comisión CRP son públicas para los años 2017, 2018 y 2023. No hay actas resolutivas públicas para el período 2015-2016, ni para el último proceso de recomendación (revisión publicada en enero de 2025).

La falta de acceso público a estos documentos limita que terceros independientes puedan analizar cómo se toman las decisiones y quiénes participan en ellas.

Falencias en la trazabilidad del gasto y debilidades en la planificación presupuestaria

En términos de rendición de cuentas y control de ejecución presupuestaria (Tabla 4), el sistema de garantías GES es el único programa —de los analizados en este artículo— que presenta vacíos de transparencia. En el programa GES no se registra de forma regular, sistemática ni completa el gasto total ejecutado en la red pública en prestaciones asociadas a las garantías GES (para detalles, ver Anexo B), lo que dificulta evaluar de forma comprehensiva su impacto presupuestario.

Adicionalmente, en algunos de los programas analizados se constataron dificultades para identificar y desagregar los datos públicos disponibles sobre las compras realizadas. Esto ocurrió con algunos de los registros de gasto en las plataformas online de Mercado Público y Cenabast. Por ejemplo, en los programas de compra pública financiados directamente por Fonasa para cerrar brechas de atención MAI, los datos disponibles en la plataforma Mercado Público no siempre permiten identificar y asociar los distintos ítems de compra con los nombres oficiales del respectivo subprograma de compras. Esto ocurre con los subprogramas de compra de servicios de diálisis y camas críticas.

Falta de normativa más específica para regular algunos de los programas analizados

En el caso de los programas de financiamiento directo de Fonasa para cerrar brechas MAI, si bien las compras en estos programas se rigen por las normas generales de la Ley de Compras Públicas, no existen reglamentos, manuales o protocolos explícitos que sean públicos y específicos a estos programas, que normen los procesos de decisión involucrados en cerrar estas brechas de atención. Esto podría favorecer la ocurrencia de decisiones socialmente no deseadas.

En el caso de la LRS, un alto porcentaje de las compras de medicamentos ha ocurrido usando el mecanismo de trato directo y bajo la causal de proveedor único (Mora y von Wolfersdorff 2019). Esto podría

ser indicio de riesgos de libre competencia, aunque en el caso de oferta 'monoproveedor' se activa en las compras de la LRS la regulación de precio máximo de compra (PMI). No obstante, dada la alta frecuencia de compras de medicamentos caros que ocurren vía trato directo y bajo la causal proveedor único (e.g., compras de medicinas para VIH/SIDA), sería recomendable disponer de análisis más detallado sobre esta área de compras públicas.

Determinación administrativa de precios

En Chile se determinan precios máximos de compra en un conjunto de mercados en donde ocurre compra pública de servicios de salud y medicamentos. Es el caso de los aranceles MLE y de los tratamientos cubiertos por LRS.

Hay razones de peso, que en general compartimos, para justificar la fijación de precios máximos en estos mercados: o bien son mercados con oferta privada asimilable en la práctica a monopolios naturales (es el caso de medicamentos y tratamientos de muy alto costo para enfermedades poco frecuentes), o bien son mercados en que el Estado dispone de un poder de compra relevante (como financiamiento a través de Fonasa para prestaciones obtenidas vía MLE o prestaciones cubiertas por GES). En ambos casos, la libre determinación de precios conlleva riesgos: desde corrupción al definir las condiciones de la contratación, hasta comportamiento abusivo por parte de agentes del Estado, en desmedro de proveedores privados.

¿Qué razones podrían explicar la preferencia constatada en el sector salud por normativas y modelos de determinación de precios máximos que son menos detallados, menos transparentes en sus cálculos y con instancias institucionales menos normadas que las de regulación tarifaria?

Un primer argumento no parece muy convincente. Se trata de que bajo regulación tarifaria el oferente regulado sea un agente privado que opera bajo condiciones de monopolio natural, mientras que en la compra pública en salud el agente con poder de compra centralizado sea un ente público. En la práctica, esta diferencia solo podría implicar diferencias de grado en los riesgos involucrados. Además, el hecho de que el comprador sea un ente público agrega otros riesgos, dados los altos

costos de coordinación que enfrentan los contribuyentes para supervisar el uso de recursos fiscales.

Por otro lado, hemos argumentado que existen diferencias relevantes entre sectores con regulación tarifaria y la contratación pública en el sector salud, dado que en servicios de salud prevalece mayor heterogeneidad y más costosa verificabilidad sobre los atributos de calidad por contratar, versus sectores bajo regulación tarifaria. En la sección 1 dimos ejemplos de problemas de verificabilidad al contratar prestaciones de salud.

Respecto de diferencias por heterogeneidad, veamos la siguiente métrica: el número de precios que deben determinarse en algunos programas de compra pública en el sector salud, versus el número de tarifas que se regulan en algunos sectores tarifificados. El arancel MLE (año 2025) contiene 3.196 prestaciones aranceladas, cada una con su precio máximo de compra. En el caso de los aranceles GES, el D.S. (72/2022) detalla los aranceles hoy vigentes para las noventa patologías cubiertas por el GES a diciembre de 2025. Este D.S. detalla 695 valores para distintos grupos (o *packs*) de prestaciones. En el caso de la LRS, se definen precios máximos para 86 tecnologías sanitarias que han sido validadas como tratamientos garantizados para alguna de las 27 patologías de salud cubiertas por la LRS.

Veamos ahora un par de sectores sujetos a precios tarifificados: (i) en el caso de los servicios públicos de telefonía local que a enero 2009 estaban sujetos en Chile a precios tarifificados, existían 21 distintos servicios a usuarios finales tarifificados y otros 4 servicios, también tarifificados, que las empresas tarifificadas prestaban a otros usuarios (concesionarios o proveedores de servicios complementarios) (TDLC 2009, 22-23). (ii) En el sector sanitario (servicios de agua potable, alcantarillado y disposición y tratamiento de residuos líquidos), el número total de tarifas reguladas corresponde al número de tríos compuestos por empresa concesionaria, localidad y grupo tarifario. La diferenciación más detallada en los cálculos requeridos depende del número de 'grupos tarifarios'. La cantidad de tarifas vigentes que son 'grupo-tarifario' específicas era, a fines de julio 2025, 110 en total.

Para ilustrar qué dimensión tarifaria involucra cada 'grupo tarifario', veamos un ejemplo. La empresa Aguas Manquehue S.A., en el grupo

tarifario 1 (G1)⁵⁵ de su localidad (concesión) en la R.M., está sujeta a 42 tarifas máximas en total, las que se distribuyen en las siguientes categorías: cargo fijo (N=1), cargos variables (N=4), riles (N=12), grifos públicos (N=1), corte (N=3), reposición (N=2), aportes de financiamiento reembolsable (N=8), revisión de proyectos (N=3) y verificación de medidores (N=8).⁵⁶

Según la métrica de heterogeneidad aquí reportada, en mercados de salud con compra pública el problema de heterogeneidad en los servicios por valorizar parece tener mayor dimensionalidad. Y ¿cómo se comparan los flujos de valor bruto anual involucrados en los casos analizados? Según el presupuesto fiscal ejecutado durante 2024, MLE utilizó casi USD 890 MM; GES, unos USD 2.500 MM, y USD 207 MM, en el caso de LRS (Anexo B), mientras que los ingresos operacionales anuales de todas las empresas sanitarias sujetas a tarificación durante 2024 fueron USD 2.069 MM (SISS 2024, 98). Así, si consideramos los montos de recursos fiscales que Fonasa administra en estos programas de compra pública, no se observa una diferencia tan sustancial, en escala de magnitud, respecto de los flujos de valor bruto (ventas) que regula la tarificación sanitaria.

En resumen, en los servicios de salud, la mayor dimensionalidad de los problemas de heterogeneidad y los mayores costos de verificabilidad de atributos de calidad podría justificar el uso de esquemas de fijación de precios con menor detalle contractual y exigencias institucionales menos formalizadas que en sectores con regulación tarifaria.

No obstante, hay *trade offs* en esta decisión. La determinación administrativa de precios implica menores costos institucionales directos en los procesos de decisión, versus la regulación tarifaria. Sin embargo, es probable que la determinación administrativa de precios genere costos adicionales, relacionados con estructuras estatales más rígidas, más burocráticas y menos transparentes.

Desde el punto de vista de costo-efectividad en el logro de los objetivos de política pública, no parece existir un balance óptimo *a priori* entre los argumentos previos sobre distintas fuentes de costo. La simple lógica sugiere que decisiones sobre este dilema debieran tomarse caso a caso. Al momento de priorizar posibles avances hacia un mayor detalle

⁵⁵ En este caso, el grupo G1 está compuesto por el conjunto geográfico de las siguientes localidades: Santa María de Manquehue, Vitacura, Huechuraba y Los Trapenses.

⁵⁶ Fuente: sitio web de la Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS, julio 2025).

metodológico en los modelos de cálculo de precios y de mayor formalización en los arreglos institucionales en uso, debieran primero evaluarse los programas con mayor gasto público. Los candidatos obvios son GES y los aranceles MLE.

5. Conclusiones

En primer lugar, constatamos vacíos relevantes de información en los programas de financiamiento público analizados. Respecto de los procesos internos para la toma de decisiones, los problemas se concentran en los aranceles MLE y en el cierre de brechas MAI. En MLE, parte significativa de los vacíos de información se resuelven haciendo pública la R.E. 947. En el caso de brechas MAI, no hay información pública sobre qué procesos y métodos se usan para definir la acumulación de casos con brechas de acceso, ni tampoco sobre qué criterios se usan para priorizar entre los distintos casos 'sin acceso a atención'. En ambos programas, la gran mayoría de los vacíos de información se pueden resolver sin necesidad de cambios legales.

Por otra parte, los vacíos de transparencia en el trabajo de comisiones asesoras tienden a ser de ocurrencia generalizada en los programas estudiados. Se constató falta de regulación más estricta en la selección y supervisión de miembros de las comisiones asesoras y comisiones, que en varios casos han incluido a agentes externos al Estado como miembros regulares o como agentes que son consultados —por ejemplo, en las consultas que el grupo (asesor) de trabajo GES puede realizar a expertos externos, de forma complementaria a las tareas a su cargo. También se constató ausencia de información pública sobre actas intermedias y otros documentos que justifican las recomendaciones de las comisiones asesoras. Las soluciones a estos vacíos de información tampoco requieren cambios legales.

Salvo las excepciones indicadas como 'no aplica' a la evaluación de algunos de los criterios de transparencia en el caso del programa 'Brechas MAI', en el resto de los casos estudiados estimamos que la totalidad de los estándares de transparencia activa analizados deben cumplirse. La gran mayoría de las soluciones a los vacíos de información no requiere cambio legal, pero sí cambios en reglamentos o prácticas administrativas. Por ejemplo, se requiere que se hagan públicos los manuales de procedimientos. Es necesario también que alguna entidad

gubernamental, dentro o fuera del Minsal, supervise y haga cumplir las normas de difusión de la información en las áreas en que se han detectado vacíos.

Se identificaron, asimismo, falencias en la trazabilidad del gasto fiscal en el programa GES. En la Ley de Presupuestos no se reportan glosas GES-específicas, lo que dificulta su identificación directa. Tampoco se puede determinar de forma directa el gasto ejecutado en la red pública para el total de garantías GES. Fonasa no tiene un registro sistémico, completo y detallado de este gasto en partidas GES-específicas. Reconociendo los desafíos prácticos que implica obtener una estimación razonable del gasto total efectuado en garantías GES,⁵⁷ obviar su cuantificación (aunque sea una estimación) es contrario a una sana asignación presupuestaria y a una adecuada rendición de cuentas.

En cuanto a la determinación administrativa de precios máximos, en uso en algunos de los programas de financiamiento y compra pública analizados, esta puede derivar en una protocolización excesiva de los procesos de decisión, arriesgando rigidez excesiva y falta de transparencia en un laberinto gris de decisiones burocráticas. Si se desea avanzar hacia mayor detalle metodológico, más formalización y más transparencia en los procesos de decisión de los casos analizados, las prioridades obvias son evaluar posibles mejoras en los programas GES y los aranceles MLE. En todo caso, hay más problemas de transparencia en el caso de MLE.

Se podría argumentar que plantear la opción de ‘regulación tarifaria’ para programas de compra pública en el sector salud, implica abrir una ‘caja de Pandora’ de difícil viabilidad política. Puede ser. Pero el hecho es que existe un número relevante de precios en el sector salud que son *de facto* determinados a través de regulación sectorial. Por lo tanto, los desafíos de fondo persisten: cómo mejorar la transparencia en esta área de decisiones públicas y cómo lograr mayor robustez en los procesos metodológicos en uso.

¿Cómo impedir que nuevos vacíos de información aumenten la opacidad en la toma de decisiones en estos programas de compra pública?

⁵⁷ Las GES son una política de carácter sistémico cuyo financiamiento se encuentra integrado al financiamiento general del sistema de salud (recursos humanos, infraestructura, equipamiento o financiamiento per cápita en atención primaria), lo que dificulta su delimitación precisa. Para obtener estimaciones de este gasto, se deben usar supuestos y aceptar las limitaciones que ello conlleva.

Una opción es evaluar cambios institucionales que fortalezcan el control interno de los procesos de decisión en general, y el funcionamiento de las comisiones asesoras y la rendición de cuentas, en particular. A corto plazo, algunos principios básicos para resguardar transparencia son: (i) seguir protocolos preestablecidos; (ii) no permitir excepciones a la entrega y publicación regular de información pública, completa y oportuna, y (iii) reforzar los controles internos en la operación de las comisiones externas en particular y de los procesos en la gestión de los programas, en general.

Para facilitar una visión más amplia y general sobre los distintos problemas de transparencia detectados en los programas de compra pública analizados en este artículo, junto con algunas de nuestras propuestas específicas de mejora, el Anexo D incluye una tabla resumen que expone los principales problemas de transparencia detectados y las respectivas propuestas de mejora.

Bibliografía

- BCN 2025. Presupuesto Nacional año 2024. Partida Ministerio de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en <https://www.bcn.cl/presupuesto/periodo/2024/partida/16> [19 de agosto 2025].
- Bustos, A. y Galetovic, A. 2002. Regulación por empresa eficiente: ¿quién es realmente usted? *Estudios Públicos* 106, 145-182.
- Chalkley, M. y Malcomson, J.M. 2000. Government Purchasing of Health Services (847-890). En A. Culyer y J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- ChileCompra 2016. Recomendaciones para el funcionamiento de las comisiones evaluadoras. R.E. 111B. Disponible en: <https://www.chilecompra.cl/wp-content/uploads/2016/11/directiva-n14.pdf> [4 de septiembre 2025].
- ChileCompra 2017. ¿Cómo participar de un Convenio Marco? Disponible en: <https://www.chilecompra.cl/wp-content/uploads/2017/11/Clase-3-Version-Extendida.pdf> [11 de noviembre 2024].
- ChileCompra 2024. Conoce Convenio Marco. Disponible en: <https://www.chilecompra.cl/convenio-marco/> [22 de octubre 2024].
- Desal 2022. Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas 2021. Departamento de Economía de la Salud. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/InformePreciosResultadosFinal-1.pdf> [17 de octubre 2024].
- Fonasa 2018. Aprueba procedimiento para la elaboración de Arancel Modalidad Libre Elección, para el Fondo Nacional de Salud. R.E. 947 (del 23/01/2018). Comunicación vía Portal de Transparencia, Oficio Ordinario 16355/2024 [24 de julio 2024].
- Galetovic, A. y Sanhueza, R. 2002. Regulación de servicios públicos. ¿Hacia dónde debemos ir? *Estudios Públicos* 85, 101-137.

- Laffont, J.J. y Tirole, J. 1993. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. Cambridge: MIT Press.
- Ministerio de Hacienda 2023. Acuerdo partida de salud en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2024. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.hacienda.cl/noticias-y-eventos/comunicados/acuerdo-salud-presupuesto-2024> [10 de junio 2025].
- Ministerio de Hacienda 2024. Aprueba reglamento de la Ley 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios, y deja sin efecto el Decreto Supremo 250, del Ministerio de Hacienda. Decreto 661. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1209290> [10 de junio 2025].
- Minsal 1999. Resolución 176 Exenta: Aprueba arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 18.469. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://bcn.cl/4jmNdP> [29 de abril 2026].
- Minsal 2004. Ley 19.966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834yidParte=yidVersion=2004-09-03> [10 de junio 2025].
- Minsal 2005a. Aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del consejo consultivo a que se refiere la Ley 19.966. Decreto 69. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Reglamento-Consejo-Consultivo-N%C2%BA-69-del-14-de-marzo-de-la-Ley-19966.pdf [10 de junio 2025].
- Minsal 2005b. Aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud a que se refiere la Ley 19.966. Decreto 121. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=241199yidParte=yidVersion=> [10 de junio 2025].
- Minsal 2009. Resolución 49 Exenta: Establece normas técnico-administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud. Libro II DFL 1 del 2005, del Ministerio de Salud en la Modalidad Libre Elección. Publicada en el Diario Oficial. Febrero 2.
- Minsal 2017. Reglamento que establece el proceso destinado a determinar los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera, según lo establecido en los artículos 7° y 8° de la Ley 20.850. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://leyricartesoto.minsal.cl/laravel-filemanager/files/1/Decreto%20N13%20del%2021%20de%20Abril%20del%202017%20Reglamento%20proceso.pdf> [10 junio 2025].
- Minsal 2022a. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Decreto 72. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en <https://bcn.cl/39irp> [4 de septiembre 2025].
- Minsal 2022b. Determina umbral nacional de costo anual al que se refiere el artículo 6° de la Ley 20.850. Decreto 47. Disponible en <https://bcn.cl/63Ue0d> [4 de septiembre 2025].
- Minsal 2022c. Modifica Resolución 176 Exenta, de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL 01/2005 del Ministerio de Salud. Resolución 1112 Exenta. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en <https://bcn.cl/35y68> [4 de septiembre 2025].
- Minsal 2023. Manual de procedimientos, roles y funciones para establecer garantías e implementar la Ley 20.850. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible

- en: https://leyricartesoto.minsal.cl/laravel-filemanager/files/1/Manual%20Aprobado_Con%20Resol.V2.pdf [10 de junio 2025].
- Minsal 2024. Resolución 11507 Exenta: Aprueba procedimiento de inscripción, actualización y renuncia para profesionales y establecimiento o entidades asistenciales de salud en el rol de la modalidad libre elección del régimen de prestaciones de salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en <https://bcn.cl/zWTZk0> [4 de septiembre 2025].
- Minsal 2025. Modifica Decreto 2 de 2019, del Ministerio de Salud, que determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la Ley 20.850. Decreto 36. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en <https://bcn.cl/iJXUt6> [4 de septiembre 2025].
- Mora, J. y von Wolfersdorff, J. 2019. Informe. Las compras farmacéuticas del sector público en Chile. Fundación Observatorio Fiscal.
- OECD 2025. Government at a Glance 2025. Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponible en: <https://observatoriofiscal.cl/archivos/documento/20191206215649076.pdf> [24 de septiembre 2025].
- Peña-Torres, J. 2011. ¿Qué es un precio abusivo? *Observatorio Económico* 51, 4-6. DOI: <https://doi.org/10.11565/oe.vi51.294>.
- Peña-Torres, J. y Kaufmann, J. 2024. Gestión hospitalaria pública en Chile y el mecanismo de pago GRD. Documento de Trabajo 126. Clapes UC.
- Poblete, S. 2022. Precio máximo industrial: instrumento para la negociación y la regulación de los precios de medicamentos de alto costo en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* 26(1), 67-77.
- Porumbescu, G., Meijer A. y Grimmelikhuijsen, S. 2022. *Government Transparency. State of the Art and New Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sánchez, H., Inostroza, M. y Ahumada, B. 2024. El desafío de la productividad hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de Salud Pública de Chile. Informe 5. Instituto de Salud Pública, UNAB. Disponible en: <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2024/12/informe-5-PSP-c-GRD.pdf> [10 de junio 2025].
- Secretaría Técnica GES 2022. Manual de procedimientos para establecer Garantías Explícitas en Salud (GES). Disponible en: <https://auge.minsal.cl/laravel-filemanager/files/1/RES.%20EXENTA%20N%C2%B0%20320%20MANUAL.pdf> [10 de junio 2025].
- SISS 2024. Informe de Gestión 2024. Superintendencia de Servicios Sanitarios, Gobierno de Chile. Disponible en: https://www.siss.gob.cl/586/articles-23506_recurso_1.pdf [22 de julio 2025].
- TDLC 2009. Informe emitido en ejercicio de la facultad conferida al Tribunal en el Art. 29 de la Ley General de Telecomunicaciones 18.168/1982. Informe 2/2009 (Rol NC 246-08). Tribunal de Defensa de Libre Competencia.
- TDLC 2010. Requerimiento de la FNE contra empresa eléctrica Atacama SA (EMELAT). Sentencia 93/2010 (Rol C 183-08). Tribunal de Defensa de Libre Competencia.
- U.S. EPA 1996. EPA's Advisory Committees' Costs Increase. U.S. Environmental Protecting Agency. Disponible en: <https://19january2017snapshot.epa.gov/sites/production/files/2015-10/documents/facaexsm.pdf> [10 de junio 2025].
- U.S. Government 1972. Federal Advisory Committee Act. U.S. Code, Title 5-Appendix. Disponible en: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2012-title5/pdf/USCODE-2012-title5-app-federalad.pdf> [10 de junio 2025].
- World Bank 2020. *Enhancing Government Effectiveness and Transparency: The Fight Against Corruption. Global Report*. Washington, DC: World Bank. *EP*

Autores

JULIO PEÑA-TORRES es PhD en Economía por la University of London, QMC. Es investigador principal de Clapes UC, Chile. Dirección: Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 440, Santiago, CP 8320000, Chile. E-mail: julioalept@gmail.com.

JORGE KAUFMANN es economista y magíster en Economía por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es consultor independiente en gestión y políticas públicas. Dirección: 714 Market St East, Gaithersburg, MD 20878, United States. E-mail: jorgegkaufmann@gmail.com.

CONSTANZA SOTO es economista y magíster en Economía Aplicada por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Participó en el estudio que da origen a este artículo mientras era investigadora en Clapes UC, Chile. Dirección: Jardín de la Viña 580-A, Pudahuel, Santiago, CP 9020000, Chile. E-mail: constanza.soto@uc.cl.

Agradecimientos

Agradecemos los útiles comentarios de dos *referees* anónimos. También, los comentarios de Nicolás Ossandón, de Karin Moore y de Tomás Menchaca sobre aspectos jurídicos relativos a la Ley de Contratación Pública y acerca de la legislación de regulación tarifaria. A Leonardo Hernández agradecemos sus valiosos comentarios generales. Agradecemos también la información provista por Camila Medina y por Augusto Espinoza (funcionarios de la División Gestión Comercial, Fonasa) y a Carla Castillo (Facultad de Medicina, UDD). Asimismo, agradecemos los esfuerzos de distintas instituciones públicas a través de sus respuestas por medio del Portal de Transparencia. El *disclaimer* usual aplica: los errores que pudieran prevalecer en nuestra discusión son responsabilidad exclusiva de los autores de este artículo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Anexos

Anexo A. Lista de siglas y acrónimos usados

Sigla/ acrónimo	Definición
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
Cenabast	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud
CEIPP	Costo Esperado Individual Promedio Pertinente
CRP	Comisión de Recomendación Priorizada
Desal	Departamento de Economía de la Salud (del Ministerio de Salud)
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
Digera	División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud
Diplas	División de Planificación Sanitaria
Diprece	División de Prevención y Control de Enfermedades
Dipres	Dirección de Presupuestos
Divap	División de Atención Primaria
D.S.	Decreto Supremo
ELEAM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
ETESA/SBE	Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia
EVC	Estudio de Verificación de Costos
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas de Salud
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISP	Instituto de Salud Pública
LRS	Ley Ricarte Soto
MAI	Modalidad Atención Institucional
Minsal	Ministerio de Salud
MLE	Modalidad Libre Elección
PMI	Precio Máximo Industrial
PPI	Programa de Prestaciones Institucionales
PS	Problema de Salud
R.E.	Resolución Exenta
S. Redes	Subsecretaría de Redes Asistenciales
SSP	Subsecretaría de Salud Pública
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Anexo B. Recursos fiscales: monto ejecutado por programa y porcentaje del total de Fonasa, año 2024

Programas	Monto ejecutado (MM USD+)	% de ejecución final Fonasa (14.778 MM USD**)	% de ejecución Minsal (16.949 MM USD)	% de ejecución Gob. Central (73.430 MM USD)
MLE	886,7	6%	5,2%	1,2%
GES	2.490*	16,8%	14,7%	3,4%
LRS	206,9	1,4%	1,2%	0,3%
Brechas MAI	783,2	5,3%	4,6%	1%
Subtotal	4.366,8	29,5%	25,8%	5,9%

Nota: + Se usó tipo de cambio promedio para el año 2024 (943,6 CHP/USD). * Corresponde al 'costo esperado total' de las coberturas GES a ser financiadas por Fonasa durante el año 2024, según estimaciones realizadas por el Estudio de Verificación de Costos (EVC) 2021 (Desal 2022). ** Corresponde a la ejecución del gasto según Dipres (BCN 2025).

Fuente: Presupuesto abierto (BCN 2025), datos abiertos Fonasa, Portal de Transparencia y EVC 2021.

En lo que respecta a GES, aunque existen algunas glosas presupuestarias (de montos menores) relacionadas con la cobertura de parte de estas garantías, en la Ley de Presupuestos esas glosas no se presentan como partidas 'GES-específicas'. La suma de estas glosas representa menos del 15% del costo total anual estimado por el EVC 2021 para Fonasa (chequeado para el período 2022-2024).⁵⁸

Además, Fonasa no registra de forma sistemática el gasto total ejecutado en la red pública para GES, por lo que solo se dispone de información fragmentaria. Respuestas de Fonasa (obtenidas vía Ley de Lobby) confirmaron que no existe una contabilización comprehensiva, detallada y específica del gasto total GES financiado por Fonasa, dado que Fonasa no financia las prestaciones GES mediante canastas GES-específicas. En el caso del financiamiento del gasto hospitalario, los recursos fiscales se transfieren, a partir del año 2020, en parte a través del sistema GRD (i.e., por episodio resuelto). Los episodios GRD-específicos pueden incluir tanto prestaciones GES como no GES, impidiendo un desglose inmediato a este nivel. El resto del financiamiento fiscal hospitalario (GES y no GES) se entrega a través del sistema PPI, lo que financia fundamentalmente

⁵⁸ Parte significativa de estas glosas corresponde al financiamiento de cierre de brechas MAI relacionadas con retrasos y reclamos por garantías GES. El resto del presupuesto asignado para financiar garantías GES está incluido en los programas de financiamiento hospitalario vía GRD y PPI.

los costos ‘fijos’ del sistema (incluyendo en la práctica el pago de la planilla total de remuneraciones). Según datos de Dipres, en el año 2023, un 45% del total del gasto hospitalario público efectivo fue financiado a través del mecanismo PPI, y el 55% restante vía el mecanismo GRD (Peña-Torres y Kaufmann 2024).

A nivel nacional, estimaciones en EVC 2021 (Desal 2022) proyectaron para el año 2024 un gasto total anual esperado de las coberturas GES a ser financiadas por Fonasa (incluyendo servicios ambulatorios y hospitalarios, y el total de gastos fijos y variables), de USD 2.490 MM para 2024. Por otro lado, Fonasa informó (consulta efectuada por Portal de Transparencia, audiencia con fecha 3 de febrero 2025) que el gasto anual ejecutado por el sector público (y financiado vía Fonasa) durante el año 2024, solo en relación con prestaciones ambulatorias cubiertas por GES, fue de USD 632MM.

Anexo C. Información adicional sobre los programas analizados

Aranceles MLE

Los valores de las prestaciones consignadas en el arancel incluyen los honorarios profesionales y la totalidad de los insumos corrientes que se utilicen. Estos valores no incluyen medicamentos, insumos y elementos expresamente señalados en contrario en el arancel y aquellos insumos necesarios para procesos o intervenciones, tales como arteriografías, angioplastias, procedimientos endoscópicos de especialidades, entre otros (Minsal 2009).

Para que un proveedor pueda operar bajo la modalidad MLE, debe inscribirse en un registro de proveedor en convenio vigente con Fonasa bajo modalidad MLE (R.E. 11507, Minsal 2024). Los prestadores se inscriben en MLE y pactan con Fonasa el arancel que les aplicará (nivel 1, 2 o 3), según cuáles sean sus costos. Si el proveedor cumple con todos los requisitos exigidos para su inscripción en el sistema MLE, queda disponible para ser elegido por los usuarios. En esta contratación no existe licitación ni trato directo por parte de Fonasa. El propio beneficiario Fonasa decide, previa indicación médica, qué prestación contratará y con cuál prestador se atenderá.

GES

Respecto de los valores a considerar en los aranceles GES, el manual GES instruye que se debe seguir el siguiente método secuencial para su cálculo: en principio, todas las prestaciones serán valorizadas con los precios indicados en el arancel MAI de Fonasa. En caso de que la prestación no tenga asociado un arancel MAI, se utiliza la valorización del arancel MLE de Fonasa y en caso de que no se encuentre disponible ninguno de los aranceles anteriores, se realizará un estudio de los costos correspondientes, o se utilizarán precios de mercado (precio promedio de cotizaciones Minsal, enviados en una base de datos por este mismo ministerio) para valorizar las prestaciones.

Para medicamentos cubiertos por GES, incluidos en los aranceles GES, estos se valorizan consultando los registros de precios de compra de Cenabast. Si no cuenta con tal información, se utilizan los precios de compra en los registros de compras públicas en la plataforma Mercado Público. Si esta información tampoco está disponible, se utilizan precios de mercado o cotizaciones.

LRS

Respecto de cómo acceder a tratamientos ya garantizados por la LRS, el médico tratante (que debe estar inscrito en el registro informático de la LRS) que cuente con la sospecha fundada de que su paciente puede ser beneficiario de esta protección financiera, debe efectuar la postulación del beneficiario al Sistema de Protección Financiera de Fonasa.

Anexo D. Resumen de problemas de transparencia detectados y propuestas de mejora

Problema detectado	Programa o comisión asesora afectada	Propuesta de mejora
1. Falta de información pública sobre los procesos intermedios de decisión		
• El protocolo existente de decisión no es público.	Comisión arancel MLE	R.E. 947/2018 (de Fonasa) debe ser de acceso público. (Decisión administrativa)
• Resolución administrativa que crea grupo asesor (interno) e identifica a sus miembros, no siempre ha sido de acceso público.	Grupo de trabajo GES	• Que esta resolución administrativa sea siempre pública. (Decisión administrativa)
2. Falta de normativa clara sobre participación de (o consultas realizadas por) agentes externos		
• No se publica información sobre cuáles agentes externos fueron consultados (o cuya opinión fue recibida), ni sobre qué materias versaron las consultas.	• Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES	• Hacer pública esta información. (Decisión administrativa)
• No se publica información sobre los criterios a usar para seleccionar a expertos externos cuya opinión fue consultada o recibida.	• Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES	• Hacer pública esta información. (Decisión administrativa)
• No existe protocolo público (o formulario oficial) sobre cómo solicitar participación o acerca de cómo realizar consultas (por parte de agentes externos o lobistas).	• Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES	• Crear un formulario oficial para solicitar participación, o sobre cómo realizar consultas por parte de agentes (expertos) externos. • Hacer público este formulario. (Ambas son decisiones administrativas)
3. Falta de regulación más estricta en la selección y supervisión de miembros de comisiones asesoras		
• No se exige realizar declaración de conflicto de interés (o, exigiéndose esta declaración, ella no es de acceso público).	• Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES • Grupo consultivo GES • CRP, de la LRS	• Que la declaración de conflicto de interés sea obligatoria y de acceso público. (Decisión administrativa)
• No se especifican causales específicas de inhabilidad (más allá de las restricciones generales que aplican a los contratos de empleados públicos).	• Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES • Comisiones evaluadoras de ofertas (para cierre de brechas MAI) (estos tres casos se refieren a grupos asesores internos)	• Analizar, en cada caso, si se requiere explicitar causales específicas de inhabilidad por el trabajo que empleados públicos realizan como miembros de estas comisiones asesoras. (Decisión administrativa)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta información pública más detallada sobre los requisitos exigidos para seleccionar a todos los miembros de la comisión. | <ul style="list-style-type: none"> • Comisión arancel MLE (esta información, en esta comisión, no es pública) • Grupo de trabajo GES (el manual GES solo explicita las dependencias administrativas que, como mínimo, deben tener representación en este grupo). | <ul style="list-style-type: none"> • Dada la relevancia de las recomendaciones que establecen estas comisiones asesoras, es deseable que todos los requisitos exigidos de selección de sus miembros sean específicos y siempre de acceso público. (Decisión administrativa) |
|---|--|--|

4. No hay acceso público total a actas y documentos que justifican recomendaciones de las comisiones asesoras

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • No hay acceso público (total) a todas las actas de las sesiones de la comisión o grupo asesor. | <ul style="list-style-type: none"> • Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES • Comisiones evaluadoras de ofertas (brechas MAI) • CRP (LRS) (aquí hay solo acceso parcial). | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las actas de las comisiones asesoras deben ser siempre de acceso público. (Decisión administrativa) |
| <ul style="list-style-type: none"> • No hay acceso público a los documentos de trabajo (informes u otros) que justifican las recomendaciones del grupo asesor. | <ul style="list-style-type: none"> • Comisión arancel MLE • Grupo de trabajo GES • Grupo consultivo GES • CRP (LRS) (aquí hay acceso parcial a estos documentos). | <ul style="list-style-type: none"> • Los documentos que justifican las recomendaciones de cada comisión deben ser siempre de acceso público. (Decisión administrativa) |

5. Falencias de trazabilidad del gasto público ejecutado

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • No hay registro regular, sistemático ni completo del gasto público total ejecutado en prestaciones financiadas por este programa público. | <ul style="list-style-type: none"> • Gasto público en garantías GES. | <ul style="list-style-type: none"> • Dada la relevancia del programa GES, y para garantizar principios básicos de planificación y rendición de cuentas presupuestarias, deben incorporarse mejoras metodológicas y contables que permitan tener estimaciones, al menos anuales, del gasto público total ejecutado en relación con las garantías GES. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se constata dificultad para identificar y desagregar los datos públicos disponibles sobre las compras públicas anuales realizadas (montos de valor y volúmenes de compra) por este programa. | <ul style="list-style-type: none"> • Aplica a los distintos subprogramas de compra pública usados para el cierre de brechas de acceso MAI. (Los datos disponibles en la plataforma pública Mercado Público no siempre permiten asociar a distintos ítems de compra con los nombres oficiales de los diferentes subprogramas de compra pública para cerrar brechas MAI). | <ul style="list-style-type: none"> • Para garantizar principios básicos de planificación y rendición de cuentas presupuestarias, se debe mejorar la estandarización de las codificaciones y de las denominaciones usadas para identificar partidas de compra pública, que permitan asociar a ítems específicos de compra pública como parte de los distintos programas y subprogramas de compra pública. |

- Debiera exigirse publicar cada año, de forma sistemática y completa, y como datos públicos, el volumen de servicios contratados (¿cuántos?) en los distintos subprogramas de compra pública destinados a cerrar brechas de acceso MAI. (Ambas son decisiones administrativas)

6. Falta de normativa más específica para regular los programas analizados

- Ausencia de protocolos de decisión que sean específicos y de acceso público a las decisiones tomadas para cerrar brechas de atención en MAI. (Más allá de las normas generales en la Ley de Compras Públicas)
- Compras públicas para el cierre de brechas MAI. Por ejemplo:
 - No existe información pública detallada sobre qué procesos y métodos se usan para definir la acumulación de casos con 'brechas de acceso'.
 - Tampoco existe información pública sobre qué criterios se usan para priorizar, al momento de entregar acceso vía 'cierre de brechas', entre los distintos casos acumulados en las brechas de atención.
- Debieran desarrollarse protocolos de decisión más detallados que sean específicos a cada subprograma de compra pública usado para cerrar brechas de acceso MAI. Partiendo por priorizar los subprogramas que usan más recursos públicos. Todos estos protocolos de decisión deben ser de acceso público para que terceros independientes puedan evaluar su funcionamiento y los resultados logrados.

7. Otros vacíos de información o debilidades de control, detectados

- Vacíos de transparencia en el trabajo de comisiones asesoras tienden a ser de ocurrencia generalizada (en la mayoría de los programas aquí analizados).
- Ver detalles en la Tabla 3 (de este artículo).
- Se requiere alguna entidad gubernamental, dentro o fuera del Minsal, que supervise y haga cumplir las normas de transparencia de información en las áreas en que se han detectado vacíos.
- Se constata la existencia de 'determinación administrativa' de precios máximos de contratación en algunos de los programas analizados. Este enfoque implica: (i) menor detalle metodológico en los modelos de cálculo en uso para determinar precios máximos y (ii) exigencias menos formalizadas respecto de los arreglos institucionales en uso. [(i) y (ii) son relativos a la opción de usar 'regulación tarifaria'].
- Aranceles Fonasa (MLE, GES y también aranceles MCC, Modalidad de Cobertura Complementaria)
- Se sugiere evaluar la posibilidad de avanzar hacia mayor detalle metodológico, mayor formalización y más transparencia en los procesos de decisión involucrados en la determinación de precios máximos de contratación pública.
- Se sugiere partir priorizando este análisis para el caso de los aranceles MLE.